

**Birgit Behrens
Verena Groß**

**Auf dem Weg in ein „normales Leben“?
Eine Analyse der gesundheitlichen Situation
von Asylsuchenden in der Region Osnabrück**

Forschungsergebnisse des Teilprojektes „Regionalanalyse“
im Rahmen der EQUAL-Entwicklungspartnerschaft

**„SPuK – Sprache und Kultur: Grundlagen für eine effektive
Gesundheitsversorgung“**

Projektleitung:
Prof.in Dr. Carol Hagemann-White
Universität Osnabrück
FB Erziehungs- und Kulturwissenschaften
Heger-Tor-Wall 9
D-49074 Osnabrück

Behrens, Birgit; Groß, Verena.
Auf dem Weg in ein „*normales Leben*“?
Eine Analyse der gesundheitlichen Situation von Asylsuchenden in der Region
Osnabrück. Osnabrück: 2004.

VORWORT	3
EINLEITUNG	5
TEIL I: RAHMENBEDINGUNGEN DER UNTERSUCHUNG	8
1. Thematische Erläuterungen	8
1.1. Ausgangspunkt: Die rechtlichen Grundlagen der Lebensbedingungen von Asylsuchenden.....	8
1.2. Forschungsfragen und theoretische Einordnungen	12
2. Forschungsmethodische Erläuterungen.....	16
2.1. Datenquellen und Instrumente der Erhebung.....	16
2.2. Der Auswertungsprozess	21
2.3. Hürden und Tore bei der Befragung von Asylsuchenden in der Region: Der Feldzugang	23
TEIL II: EMPIRISCHE BEFUNDE	27
3. Beschreibung der regionalen Situation	27
4. Wie krank sind Asylsuchende? Zur Bandbreite der vorgefundenen Krankheiten	29
5. „Ein Dorn im Auge“: Zu den gesundheitlichen Folgen einer zentralen Essensversorgung	35
6. Vom „Gefängnis der Sammelunterkunft“ in die „kalte, dunkle Wohnung“? Zu den Lebens- und Wohnbedingungen	41
7. „Is it me?“ Bin ich es, den sie abholen? Zu den gesundheitlichen Folgen von Unsicherheit, Perspektivlosigkeit und drohender Ausweisung	55
8. „Schlafen, Essen, Schlafen“: Zu den Funktionen und Bedeutungen von Arbeit und Arbeitslosigkeit für die Gesundheit.....	63

9. Von „netten“ und „hässlichen“ Erfahrungen: Zur Versorgung von Asylsuchenden im deutschen Gesundheitssystem	70
9.1. Erfahrungen mit dem Sozialamt: Zur Praxis der Krankenscheinvergabe	70
9.2. Probleme bei der Versorgung von Krankheiten: Warten, Ungleichbehandlung, Desinteresse, Unverständnis und Sprachprobleme	72
9.3. Positive Erfahrungen mit dem deutschen Gesundheitssystem	81
TEIL III: ANALYSE UND SCHLUSSFOLGERUNGEN.....	84
10. Zusammenschau der Befunde zur gesundheitlichen Situation von Asylsuchenden.....	84
11. Multikausale Determinanten krankmachender Lebenssituationen: Das Unsicherheitsmodell.....	91
12. Versorgungs- und Verwaltungsstrukturen auf dem Prüfstand	94
12.1. Das Teufelskreismodell zur Erklärung des Verlusts von Handlungsmöglichkeiten	94
12.2. Eine Typologie der Verteilung von Unterstützungsleistungen	98
13. Resümee, Lösungsansätze und Handlungsempfehlungen	102
LITERATUR- UND QUELLENVERZEICHNIS	105
ANHANG	115

VORWORT

Mit der hier vorgelegten Untersuchung wird exemplarisch für die Region Osnabrück die gesundheitliche Situation der Menschen beleuchtet, die sich mit der Hoffnung auf Asyl länger in der Bundesrepublik aufhalten. Im Mittelpunkt der Studie stehen die Auswirkungen der Lebensbedingungen auf die Gesundheit von Asylsuchenden.

Als besondere Stärke dieser Studie ist hervorzuheben, dass dabei die Asylsuchenden selbst gehört wurden. Ihre Erfahrungen standen im Mittelpunkt und wurden durch Aussagen derer ergänzt, die beruflich oder ehrenamtlich mit den Belangen von Asylsuchenden zu tun haben. Mit großer methodischer Sorgfalt wurde darauf geachtet, die Interviews in ihrer Vielschichtigkeit zu verstehen und zu interpretieren und die darin enthaltenen unterschiedlichen Sichtweisen zu achten.

Die Ergebnisse zeigen Zusammenhänge auf, die für die politische und sozialpädagogische Praxis wertvolle Orientierungen bieten. So konnte gezeigt werden, welche krankheitsverursachenden, -erhaltenden und –verschärfenden Verunsicherungen sich aus den gesetzlichen Vorgaben zur Unterbringung und Versorgung von Asylsuchenden ergeben.

Insbesondere wird der Abbau von Handlungspotentialen als Folge von Unterbringungs- und Versorgungssystemen nachgewiesen, in denen Asylsuchenden Gestaltungsmöglichkeiten in ihrem Alltag entzogen werden. Im Zusammenhang mit der Umsetzung der Richtlinie vom 27. Januar 2003 über Mindeststandards zur Aufnahme von Asylsuchenden in Europa weist diese Untersuchung damit auf Problematiken der Unterbringung hin, die in den Standards noch nicht berücksichtigt worden sind.

Die Folgekosten einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes, die konzeptionell nicht gewollt sein können, tragen nicht nur die Asylsuchenden selbst, sondern auch die Aufnahmegesellschaft. Neben den direkten Kosten der Krankheitsversorgung entstehen Kosten dadurch, dass als eine Folge eingeschränkter Möglichkeiten der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und der Teilhabe an Beschäftigung Potentiale und Fähigkeiten abgebaut werden, unabhängig davon, wo die hier Schutz suchenden Menschen zukünftig leben werden.

Damit deutet sich an, dass hier eine Grundlagenforschung vorgelegt wird, die für die wissenschaftliche Diskussion in Europa wichtige Anstöße geben kann. In der Forschung zu Menschenrechtsverletzungen im Alltag, angestoßen durch die Anerkennung von Gewalt gegen Frauen als eine solche Verletzung, rückt heute zunehmend der ressourcenorientierte Ansatz in den Vordergrund, der seit längerem in der Gesundheitsforschung diskutiert wird. In diesem Sinne hat eine EU-weite Forschungs koordinierung mit Sitz in Osnabrück begonnen, einen kontinuierlichen Austausch zu organisieren (Coordination Action on Human Rights Violations CAHRV). Die Erträge der hier vorgelegten Studie werden in diese Diskussion einfließen.

Für die Wahrung der Menschenrechte ist mehr als erforderlich, den Missbrauch staatlicher Macht abzustellen. Vielmehr müssen protektive Faktoren ausgemacht und gestärkt werden, die dazu beitragen können, dass die Menschen in ihren sozialen Netzwerken ihre eigenen Potentiale entfalten und davor geschützt sind, hilflos den Umständen ausgeliefert zu sein. In Zeiten verstärkter Migration ist dies ein zukunftsweisender Problemzugang.

Unser Dank gilt an erster Stelle all denen, die im Rahmen der Studie – zum Teil mehrfach – Auskunft gaben zu dieser mitunter emotional belastenden Problematik. Auch den Dolmetschern und Dolmetscherinnen soll noch einmal gedankt werden. Ohne sie wäre der Zugang zu den Erfahrungen der Asylsuchenden erheblich eingeschränkt gewesen. Ein ganz besonderer Dank gilt Hadi Baghistani. Er hat nicht nur zahlreiche Kontakte begleitet, sondern er hat auch mit großem Engagement den Asylsuchenden das Vorhaben der Analyse näher gebracht und sie damit in ihrer Bereitschaft unterstützt, sich befragen zu lassen. Darüber hinaus ist Magdalena Wille zu danken. Sie hat durch die Verbindung ihres politischen und ehrenamtlichen Engagements mit ihrem wissenschaftlichen Interesse dazu beigetragen, dass die Asylsuchenden Vertrauen in die Forscherinnen bekamen und sich zu Interviews bereit erklärten, obwohl ihnen dies keinerlei konkreten Nutzen in ihrer schwierigen Lebenssituation brachte.

Prof. Dr. Carol Hagemann-White

Lehrstuhl Allgemeine Pädagogik/ Frauenforschung, Universität Osnabrück

Koordinatorin des Forschungsnetzwerkes CAHRV im Rahmen des 6. EU-Rahmenprogramms

EINLEITUNG

Die hier vorgelegte Untersuchung zur gesundheitlichen Situation von Asylsuchenden in der Region Osnabrück ist als **Teil der niedersächsischen EQUAL-Entwicklungspartnerschaft „SPuK: Sprache und Kultur – Grundlagen für eine effektive Gesundheitsversorgung“** konzipiert worden.¹ Eingebettet in die Förderrichtlinien der EU-Gemeinschaftsinitiative EQUAL, mit der neue Wege zum Abbau von Ungleichheiten, Ausgrenzungen und Diskriminierungen auf dem Arbeitsmarkt gesucht werden sollen, ist das Ziel der Entwicklungspartnerschaft, im Förderungszeitraum Juli 2002 bis Juni 2005 strukturelle Verbesserungen für Asylsuchende im Gesundheitsbereich modellhaft zu erarbeiten. Ansatzpunkt ist die Auffassung, dass Lebensbedingungen, Gesundheit und Arbeit in einem engen Zusammenhang zueinander stehen. Dabei wird im Sinne der Ottawa-Charta der WHO von 1986 Gesundheit auch verstanden als „Mittel, um Individuen zu befähigen, individuelles und gesellschaftliches Leben positiv zu gestalten“ (Bengel 2002:19). Gesundheitsförderndes Handeln in diesem Sinne bedeutet ein Bemühen, gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen zu schaffen, um allen Menschen zu ermöglichen, ihr Gesundheitspotential zu verwirklichen. Dazu gehört unter anderem auch die Einbeziehung der sozialen Umgebung, der Zugang zu den wesentlichen Informationen, die Entfaltung praktischer Fertigkeiten und die Entscheidungsfreiheit in Bezug auf die persönliche Gesundheit (World Health Organisation 1986).

Innerhalb der Entwicklungspartnerschaft stellen die hier vorgelegten Ergebnisse des Teilprojektes Regionalanalyse einen wissenschaftlichen Baustein dar, in dem die gesundheitlichen Auswirkungen der Lebensbedingungen von Asylsuchenden in der Region analysiert und ausführlich beschrieben werden.

Die Autorinnen des hier vorgelegten Berichts waren bestrebt, eine Reihe von Ansprüchen zu erfüllen, die während ihrer Forschungsarbeit an sie gestellt wurden.

Erstens ging es darum, **die gesundheitlichen Folgen der Lebensbedingungen zu untersuchen**. Hierfür wurde eine Fülle an empirischem Material zusammen getragen. Viele Aspekte gesundheitlicher Erfahrungen, die hier beschrieben werden, mögen denjenigen, die täglich mit den Belangen von Asylsuchenden zu tun haben oder die selbst in dieser Situation leben, bekannt vorkommen. Das Ziel der Forschung in diesem Sinne ist es nicht, völlig Neues zu entdecken. Vielmehr geht es darum, das Bekannte systematisch zu erfassen und in Beziehung zueinander zu setzen. Damit soll der hier vorgelegte Forschungsbericht einen Beitrag liefern, notwendige strukturelle Veränderungen auf der Grundlage einer wissenschaftlichen Problemanalyse diskutieren und verändern zu können.

¹ Ausführliche und aktuelle Informationen über die EQUAL-Entwicklungspartnerschaft „SPuK“ sind zu finden im Internet unter "www.spuk.info".

Zweitens soll der Bericht im Sinne des **interdisziplinären Ansatzes** des Projekts „SPuK“ unterschiedliche AkteurInnen ansprechen. Verschiedenste Fachdisziplinen sind mit den Belangen von Asylsuchenden befasst. Vor allem sind hier Verwaltungsangestellte, JuristInnen, MedizinerInnen, TherapeutInnen, SozialarbeiterInnen und WissenschaftlerInnen zu nennen. Hinzu kommen ehrenamtlich oder politisch Engagierte sowie Flüchtlingsselforganisationen und natürlich die Asylsuchenden selbst. Diese Gruppen sprechen nicht nur unterschiedliche (Fach-)Sprachen. Sie gehen auch von unterschiedlichen Prämissen aus und verfolgen unterschiedliche Ziele. Vor diesem Hintergrund haben die Autorinnen die Absicht verfolgt, unterschiedliche Sichtweisen deutlich werden zu lassen, diese möglichst wertfrei zu beschreiben und eigene Bewertungen kenntlich zu machen. Dies mag nicht an allen Stellen für alle Gruppen zufriedenstellend gelöst worden sein. Widersprüchliche Bewertungen der Lebensbedingungen von Asylsuchenden liegen allerdings in der Sache selbst begründet, wo Meinungen mitunter einander unversöhnlich gegenüber stehen.

Drittens haben die Forscherinnen allen Befragten **Anonymität** zugesichert. Die Darstellungen von Einrichtungen und Personen wurden deshalb stark abstrahiert. Vor diesem Hintergrund ist es auch nicht möglich, im Rahmen dieser Studie die Orte, an denen bestimmte Missstände vorkommen, zu benennen. Mehr noch als um die einzelnen Missstände soll es in dieser Untersuchung darum gehen, die **grundsätzlichen Strukturen herauszuarbeiten**, unter denen Asylsuchende in der Region leben. Hier Lösungsansätze zu entwickeln, kann für alle Beteiligten ein Gewinn sein.

Bei der Suche nach Antworten soll insbesondere auf die Asylsuchenden selbst gehört werden, die allzu oft bloße Objekte von Verwaltungshandeln und politischen Diskursen sind. Durch ausführliche problemzentrierte Interviews wurden Erfahrungen und subjektive Deutungen dieser Gruppe eingefangen und analysiert. Um das Bild zu komplettieren, wurden im Anschluss daran eine Reihe anderer Quellen hinzugezogen, zu denen auch Interviews mit weiteren AkteurInnen des Feldes gehören.

Die Studie umfasst drei große Teile, gegliedert nach Rahmenbedingungen, Situationsbeschreibungen und (Struktur-)Analysen. Im ersten Teil des hier vorgelegten Berichts werden die theoretischen und forschungsmethodischen Zugänge zur Untersuchung dargelegt. Die thematischen Erläuterungen im ersten Kapitel beinhalten insbesondere die rechtlichen Grundlagen, auf denen sich die Lebensbedingungen von Asylsuchenden auch in der untersuchten Region begründen. Im daran anschließenden zweiten Kapitel werden die Forschungsfragen und das methodische Vorgehen erläutert. Dieses Kapitel dient der Transparenz der Ergebniserzeugung.

Im zweiten Teil werden die Befunde dargestellt, die in der Fülle des erhobenen Materials im Hinblick auf die gesundheitliche Situation von Asylsuchenden zu finden waren. In insgesamt sechs Kapiteln werden unterschiedliche Schwerpunkte zu dieser Frage beleuchtet.

Im dritten Teil werden diese Befunde schließlich zusammen gefasst, in Beziehung zueinander gesetzt und hinsichtlich der sich abzeichnenden Lösungsansätze und Handlungsempfehlungen ausgewertet. Zwei Ergebnisse können bereits an dieser Stelle hervorgehoben werden:

- Ein zentrales Ergebnis ist die herausragende Bedeutung, die ein **selbstbestimmtes Leben** für die Gesundheit hat. Je weniger Möglichkeiten Asylsuchenden gelassen werden, ihr eigenes Leben zu gestalten, um so größer ist die Gefahr nachteiliger Auswirkungen auf die Gesundheit.
- Ein weiteres Ergebnis ist die Notwendigkeit, Versorgungs- und Verwaltungsstrukturen zu schaffen, die Asylsuchenden ermöglichen zu verstehen und zu beeinflussen, was mit ihnen passiert. Die sich zur Zeit entwickelnden regionalen Strukturen, Asylsuchende zentral unterzubringen, zu versorgen und zu verwalten, stehen einer solchen Notwendigkeit entgegen. Diese Form der Organisation führt eher zu einem **Teufelskreis**, in dem Asylsuchende allmählich ihre Handlungsmöglichkeiten und eigenen Handlungsfähigkeiten verlieren.

TEIL I: RAHMENBEDINGUNGEN DER UNTERSUCHUNG

1. Thematische Erläuterungen

1.1. Ausgangspunkt: Die rechtlichen Grundlagen der Lebensbedingungen von Asylsuchenden

Den Ausgangspunkt der Untersuchung bilden eine Reihe von rechtlichen Rahmenbedingungen, die sich auf die Lebensbedingungen von Asylsuchenden auswirken. Seit den 1980er Jahren sind hierbei kontinuierliche Verschärfungen zu beobachten.² Im folgenden werden diese rechtlichen Grundlagen kurz erläutert.

1982 wurde die sogenannte **Residenzpflicht** im Asylverfahrensgesetz (§ 56 AsylVfG) eingeführt. Seitdem machen Asylsuchende sich strafbar, wenn sie den ihnen zugewiesenen Bezirk verlassen.³ Allein Vorladungen bei Behörden und Gerichten sind von der Residenzpflicht ausgenommen. In allen anderen Fällen drohen Geldstrafen oder Haft, wenn nicht vorab eine Erlaubnis von der zuständigen Ausländerbehörde erteilt wurde (§ 56 AsylVfG). Auch in den Fällen, in denen das Asylverfahren zwar negativ entschieden wurde, aber eine Duldung aufgrund von Abschiebehindernissen erteilt wurde, besteht weiterhin eine Residenzpflicht. Sie dehnt sich dann in der Regel auf das jeweilige Bundesland aus. In der Konsequenz bedeutet dieses Gesetz, dass sehr private Gründe, beispielsweise familiäre Angelegenheiten oder gesundheitliche beziehungsweise psychische Probleme, religiöse Handlungen oder politisches Engagement, etwa der Besuch einer Veranstaltung oder Demonstration, vor einem / einer MitarbeiterIn der Ausländerbehörde dargelegt, erläutert und unter Umständen legitimiert werden müssen. Bereits an dieser Stelle wird die rechtlich legitimierte Reglementierung des alltäglichen Lebens erkennbar.

Zudem wurden seit den 1980er Jahren die verwaltungstechnischen Hürden auf dem Weg des **Arbeitsmarktzugangs** sukzessive erhöht. Nach einer generellen Wartezeit von heute einem Jahr müssen asylsuchende und geduldete Flüchtlinge in einem umständlichen Verfahren eine Arbeitserlaubnis beim Arbeitsamt beantragen. Dies ist nur dann möglich, wenn ein Betrieb gefunden ist, der die Einstellung auf einem „vom Arbeitsamt erstellten Formular per Stempel versichert“ (Flüchtlingsrat 2000b:35). In dem anschließenden Prüfverfahren sind Asylsuchende gemeinsam mit geduldeten Flüchtlingen und De-facto-Flüchtlingen hinsichtlich des Arbeitsmarktzugangs gegenüber Deutschen, europäischen MigrantInnen und anderen rechtlich gleichgestellten MigrantInnen nachrangig zu behandeln.⁴ Das hierfür durchzuführende

² Vgl. hierzu auch Behrens/Wille 2003:118ff.

³ §56 Abs. 1 AsylVfG beschränkt die Aufenthaltsgestattung räumlich auf den Bezirk, der für die Aufnahmeeinrichtung zuständig ist (Kreis, kreisfreie Stadt oder Regierungsbezirk). Das Verlassen des Bezirks bedarf einer behördlichen Genehmigung nach (§57 AsylVfG).

⁴ Rechtlich geregelt war dies bis 1997 in §19 Arbeitsförderungsgesetz (AFG) und seit 1998 in den §§ 284-286 des Sozialgesetzbuches III (SGB III).

Prüfverfahren vor Erteilung einer Arbeitserlaubnis für jedeN einzelneN AsylsuchendeN wurde 1993 auf Weisung des damaligen Bundesarbeitsministers Norbert Blüm durch eine Dienstanweisung an die Bundesanstalt für Arbeit erheblich verschärft. Angewiesen wurde die Nachweispflicht des potentiellen Arbeitgebers darüber, dass dieser sich auch überregional und berufsübergreifend erfolglos um einen bevorrechtigten Arbeitnehmer bemüht habe. Die Überprüfung durch die Arbeitsamtbehörde sollte mindestens vier Wochen betragen. Sechs Wochen vor Ablauf der Arbeitserlaubnis, die immer zeitlich befristet auszustellen ist, muss dieses Verfahren erneut durchgeführt werden.⁵

Auch bei der Aufnahme von **Berufsausbildungen** sind zahlreiche Hürden zu überwinden. Neben der auch hier geltenden Vorrangprüfung, muss durch Nachfrage des Arbeitsamtes bei der zuständigen Ausländerbehörde geprüft werden, ob eine Beendigung des Aufenthalts theoretisch in absehbarer Zeit in Frage kommt. Dies stünde einer beruflichen Integration und damit der Ausbildung im Wege. Darüber hinaus muss der Lebensunterhalt in der Regel für die Dauer der Ausbildung ohne Inanspruchnahme öffentlicher Mittel gesichert werden (Flüchtlingsrat 2000b:51f.).

Ausgehend von der Beobachtung, dass die überwiegende Zahl von Asylsuchenden aufgrund dieser Bedingungen keine Arbeit findet und auf staatliche Alimentierungen angewiesen ist, erhält die Verabschiedung des **Asylbewerberleistungsgesetzes** (AsylbLG) 1993 eine besondere Schärfe. Festgeschrieben wurde eine Leistungskürzung gegenüber der Sozialhilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) im Umfang von 20%. Darüber hinaus führte das Asylbewerberleistungsgesetz, das 1997 erstmals und 1998 ein zweites Mal novelliert wurde, zu einer weitgehenden Durchsetzung des Sachleistungsprinzips, über dessen genaue Gestaltung die Länder und Kommunen entscheiden.⁶ Zu Recht spricht Sieveking (1997:302) bei diesem Gesetz von einem „Paradigmenwechsel“ (ebd.), weil der zuvor allgemeingültige Bemessungsmaßstab eines „allgemein anerkannten soziokulturellen Existenzminimums“ (ebd.) erstmals ausgehebelt und rechtlich fixiert wurde.

Der Personenkreis, der im Falle der Bedürftigkeit Leistungen allein nach dem Asylbewerberleistungsgesetz bekommt, umfasst

- AsylbewerberInnen, inklusive Folge- und ZweittragsstellerInnen, die nur über eine Aufenthaltsgestattung verfügen,
- AusländerInnen, die vollziehbar zur Ausreise verpflichtet sind, also alle Flüchtlinge mit einer Duldung oder einer Grenzübertrittsbescheinigung,
- ab 1997 auch Bürgerkriegsflüchtlinge mit einer Aufenthaltserlaubnis nach § 32 AuslG („Kontingent-Bosnier“),
- Ehegatten und minderjährige Kinder dieser Gruppen.⁷

⁵ Neben den Gesetzestexten selbst wurde bei den Darlegungen zur Arbeitserlaubnis auf die Analyse von Kühne (2002:40f.) zurück gegriffen.

⁶ Zur regional unterschiedlichen Umsetzung dieses Prinzips s. Kothen 2001.

⁷ Vgl. zu dieser Auflistung Kühne 2002:37.

Geplant zunächst als Einschränkung gegenüber den Leistungen durch die Bundessozialhilfe für das erste Jahr nach Antragstellung, wurde die Dauer des individuellen Bezuges 1997 auf drei Jahre erhöht. Im Jahr 2000 bekamen bundesweit etwa 351.000 Menschen, im Jahr 2002 noch etwa 279.000 Menschen Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (Statisches Bundesamt Deutschland 2003).

Darüber hinaus können seit 1998 **Sozialleistungen auf das „unabweisbar Gebotene“** (§ 1a AsylbLG) reduziert werden, was im Einzelfall das Angebot einer Unterbringung und dreier Mahlzeiten am Tag bedeuten kann. Diese Reduzierung ist rechtlich legitimiert, wenn der Bezug von Sozialleistungen der nachweisbar prägende Einreisegrund war (Classen / Strothmann 1999:28)⁸ oder wenn bei Geduldeten und vollziehbar ausreisepflichtigen AusländerInnen aufenthaltsbeendende Maßnahmen nicht durchgeführt werden können aus Gründen, die diese selbst zu vertreten haben. Kühne (2002:38) weist zu Recht darauf hin, dass mit dieser zweiten Regelung Sozialämter für ausländerrechtliche Zwecke benutzt werden, weil auf diese Weise ausländerrechtlich begründete Sanktionen von den Sozialämtern ausgeführt werden müssen.

Festgelegt ist im Asylbewerberleistungsgesetz auch, dass die **Übernahme von Krankenkosten** sich allein auf Behandlungen akuter Erkrankungen und Schmerzzustände beschränkt (§ 4 AsylbLG). Daraus hat sich vielerorts eine Verwaltungspraxis entwickelt, in der Asylsuchende und ihre UnterstützerInnen „immer wieder um die Bezahlung von Leistungen kämpfen müssen“ (Behrensen / Wille 2003:120). Während das Gesetz in Bezug auf „Sonstige Leistungen“ (§ 6 AsylbLG) einen Spielraum zulässt, wenn es um Heil- und Hilfsmittel geht, die zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind, „beginnt an dieser Stelle jedoch häufig ein zähes Ringen um die Auslegung zwischen vielen Behörden und Asylsuchenden, ihren ÄrztInnen und UnterstützerInnen.“ (Behrensen / Wille 2003:120)⁹

Darüber hinaus ermöglicht das Asylverfahrensgesetz **Formen der Unterbringung**, die sich nachteilig auf die gesundheitliche Situation von Asylsuchenden auswirken können. Zunächst leben Asylsuchende höchstens drei Monate in Unterbringungen einer Zentralen Anlaufstelle für Asylbewerber und Asylbewerberinnen (ZAST), in der sie auch ihren Asylantrag stellen und eine in der Regel knappe gesundheitliche Erstuntersuchung stattfindet. Danach ziehen sie in Gemeinschaftsunterkünfte dezentrale Wohnungen. Erhebliche Unterschiede weisen diese Formen der Unterbringung hinsichtlich ihrer baulichen Beschaffenheit, ihrer Größe und ihrer Organisation auf. In der untersuchten Region Osnabrück lassen sich drei Formen der Unterbringung nebeneinander finden:

- private Wohnungen insbesondere für Familien in der Stadt Osnabrück und in den Gemeinden des Landkreises,

⁸ Kühne (2002:38) weist darauf hin, dass die schon im BSHG (§120 Abs. 3) vorhandene „Um-zu-Regelung“ hier ins AsylbLG übernommen wurde.

⁹ Vgl. hierzu auch Flüchtlingsrat (2000a:63ff.) und Rauchfuss (2002).

- kommunale Gemeinschaftsunterkünfte insbesondere für alleinstehende Männer,
- sowie die Landesaufnahmestelle Bramsche-Hesepe, in der sowohl alleinstehende Männer als auch Familien und in wenigen Einzelfällen alleinstehende Frauen untergebracht sind.

Die genaue Beschreibung der damit einhergehenden regionalen Bedingungen sowie die dazugehörigen Daten waren ein erster Schritt der Analyse und finden sich im nächsten Teil der Studie.

An dieser Stelle ist festzuhalten, dass Ausgrenzungen, Benachteiligungen und Einschränkungen in der persönlichen Lebensgestaltung immanenter Bestandteil der rechtlichen Grundlagen sind, mit denen Asylsuchende in Deutschland leben. Obwohl sie auf dem Territorium der Bundesrepublik leben – und dies zum Teil über mehr als ein Jahrzehnt – wird ihnen doch „das Transitorische, Uneigentliche, Unerwünschte ihres Aufenthalts“ (Kühne 2002:7) ständig vergegenwärtigt.

Um die Lebensbedingungen, die aus diesen rechtlichen Rahmenbedingungen erwachsen, im Hinblick auf die Gesundheit von Asylsuchenden in ihrem ganzen Ausmaß zu verstehen, muss auch berücksichtigt werden, dass es sich bei Asylsuchenden um eine Gruppe von Menschen handelt, die aufgrund von Flucht und Fluchtursachen oft gesundheitlich vorbelastet nach Deutschland kommt. So sind nach Schätzungen der Berliner Psychotherapeutischen Beratungsstelle für Verfolgte XENION aus den frühen 1980er Jahren 10 bis 25 % der Asylsuchenden und Flüchtlinge in Deutschland vor ihrer Flucht gefoltert worden (Vorbrodts 1981). Darüber hinaus sind eine große Zahl von Asylsuchenden und Flüchtlingen aus Kriegs- und Krisengebieten geflohen. Andere verließen ihr Herkunftsland nach Gefängnisaufenthalten, die mit denen des deutschen Strafvollzugs nicht zu vergleichen sind (Ressel 1994:43). Unabhängig von den Fluchtursachen kann davon ausgegangen werden, dass die meisten Flüchtlinge auf dem Weg nach Deutschland „eine stark angstbesetzte Flucht“ (Ressel 1994:43) erlebt haben. Die mit der Flucht und den Fluchtursachen zusammenhängenden Erfahrungen führen zu Verunsicherungen in der Gegenwart, wobei sich die rechtlichen und sozialen Bedingungen während des Asylverfahrens nachteilig für die seelische Heilung erweisen (Ressel 1994:45). Wie die Analyse im nächsten Teil des Berichts belegen wird, erschweren die Lebensbedingungen eine Überwindung existentieller Unsicherheiten, die sich im Zusammenhang mit den Fluchthintergründen und der Flucht selbst entwickelt haben. Gefühle der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins können unter diesen Lebensbedingungen nur schwer überwunden werden.

1.2. Forschungsfragen und theoretische Einordnungen

Anknüpfend an die Definition von Gesundheit in der Ottawa-Charta der WHO¹⁰ von 1986 ist der Ausgangspunkt der Untersuchung die Frage nach dem **Zusammenhang von Gesundheit und Lebensbedingungen von asylsuchenden Flüchtlingen**. Diese Frage wurde zu Beginn der Forschungsarbeit in verschiedene Teilfragen aufgefächert, um die Analyse zu leiten. Zur Untersuchung dieser Fragen wurden zudem bestehende theoretische Ansätze herangezogen, die unterschiedliche Bereiche dieses Zusammenhangs beleuchten.

Den Ausgangspunkt liefert das **Salutogenetische Konzept** des Medizinsoziologen Antonovsky (1979). Dieses Konzept basiert auf der Vorstellung, dass sich Gesundheit und Krankheit einer Person als Kontinuum zweier während des Lebens nie vollständig erreichter Pole verstehen lässt. Beeinflusst von systemtheoretischen Überlegungen, versteht Antonovsky den Gesundheitszustand eines Menschen als dynamisches Geschehen, das immer wieder ins Ungleichgewicht gerät (Antonovsky 1993:7). Anlass für die Entwicklung seines Konzepts war die Feststellung, dass es einigen Menschen besser als anderen gelingt, mit traumatischen oder belastenden Erfahrungen umzugehen. Diese haben ganz unterschiedliche Auswirkungen auf die individuelle Gesundheit. Vor diesem Hintergrund suchte er die hierfür verantwortlichen Faktoren. Als maßgebliche Faktoren fand er ein Zusammenspiel von psychosozialen, psychischen und biochemischen Stressoren. Individuelle Differenzen bei den Wirkungen und der Verarbeitung dieser Stressoren erklärte er aus dem Kohärenzgefühl (Antonovsky 1993), das sich vor allem im Laufe der Kindheit und Jugend entwickelt und von den dort gesammelten Erfahrungen und Erlebnissen beeinflusst wird. Das Kohärenzgefühl meint das Gefühl des Vertrauens, dass

„erstens die Anforderungen aus der inneren oder äußeren Erfahrungswelt im Verlauf des Lebens strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind und daß zweitens die Ressourcen verfügbar sind, die nötig sind, um den Anforderungen gerecht zu werden. Und drittens, daß diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Investitionen und Engagement verdienen.“ (Antonovsky 1993:12)

Grundlegende Veränderungen des individuellen Kohärenzgefühls im Erwachsenenalter setzen radikale Brüche der sozialen und kulturellen Einflüsse oder der strukturellen Lebensbedingungen voraus (Bengel 2002:31). Dies trifft auf die hier untersuchte Zielgruppe von Asylsuchenden in mehrfacher Weise zu. Betrachtet man die bereits beschriebenen äußeren rechtlichen Rahmenbedingungen der Lebenssituation von Asylsuchenden sowie ihre Fluchterfahrungen so ist sowohl ein Anstieg der Stressoren als auch eine Erschütterung des Kohärenzgefühls zu vermuten. Die äußere Erfahrungswelt ebenso wie die verfügbaren Ressourcen werden durch den Zuzug in das Aufnahmeland einem radikalen Wandel unterzogen.

¹⁰ Vgl. Einleitung.

Ein wesentlicher Faktor, der sich verändert und in dem sich mögliche Stressoren manifestieren, betrifft die Lebens- und Wohnsituation. Dies betrifft insbesondere die jeweilige **Unterbringung**. Wie oben erwähnt, existieren in der Region Osnabrück drei Formen der Unterbringung nebeneinander: kleinere kommunale Gemeinschaftsunterkünfte, dezentrale Wohnungen sowie die Unterbringung auf dem Gelände der Landesaufnahmestelle in Bramsche-Hesepe. In dieser Untersuchung wurden darüber hinaus die Zentralen Aufnahmestellen Braunschweig und Oldenburg einbezogen. Diese drei Aufnahmestellen werden in dieser Untersuchung als **zentralisierte Unterbringungen** bezeichnet, weil hier – im Gegensatz zu den kommunalen Gemeinschaftsunterkünften – der überwiegende Teil der Verwaltungs- und Versorgungseinrichtungen auf dem Gelände selbst vorhanden ist. Bei der Analyse der dortigen Bedingungen und ihrer Auswirkungen auf die Gesundheit wird das **Konzept der Totalen Institution** (Goffman 1973) als Analysehintergrund einbezogen.¹¹ Aufgrund der Herausarbeitung, wie Handlungsautonomie unter Bedingungen totaler Institutionen nachhaltig zerstört wird, eignet sich dieses Konzept zur Untersuchung der Lebensbedingungen von Asylsuchenden, insbesondere derer, die zentralisiert untergebracht sind. Zu den Merkmalen totaler Institutionen, die in dieser Untersuchung berücksichtigt werden, gehören

- der tendenziell allumfassende Versorgungsanspruch der Einrichtung,
- die „Beschränkungen des sozialen Verkehrs mit der Außenwelt sowie der Freizügigkeit, die häufig direkt in die dingliche Anlage eingebaut sind, wie verschlossene Tore, hohe Mauern, Stacheldraht, Felsen, Wasser, Wälder oder Moore“ (Goffman 1973:15f.),
- die Verschränkung der Lebensbereiche Schlafen, Arbeiten und Freizeit an einem Ort und unter den gleichen Autoritäten¹²,
- die Unfreiwilligkeit der Teilhabe daran,
- die zeitlich gleichbleibende Durchstrukturierung des Tagesablaufs durch diese Autoritäten und durch festgelegte formale Regeln,
- sowie die Summierung all dieser Tätigkeiten zu einem gemeinsamen Plan, der dem Ziel der Institution entspricht (Goffmann 1973:17ff.).

In der hier vorgelegten Untersuchung ist daher eine Forschungsfrage die nach möglichen Zusammenhängen zwischen der Unterbringungsform und dem gesundheitlichen Gesamtbefinden. Konkret wurde untersucht, ob sich erkennen lässt, welche Auswirkungen die jeweilige Unterbringung auf die Gesundheit hat. Gesucht werden sollen auch Erklärungen möglicher Unterschiede.

¹¹ Am Beispiel einer psychiatrischen Klinik und eines Gefängnisses in den 1960er Jahren in den USA hat Goffman (1973) das Konzept herausgearbeitet.

¹² Diese Verschränkung steht im diametralen Gegensatz zur grundlegenden sozialen Ordnung moderner Gesellschaften, „nach der der einzelne an verschiedenen Orten schläft, spielt, arbeitet – und dies mit wechselnden Partnern, unter verschiedenen Autoritäten und ohne einen umfassenden rationalen Plan“ (Goffman 1973:17).

Ein weiterer Untersuchungsbereich der Regionalanalyse betrifft die **Wechselwirkungen zwischen Arbeitsmöglichkeiten und gesundheitlicher Situation**. Dabei wird davon ausgegangen, dass entlohnte Tätigkeiten nicht nur die Möglichkeiten der materiellen Lebensgestaltung erweitern, sondern auch helfen, den Tag zu strukturieren. Bei aller Vorsicht gegenüber Idealisierungen marginaler Arbeitsverhältnisse kann darüber hinaus gesagt werden, dass entlohnte Tätigkeiten den Alltag mit Sinn füllen (Sennett 2000). Zu einem Verständnis, wie sich langandauernde Arbeitslosigkeit auf die Befindlichkeit von Menschen auswirken kann, trägt die klassische soziografische Studie über die **Arbeitslosen von Marienthal** von 1933 (Jahoda / Lazarsfeld / Zeisel 1975) einen empirischen Fundus bei. Hierzu gehören etwa

- die alles umgebende Müdigkeit,
- eine verbreitete Resignation und
- die allgemeine Verlangsamung des Alltags,
- aber auch Potentiale an Widerständigkeit.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen ist zu fragen, wie sich die oben beschriebenen Einschränkungen von Erwerbsmöglichkeiten auf die Gesundheit von Asylsuchenden auswirken.

Neben den Folgen der Arbeitslosigkeit stellt sich auch die Frage, welche im weitesten Sinne gesundheitlichen Auswirkungen es hat, wenn Möglichkeiten versperrt bleiben, mitgebrachte Qualifikationen – auch nicht-formale Qualifikationen – anzuwenden beziehungsweise auszubauen. Zu berücksichtigen ist dabei auch der mögliche **Statusverlust**. Was passiert mit dem vorherigen beruflichen **Prestige**, das durch das Selbstbild der Berufsgruppe auch mit individueller Ehre im Zusammenhang stehen kann (Kantzara 2000:17-24)¹³?

Bei der Einschätzung der genannten Faktoren auf die Gesundheit gilt es, den jeweiligen **Aufenthaltsstatus** und die **Aufenthaltsdauer** zu berücksichtigen. Zu fragen ist, ob gesundheitliche Folgen mit einem unsicheren Aufenthaltsstatus und zunehmender Aufenthaltsdauer einhergehen oder ob bei längerem Aufenthalt gesundheitsfördernde Widerständigkeiten und Copingstrategien entwickelt werden.

Darüber hinaus interessieren allgemein die **Erfahrungen von AsylbewerberInnen mit dem Gesundheitssektor in Deutschland**: Gibt es Bereiche, in denen sie sich „gut versorgt“ sehen? Welche Bereiche sind dies? Und wenn es Bereiche gibt, in denen sie sich eher „schlecht versorgt“ fühlen, wo genau liegen die Probleme?

Gerade in diesem Zusammenhang gilt es, mögliche Wechselwirkungen zwischen **mangelnden Kenntnissen der deutschen Sprache** und der Gesundheit von AsylbewerberInnen einzubeziehen: Wie wird das Problem mangelnder Verständigung in der Interaktion von medizinischem Personal und Asylsuchenden konkret gelöst?

¹³ Dies weist Kantzara (2000) für die Berufsgruppe von Lehrern und Lehrerinnen in Griechenland nach.

Lassen sich Folgen erkennen, die sich nachteilig auf die gesundheitliche Versorgung auswirken?

Neben den aktuellen Lebensbedingungen, muss auch der mögliche **Einfluss der Kultur** auf die gesundheitliche Situation von Asylsuchenden berücksichtigt werden. Dabei wird mit Hall und Höller (1999) davon ausgegangen, dass es kulturspezifische Besonderheiten gibt, die im Migrationsprozess eine Transformation erfahren. Gleichwohl besteht in der Betonung kultureller Differenzen immer auch die Gefahr einer Stereotypisierung und Pauschalisierung durch die mit ihrer Benennung regelmäßig einhergehende Reduzierung auf wenige Merkmale (vgl. Adam / Stüb 2002:11ff.). Beides, das Ignorieren ebenso wie die Betonung kultureller Differenzen, bergen Gefahren der Fehlinterpretation bei der Deutung des Verhaltens und der Wünsche des Gegenübers. So hat Behrens (2001) herausgearbeitet, dass fehlendes differenziertes Wissen über kulturelle Hintergründe ebenso wie das Ignorieren der Lebenswirklichkeit im Aufnahmeland dazu führen können, dass SozialarbeiterInnen unverständliches Verhalten von AdressatInnen auf der Grundlage eigener kultureller Muster oder durch den Rückgriff auf stereotype Bilder interpretieren. Das bedeutet, dass in diesen Fällen eine dialogische Suche nach Problemlösungen behindert wird. Zur Herstellung einer Balance zwischen der Wahrnehmung kultureller Einflüsse und der Vorsicht gegenüber einer Überbewertung bieten sich die Ansätze von Gaitanides (1999) und Scherr (2001) an. Sie plädieren beide für eine Reflexion und „bewusste Auseinandersetzung mit den kulturellen Rahmungen des Selbst- und Weltverständnisses von Individuen und sozialen Gruppen“ (Scherr 2001: 348) generell in der Sozialen Arbeit.

Gerade im Bereich kultureller Deutungen lassen sich interessante Befunde zur **Bedeutung von Gender** vermuten. Anschlussfähig erscheinen hier die empirischen Befunde von Schad (2000) zum Geschlechterverhältnis in der interkulturellen Sozialen Arbeit. Beschrieben wird dort der Aushandlungsprozess zwischen dem Verhältnis „von Frauenrechten und dem Recht auf kulturelle Selbstbestimmung beziehungsweise der Anerkennung kulturell unterschiedlicher Lebensweisen und Werte“ (Schad 2000:3), die als „Grunddilemma der interkulturellen Pädagogik“ (Schad 2000:3) gesehen werden. Deutlich wird, dass in der Frage des Verhältnisses von Ethnizität¹⁴ und Geschlecht Fragen der gesellschaftlichen Dominanz der Mehrheitsgesellschaft über die Minderheitengesellschaft ebenso wie der Dominanz von Männern über Frauen ausgehandelt werden. Das bedeutet, dass im Zusammenhang mit Gender bei der Frage nach geschlechterspezifischen Auswirkungen der vorgefundenen Lebensbedingungen auf die gesundheitliche Situation auch die Selbst- und Fremdwahrnehmungen der Kultur einzubeziehen ist. Gerade wenn es um das Gesundheitsverständnis geht, dann ist die Verbindung von Kultur und Gender wichtig.

¹⁴ Der Begriff der Ethnizität, wie er sich in deutschen Diskursen etabliert hat, muss als Hilfsübersetzung des Begriffs „Race“ verstanden werden. Dabei handelt es sich allerdings um keinen gelungenen Ersatz, weil mit ihm stärker kulturelle Differenzen als gesellschaftliche Machtdifferenzen assoziiert werden.

2. Forschungsmethodische Erläuterungen

Um Antworten auf die oben gestellten Forschungsfragen zu erhalten, ist ein Konzept entwickelt worden, das vor allem auf Methoden der **qualitativen Sozialforschung** basiert. Die in dieser Untersuchung einbezogenen quantitativen Daten sind fast ausschließlich aus anderen Quellen übernommen und dienen in erster Linie der Beschreibung des untersuchten regionalen Feldes. Der eigentliche Anspruch der hier vorgelegten Untersuchung besteht darin, die **Wechselwirkungen der oben beschriebenen Faktoren im Hinblick auf ihre Auswirkungen auf die gesundheitliche Situation** von Asylsuchenden herauszuarbeiten. Um dies zu leisten, wurden trotz des im Vergleich zu quantitativen Verfahren größeren zeitlichen Aufwands pro erhobenem und ausgewerteten Interview Methoden der qualitativen Sozialforschung herangezogen.

Im Forschungsprozess orientiert sich das Forschungsprojekt an der Methode der **Grounded Theory** nach Strauss und Corbin (1990). Hierbei handelt es sich um ein Verfahren gegenstandsbegründeter Theorie- und Hypothesenbildung, in dem fortlaufend Daten erhoben und zur Kontrolle der allmählich weiterentwickelten Auswertungsergebnisse herangezogen werden. Das Vorgehen bei der Theorie- und Hypothesenbildung ist durch einen Prozess gekennzeichnet, der mit einer Fragestellung beziehungsweise Leitidee beginnt. Von besonderer Bedeutung ist die prinzipielle Offenheit, die dem Prozess unterliegt, um sich von den Befunden der Praxis belehren zu lassen. Obwohl es selbstverständlich Vorannahmen in Bezug auf das Forschungsthema gibt, wird nicht mit vorgefertigten Hypothesen gearbeitet, die durch den Forschungsprozess bestätigt oder widerlegt werden sollen. Vielmehr geht es darum, das Feld zu explorieren. Zu diesem Zweck sollen Zusammenhänge, die PraktikerInnen im Feld hinlänglich bekannt sind, detaillierter erkundet und in Beziehung zueinander gesetzt werden.

2.1. Datenquellen und Instrumente der Erhebung

Ausgangspunkt der konzeptionellen Überlegungen war die Überzeugung, dass zur Erforschung der gesundheitlichen Situation von Asylsuchenden deren **subjektive Deutungen** sowohl zum Zustand ihrer Gesundheit als auch zu den Auswirkungen ihrer momentanen Lebensbedingungen im Mittelpunkt zu stehen haben. Die besonderen Herausforderungen, die Interviews mit dieser Zielgruppe mit sich bringen, werden Thema des nächsten Kapitels sein. Ergänzt werden Sichtweisen derjenigen, die als ExpertInnen – sei es als beruflich oder als bürgerschaftlich Engagierte – mit den Belangen größerer Gruppen von Asylsuchenden zu tun haben. Darüber hinaus sind die Sichtweisen von Gruppen einbezogen, die auf der Grundlage der oben beschriebenen rechtlichen und verwaltungstechnischen Rahmenbedingungen mit gesundheitsrelevanten Belangen von Asylsuchenden zu tun haben, diese zu verwalten oder zu versorgen haben. Damit galt es, eine Reihe von Erhebungen zeitlich parallel

durchzuführen und mit Bezug zueinander auszuwerten. Darüber hinaus wurden im Verlauf der Forschung eine Reihe von Dokumenten zugänglich, in denen ebenfalls interessante Aussagen im Hinblick auf die Beantwortung der Forschungsfragen zu finden sind.

Die Datenquellen und damit verbundenen Erhebungsmethoden, auf denen die hier vorgelegte Analyse beruht, sind daher sehr vielfältig. Sie werden im Folgenden kurz vorgestellt.

Teilnehmende Beobachtung

Ziel der Teilnehmenden Beobachtung als Erhebungsmethode in der qualitativen Forschung ist es, Einblicke in die soziale Welt der Erforschten zu erhalten, um deren Weltsicht nachvollziehen zu können. Dabei geht es nicht um ein passives Verharren in der BeobachterInnenposition. Teilnehmende Beobachtung bedeutet vielmehr, sich auf die soziale Welt des Gegenübers einzulassen. Sie ist somit ein interaktiver Prozess. Die Eindrücke, die bei der Teilnehmenden Beobachtung gewonnen werden, gilt es allerdings durch Strukturierung verwertbar zu machen (Attesländer 1993:93). Für eine Nutzung im Auswertungsprozess müssen das erhobene Material, die ermittelten Daten sowie die daraus gewonnenen Erkenntnisse daher ausführlich dokumentiert werden.

In dieser Art des Feldzugangs liegen Chancen und Gefahren dicht beieinander. So weist Lamnek (1993:260f.) auf die Gefahr hin, dass im Prozess der Teilnehmenden Beobachtung eine Identifikation mit AkteurInnen des Forschungsfeldes stattfinden könnte, die zu Überinterpretationen führt. Dagegen betont Girtler (1984:64) die aus dieser Identifikation erwachsene Chance, dass die Forscherin respektive der Forscher „für vieles in der zu erforschenden Gruppe empfänglich (wird), was ihm sonst nicht so ohne weiteres deutlich werden würde.“ Identifikation bedeutete im Fall dieser Untersuchung sowohl das Einfühlen in die Situation der Asylsuchenden, in ihre Unsicherheiten und ihre Wut, als auch das Einfühlen in die Situation von MitarbeiterInnen unterschiedlichster Handlungsfelder mit ihrem jeweiligen beruflichen Selbstverständnis, ihren Zwängen und ihrem Wunsch nach Anerkennung der oft schwierigen Arbeit.

Teilnehmende Beobachtung in diesem Sinne bietet sich dann an, „wenn sozialräumlich überschaubare Einheiten menschlichen Zusammenlebens ganzheitlich erfasst werden sollen.“ (Leggewie zitiert n. Friebertshäuser 1997:504). Im Forschungskontext dieser Untersuchung bedeutete dies vor allem die Teilnehmende Beobachtung in zentralisierten Unterbringungen. Hier konnte sich sowohl der sozialen Welt der Asylsuchenden wie auch der sozialen Welt der dort Angestellten genähert sowie die Interaktion der unterschiedlichen Gruppen miteinander beobachtet werden. Die Ergebnisse dieser Beobachtungen wurden in Memoranden festgehalten, die zum Verständnis des Untersuchungsfeldes beitragen.

Problemzentrierte Einzelinterviews

Problemzentrierung in Einzelinterviews bedeutet, dass die Interviewerin ihre Kenntnisse der Rahmenbedingungen nutzt, um am Problem orientierte Fragen beziehungsweise Nachfragen zu stellen. Ein hierfür erstellter Leitfaden dient als Gedächtnisstütze und als Orientierungsrahmen für die einzelnen interessierenden Themenbereiche. Der Leitfaden stellt die Vergleichbarkeit der Interviews innerhalb einer Zielgruppe sicher. Im Idealfall dient der Leitfaden lediglich als Kontrollinstrument, um sich während des Gesprächs zu vergegenwärtigen, inwieweit die einzelnen interessierenden Aspekte thematisiert worden sind (Witzel 2000: 9).

Wichtig zum Gelingen des Interviews ist der Kommunikationsprozess. Entsteht bei den Befragten Vertrauen und damit Offenheit, weil sie sich in ihrer Problemsicht ernst genommen fühlen, dann kann es gelingen, während des Interviews Erinnerungen und Selbstreflexionen zu erhalten, die das Datenmaterial bereichern. Auf diese Art entstehen immer wieder neue Aspekte zum gleichen Thema. Hierzu gehören auch Korrekturen vorangegangener Aussagen, Vereinfachungen und Widersprüchlichkeiten. Das Problemzentrierte Interview kann somit als „diskursiv-dialogisches Verfahren“ (Mey 1999:145) verstanden werden, in dem die Möglichkeit zunehmender Selbstvergewisserung besteht, ebenso wie die Möglichkeit Korrekturen an eigenen Aussagen oder jenen der Interviewerinnen vorzunehmen (Witzel 2000:11-13).

Problemzentrierte Einzelinterviews wurden im Rahmen der Untersuchung sowohl mit Asylsuchenden als auch mit MitarbeiterInnen von Behörden und von Gesundheitseinrichtungen durchgeführt. Da an diese Gruppen unterschiedliche Fragen im Hinblick auf die Erfassung ihrer jeweiligen Sicht zu stellen waren, wurde mit drei verschiedenen Leitfragekatalogen gearbeitet, die im Anhang aufgelistet sind. In allen drei Fällen ging es darum, die Innensicht der Zielgruppe auf die Frage der gesundheitlichen Auswirkungen der Lebensbedingungen zu verstehen. Wichtig war, sich bei jeder Gruppe ganz auf ihre Weltsicht einzulassen, auch wenn diese denen der anderen Gruppen zum Teil widersprach.

Bis auf drei Ausnahmen wurden alle Interviews auf Tonträgern aufgenommen und darüber hinaus von allen Interviews ausführliche Protokolle erstellt. In den drei Fällen, in denen auf eine Aufnahme verzichtet wurde, geschah dies spontan durch die Einschätzung der Forscherinnen, dass eine Aufnahme aufgrund von Befangenheiten¹⁵ den Redefluss erheblich einschränken würde. Hier wurden besonders ausführliche und sorgfältige Protokolle erstellt. In allen Fällen wurden die Befragten bereits zum Zeitpunkt der Interviewverabredung, der in der Regel einige Tage vor dem eigentlichen Interview lag, und dann nochmals direkt vor der Interviewdurchführung auf die wissenschaftliche und anonyme Verwendung des Interviewmaterials hingewiesen.

¹⁵ Näheres zu den spezifischen Bedingungen der Interviewführung mit der Zielgruppe wird im anschließenden Kapitel ausgeführt.

Problemzentrierte Gruppeninterviews

Neben den Einzelinterviews waren **Gruppeninterviews mit der Zielgruppe der Asylsuchenden** geplant. Auch wenn aus organisatorischen Gründen nur zwei Gruppeninterviews durchgeführt wurden, lieferten diese doch besonders reichhaltiges Material. Die beiden durchgeführten Gruppeninterviews bestätigen die Annahme, dass Gruppeninterviews eher als Einzelinterviews geeignet sind, dem Hierarchiegefälle zwischen den Forscherinnen – Angehörige der Dominanzkultur (Rommelspacher 1995) – und den Befragten – Angehörige nicht nur ethnischer Minderheiten sondern darüber hinaus Angehörige einer Gruppe mit prekärem Aufenthaltsstatus – zu begegnen. Durch die beiden Gruppeninterviews konnte Material gewonnen werden, in dem die Befragten sich gegenseitig bestärkten und ergänzten (vgl. hierzu auch Kromrey 1983, 1989). Deutlicher als in den Einzelinterviews treten ihre Erfahrungen als intersubjektive Erfahrungen hervor, die sich von denen der Angehörigen der Dominanzkultur unterscheiden.

Sammlung von Dokumenten

Eine weitere Quelle von Erkenntnissen zur gesundheitlichen Situation von Asylsuchenden in der Region lieferten eine Reihe unterschiedlicher Dokumente, die den Forscherinnen im Laufe ihrer Untersuchung zugänglich gemacht wurden. Hierzu gehören:

- Regionale und überregionale **Presseartikel**, in denen die regionalen Lebensbedingungen von Asylsuchenden allgemein oder anhand von Einzelfällen beschrieben werden.
- **Protokolle** von Veranstaltungen, in denen die regionalen Lebensbedingungen, insbesondere die Lebensbedingungen in einer der untersuchten zentralisierten Unterbringungen, thematisiert wurden.
- **Briefwechsel** mit politischen AkteurInnen und Verantwortlichen der Verwaltung, die sich insbesondere auf die Lebensbedingungen in einer der zentralisierten Unterbringungen beziehen.
- **Schriftlich fixierte Augenzeugenberichte** von UnterstützerInnen, die im Umfeld bürgerschaftlich engagierter Initiativgruppen verteilt und den Forscherinnen für die Analyse zur Verfügung gestellt wurden.
- **Schriftlich fixierte Wiedergaben der Erlebnisse** von Asylsuchenden durch UnterstützerInnen, die ebenfalls im Umfeld der UnterstützerInnen verteilt und den ForscherInnen für die Analyse zur Verfügung gestellt wurden.
- **Beschreibungen von Einrichtungen und Arbeitsfeldern**, die mit gesundheitsrelevanten Belangen von Asylsuchenden in Zusammenhang stehen.
- **Regionale Statistiken** über Verteilung und Unterbringung von Asylsuchenden.
- Schriftlich fixierte Notizen von **(Telefon-)Interviews im regionalen Gesundheitssektor** zu den Erfahrungen mit der Behandlung von Asylsuchenden. Diese Befragungen wurden von der Kollegin Susanne Klesse im Teilprojekt der

„Qualifizierungsmaßnahme für Asylsuchende“ als Teil ihrer Arbeit an der regionalen Implementierung durchgeführt und den Forscherinnen zur Verfügung gestellt.

- Zwei **Interviews**, die im Rahmen der Ausstellung „Hier geblieben“ dokumentiert wurden. Dabei handelt es sich um Interviews mit einer Einzelperson und einem Ehepaar aus einer der untersuchten zentralisierten Unterbringungen, die über ihre Fluchthintergründe und die Lebensbedingungen berichten.

Im Sinne von Attesländer (1993) eröffnen diese Dokumente Zugänge zu formalen und institutionellen Rahmenbedingungen des Feldes. Das Material, das hier gesammelt werden konnte, vergrößert somit die Sachkenntnis und das Hintergrundwissen zum Forschungsfeld (Mayring 1990), da es sich aus mehr oder weniger offiziellen Aussagen zentraler AkteurInnen des Feldes speist.

Fragebogenerhebung

Nach Sichtung der Daten wurde darüber hinaus der Versuch unternommen, die generierten Ergebnisse quantitativ abzusichern. Ein Abdruck des Fragebogens befindet sich im Anhang. Die Durchführung der Fragebogenerhebung wurde jedoch aufgrund forschungspraktischer Schwierigkeiten vorzeitig abgebrochen. Hintergrund waren die besonderen Anforderungen an die Befragung der Gruppe von Asylsuchenden, die im anschließenden Kapitel genauer dargelegt werden. Außerdem konnte der hierfür notwendige zeitliche und personelle Aufwand nicht geleistet werden. Die trotzdem gewonnenen Daten, die in 22 Fragebögen zur gesundheitlichen Situation festgehalten wurden, werden im jeweiligen Zusammenhang mit dem Erhebungskontext in der Analyse verwendet.

Überblick über das gesammelte und erhobene Material

Erfassung der Sichtweisen von...	...Asyl-suchenden	...behördl. Mitarbeiter-Innen	...Mitarbeiter -Innen im Gesundheits-sektor	...bürger-schaftlich Engagierten	...mehreren gleichzeitig
Durch...					
Teilnehmende Beobachtung	15	6	2	-	8
Problemzentrierte Einzelinterviews	24	4	3	-	8
Problemzentrierte Gruppeninter-views	2	-	-	-	-
Dokumente	4	13	17	20	33
Fragebögen	22	-	-	-	-

2.2. Der Auswertungsprozess

Anders als ursprünglich konzipiert, wurden nur die ersten Interviews – und diese auch nur auszugsweise – transkribiert. Aufgrund seiner Mehrsprachigkeit war das Material eher geeignet, direkt von den Tonträgern abgehört zu werden. Hierdurch wurden Rückfragen und Unsicherheiten der ÜbersetzerInnen eher erkennbar und der Auswertung zugänglich. Maßgeblich gearbeitet wurde mit den ausführlichen Memoranden, die direkt nach den Interviews erstellt und dann durch mehrfaches In-Frage-Stellen und Abhören der Tonträger erweitert wurden.¹⁶

In der Auswertung wurde das Material mit der Methode der **Grounded Theory** (Glaser / Strauss 1967, zuerst Glaser 1965) bearbeitet. Ziel war es, durch das Herausarbeiten von Gemeinsamkeiten aus den einzelnen Interviews Modelle zu entwickeln, die Zusammenhänge und Strukturen zur gesundheitlichen Situation von Asylsuchenden verdeutlichen. Es ging also nicht um das Herausarbeiten statistisch repräsentativer Größen. Vielmehr ging es darum, Modelle zu erarbeiten, die die vorgefundenen Zusammenhänge erklärten.

Maßgeblich bei diesem Verfahren ist das Vorgehen der **theoretischen Sättigung** bei der Erhebung. Statt wie in quantitativen Befragungen üblich vor der Erhebung ein Sample zu bestimmen, das den Kriterien der Repräsentativität für die jeweilige Zielgruppe entspricht, wurde hier im Laufe des Auswertungsprozesses entschieden, welche Kriterien die zu befragenden Personen erfüllen sollten. So wurden während der Auswertung des Materials kontinuierlich Entscheidungen getroffen, welche Aspekte genauer untersucht werden sollten. Gleichzeitig wurde die Erhebung fortgeführt. Hierfür wurde nach weiteren InterviewpartnerInnen gesucht, die zu den interessierenden Aspekten in ihren Darstellungen weitere Facetten liefern könnten. Waren beispielsweise anfangs eine Reihe von Asylsuchenden befragt worden, die große Mängel in ihrer gesundheitlichen Versorgung benannten, wurde nach einer ersten Auswertungsphase aktiv nach Personen gesucht, von denen angenommen wurde, dass sie hierzu Gegenteiliges berichten könnten. Eine Entscheidung darüber, dass eine theoretische Sättigung erreicht war, wurde dann gefällt, wenn weitere Interviews keine neuen Varianten zu dem interessierenden Aspekt lieferten. Seine Berechtigung erhält dieses Vorgehen auch, weil aufgrund der Einbindung in das SPuK-Projekt auf ein breites Netz von Fachleuten und Asylsuchenden selbst bei der Suche nach InterviewpartnerInnen in der Region zurückgegriffen werden konnte.

Konkret wurde bei der Auswertung des Materials im Sinne der Grounded Theorie mit Prozessen des Offenen Kodierens, des Axialen Kodierens, des Selektiven Kodierens, des theoretischen Schreibens und der zirkulären Analyse gearbeitet (vgl. Glaser / Strauss 1967).

¹⁶ Dieses Verfahren wird überzeugend dargestellt und begründet in Kaufmann 1999.

Dieses Vorgehen sei an einem Beispiel erläutert: In der Phase des Offenen Kodierens wurden zunächst alle Aussagen der in einer ersten Erhebungsphase durchgeführten Interviews verschiedenen Themen oder Kodes zugeordnet. In einem zweiten Schritt wurden ähnliche und verwandte Themen zu größeren Themenblöcken oder Kategorien zusammengefasst. So wurden die Kodes „Essensversorgung“, „weitere Versorgungsstruktur in einer der zentralisierten Unterbringungen“ und „Einkaufen mit Wertgutscheinen“ in der Kategorie „Versorgung“ gebündelt. Ähnlich wurde mit anderen Befunden verfahren. Anschließend wurden die Befunde im Prozess des Axialen Kodierens miteinander in Beziehung gesetzt. Auf diese Weise wurde beispielsweise sichtbar, dass hinter der Kritik an der Versorgungssituation häufig eine Kritik an der darin angelegten Kontrolle und Reglementierung zu finden war, die sich auch in anderen Kategorien wieder fand. Das heißt, die Kritik an der Organisation der Versorgung kann auch verstanden werden als Chiffre einer Kritik an den reglementierten und kontrollierten Lebensbedingungen, mit denen Asylsuchende leben. Diese Kritik war unterschiedlich stark, je nachdem wo Asylsuchende untergebracht waren. Fanden sich bei dezentral oder in kommunalen Unterbringungen lebenden Asylsuchenden beispielsweise Kritiken an der Wertgutscheinpraxis oder an der Krankenscheinvergabe, umfassten diese Beschwerden bei Asylsuchenden in einer der untersuchten zentralisierten Unterbringungen weite Teile des alltäglichen Lebens, von der Essensvergabe, über die Zuteilung von Arbeit bis hin zur gesundheitlichen und sozialen Betreuung.

Gleichzeitig gab es auch positive Berichte von Asylsuchenden mit gesundheitlicher Versorgung. Hier wurde im Prozess des selektiven Kodierens die Erfahrung mit Versorgungsstrukturen bei dezentral untergebrachten Asylsuchenden aufgearbeitet und gleichzeitig nach InterviewpartnerInnen in zentralisierten Unterbringungen gesucht, die positive Erfahrungen mit der Versorgungsstruktur zu berichten hatten. Durch dieses Vorgehen war eine Differenzierung der Bedingungen möglich, die Aufschluss über positiv und negativ wahrgenommene Versorgungsstrukturen gaben. Die Entscheidungen während des Auswertungsprozesses über die nächsten Schritte wurden im Prozess des theoretischen Schreibens festgehalten. Im Sinne der zirkulären Analyse wurden die gebildeten Hypothesen anhand weiterer Themen überprüft und verfeinert.

Um zu gewährleisten, dass die Interpretation der Befunde nicht auf eigene Urteile reduziert würden, führten die Forscherinnen insgesamt **4 ExpertInnengesprächskreise** durch, in denen sie ihre Befunde zur Diskussion stellten. Die Diskussionsergebnisse wurden jeweils in die weitere Analyse einbezogen.

2.3. Hürden und Tore bei der Befragung von Asylsuchenden in der Region: Der Feldzugang

Befragungen von Asylsuchenden weisen eine Reihe von Schwierigkeiten auf, die es vor dem eigentlichen Feldzugang zu reflektieren galt. So musste davon ausgegangen werden, dass Asylsuchende, die bei der Befragung angesprochen werden sollten, belastende Erlebnisse hinter sich haben. Es musste damit gerechnet werden, dass die Beantwortung der Frage nach gesundheitlichen Belangen auch psychosoziale Belastungen durch die Flucht und ihre Hintergründe beinhalten können. Darüber hinaus sind Forschungsinterviews während laufender Asylverfahren schwierig, weil dies die soziale Situation wiederholt, die Asylsuchende im Anhörungsverfahren erleben. In der Zeit des Wartens auf den Asylentscheid ist die Befürchtung allgegenwärtig, der Antrag könnte abgelehnt werden. In dieser Situation ein Forschungsinterview durchzuführen, bedeutet die Herstellung einer Verbindung zum Asylverfahren. Haubl (2003:66) weist darauf hin, dass es von Asylsuchenden zuviel verlangt ist, in dieser Situation zwischen Administration und Forschung zu unterscheiden. Außerdem können die Asylsuchenden nicht sicher sein, dass die Forschung – durchgeführt von Angehörigen der Aufnahmegesellschaft – nicht zu administrativen Zwecken herangezogen wird. Somit ist es verständlich, wenn ForschungsinterviewerInnen in dieser Situation für VertreterInnen der Obrigkeit gehalten werden. Selbst dann, wenn die Interviewerin glaubhaft machen kann, dass sie nicht Teil der Obrigkeit ist, so wird sie doch gesehen als einflussreicher als die Asylsuchenden selbst. Dies haben die Forscherinnen in den Interviews immer wieder erfahren, wenn sie – trotz Verdeutlichung ihres Vorhabens – angesprochen wurden, auf die baldige Behebung konkreter Missstände einzuwirken. Vor diesem Hintergrund rät Haubl (2003:67f.) zu einer Interviewführung, die er vertrauensbildend nennt. Hierzu gehört eine deutliche Erklärung der Ziele und des Ablaufs des Interviews. Es zeigte sich darüber hinaus als notwendig mehrfach deutlich zu betonen, dass auf die konkrete Situation der Asylsuchenden kein Einfluss genommen werden kann. Auch die wiederholte Betonung der Freiwilligkeit sowie die bedingungslose Akzeptanz der gewählten Schwerpunkte im Interview war notwendig, um jede Erinnerung an ein Verhör zu vermeiden. Anders als in narrativen Interviews allgemein üblich wurde in Anlehnung an Haubl (2003) und Sundberg (1981), auf ein längeres Schweigen seitens der Forscherinnen während des Interviews verzichtet, da dies als Beziehungsabbruch hätte gedeutet werden können. Darüber hinaus wurde versucht, durch eine parteiliche Haltung Sicherheit zu vermitteln. Hierzu gehörte auch die Akzeptanz des Selbst- und Weltverständnisses, ohne die divergierenden Lebensumstände zu verleugnen (vgl. hierzu auch Haubl 2003:68).

Andere Schwierigkeiten brachte die **Befragung von MitarbeiterInnen** mit sich, die mit der Verwaltung und Versorgung von Asylsuchenden betraut waren. Hier war in vielen Fällen ein recht großes Maß an Misstrauen zu spüren. Deutlich wurde dieses Misstrauen beispielsweise darin, dass eine Mitarbeiterin des Forschungsprojektes zu Beginn ihrer Interviewarbeit in einer zentralisierten Unterbringung verdächtigt wurde, sich als Journalistin unerlaubt auf dem Gelände der Unterbringung aufzuhalten. In diesem

Zusammenhang wurde von ihrem Ausweis, der beim Betreten der Einrichtung abzugeben war, rechtswidrig eine Kopie angefertigt. Ein weiterer Feldzugang bedurfte aufwendiger Dienststellenabklärungen. Argumentiert wurde in diesem Zusammenhang mit negativen Erfahrungen, zu denen Veröffentlichungen durch bürgerschaftlich Engagierte gehörten, die aus Sicht der MitarbeiterInnen der Einrichtung so nicht den Tatsachen entsprächen. Zur Überwindung des Misstrauens war es notwendig, dass die Forscherinnen sich hier ebenfalls auf die Sicht der Befragten einließen, auch wenn dies in einigen Punkten der zuvor ermittelten Sichtweise der Asylsuchenden sowie der bürgerschaftlich Engagierten entgegenstand.

Der **konkrete Feldzugang** zur Befragung von Asylsuchenden beinhaltete mehrere zum Teil zeitgleich verlaufende Phasen. Zu Beginn der Untersuchung konnte in Zusammenarbeit mit einer Studentin der Katholischen Fachhochschule für Sozialwesen, Norddeutschland, und in Zusammenarbeit mit dem Verein Exil, Osnabrück, ein **Zugang zu den Asylsuchenden in einer zentralisierten Unterbringung** geschaffen werden. Der Verein Exil führte zu Beginn des Forschungsprojektes ein Sportprogramm für Kinder und Jugendliche aus der Landesaufnahmestelle durch. Dieses Projekt, an dem die Studentin mitarbeitete, konnte auch genutzt werden, um Asylsuchende anzusprechen. Sie wurden gefragt, ob sie Interesse hätten, von ihren Erfahrungen mit Gesundheit und Krankheit seit ihrer Ankunft in Deutschland zu berichten. Eine Mitarbeiterin des Forschungsprojektes schloss sich der Studentin an, um diesen praktischen Zugang ebenfalls zu nutzen. Bereits bei diesen ersten Besuchen wurden sie von einem Dolmetscher oder einer Dolmetscherin begleitet, durch die es gelang, das Vertrauen einer Reihe von Asylsuchenden zu gewinnen. Auf diese Weise entstanden mehrere Besuchskontakte und Interviews. Auch konnten die Interviews, die die Studentin für ihre Abschlussarbeit erhob, einer Sekundäranalyse unterzogen werden.

Um das Material zentralisierter Einrichtungen auszuweiten, wurden Memoranden von Besuchen und Befragungen in den zentralen Aufnahmestellen Braunschweig und Oldenburg in die Analyse einbezogen. Diese Memoranden waren von MitarbeiterInnen eines Partners der Entwicklungspartnerschaft „SPuK“, dem Niedersächsischen Flüchtlingsrat, erstellt worden.

Einfacher gestaltete sich der **Feldzugang zu Asylsuchenden außerhalb zentralisierter Unterbringungen**. Maßgeblich trugen auch die TeilnehmerInnen der Qualifizierungsmaßnahme der Entwicklungspartnerschaft im Teilprojekt der Caritas zum Erkenntnisgewinn bei. Einige von ihnen erklärten sich ebenfalls zu Interviews und später zum Ausfüllen der Fragebögen bereit. Einige stellten Kontakte zu anderen Asylsuchenden her. Aufgrund der personellen und zeitlichen Limitierung konnten nicht alle vermittelten und den Forscherinnen bekannten Kontakte zu Asylsuchenden ausgeschöpft werden.

Ebenfalls aus personellen und zeitlichen Gründen konzentrierte sich die **Erfassung der Sichtweise der bürgerschaftlich Engagierten** auf das von ihnen produzierte umfangreiche schriftliche Material. Darüber hinaus gab es Anfragen durch

bürgerschaftlich Engagierte, die von dem Forschungsprojekt gehört hatten, und nun von gesundheitlichen Problemen verschiedener Asylsuchender berichteten. Sie baten darum, dass mit den entsprechenden Asylsuchenden Kontakt aufgenommen und ihnen ganz konkrete Hilfestellungen gegeben werden sollten. Vor diesem Hintergrund lieferten sie ausführliche Fallbeschreibungen.

Hinsichtlich der **Befragung von BehördenmitarbeiterInnen und medizinischem Personal** wurde aus Gründen der Zeitersparnis neben zwei eigenen Erhebungen auf Material zurück gegriffen, das von einer anderen Kollegin der Entwicklungspartnerschaft im Teilprojekt „Qualifizierung“ durch (Telefon-)Interviews erhoben worden war. Auf diese Weise konnten viele Daten zum faktischen Ablauf der Versorgung zusammen getragen werden.

Insbesondere der Beginn des Feldzugangs war geprägt von dem fortwährenden **Anreiz, sich bürgerschaftlich zu engagieren**. Schnell wurde deutlich, dass die Bedürfnisse der Asylsuchenden es nicht ermöglichten, ein steriles Vorgehen der Befragung durchzuhalten. Da sowohl die Mitarbeiterin des Forschungsprojektes als auch die Studentin bereits vor ihrer wissenschaftlichen Arbeit im Zusammenhang ihres bürgerschaftlichen Engagements mit den Belangen von Asylsuchenden zu tun gehabt hatten, waren sie hierfür besonders empfänglich. In einigen Fällen wurden Kontakte zu professionellen Hilfeeinrichtungen vermittelt. In anderen Fällen wurde dabei geholfen, die Inhalte von Briefen der Verwaltungsbehörden oder Gerichte verständlich zu machen. In einem Fall fand eine Konfliktmediation inklusive Übersetzung zwischen einem Mitarbeiter einer zentralisierten Unterbringung und einem Asylsuchenden statt. In einem Fall wurde bei der Formulierung eines Briefes an den Anwalt für das Asylverfahren geholfen. In einem anderen Fall wurde ein Anhörungstermin zum Asylverfahren besucht und die Asylsuchende in dieser Situation begleitet. So kamen bei den ersten Besuchen Interviews entgegen der Absprache mit Asylsuchenden nicht zustande, weil die nachgefragten Hilfestellungen so umfangreich waren. Gleichzeitig ermöglichte dieses Engagement, sich auf die Zielgruppe einzustellen und mit ihnen in Kontakt zu treten. Durch eine Reflexion der eigenen Rolle konnte es allmählich gelingen, die Anteile des eigenen bürgerschaftlichen Engagements erheblich zu reduzieren. Was blieb, war – neben einem gelegentlich schlechtem Gewissen, nicht umfangreicher helfen zu können – die Vermittlung an andere sowie die Herausgabe von Telefonnummern und Adressen der entsprechenden Einrichtungen.

Eine besondere Anforderung wurde während der Interviews an die **DolmetscherInnen** gestellt. Sie waren aufgrund ihres eigenen Migrationshintergrundes und in einem Fall des eigenen Flüchtlingshintergrundes ein Türöffner für die Interviews. Ohne sie hätten sich viele Asylsuchende nicht bereit erklärt, sich befragen zu lassen. Gleichzeitig wurden die DolmetscherInnen auch über die Interviews hinaus gefordert. Stärker noch als die ForscherInnen ohne Migrationshintergrund wurden sie um umfangreiche Unterstützung gebeten. Neben den Asylsuchenden selbst wandten sich in einzelnen Fällen auch MitarbeiterInnen zentralisierter Einrichtungen an die ÜbersetzerInnen, um

in Konfliktsituationen die Möglichkeit der Übersetzung zu nutzen oder um Beratungsgespräche zu führen. Interessant ist, dass der Bedarf nach Sprachmittlung so hoch zu sein scheint, dass die zuvor beschriebene Vorsicht hier nachrangig war.

Die in der letzten Phase geplante **Fragebogenerhebung** brachte neue Schwierigkeiten mit sich. Aus zeitlichen Gründen wurde beschlossen, einen Teil der Befragung durch einen studentischen Mitarbeiter nebst Dolmetscher durchführen zu lassen. Trotz telefonischer Zusage an die Forschungsmitarbeiterin wurde dem Mitarbeiter und dem Dolmetscher in einer zentralisierten Unterbringung zunächst der Zutritt verwehrt. Erst nach Rücksprache im Niedersächsischen Innenministerium wurde ein Zugang erlaubt. Dieser war allerdings mit der Auflage verbunden, dass einE MitarbeiterIn der Einrichtung bei der Befragung dabei sein sollte. Das so erhobene Material gibt somit nicht allein die Sicht der Asylsuchenden wieder. Die nach den Besuchen erstellten Memoranden hielten vielmehr die Interaktion zwischen MitarbeiterInnen und Asylsuchenden in den zentralisierten Unterkünften fest. Durch Verbindung der mit Hilfe eines Dolmetschers abgefragten Inhalte des Fragebogens mit diesen Memoranden konnten die Einflüsse bei der Beantwortung der Fragen berücksichtigt und als Teil der Ergebnisse genutzt werden.

Gleichzeitig bestätigte die Erfahrung des studentischen Mitarbeiters den überwiegend qualitativ verfolgten Ansatz der Untersuchung. Er erlebte die Fragebogenerhebung als zeitlich sehr aufwendig, selbst dann wenn die Interventionen durch die MitarbeiterInnen der zentralen Einrichtung gering waren. Es gelang nicht, allein die Fragen auf dem Bogen beantwortet zu bekommen. Der Erzähldruck auf Seiten der meisten Asylsuchenden, die sich zur Beantwortung bereit erklärten, war so groß, dass er in allen Fällen mit Einzelheiten des Asylverfahrens oder der momentanen Lebenssituation konfrontiert wurde.

TEIL II: EMPIRISCHE BEFUNDE

3. Beschreibung der regionalen Situation

Die untersuchte Region umfasst die Stadt und den Landkreis Osnabrück. Da die Stadt Osnabrück sich zu der Aufnahme jüdischer EmigrantInnen aus der ehemaligen Sowjetunion bereit erklärt hat, werden seit einigen Jahren keine Asylsuchenden mehr in das Stadtgebiet umverteilt.¹⁷ Nach Auskunft des zuständigen Mitarbeiters des Fachbereichs Bürger und Ordnung in der Stadt Osnabrück lebten zum Zeitpunkt der Anfrage (Dezember 2003) folgende Flüchtlinge im Stadtgebiet:

- 21 AsylbewerberInnen, mit einer Aufenthaltsgestattung,
- 140 Asylberechtigte, anerkannt nach Art. 16 GG, mit einer unbefristeten Aufenthaltserlaubnis,
- 1.552 Kontingentflüchtlinge, die ebenfalls eine unbefristete Aufenthaltserlaubnis haben,¹⁸
- 230 De-Facto-Flüchtlinge, bei denen Abschiebehindernisse vorliegen und die aufgrund dessen Duldungen bekommen,
- 29 minderjährige Kinder ohne Asylverfahren, deren Aufenthaltsstatus ebenfalls durch temporäre Duldungen gesichert ist,
- 87 Konventionsflüchtlinge, bei denen Abschiebungsverbote nach § 51 AuslG vorliegen, deren Aufenthaltsstatus entweder eine Aufenthaltserlaubnis oder eine unbefristete Aufenthaltserlaubnis ist,
- 22 sonstige Flüchtlinge, bei denen Abschiebehindernisse nach §53 AuslG vorliegen,
- sowie 8 Bürgerkriegsflüchtlinge aus Bosnien-Herzegowina, bei denen ebenfalls Abschiebehindernisse vorliegen.¹⁹

Werden allein diejenigen gezählt, die keinen gesicherten Aufenthalt haben, dann beläuft sich die Zahl auf 376 Personen gegenüber einer Wohnbevölkerung im Stadtgebiet von etwas weniger als 170.000 Menschen.²⁰

Höher liegt der Anteil von Flüchtlingen und Asylsuchenden im Landkreis Osnabrück, der eine Gesamtwohnbevölkerung von etwas weniger als 360.000 Menschen aufweist.²¹

¹⁷ Die Zahl der Asylsuchenden in den Gemeinden und Städten wird durch einen Verteilerschlüssel festgelegt. Das Land Niedersachsen ist nach dem Asylverfahrensgesetz verpflichtet, 9,3 % der in der Bundesrepublik Deutschland um Asyl nachsuchenden Asylbewerberinnen und Asylbewerber aufzunehmen. Nach dem durchgeführten Aufnahmeverfahren, das in Niedersachsen in den Zentralen Anlaufstellen Braunschweig und Oldenburg erfolgt, werden die Asylbewerberinnen und Asylbewerber spätestens nach drei Monaten in landeseigene Gemeinschaftsunterkünfte oder in die Kommunen verteilt. Auch andere Personengruppen, wie Flüchtlinge im Rahmen humanitärer Hilfsaktionen der Bundesrepublik Deutschland, Kriegs- und Bürgerkriegsflüchtlinge sowie jüdische Flüchtlinge aus der ehemaligen Sowjetunion werden in den Verteilerschlüssel eingerechnet.

¹⁸ Dabei handelt es sich um jüdische EmigrantInnen aus der ehemaligen Sowjetunion.

¹⁹ Direkte Auskunft (per email) des zuständigen Mitarbeiters des Fachbereichs Bürger und Ordnung bei der Stadt Osnabrück.

²⁰ Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik. Stichtag: 31.12.2002.

Der Fachdienst Ordnung des Landkreises veröffentlichte für Dezember 2002 folgende Zahlen im Bereich "Asyl":

- 402 AsylbewerberInnen im Verfahren sowie
- 1.082 abgelehnte AsylbewerberInnen.²²

Die größte Personengruppe der im Landkreis lebenden Asylsuchenden stammt aus dem ehemaligen Jugoslawien, insbesondere aus Serbien und Montenegro (398 Personen); 86,68 % dieser Gruppe leben mit einer Duldung. Als zweitgrößte Gruppe werden AsylbewerberInnen und geduldete Flüchtlinge aus Syrien (131 Personen) aufgeführt, bei denen es sich nach eigenen Angaben um staatenlose Kurden handelt. Diesen Gruppen folgen Flüchtlinge aus der Türkei (127 Personen), Irak (102 Personen), der Russischen Föderation (88 Personen) und Afghanistan (59 Personen). Bei 91 Personen ist die Herkunft ungeklärt.²³

Betrachtet man die Aufenthaltsdauer dieser 1484 Personen, so wird deutlich, dass viele Flüchtlinge seit mehreren Jahren hier leben oder hier geboren wurden. Insgesamt 28,1 % der ausreisepflichtigen geduldeten Flüchtlinge sind bereits vor 1996 eingereist. Bei 569 Personen dieser Gruppe handelt es sich um minderjährige Flüchtlinge, von denen 186 in Deutschland geboren wurden, so dass ein zentraler Teil ihrer Sozialisation im Aufnahmeland stattfindet.²⁴

Die **Unterbringung** von Asylsuchenden ist in Niedersachsen von jeder Gemeinde oder kreisfreien Stadt eigenständig zu regeln.²⁵ Die meisten Asylsuchenden in der Stadt Osnabrück leben dezentral in eigenen Wohnungen. Daneben existiert zur Zeit eine Gemeinschaftsunterkunft, die 80 Plätze vorhält. Im Jahr 2003 waren hier im Durchschnitt nur 35 Plätze belegt.²⁶ Im Landkreis lebt dagegen eine große Zahl von Asylsuchenden in kleinen Gemeinschaftsunterkünften. Dies betrifft – anders als im Stadtgebiet – nicht nur alleinstehende Männer. In einigen Gemeinden sind auch Familien in Gemeinschaftsunterkünften untergebracht. In jeder Gemeinde gibt es mindestens eine Gemeinschaftsunterkunft. In einigen Gemeinden sind die Asylsuchenden in Gemeinschaftsunterkünften in unterschiedlichen Ortsteilen untergebracht. Die Unterkünfte unterscheiden sich sehr in ihrer Qualität und ihrer Lage zum Zentrum der jeweiligen Gemeinde beziehungsweise des Ortsteils.²⁷

Eine besonders auffällige Form der Unterbringung existiert in der Region seit dem Jahr 2000. Seitdem werden in der Landesaufnahmestelle Bramsche-Hesepe neben

²¹ Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik. Stichtag: 30.06.2003.

²² Landkreis Osnabrück, Fachdienst Ordnung (2002:24).

²³ Landkreis Osnabrück, Fachdienst Ordnung (2002:26ff.).

²⁴ Landkreis Osnabrück, Fachdienst Ordnung (2002:29f.).

²⁵ Festgelegt ist nach dem Aufnahmegesetz (AufnG) eine Erstattung der entstehenden Kosten durch das Bundesland. Geregelt wird dies durch die Zahlung von Pauschalen.

²⁶ Direkte Auskunft des zuständigen Mitarbeiters des Fachbereichs Bürger und Ordnung bei der Stadt Osnabrück.

²⁷ Wie sich die Qualität der Unterkünfte auf die Gesundheit auswirkt, ist Thema in Kapitel 6.

AussiedlerInnen und jüdischen EmigrantInnen auch eine große Zahl von Asylsuchenden untergebracht. Sie sind nicht auf die Kommunen verteilt worden, sondern in der Regel aus der Zentralen Aufnahmestelle (ZAST) Oldenburg direkt hierhin umverteilt worden. Im Untersuchungszeitraum von 2003 bis 2004 waren hier Plätze für bis zu 200 Asylsuchende reserviert. Deren Zahl wird nun, zum Zeitpunkt des Abschlusses dieser Untersuchung, auf 500 Plätze erhöht. Die Landesaufnahmestelle verfügt über eine Reihe von Versorgungseinrichtungen, die alle Lebensbereiche der Asylsuchenden erfassen. So unterhält das Land auf dem Gelände eine Krankenstation, die rund um die Uhr durch medizinisches Personal besetzt ist. Der soziale Dienst der Landesaufnahmestelle ist von 8 bis 18 Uhr für die BewohnerInnen ansprechbar. Ein eigener Kindergarten, ein Spielplatz, eine Sporthalle und ein Sportplatz sind ebenso vorhanden wie Telefonzellen, eine eigene Wäscherei und eine Kleiderkammer, in der die Asylsuchenden mit Kleidung ausgestattet werden können. Eine Kantine gewährleistet eine zentralisierte Ganztagsversorgung der Flüchtlinge, denen keine eigene Küche zur Verfügung steht. Zusätzlich zu diesen Versorgungseinrichtungen sind jeweils eine Außenstelle des Sozialamtes und eine der Ausländerbehörde direkt auf dem Gelände der Landesaufnahmestelle angesiedelt.

Die Asylsuchenden wohnen auf dem Gelände, bei dem es sich um ein früheres Militärgelände handelt, in unterschiedlichen Häusern, jeweils getrennt nach Einzelpersonen und Familien. Alleinstehende Männer leben zum Zeitpunkt der Befragung in der Regel zu dritt in einem Zimmer. Familien sind in einem gemeinsamen Zimmer untergebracht. Bei größeren Familien werden – sofern möglich – zwei Zimmer zur Verfügung gestellt.

4. Wie krank sind Asylsuchende? Zur Bandbreite der vorgefundenen Krankheiten

In diesem Kapitel soll zunächst ein Überblick über die im Untersuchungsmaterial vorgefundenen Krankheitsbilder gegeben werden. Werden die Sichtweisen der unterschiedlichen befragten Gruppen zum Vorkommen von Erkrankungen betrachtet, dann darf nicht erwartet werden, dass hier mit medizinisch gesicherten Begriffen gearbeitet wird. Vielmehr finden sich **Beschreibungen der Phänomene gesundheitlicher Beschwerden**. Festgehalten werden kann, dass die beschriebenen Phänomene Ähnlichkeiten aufweisen zu den Befunden, die Ressel (1994) in ihrer ausführlichen Untersuchung zur gesundheitlichen und psychosozialen Situation von Flüchtlingen in deutschen Gemeinschaftsunterkünften gefunden hat.

Auffällig ist das häufige Vorkommen von **Magen- und Darmbeschwerden**. In der qualitativen Befragung von Asylsuchenden erwähnten viele bei der Frage nach Erfahrungen mit Gesundheit und Krankheit in Deutschland, dass sie seit ihrem Hiersein vermehrt unter Übelkeit, häufigem, zum Teil fiebrigem Erbrechen, Magenschmerzen oder allgemeinen Magenbeschwerden litten. Berichtet wurde auch von

„Schwierigkeiten mit dem Magen“²⁸. Erbrechen erwähnten einige BewohnerInnen zentralisierter Unterbringungen auch im Zusammenhang mit dem dort zentral angebotenen Essen.²⁹ In einem Fall wurde ein gereizter Magen durch Röntgenaufnahmen festgestellt.³⁰ In diesem Fall sieht der Befragte die Ursache in den belastenden Fluchthintergründen. Vereinzelt wurde von starkem Gewichtsverlust seit dem Aufenthalt in Deutschland berichtet. Auch Hämorrhoiden wurden vereinzelt erwähnt. In einem Fall waren die Hämorrhoiden so schlimm, dass sie operativ entfernt werden mussten.³¹ Von Hämorrhoiden berichteten vor allem Befragte, die in zentralisierten Unterbringungen leben. Der Befund diene ihnen als Beleg für die unhygienischen Zustände, die herrschen, wenn die sanitären Anlagen mit einer großen Zahl von Menschen geteilt werden müssen. Auch wenn medizinisch gesehen kein direkter Zusammenhang bestehen mag, so deutet die von den Befragten hergestellte Verknüpfung doch darauf hin, dass es sie belastet, die sanitären Anlagen mit anderen nutzen zu müssen. Des Weiteren ist anzunehmen, dass die Sammeltoiletten das Sauberkeitsverhalten und -empfinden nachteilig beeinflussen. So besteht bei den Toiletten beispielsweise keine direkte Möglichkeit zur Intimwäsche, wie es in anderen Kulturen zum Teil üblich ist.

Magen-Darm-Beschwerden finden sich auch in anderen Teilen der Erhebung. In den Daten der quantitativen Fragebogenerhebung, dessen Fragekatalog nach der Auswertung des qualitativen Materials entstand, bestätigte sich die Tendenz eines häufigen Vorkommens verschiedener Magen- und Darmbeschwerden. Auch MitarbeiterInnen der Krankenstation in einer zentralisierten Unterbringung sehen diese Tendenz. In einer fachärztlichen Praxis wurde bei der Frage nach behandelten Krankheiten bei Asylsuchenden auch ein Fall von Morbus Crohn genannt.³² Von befragten AllgemeinmedizinerInnen in der Region wird das Vorkommen von Magen- und Darmbeschwerden ebenfalls bestätigt. Darüber hinaus werden als häufig vorkommend **Erkältungskrankheiten und Grippe, Kopfschmerzen und Herzattacken** genannt.³³

Aus Sicht der MitarbeiterInnen, die aufgrund ihrer sozialen oder verwaltungstechnischen Funktion Erfahrungen mit Krankheitsbildern sammeln, wird darauf hingewiesen, dass Asylsuchende unter den **allgemein üblichen Krankheiten**

²⁸ Interview mit Herrn und Frau C., Übersetzung durch einen Dolmetscher (Transkription und Memorandum).

²⁹ Diese Problematik wird im nächsten Kapitel betrachtet.

³⁰ Interview mit Herrn und Frau D. sowie dreien ihrer Kinder und Herrn M., Übersetzung durch einen Dolmetscher (Transkription und Memorandum).

³¹ Interview mit Herrn H. (Memorandum).

³² (Telefon-)Interviews mit verschiedenen ÄrztInnen in der Region (Memoranden); Interviews mit verschiedenen MitarbeiterInnen einer zentralisierten Unterbringung (Krankenstation, Sozialer Dienst, Verwaltung) (Memoranden).

³³ (Telefon-)Interviews mit verschiedenen ÄrztInnen in der Region (Memoranden); Interviews mit verschiedenen MitarbeiterInnen einer zentralisierten Unterbringung (Krankenstation, Sozialer Dienst, Verwaltung) (Memoranden).

litten. Dabei handele es sich um „*Erkältungen und so*“³⁴. Magen- und Darmbeschwerden wurden nicht explizit erwähnt. Dies kann zwei Gründe haben. Entweder sie wurden als „*Bagatellerkrankungen*“³⁵ gewertet oder aber viele Asylsuchende erwähnen Beschwerden im Magen- und Darmbereich weniger gegenüber diesem Personal. Da einige der Befragten darauf hinwiesen, dass sie mit diesen Beschwerden leben und keine ärztliche Hilfe suchen, scheint die zweite Begründung wahrscheinlich.

Des Weiteren finden sich im Material vielfältige Hinweise auf **psychische Belastungen** unterschiedlichster Art. In mehreren Fällen wird von Nervosität, Depressionen, Angstzuständen, Nervenzusammenbrüchen, innerer Unruhe, Stress, Zittern und Schlafstörungen berichtet, ein Flüchtling erzählt auch von bereits mehrfach unternommenen Suizidversuchen. Einer der befragten Asylsuchenden äußerte sogar die Ansicht, dass 80% der in Deutschland lebenden Flüchtlinge psychisch krank seien.³⁶ Auch in der Fragebogenerhebung werden diese Belastungen fast immer als „oft“ oder „gelegentlich“ vorkommend angegeben.

Schlafstörungen, Entwurzelung und Traumatisierungen werden auch von einem Allgemeinmediziner als typisch für diese Gruppe eingestuft. Als **Besonderheit dieser Gruppe** betont er – ebenso wie andere MitarbeiterInnen von Gesundheitseinrichtungen – dass Asylsuchende häufig unter **psychischen Störungen** litten.³⁷ Dies betonen auch die VertreterInnen bürgerschaftlich organisierter Initiativgruppen. So beschreiben sie mehrfach das Auftreten von Schlafstörungen und Depressionen. Einige berichten von suizidalen Tendenzen, von denen ihnen erzählt wird. Das häufige Vorkommen von psychischen Belastungen wird auch von den MitarbeiterInnen der Krankenstation in einer zentralen Unterbringung bestätigt. Bei schweren Fällen werden Überweisungen an einen Neurologen vorgenommen. Gleichzeitig herrscht hier eine gewisse Vorsicht gegenüber den Bezeichnungen solcher Erkrankungen. Zwar werden psychische Erkrankungen und Traumatisierungen bei Einzelnen diagnostiziert, jedoch wird auch die Gefahr gesehen, dass solche Krankheitsbilder von Flüchtlingen in einzelnen Fällen überbewertet würden. So würden beispielsweise psychische Erkrankungen von Einzelnen eingesetzt, um ihre aufenthaltsrechtliche Situation zu verbessern. Auffallend ist hier insbesondere die kritische Betrachtung des Begriffs der posttraumatischen Belastungsstörung. In zwei Fällen wurde unabhängig voneinander berichtet, dass die Zuschreibung dieses Syndroms zu „*inflationär*“³⁸ gebraucht werde. Ein Arzt weist in

³⁴ Interview mit einer Mitarbeiterin einer zentralisierten Unterbringung im Sozialen Dienst (Memorandum).

³⁵ Interviews mit verschiedenen MitarbeiterInnen einer zentralisierten Unterbringung (Krankenstation, Sozialer Dienst, Verwaltung) (Memoranden).

³⁶ Interview mit Herrn E. (Memorandum).

³⁷ (Telefon-)Interviews mit verschiedenen ÄrztInnen in der Region (Memoranden); Interviews mit verschiedenen MitarbeiterInnen einer zentralisierten Unterbringung (Krankenstation, Sozialer Dienst, Verwaltung) (Memoranden).

³⁸ (Telefon-)Interviews mit verschiedenen ÄrztInnen in der Region (Memoranden); Interviews mit verschiedenen MitarbeiterInnen einer zentralisierten Unterbringung (Krankenstation, Sozialer Dienst, Verwaltung) (Memoranden).

diesem Zusammenhang darauf hin, dass er sehr genau prüfen müsse, ob dieser Begriff zutreffend sei, um als Arzt glaubwürdig zu bleiben.

Einen besonderen Stellenwert nehmen **Kopfschmerzen** ein. Neben Schlafstörungen berichten fast alle befragten Asylsuchenden davon. Auffällig ist, dass zwei Befragte am Ende der mit ihnen durchgeführten Einzelinterviews Kopfschmerzen bekommen. In beiden Fällen beurteilen sie das Erzählen über ihre momentane Lebenssituation als so anstrengend und belastend, dass es sie völlig erschöpfe. Die Tendenz häufig vorkommender Kopfschmerzen findet sich auch in der Fragebogenerhebung. Darüber hinaus betonen verschiedene MitarbeiterInnen aus Gesundheitseinrichtungen und aus dem Sozialen Dienst das häufige Vorkommen von Kopfschmerzen bei Asylsuchenden.³⁹ In einem Fall ordnet eine Mitarbeiterin die Kopfschmerzen als psychosomatisch ein.

Das Vorkommen psychischer Belastungen zeigt sich auch darin, dass von unterschiedlichen InterviewpartnerInnen in einer zentralen Unterbringung **Drogenprobleme** und häufiger **Alkoholmissbrauch** als Probleme benannt werden. MitarbeiterInnen berichten, dass diese sogar tagsüber mitunter zu einer Überdosis führen und in der Krankenstation behandelt werden müssen. Nicht eingeschätzt werden kann, ob Drogen- und Alkoholprobleme in zentralisierten Einrichtungen generell häufiger auftreten als bei Asylsuchenden, die dezentral oder in kleineren Gemeinschaftsunterkünften untergebracht sind. Auch im Falle einer kleineren Gemeinschaftsunterkunft wurde von einem Mitbewohner mit Alkoholproblemen berichtet. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass mit der Größe der Einrichtung die Zahl derjenigen zunehmen wird, die Drogen- oder Alkoholprobleme haben. Parallel nimmt mit der Größe der Einrichtung auch die Zahl derjenigen zu, die von den damit einhergehenden Belästigungen oder Bedrohungen betroffen sind. In diesem Zusammenhang bekommen auch die Schlafstörungen eine weitere Dimension, da gerade nachts Folgen des Drogen- und Alkoholmissbrauchs auftreten und zu Störungen der MitbewohnerInnen führen.

Darüber hinaus werden von den Asylsuchenden **unterschiedliche Schmerzzustände** genannt, wie Rücken- und Knochenschmerzen, ein regelmäßig versteifter Nacken und Herzbeschwerden. Interessant ist dabei, dass manche Schmerzen, die durchaus als somatisch betrachtet werden könnten - wie der Fall einer Frau, die unter Gelenkschmerzen und einer Wirbelsäulenerkrankung leidet - nach eigener Einschätzung der Flüchtlinge explizit als psychisch bedingt eingestuft werden.⁴⁰ Rückenschmerzen werden auch als häufige Phänomene von einem Allgemeinmediziner in der Region

³⁹ Interview mit einer Mitarbeiterin einer zentralisierten Unterbringung im Sozialen Dienst (Memorandum); (Telefon-)Interviews mit verschiedenen ÄrztInnen in der Region (Memoranden); Interviews mit verschiedenen MitarbeiterInnen einer zentralisierten Unterbringung (Krankenstation, Sozialer Dienst, Verwaltung) (Memoranden).

⁴⁰ Interview mit Herrn und Frau C., Übersetzung durch einen Dolmetscher (Transkription und Memorandum).

benannt.⁴¹ Ebenso berichtet ein Mitarbeiter der Krankenstation in der zentralen Unterbringung näher von einem Krankheitsfall, bei dem die Patientin unter massiven Verspannungs- und Schmerzzuständen litt.⁴²

Neben diesen Krankheiten, die im Wesentlichen erst nach der Ankunft in Deutschland aufgetreten sind, berichten einige Befragte von Krankheiten, an denen sie bereits in ihrem Herkunftsland litten bzw. die sie von dort mitgebracht haben. Hierzu zählen **(Kriegs-) Verletzungen, Herzbeschwerden und spezifische Frauenbeschwerden**, die erst nach der Flucht behandelt werden konnten.

Von **Komplikationen während der Schwangerschaft** berichten sowohl einzelne Asylsuchende in zentralisierten Unterbringungen als auch Angestellte. Diese Komplikationen werden von beiden Seiten mit den Fluchthintergründen und mit der gegenwärtig psychisch belastenden Situation des Wartens auf den Asylentscheid in Verbindung gebracht. Während von Seiten der Asylsuchenden in diesem Zusammenhang der Wunsch nach Transfer geäußert wird, um zur Ruhe zu kommen, bieten die MitarbeiterInnen in einer zentralisierten Unterbringung diesen Frauen ein Krankenzimmer als Ruheraum in der Nähe der Krankenstation an und weisen auch auf die enge Zusammenarbeit mit Hebammen vor Ort hin. Das angebotene Krankenzimmer nehmen die Frauen jedoch nicht in Anspruch. Sie ziehen es vor, in den Zimmern ihrer Familien zu bleiben. In Einzelfällen wird bei Komplikationen auch von wiederholten Einweisungen in das örtliche Krankenhaus berichtet.⁴³

Darüber hinaus werden im Laufe der Interviews mit Asylsuchenden **unklare Krankheitsbilder**, wie Schwindelgefühl, Gleichgewichtsprobleme, krumme Finger und Hautjucken genannt. Es gibt in diesem Zusammenhang auch unspezifische Äußerungen darüber, dass, *„hier alle krank“*⁴⁴ würden und *„die Leute sagen, es ist hier schlecht, sie wollen nicht hier sein, weil man hier schnell Krankheiten bekommt.“*⁴⁵

Zudem wird vornehmlich in einer zentralen Unterbringung von vermehrten Problemen mit **Zecken** berichtet, die in einem Falle auch zu einem Krankenhausaufenthalt eines Kindes geführt haben. In den Befragungen der Asylsuchenden zeigt sich vor allem die Unsicherheit in der Einschätzung der Gesundheitsgefährdung und im Umgang mit diesem ihnen unbekanntem Phänomen.

Aussagen zu **Prävention und Auftreten von Infektionskrankheiten** lassen sich ebenfalls im Material finden. Von Seiten der Asylsuchenden wird jeweils ein Fall von

⁴¹ (Telefon-)Interviews mit verschiedenen ÄrztInnen in der Region (Memoranden).

⁴² (Telefon-)Interviews mit verschiedenen ÄrztInnen in der Region (Memoranden).

⁴³ Interviews mit verschiedenen MitarbeiterInnen einer zentralisierten Unterbringung (Krankenstation, Sozialer Dienst, Verwaltung) im Oktober 2003 (Memoranden), Memorandum zu einem Besuch bei mehreren Familien in einer zentralisierten Unterbringung im April 2003.

⁴⁴ Interview mit Herrn und Frau D. sowie dreien ihrer Kinder und Herrn M., Übersetzung durch einen Dolmetscher (Transkription und Memorandum).

⁴⁵ Interview mit Herrn B. (Transkription und Memorandum).

Hepatitis B und Hepatitis C berichtet. In einer fachärztlichen Praxis wird ebenfalls auf die Behandlung eines Hepatitis C-Falles hingewiesen. Ausdrücklich werden die Forscherinnen von MitarbeiterInnen unterschiedlicher Einrichtungen auf Impfmöglichkeiten hingewiesen, die aber sehr wenig genutzt würden. Parallel findet sich hierzu die Aussage einer Asylsuchenden, dass ihr die Impfung ihrer Kinder bei der Ankunft empfohlen wurde. Sie berichtet, dass sie dann aber nichts mehr davon gehört habe. Diese Aussage lässt vermuten, dass hier ein Kommunikationsproblem vorliegt, wer für die Terminierung der Impfungen zuständig ist. Dieser Fall verdeutlicht die Auswirkungen einer Informationslücke darüber, wie in Deutschland die Durchführung von Impfungen organisiert ist.

Im Zusammenhang mit **Versorgungsmöglichkeiten** im Gesundheitsbereich wird darüber hinaus über verschiedene Einzelfälle berichtet, die beispielhaft Begrenzungen der Behandlungsbandbreite aufzeigen. So wird in verschiedenen Interviews von der Verweigerung von Hilfsmitteln wie Körperprothesen oder Brillen berichtet. In verschiedenen Fällen wird auch von verweigerten Operationen erzählt, die aus Sicht der Asylsuchenden notwendig erscheinen. All diese Verweigerungen werden durchgängig als Erfahrung von Diskriminierung wahrgenommen. Selbst in einem Fall, in dem die Verweigerung eines operativen Eingriffs bei einem Kleinkind medizinisch indiziert sein könnte, nimmt die betroffene Familie die Entscheidung des Arztes als Erfahrung von Diskriminierung wahr.⁴⁶ Gleichzeitig fällt auf, dass in den Interviews nur in Ausnahmefällen von Widerständen gegen die als ungerechtfertigt wahrgenommenen Verweigerungen berichtet wird. Häufiger werden die Forscherinnen damit konfrontiert, dass das Interview auch genutzt wird, um sie dazu zu gewinnen, sich für die Durchsetzung der verweigerten Leistungen einzusetzen. Dies deutet darauf hin, dass Asylsuchende an dieser Stelle stark auf Unterstützung angewiesen sind. Eine solche Interpretation wird dadurch bestätigt, dass Engagierte unterschiedlichster bürgerschaftlicher Initiativgruppen ebenfalls von Einzelfällen verweigerter Leistungen berichten, für dessen Durchsetzung sie sich in den jeweiligen Einzelfällen engagieren.

Nachdem in diesem Kapitel zunächst ein Überblick über die Bandbreite der vorgefundenen Krankheitsbilder gegeben wurde, verdeutlichen die folgenden Kapitel, die Umstände, die aus Sicht der Asylsuchenden und derjenigen Gruppen, die beruflich oder ehrenamtlich mit der Situation von Flüchtlingen vertraut sind, als krankmachend betrachtet werden.

⁴⁶ Interview mit Herrn und Frau D. sowie dreien ihrer Kinder und Herrn M., Übersetzung durch einen Dolmetscher (Transkription und Memorandum).

5. „*Ein Dorn im Auge*“: Zu den gesundheitlichen Folgen einer zentralen Essensversorgung

Bei der Befragung nach den Erfahrungen mit Gesundheit und Krankheit nimmt die Ernährung einen besonders wichtigen Platz ein. Insbesondere jene Flüchtlinge, die zum Zeitpunkt der Erhebung in zentralisierten Unterbringungen leben, berichten besonders häufig von den Problemen, die das zentral zubereitete Essen verursache. Andere dezentral untergebrachte Flüchtlinge schildern ähnliche Erfahrungen mit der Ernährung aus Erlebnissen in früheren zentralen Unterbringungen.

„*Das Essen ist für Tiere, nicht für Menschen*“: Essensversorgung als Ausdruck eines inhumanen Umgangs

Auffällig ist bei den Darstellungen, dass die **Ernährung als krankmachender Faktor** betrachtet wird. Einige Asylsuchende sind der Meinung, das Essen in der zentralen Unterbringung mache krank. So klagt Frau D., deren Magen ihrer Einschätzung nach aufgrund ihrer Fluchthintergründe bereits gereizt ist, dass sie sich nach dem Essen oft übergeben müsse.⁴⁷ Frau A. berichtet in der Übersetzung des Dolmetschers, dass das Essen Übelkeit erzeuge:

„Das Essen ist eine Katastrophe, dass muss sie unbedingt sagen, wir wollen doch die Wahrheit hören, sagt sie. Einmal in der Woche gibt es Hähnchenschenkel, die kann sie essen und Milch trinken, den Rest kriegt sie einfach nicht runter. Ihr ist regelrecht schlecht, wenn sie schon den Geruch in der Nase hat. Sie holt aus der Kantine nur gekochte Nudeln und macht die Soße dann selbst, sonst kriegen die Kinder nichts runter.“⁴⁸

Auch Herr C. ist der Meinung er *„wird wegen des Essens hier krank. In der Kantine ist es schlimm.“⁴⁹* Frau C. wertet einzelne Bestandteile des Essens als krankmachend und sagt, sie habe *„Magenschmerzen wegen der Soße aus der Kantine“⁵⁰*. Herr N., der berufliche Vorerfahrungen mit der professionellen Essensversorgung größerer Gruppen von Menschen hat und selbst unter Appetitlosigkeit leidet, betont, dass die Zutaten und Zubereitung der Speisen nicht gut seien.⁵¹ Ein Mann, der zum Zeitpunkt der Erhebung dezentral in einer Wohnung untergebracht war, schildert rückblickend seine ersten Krankheitserfahrungen in einer zentralen Unterbringung. Er berichtet, dass das Essen ein Problem war und ihm Magenschmerzen bereitet habe, er habe Fieber bekommen und sich übergeben müssen.⁵²

⁴⁷ Interview mit Herrn und Frau D. sowie dreien ihrer Kinder und Herrn M., Übersetzung durch einen Dolmetscher (Transkription und Memorandum).

⁴⁸ Interview mit Frau A., Übersetzung durch eine Dolmetscherin (Transkription und Memorandum).

⁴⁹ Interview mit Herrn und Frau C., Übersetzung durch einen Dolmetscher (Transkription und Memorandum).

⁵⁰ Interview mit Herrn und Frau C., Übersetzung durch einen Dolmetscher (Transkription und Memorandum).

⁵¹ Interview mit Herrn N., Übersetzung durch einen Dolmetscher (Memorandum).

⁵² Interview mit Herrn H. (Memorandum).

Die **Eintönigkeit, Unverträglichkeit** und das **Empfinden eines inhumanen Umgangs** mit den Flüchtlingen durch die Art der Essensversorgung wird anhand der Aussage von Herrn B. deutlich:

„Zum Essen kriegen wir immer das gleiche, Spaghetti, Makkaroni und Reis, davon haben wir die Fresse voll. Viele Leute sind gegen dieses Essen, sie wollen dieses Essen nicht und machen deswegen Probleme. (...) Das Essen ist für Tiere nicht für Menschen. Jeden Tag das gleiche essen, kannst du nicht. Auch die Organe vertragen es nicht, jeden Tag das gleiche zu essen.“⁵³

Die Eintönigkeit des Essens wird auch von anderen Asylsuchenden hervorgehoben. Die Ernährungssituation reiht sich dabei ein in einen als monoton und reglementiert empfundenen Tagesablauf: *„Das ist die Auswahl, die man hat: Für 1 Euro die Stunde arbeiten oder schlafen, das ist der Alltag im Camp. Dann geht man ins Restaurant⁵⁴ zum Essen und dann schläft man wieder.“⁵⁵* Kritik an der Eintönigkeit kennzeichnet auch die Aussage von Familie C.: *„In der Kantine gibt es immer Nudeln, Reis, manchmal auch Kartoffeln, das muss man immer essen.“⁵⁶*

Neben der Qualität und den Auswahlmöglichkeiten wird in den Interviews auch auf die **Rationierung der Verpflegungsmenge** aufmerksam gemacht: *„Es ist alles begrenzt, Essen, Reden, Laufen, Wohnen, alles ist begrenzt.“⁵⁷* Eine Familie mit einem Kleinkind schildert, dass die Versorgung für die Tochter sehr knapp sei: *„Für das Kind bekommen sie einen Liter Milch am Montag, Mittwoch und Freitag. Am Wochenende haben sie große Schwierigkeiten, weil die Milch nicht ausreicht.“⁵⁸* Auch für die Erwachsenen ist die Ration unzureichend: *„Man bekommt um halb sechs zwei Scheiben Käse und eine Scheibe Toastbrot und den ganzen Tag muß man damit leben.“⁵⁹* Diese Ration bezieht sich vermutlich auf das Abendessen, so dass die Flüchtlinge den Rest des abends damit auskommen müssen. Auch Frau A. beklagt sich über die knappe Ration, die sie in der Kantine erhält: *„Sie bekommen sehr wenig zu essen, jeden morgen gibt es ein Brötchen, sie wird davon nicht satt, sie möchte gerne zwei, aber die kriegt sie nicht, sie schwört, dass es so ist.“⁶⁰*

In den vorangegangenen Aussagen wird bereits die **Alternativlosigkeit** dieser Situation deutlich. Durchbrochen wird diese Einschränkung allenfalls durch zusätzliche Hilfe von außen. So schildert Familie C., dass sie finanzielle Hilfe von einem Verwandten erhält und auf diese Weise eine Ausweichmöglichkeit in Bezug auf die Kantinenverpflegung

⁵³ Interview mit Herrn B. (Transkription und Memorandum).

⁵⁴ Mit dem Begriff 'Restaurant' ist in diesem Zusammenhang die Kantine in der zentralisierten Unterbringung gemeint.

⁵⁵ Interview mit Herrn P. im Rahmen der Ausstellung „Hier geblieben“.

⁵⁶ Interview mit Herrn und Frau C., Übersetzung durch einen Dolmetscher (Transkription und Memorandum).

⁵⁷ Interview mit Frau A., Übersetzung durch eine Dolmetscherin (Transkription und Memorandum).

⁵⁸ Interview mit Herrn und Frau C., Übersetzung durch einen Dolmetscher (Transkription und Memorandum).

⁵⁹ Interview mit Herrn und Frau C., Übersetzung durch einen Dolmetscher (Transkription und Memorandum).

⁶⁰ Interview mit Frau A., Übersetzung durch eine Dolmetscherin (Transkription und Memorandum).

in Anspruch nehmen kann: „*Die Frau kann auch nicht das Essen aus der Kantine essen. Er hat einen Cousin hier, der ihn finanziell unterstützt und er versucht zusammen mit den 19 Euro Taschengeld seine Familie zu ernähren. Sie ist oft zuckerkrank.*“⁶¹

Unklar bleibt im Rahmen des Interviews, ob Frau C. tatsächlich an Diabetes erkrankt ist. Aufgrund der Aussage kann jedoch angenommen werden, dass sie eine spezielle Ernährung benötigt.

Auch eine andere Familie weist darauf hin, dass sie zeitweise kurdisches Essen von Verwandten erhalten und auf diese Weise nicht ausschließlich auf die zentrale Verpflegung angewiesen seien.⁶² Zwar wird auch von anderen Asylsuchenden, die keine Hilfe von Verwandten in Anspruch nehmen können, bemerkt, dass prinzipiell die Möglichkeit bestehe, sich selbst zu verpflegen. Gleichzeitig wird aber betont, dass man es sich faktisch finanziell nicht leisten könne, selbst zu kochen.⁶³ Für die Mehrzahl der Asylsuchenden stellt sich die Ernährungssituation daher als alternativlos dar, so wie es beispielhaft von Frau A. formuliert wird: „*Sie sagt, das müssen wir runterkriegen, denn wir wollen ja nicht verhungern. Als sie kam, wog sie 85 Kilogramm, jetzt, denkt sie, wiegt sie 60 Kilogramm.*“⁶⁴ Der starke Gewichtsverlust unterstreicht noch einmal, dass ihr das „*Essen (...) besonders zu schaffen macht.*“⁶⁵

Neben diesen krankmachenden Faktoren wird in den Interviews auch angedeutet, dass die Versorgung durch die Kantine teilweise **kultur- oder religionsspezifischen Gewohnheiten** widerspreche. So erzählt ein Asylbewerber, dass die Essenssituation in der Vergangenheit nicht den Bedürfnissen von Muslimen entsprochen habe.⁶⁶ In dieser Hinsicht habe es aber gewisse Verbesserungen gegeben beispielweise durch ein verbessertes Angebot an Hähnchen- anstelle von Schweinefleisch. Zudem gab es von Seiten der AsylbewerberInnen den Wunsch die Essenszeiten während des Ramadan anzupassen. Die Verwaltung hat es in diesem Fall ermöglicht, dass ein warmes Essen abends serviert wurde.

„Das Essen ist seit 10 Jahren ein Problem.“: Schwierigkeiten der Verwaltung

Auffällig bei den Befragungen der MitarbeiterInnen verschiedener Einrichtungen und Behörden in einer zentralen Unterbringung ist, dass das Essen ebenfalls als Problem betrachtet wird, wobei **kulturelle Verschiedenheiten** tendenziell **als Ursache** gesehen und **verwaltungstechnische Lösungen** als Antwort gesucht werden. Auch hier wird in

⁶¹ Interview mit Herrn und Frau C., Übersetzung durch einen Dolmetscher (Transkription und Memorandum).

⁶² Interview mit Herrn und Frau D. sowie dreien ihrer Kinder und Herrn M., Übersetzung durch einen Dolmetscher (Transkription und Memorandum).

⁶³ Interview mit Herrn und Frau O. im Rahmen der Ausstellung „Hier geblieben“.

⁶⁴ Interview mit Frau A., Übersetzung durch eine Dolmetscherin (Transkription und Memorandum).

⁶⁵ Interview mit Frau A., Übersetzung durch eine Dolmetscherin (Transkription und Memorandum).

⁶⁶ Interview mit Herrn P. im Rahmen der Ausstellung „Hier geblieben“.

der Befragung eines Mitarbeiters darauf hingewiesen, dass man versucht habe, die zeitlichen Wünsche der Asylsuchenden während des Ramadan mit Hilfe von Listen zu erfassen. Dies habe aber nicht funktioniert. Insgesamt betrachtet, beschreibt dieser Mitarbeiter die entstehenden Probleme als herkunftsabhängig. Er selbst sieht z.B. in der Zusammenarbeit mit Menschen aus Osteuropa weniger Probleme.⁶⁷

Eine Mitarbeiterin schildert, dass das Essen seit 10 Jahren ein Problem sei. Sie sieht aber vor allem eine Schwierigkeit bei der Regelung dieses Problems. Sie berichtet im Laufe des Interviews, dass die Asylsuchenden immer wieder nach Veränderungswünschen befragt würden, aber es komme keine Rückmeldung. Verbesserungen sieht sie in der Hinsicht, dass die Familien mittlerweile über eigene Kühlschränke und Wasserkocher verfügen.⁶⁸

Eine andere Facette dieser **verwaltungsorientierten Sichtweise** schildert ein weiterer Angestellter. Er weist darauf hin, dass die Bewirtschaftung immer ausgeschrieben werden müsse. Den Zuschlag bekomme, wer die Verpflegung am Günstigsten anbiete. Außerdem gebe es im Moment eine Arbeitsgruppe, die versuche dieses Problem zu lösen, und möglicherweise eigene Küchenecken einzurichten, um den unterschiedlichen Essgewohnheiten entgegenzukommen. Auch dieser Angestellte betont allerdings die finanziellen Zwänge, die hier einer Neuregelung Grenzen setzen.⁶⁹

Die Ernährung: „ein Dorn im Auge“

Ein Mitarbeiter der Krankenstation in einer Unterbringung mit zentraler Essensversorgung betont ebenfalls, dass ihm die Ernährungssituation „*ein Dorn im Auge*“⁷⁰ sei. Er sieht unter anderem ein Problem in der personellen Auswahl der Bewirtschafter und hatte vorgeschlagen, Asylsuchende an der Zubereitung der Speisen zu beteiligen. Hier ergeben sich nach seiner Darstellung **arbeitsrechtliche Probleme**, die es erschweren, in einem Großküchenbetrieb eine geeignete Regelung zu finden.

In einer anderen zentralisierten Unterbringung wird die Essensversorgung von Seiten einer Mitarbeiterin nicht grundsätzlich als problematisch eingestuft, wohl aber in speziellen Fällen, etwa bei Diabeteserkrankungen. Grundsätzlich wird in dieser Unterbringung aber auch darauf hingewiesen, dass es eine freie Auswahl an Salaten gebe und keine Mengenbegrenzungen bezüglich der Beilagen wie Brot und Gemüse bestünden. Zudem werde die Qualität des Essens regelmäßig überprüft. Dennoch seien natürlich immer Klagen über das Essen zu hören, weil das **subjektive Empfinden** jedes

⁶⁷ Memorandum zur Besichtigung einer zentralisierten Unterbringung sowie zu Gesprächen mit unterschiedlichen MitarbeiterInnen (Leitung, Verwaltung).

⁶⁸ Interview mit einer Mitarbeiterin einer zentralisierten Unterbringung im Sozialen Dienst (Memorandum).

⁶⁹ Interviews mit verschiedenen MitarbeiterInnen einer zentralisierten Unterbringung (Krankenstation, Sozialer Dienst, Verwaltung) (Memoranden).

⁷⁰ (Telefon-)Interviews mit verschiedenen ÄrztInnen in der Region (Memoranden).

Einzelnen natürlich **unterschiedlich** sei. Bei einer so großen Anzahl von Menschen sei es schwierig, allen Wünschen gerecht zu werden.⁷¹

„Die erbärmliche Versorgung mit dem Lageressen“: Teil eines politischen gewollten Zustandes

Vertreter bürgerschaftlicher Initiativgruppen bewerten die Ernährungssituation als **Teilaspekt der Gesamtsituation in zentralen Unterbringungen** bzw. als **Teil einer insgesamt belasteten und reglementierten Lebenssituation von Flüchtlingen**. Dies wird in Berichten deutlich, die sie nach Gesprächen mit unterschiedlichen Asylsuchenden verfasst haben. In einem Fall wird die Verweigerung von Essen als ein Element der Sanktionsmöglichkeiten geschildert, die von einem Mitarbeiter einer zentralen Unterbringung im Falle fehlender Mitarbeit eines Asylsuchenden bei der Beschaffung der Heimatadresse benutzt wird:

„Sie sagten uns, ihr Anwalt hätte Revision (gegen die Ablehnung ihres Asylantrags, d.V.) eingelegt. Das Asylverfahren ist also noch in der Schwebe. Von Herrn ... (einem Mitarbeiter in der zentralisierten Unterbringung) wurde ihnen mit Sanktionen gedroht, wegen mangelnder Mitarbeit, wie zum Beispiel der Nichtangabe ihrer Heimatadresse. Er informierte die Familie darüber, dass ihnen das Taschengeld gestrichen würde, und sie auch kein Essen!!! (Hervorheb. im Orig.) mehr bekommen würden. Da die Familie Kinder hat, haben sie sich aufgrund dieser Drohungen erstmals mündlich bereit erklärt mitzuarbeiten.“⁷²

An dieser Stelle kann nicht geklärt werden, ob es tatsächlich zu dieser Drohung kam. Da die Gespräche zwischen MitarbeiterInnen und Asylsuchenden ohne Dolmetscher stattfinden, kann es sich auch um ein Missverständnis handeln. Wichtig ist hier das subjektive Empfinden des Asylsuchenden, mit dem sich die BerichterstellerInnen aus dem Spektrum bürgerschaftlich Engagierter solidarisieren.⁷³ In einem anderen Fall wird ebenfalls auf die schlechte **Verpflegungssituation** hingewiesen, wobei hier nicht das Essen selbst als krankmachend bezeichnet, sondern vielmehr als **Teil einer politisch gewollten psychischen Zermürbung** betrachtet wird:

„Z.⁷⁴ berichtete kurz über seine persönliche Situation... Die Situation (in der zentralisierten Unterbringung d. V.) beschreibt er als moralische Folter: die Vorladungen und Verhöre durch die Ausländerbehörde im Hause X⁷⁵, der alle Flüchtlinge ausgesetzt sind, den psychischen Druck, den viele nicht mehr

⁷¹ Memorandum zur Besichtigung einer zentralisierten Unterbringung sowie zu Gesprächen mit unterschiedlichen MitarbeiterInnen (Leitung, Verwaltung, Sozialer Dienst, Krankenstation).

⁷² Unveröffentlichter Bericht einer Unterstützerin zum Besuch in einer zentralisierten Unterbringung.

⁷³ Rechtlich legitimierbar ist in Einzelfällen die Reduzierung von Sozialleistungen auf das „unabweisbar Gebotene“ (§ 1a AsylbLG). Vgl hierzu näher Kapitel 1.1.

⁷⁴ Anonymisierung durch die Unterstützerin.

⁷⁵ Anonymisierung durch die Verfasserinnen.

*aushalten können, die erbärmliche Versorgung mit dem Lageressen und den 38 Euro Taschengeld im Monat.*⁷⁶

Zusammenfassung und Bewertung

Die Ernährungssituation nimmt insgesamt einen sehr wichtigen Stellenwert sowohl in den Befragungen als auch in den Berichten ein. Einigkeit besteht darin, dass die Art der Verpflegung ein zentrales Problem darstellt. Gleichzeitig ist die Zuschreibung der jeweiligen Bedeutung dieser Situation zwischen den verschiedenen befragten Gruppen sehr unterschiedlich und facettenreich.

Bedenkt man, dass insbesondere in zentralen Unterbringungen der Alltag wenig ereignisreich ist, so wird deutlich, dass das tägliche Essen für die Asylsuchenden im Tagesablauf einen besonders wichtigen Stellenwert als 'Zeitvertreib' und 'Ereignis' einnimmt. Gleichzeitig wird dieses **wichtige Grundbedürfnis fremdbestimmt**.⁷⁷ Nicht nur die **Auswahl des Essens** auch die **zeitliche Struktur wird zentral vorbestimmt**. Damit entfällt für die Asylsuchenden die Selbstbestimmung über einen zentralen Bereich ihres Lebens, der für das gesundheitliche Wohlbefinden von erheblicher Bedeutung ist. Zudem können durch diese Art der Versorgung alte Gewohnheiten, persönliche Vorlieben oder Verträglichkeiten ebenso wie kulturelle Prägungen und Gewohnheiten nur marginal berücksichtigt werden. In ihrer Studie zur gesundheitlichen Versorgung der Flüchtlinge in Bremen weist Mohammadzadeh auch darauf hin, dass das "Essen identifizierbar sein" (Mohammadzadeh 1993:92) müsse, da Vertrauen in eine Verpflegung nur dann entstehen könne, wenn erkennbar sei, woraus sie bestehe. Dieser Aspekt des mangelnden Vertrauens in die Versorgung und der Unkenntnis der Bestandteile klingt auch im hier untersuchten Material an.

Auffällig ist darüber hinaus, dass die **krankmachende Wirkung des Essens vor allem durch die Asylsuchenden selbst thematisiert** wird. Das medizinische Personal zeigt zwar Unzufriedenheit mit der schlechten Versorgung stellt aber keinen expliziten Zusammenhang zur Entstehung oder Behandlung von Krankheiten her. Hier kann einerseits davon ausgegangen werden, dass das Essen aufgrund von Unverträglichkeiten und dem in der Mehrzahl erfolgten Zwang zur Umstellung der Ernährungsgewohnheiten unterschiedliche somatische Reaktionen hervorruft, die sich vor allem durch Magen- und Darmbeschwerden äußern. Die zentralisierte Versorgung kann dabei individuell zur Entstehung von Krankheiten führen. Gleichzeitig **entfällt** durch die zentrale Versorgung ein **wichtiges Instrument der Behandlung** dieser Krankheitsbilder **in Form von spezifischen Ernährungsempfehlungen**. Die **finanzielle Situation der Asylsuchenden lässt eine eigenständige bedarfsgerechte**

⁷⁶ Unveröffentlichter Bericht einer Unterstützerin über den mündlichen Vortrag eines Asylsuchenden bei einem Treffen einer bürgerschaftlich engagierten Gruppe.

⁷⁷ Auch Mohammadzadeh weist in ihrer Studie auf diesen Aspekt der Fremdbestimmung eines zentralen Lebensbereiches hin. Vgl. Mohammedzadeh 1993:36f.

und individuell abgestimmte Ernährung nicht zu, so dass hier einer angemessenen Versorgung Grenzen gesetzt werden.

Andererseits kann aber auch vermutet werden, dass die Fokussierung auf die zentrale **Essensversorgung** als zentrales Problem deshalb erfolgt, weil sie eine Art **Projektionsfläche oder symbolhafte Bedeutung für eine Vielzahl von Problemen** bietet. So könnte die Suche nach Begründungen für die Beeinträchtigung des Gesamtbefindens der Asylsuchenden oder das Entstehen von Krankheiten durch die Konzentration auf das Essen eine Erklärung finden. Ebenso könnte die starke Abneigung gegen das Essen als Ausdruck einer insgesamt als inhuman empfundenen Behandlung durch die Aufnahmegesellschaft interpretiert werden, die sich hier beispielhaft zeigt. Unterstützt wird diese Vermutung dadurch, dass die Kantinenversorgung auch ein Problem ist, das unter den BewohnerInnen der zentralen Unterbringung häufig thematisiert wird.

Ähnliches zeigt sich bei den MitarbeiterInnen der zentralen Unterbringung. Hier scheint es einen Konsens darüber zu geben, dass die Ernährungssituation ein Problem ist. Einerseits handelt es sich dabei um ein Thema, bei dem man sich oberflächlich betrachtet einig ist mit der Gruppe der Asylsuchenden. Andererseits eröffnet dieses Thema einen großen Interpretationsspielraum, so dass die Ursachen und Auswirkungen dieser problematischen Ernährungssituation von MitarbeiterInnenseite deutlich anders wahrgenommen werden. Im Vordergrund steht hierbei die **Interpretation als kulturelles Problem**, das mit den Mitteln der Verwaltung gelöst werden muss. Einerseits liegt damit das Problem der Anpassung weitestgehend auf der Seite der Asylsuchenden, deren kulturelle Andersartigkeit als Ursache der Schwierigkeiten gesehen wird. In manchen Fällen wird diese Andersartigkeit zwar als legitim betrachtet, auftretende Probleme, wie im Falle des Ramadan, werden dann aber mit den traditionellen Mitteln der Verwaltung zu lösen versucht. Die Lösung dieser Probleme bleibt dabei unbefriedigend. Es zeigt sich anhand der Essensversorgung, dass man einer bedarfsgerechten, auf individuelle Bedürfnisse abgestimmten Versorgung nicht durch das System einer zentralen Versorgung gerecht werden kann.

6. Vom „Gefängnis der Sammelunterkunft“ in die „kalte, dunkle Wohnung“? Zu den Lebens- und Wohnbedingungen

Die vorangegangenen Beobachtungen der Ernährungssituation haben bereits erkennen lassen, dass eine zentrale Essensversorgung als Spitze einer insgesamt stark reglementierten Lebensweise von Flüchtlingen betrachtet werden kann. In den Interviews zeigt sich, dass die Lebenssituation im Aufnahmeland von den Asylsuchenden insgesamt – nicht nur in zentralisierten Unterbringungen - als problematisch empfunden wird. Besonders augenfällig sind Aussagen über unterschiedliche Formen der Reglementierung und Kontrolle der subjektiven Entfaltungsmöglichkeiten. Insgesamt ist festzustellen, dass die **Begrenzung von**

Handlungsmöglichkeiten von BewohnerInnen zentralisierter Unterbringungen besonders häufig thematisiert wurden. Aus manchen Aussagen geht nicht eindeutig hervor, ob es sich bei der als belastend und krankmachend empfundenen Lebenssituation speziell um die Unterbringungsform handelt. In anderen Aussagen wird explizit von der „*Lagersituation*“⁷⁸ oder von einem Leben im „*Gefängnis*“⁷⁹ gesprochen .

„Hier ist es eine besondere Situation“: Folgen eingeschränkter Handlungsfreiheiten in einer zentralisierten Unterbringung

Unspezifische Äußerungen über die krankmachende Wirkung der Lebensumstände beschreibt Familie C. In der Übersetzung des Dolmetschers beschreibt die Familie ihre Situation wie folgt: „*Seit sie hier sind, ist seine Tochter immer krank und seine Frau ist auch krank und er selber hat Beschwerden mit seinem Bauch.*“⁸⁰ Herr C. empfindet die Lebenssituation als psychisch belastend und deutet seine Handlungsunfähigkeit an: „*Seit er hier ist, kriegt er manchmal einen Nervenzusammenbruch. Er kann überhaupt nichts machen. Wenn er versucht, etwas zu machen, dann fängt er an zu zittern.*“⁸¹ Im Verlauf des Gesprächs zeigt sich, dass die Familie kaum Kontakt zu ihrer Außenwelt aufnimmt und die Atmosphäre in der zentralen Unterbringung als eine Art Ausnahmesituation empfindet, der sie durch Rückzug begegnet:

*„Er meint, hier ist es eine besondere Situation. Aus diesem Grund unterhält er sich überhaupt nicht mit seinen Nachbarn, auch nicht über seine Situation und über die Lagersituation. Bei den Unterhaltungen, die er mitbekommt, geht es um die Vorladungen der Behörden, bei welcher das Papier zur freiwilligen Ausreise unterschrieben werden soll und um das Essen in der Kantine, darüber gibt es große Beschwerden.“*⁸²

Die Art des Rückzugs geht so weit, dass sich Familie C. nach eigenen Aussagen „*immer in ihrem Zimmer*“⁸³ aufhält und sich dort beispielsweise mit einem geschenkten Nintendospiel die Zeit vertreibt:

⁷⁸ Interview mit Herrn und Frau C., Übersetzung durch einen Dolmetscher (Transkription und Memorandum).

⁷⁹ Der Begriff Gefängnis wird in mehreren Interviews als Beschreibung einer zentralisierten Unterbringung verwandt: Interview mit Herrn und Frau D. sowie dreien ihrer Kinder und Herrn M., Übersetzung durch einen Dolmetscher (Transkription und Memorandum); Interview mit Frau A., Übersetzung durch eine Dolmetscherin (Transkription und Memorandum); Interview mit Herrn und Frau O. im Rahmen der Ausstellung „Hier geblieben“.

⁸⁰ Interview mit Herrn und Frau C., Übersetzung durch einen Dolmetscher (Transkription und Memorandum).

⁸¹ Interview mit Herrn und Frau C., Übersetzung durch einen Dolmetscher (Transkription und Memorandum).

⁸² Interview mit Herrn und Frau C., Übersetzung durch einen Dolmetscher (Transkription und Memorandum).

⁸³ Interview mit Herrn und Frau C., Übersetzung durch einen Dolmetscher (Transkription und Memorandum).

„Sie gehen nur zur Essenszeit in die Kantine, sonst sitzen sie immer in ihrem Zimmer. (...)Die Eltern haben Angst, dass, wenn sie mit der Tochter rausgehen, dass sie krank wird.“⁸⁴

Ein anderer Asylbewerber deutet an, dass in Gesprächen der BewohnerInnen die krankmachende Wirkung der Lebens- und Unterbringungssituation ein Thema ist: *„Die Leute sagen, dass es hier schlecht ist, sie wollen nicht hier sein, weil man hier schnell Krankheiten bekommt.“⁸⁵* Dieser Asylbewerber berichtet auch über die Erfahrungen seines eigenen Vaters, der sich in psychiatrischer Behandlung befindet und erst nach der Ankunft in Deutschland erkrankte:

„...er⁸⁶ ist psychisch krank. Er ist nicht so in Ordnung wie er es vorher war. Ich kenne ihn gut. Vorher war er beruhigt und jetzt hat er viel Stress und ist ganz nervös. Er ist zu Dr. X⁸⁷ gegangen und er hat für ihn einen Termin beim Psychiater ausgemacht und jetzt hat er den nächsten Termin beim Psychiater und ich weiß nicht, wie das weitergehen soll mit uns und überhaupt. (...) Mein Vater spricht gar nicht mehr. Als er hier hingekommen ist, ist er anders geworden, sein Benehmen ist ganz anders. Wenn du ihn etwas fragst, dann vergisst er die Frage.“⁸⁸

Herr D. findet es *„schwierig hier zu leben, da nach einiger Zeit die Nerven versagen“⁸⁹*. Für ihn gibt es *„keinen Unterschied zu einem Gefängnis“⁹⁰*. Auch Frau D. erzählt, dass man in der zentralen Unterbringung krank werde: *„Wenn sie darüber redet, belastet es sie. Manchmal hat sie gar keine Lust mit ihren Kindern zu spielen.“⁹¹*

Während die bisher genannten Äußerungen insgesamt das Bild einer Lähmung durch nicht näher genannte Lebensumstände vermitteln, werden im Laufe verschiedener Befragungen genauere Aspekte benannt, die die Lebenssituation grundlegend beeinflussen und vor allem als psychisch belastend empfunden werden.

Herr D. leidet beispielsweise darunter, dass er keinen Besuch empfangen kann, so wie es in seiner Kultur üblich sei. Auch Frau D. betont, man lebe wie in einem Heim und könne die Verwandten nicht einladen. Aufgrund der finanziellen Situation und der mangelnden Infrastruktur (fehlende Küche) in der zentralisierten Unterbringung könne der Besuch nicht wie gewohnt bewirtet werden. Bei den Interviews wurde deutlich, dass dies nicht nur für die Frauen, sondern auch für die Männer ein wichtiger Bestandteil ihres kommunikativen Bedürfnisses ist. Darüber hinaus weisen mehrere Befragte darauf

⁸⁴ Interview mit Herrn und Frau C., Übersetzung durch einen Dolmetscher (Transkription und Memorandum).

⁸⁵ Interview mit Herrn B. (Transkription und Memorandum).

⁸⁶ Gemeint ist der Vater des Befragten.

⁸⁷ Anonymisierung durch die Verfasserinnen.

⁸⁸ Interview mit Herrn B. (Transkription und Memorandum).

⁸⁹ Interview mit Herrn und Frau D. sowie dreien ihrer Kinder und Herrn M., Übersetzung durch einen Dolmetscher (Transkription und Memorandum).

⁹⁰ Interview mit Herrn und Frau D. sowie dreien ihrer Kinder und Herrn M., Übersetzung durch einen Dolmetscher (Transkription und Memorandum).

⁹¹ Interview mit Herrn und Frau D. sowie dreien ihrer Kinder und Herrn M., Übersetzung durch einen Dolmetscher (Transkription und Memorandum).

hin, dass BesucherInnen in der Unterkunft nicht übernachten dürfen. Die Besuchszeit endet offiziell um 22 Uhr .

Diejenigen, die Verwandte in Deutschland haben, erwähnen in diesem Zusammenhang auch die räumlichen Entfernungen. Erstens brauchen sie aufgrund der Residenzpflicht⁹² eine Genehmigung zum Verlassen des Bezirks. Zweitens ist die Fahrt mit erheblichen Kosten verbunden, die von einem knappen Taschengeld zu bezahlen sind. Drittens ist es aufgrund der genannten Bedingungen in der zentralisierten Unterbringung nicht möglich, Verwandte dorthin für längere Zeit einzuladen. Neben diesen Einschränkungen sozialer Beziehungen, wird die zentralisierte Unterbringung auch als Hindernis beim Knüpfen neuer Kontakte beschrieben. So sagt ein alleinstehender junger Mann:

„Für mich ist es ganz unangenehm hier zu sein. Wenn ich in die Stadt gehe und ein Mädchen kennen lerne, weiß ich gar nicht, wie ich mich vorstellen soll. Wenn sie mich fragt, wo ich wohne, was soll ich sagen? Dass ich im Lager bin, wie soll sie das verstehen? Die haut doch dann gleich ab. Für mich ist es peinlich, das zu sagen.“⁹³

Die Vergleiche der Unterbringung mit einem Gefängnis, einem Heim und einem Lager deuten verschiedene Elemente der Lebensumstände an, die Flüchtlinge subjektiv als eine Form des Gefangenseins erleben. Dies betrifft insbesondere die **Tendenz der Isolierung**, die durch Kontrollen und Reglementierungen des Alltags verstärkt werden. Diese Isolierung betrifft mitunter nicht nur die Kontakte außerhalb der Unterbringung, sondern auch zu den Nachbarn innerhalb der Einrichtung.

Den Hintergrund der Isolierung nach innen bringt Frau A. folgendermaßen auf den Punkt:

„Keiner hilft keinem,(...) jeder versucht etwas zu bekommen, auch auf Kosten anderer. Hauptsache du schaffst deine Sachen. Du musst deine Sachen alleine bewältigen, sonst gehst du kaputt.“⁹⁴

Ihren eigenen Rückzug erklärt sie auch mit ihrer Angst vor weiteren Schwierigkeiten:

„Andere Familien haben noch viel mehr Probleme, da kommt die Polizei und es gibt Gerichtsverhandlungen, dann wird dieser oder jener beschuldigt, er sei da und dort gesehen worden. Die Leute verpetzen sich gegenseitig. Sie ist noch nie irgendwo hingefahren aus Angst in irgendwelchen Ärger involviert zu werden.“⁹⁵

Diese Aussage verdeutlicht, wie die Angst vor Auseinandersetzungen zu weiteren **selbstgewählten Einschränkungen der Handlungsmöglichkeiten** führt. Das Zimmer in der zentralisierten Unterbringung wird zum letztem Ort, in dem versucht wird, Sicherheit in einer undurchschaubaren und bedrohlichen Umgebung herzustellen.

⁹² Vgl. Kap. 1.1.

⁹³ Interview mit Herrn B. (Transkription und Memorandum).

⁹⁴ Interview mit Frau A., Übersetzung durch eine Dolmetscherin (Transkription und Memorandum).

⁹⁵ Interview mit Frau A., Übersetzung durch eine Dolmetscherin (Transkription und Memorandum).

Obwohl die BewohnerInnen die zentralisierte Unterkunft frei verlassen dürfen, werden die generellen **Personenkontrollen** bei Eintritt in die zentrale Unterbringung als erheblicher Eingriff in das eigene Leben empfunden. BesucherInnen und BewohnerInnen werden am Eingang der Unterbringung aufgefordert, sich auszuweisen. BesucherInnen müssen darüber hinaus am Eingang mitteilen, wen sie besuchen möchten. So beurteilt ein Asylsuchender nach Darstellung dieser Ausweiskontrolle⁹⁶ die zentralisierte Unterbringung folgendermaßen: *„Es ist ein modernes Gefängnis für uns. Man hat Probleme, weil sie einen einsperren und wissen wollen, wer einen warum besucht. Das ist sehr hart.“*⁹⁷

Frau A. beschreibt auch die kontinuierliche **Kontrolle bei der Essensausgabe**: *„Jedes Mal müssen sie in der Kantine ihren Ausweis zeigen, auch wenn sie noch mal wiederkommt. Wenn sie ihn nicht zeigt, bekommt sie nichts zu essen.“*⁹⁸

Als Mutter von vier Kindern berichtet Frau A. auch über Einmischungen in deren Erziehung, die sie als verletzend und bedrohlich wahrnimmt. So wurde sie einmal vom Sozialen Dienst, der in der Unterbringung angesiedelt ist, angehalten, besser auf ihre Kinder aufzupassen. Ihr wurde vorgeworfen, dass sie sich verantwortungslos gegenüber ihren Kindern zeige. Hintergrund scheint eine Beschwerde der Erzieherinnen bei MitarbeiterInnen des Sozialen Dienstes gewesen zu sein:

*„Sie (eine Mitarbeiterin des Sozialen Dienstes, d. V.) meint, dass sich die verantwortlichen Frauen im Kindergarten bei Y⁹⁹ über sie beschwert hätten. Sie hätten gesagt, sie würde sich nicht genug um ihre Kinder kümmern und sie sollte während der Kindergartenzeit auch auf die Kinder aufpassen. Es wurde angeblich von jemandem beobachtet, dass sie ihre Kinder oft in der Obhut der ältesten Tochter lasse.“*¹⁰⁰

Unterschiedliche Vorstellungen in Fragen der Erziehung werden insbesondere in Bezug auf die Anforderung des Kindergartens deutlich, Frau A. solle während der Kindergartenzeit bei ihren Kindern bleiben. Sie argumentiert uns gegenüber, dass sie dies nicht angemessen findet, denn dann könnte sie ebenso gut mit den Kindern in ihrem Zimmer bleiben. Aufgrund ihrer Erfahrungen, in ihrem Verhalten kontrolliert zu werden, nimmt sie diese Einmischung als individuell bedingt wahr:

*„Die anderen Mütter sind auch nicht dabei, nur von ihr wurde dies verlangt. Die Tochter der Nachbarin steht auf, ohne sich zu waschen und läuft zum Kindergarten, die Mutter bleibt lieber zuhause. Sie bereitet ihr Kind nicht mal vor. (...) Frau A. denkt, vielleicht wurde den anderen Müttern etwas Ähnliches erzählt und sie weiß es nicht.“*¹⁰¹

⁹⁶ Vgl. Kap. 3.

⁹⁷ Interview mit Herrn und Frau O. im Rahmen der Ausstellung „Hier geblieben“.

⁹⁸ Interview mit Frau A., Übersetzung durch eine Dolmetscherin (Transkription und Memorandum).

⁹⁹ Anonymisierung durch die Verfasserinnen, gemeint ist ein/e MitarbeiterIn im Sozialen Dienst.

¹⁰⁰ Interview mit Frau A., Übersetzung durch eine Dolmetscherin (Transkription und Memorandum). Die älteste Tochter ist zum Zeitpunkt der Befragung 11 Jahre.

¹⁰¹ Interview mit Frau A., Übersetzung durch eine Dolmetscherin (Transkription und Memorandum).

Insgesamt beschreibt Frau A. an mehreren Stellen das Gefühl, Kontrollen ausgesetzt zu sein. Ihr Gefühl einer permanenten sozialen Kontrolle wird auch dadurch gesteigert, dass der Konflikt, den sie mit den Erzieherinnen des Kindergartens zu haben scheint, nicht von diesen selbst geklärt wird. Statt dessen wird hier der Soziale Dienst eingeschaltet. Aus Sicht von Frau A. entsteht zwangsläufig der Eindruck, dass die MitarbeiterInnen der Einrichtung sich allesamt gegen sie verbündet haben.

Betrachtet man das Material, das zum Verhalten der MitarbeiterInnen verschiedener Einrichtungen erhoben wurde, lässt sich eine interessante Beobachtung zu deren Umgang mit vermeintlich unterschiedlichen Erziehungsvorstellungen machen. Beobachtet wurde beispielsweise während einer Befragung, wie ein Neugeborenes von einer Mitarbeiterin anders hingelegt wurde, weil es nicht ihren Vorstellungen einer richtigen Liegeposition entsprach. Besonders auffällig sind Einmischungen in den Fällen, in denen von Seiten der Mitarbeiterinnen patriarchale Familienvorstellungen in Flüchtlingsfamilien angenommen werden. So wurde des öfteren darauf hingewiesen, dass gerade moslemische Männer sich nicht um ihre Kinder kümmern würden. In einem Fall wurde darauf hingewiesen, dass dies akzeptiert werden müsse. Es sei nicht die Aufgabe der Einrichtung, diese Menschen umzuerziehen. In anderen Fällen – und dies fast ausschließlich bei Interaktionen zwischen Asylsuchenden und weiblichen Angestellten – wurden Einmischungen beobachtet oder geschildert. So wurde in einer zentralisierten Unterbringung erzählt, dass ein dreijähriger Junge davon abgehalten worden sei, seine Mutter zu hauen. Auffällig ist, dass diese Situation nicht etwa mit alltäglich zu beobachtenden Erziehungskonflikten in Verbindung gebracht, sondern vielmehr mit der patriarchalen Struktur in moslemischen Familien erklärt wurde.¹⁰²

Während die grundsätzliche Kritik an verschiedenen Kontrollmaßnahmen sowohl von Frauen als auch von Männern in zentralisierten Unterbringungen benannt wird, äußert Frau A. besonders deutlich, dass sie sich durch das System, in dem die Aufgaben der verschiedenen Einrichtungen ineinander greifen, kontrolliert fühlt.:

„Sie fühlt sich wie im Gefängnis. Sie fühlt sich zusammengebunden und gefesselt.(...)Frau A. hat das Gefühl, sobald etwas bei ihr ist, dass jemand da ist, der alles zu Y¹⁰³ weiterträgt. Sie sagt, sie habe das Gefühl, irgendwo sei eine versteckte Kamera, auch wenn sie sich nur juckt, kommt es da an. (...) Frau L.¹⁰⁴ vom Personal hat Frau A. immer alle ihre Sorgen erzählt und sie hat ihr auch viel geholfen, aber jetzt würde sie auch nur fragen: `Wieso bist du immer mit Arabern zusammen und woher kannst du überhaupt arabisch? Wieso triffst du dich nicht mit türkischen Frauen?` Frau A. erwiderte, sie habe mit allen Leuten Kontakt.“¹⁰⁵

¹⁰² Memorandum zur Besichtigung einer zentralisierten Unterbringung sowie zu Gesprächen mit unterschiedlichen MitarbeiterInnen (Leitung, Verwaltung, Sozialer Dienst, Krankenstation).

¹⁰³ Anonymisierung durch die Verfasserinnen, gemeint ist ein/e MitarbeiterIn im Sozialen Dienst.

¹⁰⁴ Anonymisierung durch die Verfasserinnen.

¹⁰⁵ Interview mit Frau A., Übersetzung durch eine Dolmetscherin (Transkription und Memorandum).

Das Gefühl des Überwachtwerdens führt bei Frau A. zu einem andauernden Misstrauen allen MitarbeiterInnen der Einrichtung gegenüber. Als Frau A. nach einem Verhandlungstermin im Rahmen ihres Asylverfahrens wieder in die zentrale Unterbringung zurückkehrt, wird sie von einer besorgten MitarbeiterIn nach dem Verlauf gefragt:

„Nach der Verhandlung wurde sie zu Y¹⁰⁶ gerufen und wurde von ihr gefragt, wie es gelaufen sei. Frau A. log sie an und sagte, es sei gut gelaufen. Sie hat das Gefühl zu Y nicht vertraut zu sein, aus dem Grund hat sie gelogen. Sie sagt, sie sei 35 Jahre und sie kann erkennen, wer ihr helfen will und wer nicht.“¹⁰⁷

Die in der Einrichtung ausgeübten Einmischungen haben weitreichende Folgen für die Handlungskompetenzen der Einzelnen. So erklärt ein Asylsuchender Ängste, die neben der Freude vor seinem bevorstehenden Transfer in eine kommunale Gemeinschaftsunterkunft auftreten, damit, dass er sich nach einjährigem Aufenthalt *„an das System gewöhnt“¹⁰⁸* habe.

„The same blood is running through our veins“: Unverständnis und Wut über alltägliche Reglementierungen in einer kommunalen Gemeinschaftsunterkunft

Wenngleich die Formen der Einschränkungen in zentralisierten Unterbringungen ausgeprägter sind als in kommunalen Gemeinschaftsunterkünften, wird auch hier Unverständnis über alltägliche Reglementierungen geäußert. So wird in einer Gemeinschaftsunterkunft vor allem die Versorgung mit **Warengutscheinen** kritisiert. Ein Asylbewerber bezeichnet diese Art der Versorgung als *„Beleidigung“¹⁰⁹*. Zudem weist er darauf hin, dass man nur bestimmte Produkte kaufen dürfe und immer genau bezahlen müsse, da man kaum Wechselgeld erhalte dürfe. Die Asylsuchenden empfinden diese Praxis als entwürdigend, weil sie an den Kassen der Geschäfte dadurch als eine besondere Gruppe sichtbar gemacht werden. Diese Art der Versorgung von Flüchtlingen ebenso wie die fehlende Möglichkeit, die deutsche Sprache zu erlernen, wird in diesem Interview als deutliches Zeichen des Unerwünschtseins von Seiten der Befragten thematisiert. Die Vielzahl der Sonderbehandlungen, die für Asylsuchende existieren, werden als bewusste Form der Ungleichbehandlung und Ausgrenzung wahrgenommen. Während des Interviews wird gleichzeitig Wut und Unverständnis über diese Sonderbehandlung deutlich, die ein Flüchtling immer wieder als Widerspruch zu seinem Gleichheitsverständnis aller Menschen mit den folgenden Worten darstellt: *„the same blood is running through our veins“¹¹⁰*. Diese **Ungleichbehandlung** und das daraus resultierende **Gefühl des Unerwünschtseins** wird

¹⁰⁶ Anonymisierung durch die Verfasserinnen, gemeint ist ein/e MitarbeiterIn im Sozialen Dienst.

¹⁰⁷ Interview mit Frau A., Übersetzung durch eine Dolmetscherin (Transkription und Memorandum).

¹⁰⁸ Interview mit Herrn und Frau O. im Rahmen der Ausstellung „Hier geblieben“.

¹⁰⁹ Gruppeninterview mit Herrn Q., Herrn R., Herrn S., Herrn T., Herrn U., Herrn V. (Memorandum).

¹¹⁰ Gruppeninterview mit Herrn Q., Herrn R., Herrn S., Herrn T., Herrn U., Herrn V. (Memorandum).

auch von einer Frau mit Flüchtlingshintergrund kritisiert, die selbst ehrenamtlich für Asylsuchende tätig ist. Sie betont in einem Gespräch, dass dieser Zustand der Ungleichbehandlung über Jahre andauert und eine krankmachende Wirkung hat.¹¹¹

Zusätzlich fragen die Teilnehmenden des Gruppeninterviews, warum es keine freie Entscheidung über den Wohnort und Arbeitsplatz gebe, wie das etwa in den Vereinigten Staaten oder in Kanada der Fall sei. Die Befragten weisen darauf hin, dass diese Regelung Asylsuchende in die Kriminalität dränge, wenn sie sich beispielsweise mit dem Zug über die ihnen erlaubte Strecke hinaus bewegten und damit die ihnen auferlegte **Residenzpflicht** verletzten. Neben der räumlich eingeschränkten Bewegungsfreiheit, weist Herr P. darauf hin, dass die Bewegungs- und Handlungsfreiheit auch durch die finanziell eingeschränkte Situation begrenzt wird:

„Die 1-Euro-Jobs sind aber immer noch gut, aber das Problem ist, dass man nicht reisen kann. Man kann sich die Fahrkarten nicht leisten. Man kann nicht 3 mal in der Woche nach Osnabrück fahren, weil man es sich nicht leisten kann. Man wird ohne etwas sitzen gelassen, aber für mich ist das wichtigste am Leben und in Sicherheit zu sein.“¹¹²

Die daraus resultierende Monotonie wird genauer in Kapitel 8 betrachtet.

„Manchmal gibt es mit den Leuten etwas Stress“: Leben in beengten Räumen

Eine andere Form alltäglicher Einschränkungen betrifft das **Leben in "Zwangsgemeinschaften"** mit anderen Flüchtlingen in allen Formen von Unterbringungen außerhalb eigener Wohnungen. Diese bringen **psychische Belastungen** in Form von **Ängsten, Unsicherheitsgefühlen, Schlafstörungen und depressiven Verstimmungen** mit sich.

So berichtet ein auf Depressionen behandelter Asylsuchender, dass er Schlafschwierigkeiten habe, weil in der Unterbringung so viele Leute seien. Vor allem in seinem ersten Zimmer hatte er Schwierigkeiten, weil er es mit anderen Asylsuchenden teilte, die abends laut waren und Drogen konsumierten. Mit Hilfe des Hausmeisters und der Leitung konnte er ein anderes Zimmer erhalten, das er mit ruhigeren Mitbewohnern teilt. Seitdem geht es ihm besser.¹¹³

Auch Herr B. deutet an, dass die **soziale und räumliche Enge** durch die spezifische Unterbringung teilweise belastend sei:

¹¹¹ Aussage in einem Expertengespräch (Memorandum).

¹¹² Interview mit Herrn und Frau O. im Rahmen der Ausstellung „Hier geblieben“.

¹¹³ Interview mit Herrn N., Übersetzung durch einen Dolmetscher (Memorandum).

„Manchmal gibt es mit den Leuten etwas Stress. Wenn ich zum Beispiel schlafen will, um mich zu beruhigen und die Kinder spielen, einer weint, einer lacht, Musik wird abgespielt und es wird getanzt. Hier gibt es alles mögliche.“¹¹⁴

Neben diesen Schilderungen konnte während des Interviews mit Frau A. das plötzliche **Auftreten sozialer Konflikte** beobachtet werden, vor denen es in zentralen Unterbringungen keinen Rückzug in einen privaten Bereich gibt. So klopfte ein Mitarbeiter während der Befragung an der Tür und bat um ein Gespräch mit Frau A. Er wollte mit Hilfe der beim Interview anwesenden Dolmetscherin Streitpunkte mit Frau A. klären. Er wies mehr an die Forscherinnen als an Frau A. gewandt darauf hin, dass sich viele Familien über Frau A. beschwert hätten, unter anderem darüber, dass ihre Kinder immer im Flur Fahrrad fahren. Er erzählte, dass er in einem Fall mit dem Fuß gegen das Vorderrad getreten habe, damit das betreffende Kind, ein zehnjähriges Mädchen, absteigt. Frau A. hatte den Hausmeister daraufhin auf dem Flur angeschrien. Während der Hausmeister ihr Verhalten als unangemessene Szene bewertet, schildert Frau A. im späteren Interview, dass sie so geschrien habe, weil der Hausmeister ihre Sprache nicht verstehe und sie die Ungerechtigkeiten in diesem Haus nicht ertragen könne.

In dem beschriebenen Konflikt wurde auch die **Dolmetscherin** hineingezogen, als der Mitarbeiter Frau A.'s Wutausbruch mit den Worten kommentiert: *„Ja die Türken sind ja auch immer etwas lauter und regen sich so leicht auf.“¹¹⁵* Die Dolmetscherin, eine gebürtige Türkin, entgegnete: *„Diese Frau ist keine Türkin.“¹¹⁶* Daraufhin schloss der Hausmeister sein Urteil mit den Worten: *„Ja, sie wissen doch, wie ich das meine.“¹¹⁷*

Im späteren Interview sagt Frau A., dass auch das Hinzuziehen eines Dolmetschers bei der Bewältigung der Konflikte nicht helfe: *„Sie erzählen ihre Sorgen (einem Mitarbeiter d. V.), er sagt dann: 'Holt einen Dolmetscher', und dann holen sie einen Dolmetscher und das Problem wird trotzdem nicht gelöst. Es bleibt alles wie vorher.“¹¹⁸*

Bedrohung und Gewalt in beengten Räumen

Neben der allgemeinen Konflikträchtigkeit, die das Wohnen auf engem Raum mit sich bringt, vermuteten sowohl die Forscherinnen als auch die Dolmetscherin, dass Frau A. auch deshalb **besonders stark unter Verhaltenskontrollen sowohl seitens ihrer NachbarInnen als auch seitens der MitarbeiterInnen** zu leiden habe, weil sie **ohne männliche Begleitung** in der Unterbringung lebt.¹¹⁹ Positiv ist allerdings festzuhalten,

¹¹⁴ Interview mit Herrn B. (Transkription und Memorandum).

¹¹⁵ Interview mit Frau A., Übersetzung durch eine Dolmetscherin (Transkription und Memorandum).

¹¹⁶ Interview mit Frau A., Übersetzung durch eine Dolmetscherin (Transkription und Memorandum).

¹¹⁷ Interview mit Frau A., Übersetzung durch eine Dolmetscherin (Transkription und Memorandum).

¹¹⁸ Interview mit Frau A., Übersetzung durch eine Dolmetscherin (Transkription und Memorandum).

¹¹⁹ Memorandum zu einem Besuch bei Frau A. im Juni 2003.

dass aufgrund von Berichten sexistischer Bedrohungen in zentralisierten Unterbringungen der frühen 1990er Jahre **alleinstehende Frauen nur in Ausnahmefällen** dort untergebracht werden.¹²⁰ Ein Mitarbeiter aus einer zentralisierten Unterbringung erwähnte im Zusammenhang mit alleinstehenden Frauen auch, dass man auf sie besonders achten müsse, weil sie Bedrohungen durch die große Anzahl von Männern ausgesetzt seien. Zugleich berichtet er über einen Fall von Prostitution, der problematisch sei, aber von der Asylsuchenden selbst als legitimes Mittel zur Verbesserung ihrer finanziellen Situation dargestellt wurde, als sie durch den sozialen Dienst darauf angesprochen wurde.

Ein weiteres Beispiel sozialer Probleme schildert Familie D.: Es sei **zu laut zum Schlafen** und viele Leute „*saufen*“. Herr D. sagt, er habe Angst vor den Betrunkenen.¹²¹ Auch Herr O. berichtet, dass er wegen Drogen und Schlägereien in der zentralen Unterbringung Angst um seinen heranwachsenden Sohn habe und ihn deshalb immer mit zur gemeinnützigen Arbeit nehme, weil in der Sammelunterkunft keine gute Atmosphäre herrsche.¹²²

Ein Interviewpartner aus einer kommunalen Gemeinschaftsunterkunft berichtet ebenfalls von **gewalttätigem Verhalten** eines Mitbewohners, als er in seiner Funktion als Hausmeister verhindern wollte, dass dieser Mitbewohner einen Gegenstand aus der Unterkunft entwendete. Dieser Übergriff führte dazu, dass sich der Interviewpartner im Krankenhaus behandeln lassen musste.¹²³

Neben den Konflikten, die durch die soziale Enge entstehen, wird auch auf die Schwierigkeit einer **fehlenden Intimsphäre** hingewiesen. So beschreibt ein Asylbewerber, der eine deutsche Freundin hat, dass es nicht möglich sei, gemeinsame Zeit in der Gemeinschaftsunterkunft zu verbringen, da die Zimmer immer mit einem anderen Mitbewohner geteilt würden. Soziale Kontakte mit Menschen, die außerhalb der Gemeinschaftsunterkunft leben, werden auf diese Weise erschwert. Der Eindruck einer fehlenden Intimsphäre wird auch durch die teilnehmenden Beobachtungen während der Datenerhebung dokumentiert, als mit Hilfe der MitarbeiterInnen in einer zentralisierten Unterbringung an einigen Zimmern der BewohnerInnen geklopft wurde. Die ForscherInnen empfinden dadurch die Erhebungssituation als unangenehm. Es bleibt trotz Einwilligung der InterviewpartnerInnen das Gefühl, im privaten Nahraum beim Essen zu stören.¹²⁴

¹²⁰ Memorandum zur Besichtigung einer zentralisierten Unterbringung sowie Gespräche mit unterschiedlichen MitarbeiterInnen (Leitung, Verwaltung) im Februar 2003.

¹²¹ Interview mit Herrn und Frau D. sowie dreien ihrer Kinder und Herrn M., Übersetzung durch einen Dolmetscher (Transkription und Memorandum).

¹²² Interview mit Herrn und Frau O. im Rahmen der Ausstellung „Hier geblieben“.

¹²³ Interview mit Herrn F. (Memorandum).

¹²⁴ Memorandum zu Interaktionen von MitarbeiterInnen und Asylsuchenden in einer zentralisierten Unterbringung.

Insbesondere auf **Frauen und Mädchen** wirken diese Bedrohungen so, dass ihr Aktionsradius eingeschränkt wird. Mitunter schließen sie sich in ihrem Zimmer ein.¹²⁵ Zwei Mütter berichten, dass sie ihre Töchter abends nicht auf die außerhalb des Zimmers befindliche Toilette gehen lassen. In beiden Fällen behelfen die Familien sich mit einem Nachttopf.¹²⁶

„Ein ungesunder Zustand kommt von den Toiletten“: Hygienebedingungen in Sammelunterkünften

Auch in einem anderen Kontext werden die Toiletten thematisiert, nämlich in Hinblick auf die **Hygienebedingungen**. So beklagt sich Frau A. über unsaubere Zustände der Toiletten in der zentralen Unterbringung. Sie leidet an Hämorrhoiden und führt dies auf die unhygienische Situation zurück: *„Frau A. vermutet, dass durch die unhygienischen Zustände auf der Toilette, sie und ihre Kinder Schwellungen am After bekommen haben. Sie können nicht mehr richtig auf die Toilette gehen.“*¹²⁷ Sie weist darauf hin, dass sie besonders bei ihren Kindern auf Sauberkeit achten müsse, sonst seien sie noch öfter krank. Auch zwischen dem Hautjucken, das sie und ihre Kinder während der Nacht quält, und den Hygienebedingungen vermutet sie einen Zusammenhang: *„Wenn sie sich ins Bett legt, muss sie sich kratzen, es juckt überall.(...) Sie lässt nichts dreckig, sie lässt auch oft ihre Bettwäsche waschen. Sie achtet sehr auf Hygiene, aber das nutzt nicht viel.“*¹²⁸

In ähnlicher Weise äußert Herr M. einen Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Erkrankungen und den Hygienebedingungen: *„Ein ungesunder Zustand kommt von den Toiletten, weil sie nicht sauber sind.“*¹²⁹

Zu bemerken ist in diesem Zusammenhang, dass die Toiletten durchaus regelmäßig geputzt werden. Dies wird auch von einzelnen Asylsuchenden ausdrücklich erwähnt. Aber das Teilen von sanitären Anlagen mit einer großen Anzahl von Menschen, mit denen man zum Teil in Konflikt steht, kann jenseits der Frage von Hygiene als Zumutung bezeichnet werden. Die Benutzung von Toiletten deutscher Bauart, die einen Hautkontakt erfordern, mag diese Zumutung steigern (vgl. Mohammadzadeh 1993:39). Hinzu kommen zum Teil höhere Ansprüche an Sauberkeit als in Deutschland üblich. Die häufige Erwähnung an Magen- und Darmbeschwerden lässt sich neben allgemeinen

¹²⁵ Memorandum zu einem Besuch bei mehreren Familien in einer zentralisierten Unterbringung im April 2003, Memorandum zu einem Besuch bei Frau A. in einer zentralisierten Unterbringung im Juni 2003.

¹²⁶ Memorandum zu einem Besuch einer zentralisierten Unterbringung bei mehreren Einzelpersonen und Familien im Mai 2003., Memorandum zu einem Besuch bei mehreren Einzelpersonen und Familien in einer zentralisierten Unterbringung im Juni 2003.

¹²⁷ Interview mit Frau A., Übersetzung durch eine Dolmetscherin (Transkription und Memorandum).

¹²⁸ Interview mit Frau A., Übersetzung durch eine Dolmetscherin (Transkription und Memorandum).

¹²⁹ Interview mit Herrn und Frau D. sowie dreien ihrer Kinder und Herrn M., Übersetzung durch einen Dolmetscher (Transkription und Memorandum).

psycho-somatischen Belastungen und der Ernährungsproblematik sicherlich auch auf diesen Umstand zurückführen.

In einer Gemeinschaftsunterkunft, in der die Toiletten von den BewohnerInnen selbst zu reinigen sind, wird ebenfalls auf das Problem unhygienischer Toiletten hingewiesen. Die Toiletten seien bei einer Zahl von 25 Personen in der Unterkunft nicht sauber und dies wurde als problematisch für die Gesundheit dargestellt.

Konkrete **bauliche Mängel** werden nicht in der zentralisierten, wohl aber in einigen Gemeinschaftsunterkünften genannt. Besonders schlimm ist die Situation in einer Gemeinschaftsunterkunft, die aufgrund ihrer Leichtbauweise sehr dünne Wände hat. Neben einer schlechten Isolierung wird hier von Problemen mit Ratten, Mäusen und Kakerlaken berichtet. Letztere können auch während des Interviews beobachtet werden. Neben dem Ekel befürchten die BewohnerInnen auch gesundheitliche Folgen. Nach Aussage der befragten Asylsuchenden sind die Behörden der Gemeinde auf diese Missstände hingewiesen worden. Das Problem hat nach Ansicht der Asylsuchenden seine Ursache in der schlechten baulichen Qualität. Bei der Thematisierung von Gebäudemängeln schildert ein Asylsuchender, dass es in einem Fall drei Monate im Winter gedauert habe, bis ein kaputtes Fenster in seiner Unterkunft repariert worden sei. Insgesamt wird diese Form der Unterbringung in der betreffenden Gemeinschaftsunterkunft als demütigend empfunden, es sei ein Gebäude in dem man „Hühner“¹³⁰ halte.

Heizprobleme werden in einer zentralisierten Unterkunft und in einigen Gemeinschaftsunterkünften genannt. In der oben beschriebenen Unterkunft funktioniert die Heizung nur teilweise. Die Duschen sind bei so vielen Personen nach Aussagen der Bewohner oft nicht warm.¹³¹ Heizmängel werden im Zusammenhang mit Erkältungen in einigen Interviews erwähnt.

Während in den Befragungen der Asylsuchenden die Lebens- und Unterbringungsbedingungen bei der Frage nach Erfahrungen mit Krankheit in Deutschland einen wichtigen Stellenwert einnehmen, werden diese Themen bei den befragten MitarbeiterInnen kaum thematisiert. Hier wird der Wunsch der Asylsuchenden nach einem Transfer in eine kommunale Unterkunft hauptsächlich als Wunsch nach und Zeichen für einen sicheren Aufenthaltsstatus gedeutet. So betont ein Mitarbeiter in einer zentralisierten Unterbringung, dass viele Asylsuchende glaubten, sie seien sicher, wenn sie einen Transfer bekämen. Sie realisierten nicht, dass das Verfahren dann weiterlaufe. Aus diesem Grunde legten viele ihre Hoffnungen darauf, „hier raus“¹³² zu kommen. Was das Vorkommen von Erkrankungen betreffe, seien

¹³⁰ Gruppeninterview mit Herrn Q., Herrn R., Herrn S., Herrn T., Herrn U., Herrn V. (Memorandum).

¹³¹ Gruppeninterview mit Herrn Q., Herrn R., Herrn S., Herrn T., Herrn U., Herrn V. (Memorandum).

¹³² Interview mit einer Mitarbeiterin einer zentralisierten Unterbringung im Sozialen Dienst (Memorandum).

Asylsuchende in der zentralen Unterbringung aber nicht häufiger krank als solche, die anders untergebracht seien.¹³³

Der Transfer aus der zentralisierten Unterbringung in eine Gemeinde: Lösung aller Probleme?

Welche Bedeutungen werden dem Wunsch auf Transfer in den Befragungen der Asylsuchenden beigemessen und welche Erfahrungen werden neben den bereits erwähnten aus kommunalen Gemeinschaftsunterkünften gemacht? Insgesamt sind die Bewertungen sehr unterschiedlich, wenngleich ein Transfer in der Mehrzahl der befragten Asylsuchenden als positiv erachtet wird.

In einigen Interviews wird ein **Transfer als Freiheitsgewinn und Schritt in ein normales Leben** gedeutet. Herr N. wünscht sich einen Transfer damit er in einer Privatsphäre zur Ruhe kommen kann. Er sieht es zwar als einen Vorteil der zentralisierten Unterbringung, dass „*alles organisiert und gesichert ist*“ und fühlt sich „*gut betreut vom Personal*“¹³⁴. Dennoch wünscht er sich eine Unterbringung in einer „*normalen Wohnung*“¹³⁵, möglichst in der Nähe seines Therapeuten, bei dem er eine Behandlung macht. Gleichzeitig ist ihm bewusst, dass er bei einem Transfer als alleinstehender Mann keine Möglichkeit hat, eine eigene Wohnung zu beziehen, sondern einer kommunalen Gemeinschaftsunterkunft zugewiesen wird.

Ein anderer Asylsuchender schildert seine Gefühle in Bezug auf seinen bevorstehenden Transfer wie folgt:

*„Ich bin jetzt seit einem Jahr im Camp und es ist nicht leicht, es zu verlassen, weil ich an das System gewöhnt bin und ich die Menschen dort kenne. Es wird schwierig werden, weil ich so viele Freunde vermissen werde, die ich jetzt schon ein Jahr kenne. Aber auf der anderen Seite bin ich froh, weil ich hoffe, mehr Freiheiten für mein Leben in Deutschland zu haben.“*¹³⁶

Dieses Zitat verdeutlicht den Entmündigungsprozess, der mit dem längeren Aufenthalt in einer zentralisierten Unterbringung einhergeht. Neben den Freunden, die Herr P. vermissen würde, beschreibt er auch eine Gewöhnung an das System dieser Unterbringungsform. Die deutsche Gesellschaft ist ihm in dieser langen Zeit fremd geblieben. Kennen gelernt hat er die Regeln und das System seiner Unterkunft und der dortigen Einrichtung.

Auch Herr B. wünscht für sich und seine Eltern einen Transfer und ein normales Leben mit Arbeit und einer Wohnung:

¹³³ Interview mit einer Mitarbeiterin einer zentralisierten Unterbringung im Sozialen Dienst (Memorandum).

¹³⁴ Interview mit Herrn N., Übersetzung durch einen Dolmetscher (Memorandum).

¹³⁵ Interview mit Herrn N., Übersetzung durch einen Dolmetscher (Memorandum).

¹³⁶ Interview mit Herrn P. im Rahmen der Ausstellung „Hier geblieben“.

„Wir brauchen eine Wohnung. Wir wollen von hier¹³⁷ weg und normal leben wie vor zwei Jahren. (...) Ich will endlich von hier weg, um ein normales Leben zu haben und versuchen, zu arbeiten und hier in Deutschland zu bleiben.“¹³⁸

Im Laufe des Interviews erzählt er aber auch von einer psychisch kranken Frau, die einen Transfer bekommen hatte und wieder zurückkam, weil die Wohnung so schlecht war: *„Aus dem ganzen Lager kamen Leute und haben mit ihr geweint.“¹³⁹*

Von **schlechten Erfahrungen mit einem Transfer aus einer kommunalen Unterbringung** in eine nasse, dunkle Wohnung berichten auch Herr und Frau J. Es handelte sich dabei um eine Wohnung die außerhalb eines Dorfes lag. Im Keller der Wohnung stand ein halber Meter Wasser. Herr J. schildert, dass er in dieser Wohnung Rücken- und Knochenschmerzen bekommen habe und seine Kinder seitdem an Atembeschwerden litten. Während des Interviews weist er darauf hin, dass er vorher nie krank gewesen sei, aber diese Wohnung habe ihn krank gemacht. Die Familie hat dem Sozialamt den schlechten Zustand dieser Wohnung geschildert und wäre sogar bereit gewesen, wieder zurück in die Gemeinschaftsunterkunft zu gehen. Erst nach drei Jahren, als eine andere Familie in die Nachbarwohnung mit den gleichen Bedingungen einzog und den Zustand öffentlich machte, hätten auch sie eine andere Wohnung bekommen. Seitdem hätten die Krankheitsbeschwerden nachgelassen.¹⁴⁰

Zusammenfassung und Bewertung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Lebens- und Unterbringungsbedingungen in vielerlei Hinsicht von den Vorstellungen eines „normalen Lebens“ wie es die Mehrzahl der Bevölkerung der Aufnahmegesellschaft führt, abweichen. Bedenkt man, dass ein „normales“ Leben eines Flüchtlings durch Wohnen in beengten Räumen, in mit baulichen Mängeln behafteten Gebäuden, unter finanziell eingeschränkten Bedingungen, mit begrenzter Bewegungsfreiheit, eingeschränktem Besuchsrecht, eingeschränkter Privatsphäre, in unfreiwilliger Gemeinschaft mit Menschen unterschiedlicher Herkunft und Sprache gekennzeichnet ist, so zeigt sich, dass hier eine Reihe von Beschränkungen eigener Handlungs-, Entfaltungs- und Selbstbestimmungsmöglichkeiten bestehen. Diese mögen in einer kurzen zeitlich begrenzten Ausnahme- und Übergangssituation als zumutbar betrachtet werden, wirken sich aber bei längerem Aufenthalt als permanente Stressoren negativ auf die gesundheitliche Situation aus.

Im Material lassen sich deutliche Hinweise auf **Gefühle des Unerwünschtseins** erkennen. Vielfach werden die Lebensbedingungen auch als **entwürdigend** wahrgenommen. Bedenkt man, dass die Asylsuchenden in ihrem Heimatland vor eben

¹³⁷ Mit 'hier' ist die zentrale Unterbringung gemeint.

¹³⁸ Interview mit Herrn B. (Transkription und Memorandum).

¹³⁹ Interview mit Herrn B. (Transkription und Memorandum).

¹⁴⁰ Interview mit Herrn und Frau J. (Memorandum).

solchen Formen der Ungleichbehandlung und der Missachtung grundlegender Menschenrechte geflohen sind, müssen diese einschränkenden Lebensbedingungen in der deutschen Aufnahmegesellschaft als besonders demütigend empfunden werden.

7. „Is it me?“ *Bin ich es, den sie abholen? Zu den gesundheitlichen Folgen von Unsicherheit, Perspektivlosigkeit und drohender Ausweisung*

Im erhobenen Material gibt es sehr viele Hinweise auf Unsicherheiten des Verbleibs in Deutschland und die damit zusammenhängende Unplanbarkeit des weiteren zukünftigen Lebens. Dies ist ein maßgeblicher Stressfaktor für alle Flüchtlinge ohne gesicherten Aufenthalt. Hierzu gehören vor allem **Ängste, die mit dem ungewissen Ausgang des Asylverfahrens zu tun haben.**

Angst vor einer ungewissen Rückkehr: „Wenn wir zurückgehen, wo wollen wir dann hin, auf die Straße?“

So äußert beispielsweise Herr N., der auf den nächsten Gerichtstermin seines Asylverfahrens wartet, dass eine Rückkehr in sein Heimatland für ihn „Horror“¹⁴¹ wäre. Besonders dramatisch ist die Situation von Herrn N., da er zum Zeitpunkt des Interviews bereits zum zweiten Mal in Deutschland ist. Nach seinem ersten Aufenthalt in Deutschland hatte er sich für eine freiwillige Rückkehr entschieden. Ermutigt fühlte er sich hierzu unter anderem durch ein Beratungsgespräch, in dem auf der Grundlage von Informationen des Auswärtigen Amtes, eine generelle Amnestie für seine ehemalige paramilitärische Einheit ausgesprochen worden war¹⁴². Im Interview erzählt Herr N., dass ihm seine finanzielle Rückkehrhilfe bei der Rückkehr weggenommen wurde. Durch seine weiteren Schilderungen ist zu vermuten, dass er in einem Gefängnis festgehalten wurde. Er berichtet, dass er statt amnestiert zu werden „drei bis vier Monate in einem dunklen Zimmer war, in dem es nur eine Lampe gab.“¹⁴³ Er sagt, während der Befragung, dass er lieber tot wäre als noch einmal in sein Herkunftsland zurückzukehren. Vor allem wenn er schlafen geht, „guckt er, wo ist der Tod. Sein Zimmernachbar fragt dann: ‚warum redest du, warum läufst du in der Nacht?‘“¹⁴⁴

Auch die Dolmetscherin von Frau A. übersetzt deren Zukunftsängste:

¹⁴¹ Interview mit Herrn N., Übersetzung durch einen Dolmetscher (Memorandum).

¹⁴² Genaueres kann hier aus Gründen der zugesicherten Anonymität nicht genannt werden.

¹⁴³ Interview mit Herrn N., Übersetzung durch einen Dolmetscher (Memorandum).

¹⁴⁴ Interview mit Herrn N., Übersetzung durch einen Dolmetscher (Memorandum).

„Sie hat Sorgen, sie weiß nicht, wie es weitergehen soll. Dieser Druck, sie weiß nicht, wie es mit allem weitergehen soll. (...) Sie weiß nicht, wie sie ihre Zukunft sieht, sie hat Angst, wo das alles hinführt.“¹⁴⁵

Der erst 19-jährige Herr B. beschreibt seine Angst vor Abschiebung in das Herkunftsland seiner Eltern, das seine Familie vor zehn Jahren verlassen hat:

„Die sagen immer, wir hätten gar keine Möglichkeit in Deutschland zu bleiben, der Asylantrag ist abgelehnt. Wie soll das alles weitergehen? Ich weiß es überhaupt nicht. (...) Wenn ich die Möglichkeit habe, in Deutschland zu bleiben, werde ich für mich kämpfen, um besser zu werden, ich werde arbeiten und alles. Deswegen bleibe ich in Deutschland, für meine Zukunft. Meine Eltern interessiert das nicht so viel, da sie schon lange gelebt haben. Aber mich persönlich interessiert mein zukünftiges Leben. (...) Wir haben dort¹⁴⁶ keine Wohnung. Wir haben dort nichts. Wenn wir zum Beispiel zurückgehen, wo wollen wir dann hin, auf die Straße? Aber das versteht hier gar keiner. (...) Eigentlich will ich gar nicht mehr hier¹⁴⁷ sein, ich habe die Schnauze voll. Aber ich kann nichts dafür. Ich frage mich jedes mal, wie soll das weitergehen. Wir sind schon so lange hier.“¹⁴⁸

Angst bei Erscheinen der Polizei

Besondere Belastungen bringen im Hinblick auf die Entwicklung von Ängsten zentralisierte Unterbringungen und Gemeinschaftsunterkünfte mit sich. In einer zentralisierten Unterbringung und in einer kommunalen Gemeinschaftsunterkunft berichten mehrere Befragte von langanhaltender Angst, die einsetzt, wenn Polizei in die Unterkunft kommt. Eine Gruppe von Bewohnern einer Gemeinschaftsunterkunft schildert ihre Angst und Nervosität beim Erscheinen der Polizei besonders deutlich. Wenn die „grauen Autos der Polizei in Zivil“ kommen, haben sie immer die Angst: „Is it me?“. Bin ich es, den sie abholen werden? Diese Angst mache den „Kopf kaputt“¹⁴⁹, sagt einer der Asylsuchenden. Er braucht drei Stunden, um sich wieder davon zu erholen. In der zentralisierten Unterbringung ist diese **Angst, die manifest wird mit Erscheinen der Polizei** besonders gravierend. Die Polizei ist in diesen Unterkünften häufiger präsent, um zum Beispiel Diebstähle und kleinere Delikte zu verfolgen, bei denen der Verdacht schnell auf die BewohnerInnen fällt.¹⁵⁰ Die Angst vor der Polizei ist nicht nur eine Angst vor drohender Ausweisung, sondern das Erscheinen der Polizei kann auch an frühere staatliche Bedrohungen im Herkunftsland erinnern.

¹⁴⁵ Interview mit Frau A., Übersetzung durch eine Dolmetscherin (Transkription und Memorandum).

¹⁴⁶ Gemeint ist das Herkunftsland.

¹⁴⁷ Gemeint ist in diesem Zusammenhang die zentralisierte Unterbringung.

¹⁴⁸ Interview mit Herrn B. (Transkription und Memorandum).

¹⁴⁹ Gruppeninterview mit Herrn Q., Herrn R., Herrn S., Herrn T., Herrn U., Herrn V. (Memorandum).

¹⁵⁰ Gespräch mit einem Mitarbeiter einer zentralisierten Unterbringung im Sozialen Dienst (Memorandum).

„Wieso sind diese Menschen hier? Wieso arbeitet Ihr hier? Wofür seid Ihr hier?“: Unsicherheiten über Zuständigkeiten und Verfahrensabläufe

Eine Reihe von Befragten der in der Untersuchung einbezogenen Unterkünfte, zu denen auch eine Erstaufnahmeeinrichtung gehört, beklagen die unzureichende rechtliche Beratung. Auch die bürgerschaftlich engagierten Gruppen, die sich in ihrer Freizeit um die Belange der Asylsuchenden kümmern, kritisieren regelmäßig die **unzureichende Rechtsberatung** in der betreffenden zentralisierten Unterbringung. Die Notwendigkeit einer solchen Beratung vor Ort – die es auch für dezentral oder in kommunalen Gemeinschaftsunterbringungen lebende Asylsuchende nicht oder nur eingeschränkt gibt – schlägt ihnen bei ihren Besuchen immer wieder entgegen. Sie beschreiben regelmäßig, dass sie mit Fragen konfrontiert werden, die in entsprechenden Beratungen professionell beantwortet werden müssten.

Bestehende Ängste werden auch durch **Unsicherheiten über die Zuständigkeiten der einzelnen Institutionen** verstärkt. So beschreibt ein Asylsuchender sein Gefühl der Abhängigkeit bei gleichzeitiger Undurchschaubarkeit des weiteren Asylverfahrens:

„So ist man auf die Angestellten im Camp¹⁵¹ vollkommen angewiesen. Zum Beispiel: Bevor wir Asyl beantragten, gab man uns einen Bescheid, der besagte, dass man ein Recht darauf hat, eine Entscheidung bezüglich des Asylantrags zu erhalten. Aber man wird von einem Camp ins andere transferiert und man ist teilweise 6 Monate dort, ohne eine Entscheidung zu erhalten.“¹⁵²

Frau A. berichtet:

„Zu Y¹⁵³ gehen sie, wenn sie irgendwelche Probleme haben. Der schickt sie erst mal zurück und sagt: „Ich gebe euch einen Termin“. Und dann besorgt er auch einen Dolmetscher. Dann sagt er: Ich kann euch nicht helfen, ich kann nicht für einen Transfer sorgen, das regelt die Polizei.“¹⁵⁴

Herr B. zeigt sich ebenso verunsichert über die richtigen AnsprechpartnerInnen in Bezug auf sein Verfahren. Deshalb ist er verärgert über MitarbeiterInnen der Verwaltung:

„Sie sagen, wir wissen nichts, das kommt alles aus Oldenburg und vom Bundesamt und mit dem Bundesamt kannst du nicht reden. Hier in Haus X¹⁵⁵ sind sie so unverständliche Leute.“¹⁵⁶

Solche Verärgerungen werden auch in anderen Interviews geäußert. Frau A. sagt beispielsweise:

„Seit ich gekommen bin, habe ich mit Y¹⁵⁷ nichts zu tun. Immer, wenn ich nach etwas gefragt habe oder etwas gebraucht habe, hat sie etwas dagegen gehabt. Sie

¹⁵¹ Gemeint ist eine zentralisierte Unterbringung.

¹⁵² Interview mit Herrn P. im Rahmen der Ausstellung „Hier geblieben“.

¹⁵³ Anonymisierung durch die Verfasserinnen, gemeint ist ein/e MitarbeiterIn im Sozialen Dienst.

¹⁵⁴ Interview mit Frau A., Übersetzung durch eine Dolmetscherin (Transkription und Memorandum).

¹⁵⁵ Anonymisierung durch die Verfasserinnen. Gemeint ist die für Herrn B. zuständige Ausländerbehörde.

¹⁵⁶ Interview mit Herrn B. (Transkription und Memorandum).

sagte, ich kann nichts dafür, ich kann das nicht. Wieso sind diese Menschen dann hier? Wieso arbeitet ihr hier? Wofür seid ihr hier? ¹⁵⁸

Auch Familie C. berichtet über die Zurückweisung von Wünschen: „Y¹⁵⁹ ist nicht direkt unfreundlich, aber sie lehnt alles ab, was man braucht. Wenn man nach etwas fragt, sagt sie nein.“¹⁶⁰

Eine andere Familie bemüht sich, einen Ausweis mit dem Status „Aufenthaltsbefugnis“ zu bekommen, oder wenigstens eine Arbeitsgenehmigung. Beides wird mit dem Hinweis verweigert, Herr J. solle zunächst eine Arbeit nachweisen. Herr und Frau J. fühlen sich in einem zermürbenden Teufelskreis gefangen. Sie sehen, wie andere in ganz ähnlichen Fällen eine Entscheidung und einen Ausweis bekommen. Mit einer Duldung von nur 6 Monaten ist es jedoch nicht möglich, eine Arbeit zu bekommen. Sie äußern ihren Eindruck, dass es scheinbar in diesem demokratischen Land an Kontrolle der Ausländerbehörde mangle.

Bedenkt man den insgesamt unsicheren Status und die Fremdheits- und Orientierungsprobleme in der neuen Umgebung, so können **unverständliche Handlungen der Verwaltung** als willkürlich und undurchschaubar wahrgenommen werden. Die bereits bestehenden Unsicherheiten und Ängste werden verstärkt. Zusätzlich äußern einige Frauen, die ohne männliche Begleitung in Deutschland leben, Vermutungen, besonders dieser Willkür ausgesetzt zu sein. So bezeichnet Frau K. ihr Leben in Deutschland als „*sehr schwer weil sie alleine ist.*“¹⁶¹ Die ungeklärte Situation ihres Aufenthaltsstatus erfährt sie als besonders belastend. Obwohl ihr bewusst ist, dass die Bürokratie in Deutschland sehr ordentlich ist, bleibt bei ihr doch das Gefühl, **als alleinstehende Frau stärker der Willkür der Behörden** ausgesetzt zu sein.¹⁶²

Im Material ist zu beobachten, dass sich die Unsicherheit über den Ausgang des Asylverfahrens in Verbindung mit der Undurchschaubarkeit rechtlicher Zuständigkeiten und Möglichkeiten auch auf andere Lebensbereiche auswirkt. Ein Beispiel hierfür ist der Fall von Frau A., der vorgeworfen wurde, sich nicht angemessen um ihre Kinder zu kümmern¹⁶³:

*„Sie hat Angst, dass ihr ihre Kinder weggenommen werden. Das ist seit 10 Tagen so. Seitdem hat sie Angst, die Kinder kurz alleine zu lassen. Sie bringt die Kinder nicht mehr in den Kindergarten.“*¹⁶⁴

¹⁵⁷ Anonymisierung durch die Verfasserinnen, bei Y handelt es sich um einE MitarbeiterIn des Sozialen Dienstes.

¹⁵⁸ Interview mit Herrn B. (Transkription und Memorandum).

¹⁵⁹ Anonymisierung durch die Verfasserinnen, bei Y handelt es sich um einE MitarbeiterIn des Sozialen Dienstes.

¹⁶⁰ Interview mit Herrn und Frau C., Übersetzung durch einen Dolmetscher (Transkription und Memorandum).

¹⁶¹ Interview mit Frau K. im August 2003 (Memorandum).

¹⁶² Interview mit Frau K. im August 2003 (Memorandum).

¹⁶³ Vgl. zu diesem Fall Kapitel 6.

¹⁶⁴ Interview mit Frau A., Übersetzung durch eine Dolmetscherin (Transkription und Memorandum).

Eine anderer Asylbewerber berichtet, dass er bei einer Erkrankung während seines Aufenthaltes in einer zentralen Unterbringung nicht die Hilfe einer Krankenschwester in Anspruch genommen habe, weil andere Flüchtlinge darauf hinwiesen, dass sein Transfer in eine Gemeinde dadurch noch länger dauern könnte. Er ließ sich stattdessen von einem anderen Asylbewerber versorgen.¹⁶⁵

Die beiden letztgenannten Beispiele verdeutlichen, wie aus Unkenntnis der Rechtslage das **Gefühl einer allgegenwärtigen Willkür** entstehen kann.

Weiterer Entzug von Handlungsmöglichkeiten als krankmachendes Sanktionsinstrument

Eine weitere Steigerung des Entzugs von Handlungsmöglichkeiten bedeuten **Reglementierungen bei einer Ablehnung des Asylanspruchs**. Dies verschärft zugleich die lebensbegleitenden Ängste. Zu diesem Instrument an Sanktionen sagt beispielsweise Herr B.:

„Sie sagen, unser Asylverfahren sei abgelehnt und dass wir keine Chance hätten, in Deutschland zu bleiben und ob wir unterschreiben wollen, dass wir freiwillig ausreisen in unser eigenes Land. Wir wollen das nicht, weil wir dort nichts haben, wir hatten Gründe dafür, dass wir nach Deutschland gekommen sind, wir wollen nicht zurück. Die haben uns unter Druck gesetzt und uns regelmäßig vorgeladen, fast jeden Monat wurde uns ein Termin gegeben und seit 6 Monaten bekommen wir kein Taschengeld und dürfen nicht mehr arbeiten. Auf uns wird ein Druck ausgeübt so, dass wir überlegen sollen, ob wir freiwillig ausreisen.“¹⁶⁶

Auch Frau A. *„hat Angst, dass ihr bei ihrer Vorladung das Taschengeld gekürzt wird.“¹⁶⁷*

Familie C., die in einer zentralisierten Unterkunft lebt, berichtet, dass sie kein Geld haben, *„um selber zu kochen. Am Ende des Monats wird ihr Taschengeld gekürzt. Sie sollen das Papier zur freiwilligen Ausreise unterschreiben.“¹⁶⁸*

Ein anderer Interviewpartner berichtet ebenfalls ausführlich von diesen Reglementierungen:

„Wir bekommen 19 Euro alle 2 Wochen, aber manchmal kürzt die Verwaltung das Sozialgeld oder gibt einem gar nichts, weil sie sagen, dass man in der Ausländerbehörde Papiere unterschreiben muss, die besagen, dass man wieder nach Hause geht. Aber wenn ich sage, dass es für mich nicht möglich ist, diese Papiere zu unterschreiben, sagen sie, dass es dann kein Geld gibt und auch keine Erlaubnis, die sozialen Jobs zu erhalten. Das ist nicht einfach für uns. (...) sie

¹⁶⁵ Interview mit Herrn H. (Memorandum).

¹⁶⁶ Interview mit Herrn B. (Transkription und Memorandum)

¹⁶⁷ Interview mit Frau A., Übersetzung durch eine Dolmetscherin (Transkription und Memorandum).

¹⁶⁸ Interview mit Herrn und Frau C., Übersetzung durch einen Dolmetscher (Transkription und Memorandum).

*setzen dich unter harten Druck, sie kürzen dein Sozialgeld und sie kürzen auch die 15 Euro Gutscheine, die man hat. Dann hat man gar nichts mehr. Man kann dann nur im Restaurant essen, man kann sich kein gutes Wasser kaufen und man kann nicht mehr mit dem Zug fahren, weil man kein Geld mehr hat. Man ist dann sehr starkem Druck ausgesetzt.*¹⁶⁹

Grundsätzlich berichten sowohl Asylsuchende, die dezentral untergebracht sind, als auch Asylsuchende in zentralisierten Unterbringungen von solchen Maßnahmen, die Ängste auslösen. Gleichwohl wird die zentralisierte Unterbringung insbesondere von ehrenamtlich organisierten UnterstützerInnen der Flüchtlinge als besonders kritisch betrachtet, weil sie verstanden wird als Einrichtung, deren primäres Ziel es ist, „*Druck auf Asylsuchende auszuüben*“¹⁷⁰ und diese zur Ausreise zu bewegen. Ein qualitativer Unterschied zu den dezentralen Unterbringungen wird hier vor allem durch die ständige Präsenz der Ausländerbehörde auf dem Wohngelände und die von der Bevölkerung abgeschottete Form der „*Lagerinternierung*“¹⁷¹ gesehen. Dieses Verständnis basiert auf Darstellungen von Asylsuchenden, die die UnterstützerInnen bei ihren Besuchen erzählt bekommen:

- *„Wir dokumentieren das Beispiel einer Familie mit vier Kindern aus ..., seit ... im Lager. Nachdem ihr Asylantrag abgelehnt wurde, musste Frau W. zur Ausländerbehörde in Haus X¹⁷². Dort wurde sie aufgefordert, eine Einwilligung zur freiwilligen Ausreise zu unterschreiben. Frau W. hat dies verweigert. Daraufhin wurde ihr damit gedroht, dass sie gewaltsam mit der Polizei abgeschoben werden, und dass ihr Taschengeld gekürzt wird.*“¹⁷³
- *„Zur allgemeinen Situation im Lager wird insbesondere von Familien im Haus ... geschildert, dass der psychische Druck durch die Ausländerbehörde zunimmt, und sie ihre Situation als hoffnungslos bezeichnen. Ihnen wurde erneut mitgeteilt, dass sie keinerlei Chancen für einen Aufenthalt in Deutschland hätten, und deshalb freiwillig ausreisen sollten. Dann würden sie 90 Euro pro ErwachseneN, ein Ticket und ein Essenspaket für die Rückreise bekommen. Ansonsten gibt es gar kein Taschengeld mehr, und nur noch Gutscheine für die 3 Mahlzeiten am Tag in der Kantine. ... Vier Familien ... haben diesen Druck nicht mehr ertragen können. Sie haben ihr Einverständnis gegeben und sind ausgereist.*“¹⁷⁴
- *„Z.¹⁷⁵ berichtete kurz über seine persönliche Situation.(...) Die Situation (in der zentralisierten Unterbringung, d. V.) beschreibt er als moralische Folter: die Vorladungen und Verhöre durch die Ausländerbehörde im Hause X¹⁷⁶, der alle*

¹⁶⁹ Interview mit Herrn P. im Rahmen der Ausstellung „Hier geblieben“.

¹⁷⁰ Unveröffentlichter Bericht einer Unterstützerin zum Besuch in einer zentralisierten Unterbringung im Dezember 2001.

¹⁷¹ Unveröffentlichter Bericht eines Unterstützers zum Besuch in einer zentralisierten Unterbringung im Dezember 2001.

¹⁷² Anonymisiert durch die VerfasserInnen.

¹⁷³ Unveröffentlichter Bericht einer Unterstützerin zum Besuch in einer zentralisierten Unterbringung im April 2002.

¹⁷⁴ Unveröffentlichter Bericht einer Unterstützerin zum Besuch in einer zentralisierten Unterbringung im Juli 2002.

¹⁷⁵ Anonymisierung durch UnterstützerInnengruppe.

¹⁷⁶ Anonymisierung durch die Verfasserinnen.

*Flüchtlinge ausgesetzt sind, den psychischen Druck, den viele nicht mehr aushalten können, die erbärmliche Versorgung mit dem Lageressen und den 38 Euro Taschengeld im Monat.*¹⁷⁷

- *„Er sollte in Haus X¹⁷⁸ (...) kommen. Dort wurde ihm gesagt, dass er keine Chance hätte, ein Bleiberecht zu bekommen. Aufgrund seiner monatelangen Lagerinternierung und der gesamten unsicheren Situation hatte er große Ängste und hat dann aus Verzweiflung in seinem Schrank eine Wolldecke angesteckt. Auch jetzt geht es ihm noch sehr schlecht.*¹⁷⁹

Diese Darstellungen verdeutlichen, wie die Flüchtlinge in eine Situation gedrängt werden, in denen ihre Handlungsmöglichkeiten immer weiter eingeschränkt werden. Diese Beispiele zeigen zugleich die Folgen für die psychische Gesundheit der Einzelnen.

Auch die MitarbeiterInnen im Sozialen Dienst in einer der untersuchten zentralisierten Unterbringungen sehen die psychische Belastung aufgrund des unsicheren Bleiberechts bei Asylsuchenden als besonders stark ausgeprägt. Eine Mitarbeiterin schildert, dass *„Zukunftsängste wegen des Asylverfahrens“*¹⁸⁰ ganz besonders belasten. Sie seien daher häufig Thema in den Gesprächen der MitarbeiterInnen. In den Gesprächen mit Flüchtlingen sehen sie sich als VermittlerInnen ehrlicher und realistischer Hilfsangebote bei drohender Ausweisung. Rechtsberatung verstehen sie entsprechend als Erläuterung von gerichtlichen Bescheiden, das Aufzeigen von verbleibenden Möglichkeiten aber auch der Grenzen. Eine Mitarbeiterin betont, dass sie bei negativen Bescheiden die Aufklärung wichtig findet. Sie hält es für *„nicht fair“*¹⁸¹, den Eindruck zu geben, sie hätten Möglichkeiten auf Asyl, wo keine sind. Statt dessen versuche sie, deutlich zu machen, dass Hunderte das Gleiche erlebt haben und noch im Herkunftsland sind. Sie sage den Asylsuchenden, dass das individuell zwar schrecklich sei, aber kein Grund für Asyl. So seien eben die Gesetze. Gleichzeitig betont die Mitarbeiterin aber, dass die Entscheidung bei den Asylbewerbern selbst liege. Sollte sich jemand für einen weiteren Rechtsstreit entscheiden, dann helfen sie ihm auch, einen Antrag auf Ratenzahlung an den Anwalt zu schreiben. Bei Bedarf bestünden auch Kontakte zu Rechtsanwälten. Interessant ist in diesem Zusammenhang der Hinweis einer Befragten, dass Rechtsanwälte sich an die MitarbeiterInnen wenden, damit diese den Asylbewerbern ihre Chancenlosigkeit deutlich machen können. Wenn ein Urteil rechtskräftig sei, gehe die Beratung in die Richtung, den Asylbewerbern deutlich zu machen, dass sie nur noch die Wahl zwischen Abschiebung und freiwilliger Ausreise haben. Der Soziale Dienst

¹⁷⁷ Unveröffentlichter Bericht einer Unterstützerin über den mündlichen Vortrag eines Asylsuchenden bei einem Treffen einer bürgerschaftlich engagierten Gruppe im Juli 2002.

¹⁷⁸ Anonymisiert durch die Verfasserinnen.

¹⁷⁹ Unveröffentlichter Bericht einer Unterstützerin zum Besuch in einer zentralisierten Unterbringung im Dezember 2001.

¹⁸⁰ Interview mit einer Mitarbeiterin einer zentralisierten Unterbringung im Sozialen Dienst (Memorandum).

¹⁸¹ Interview mit einer Mitarbeiterin einer zentralisierten Unterbringung im Sozialen Dienst (Memorandum).

könne sich in letzterem Fall um kurzfristigen Aufschub bei der Ausländerbehörde und um Rückkehrhilfen bemühen. Manchmal gebe es auch Abschiebehindernisse, dann helfe der Soziale Dienst auch.¹⁸²

Entstehung von Tendenzen gewalttätigen und selbstzerstörerischen Verhaltens

Ein Mitarbeiter des Sozialen Dienstes einer zentralisierten Unterbringung weist darauf hin, dass grundsätzlich alle MigrantInnen in der Orientierungsphase im Aufnahmeland Schwierigkeiten mit **Problemen der Vereinsamung** haben könnten. Aufgrund des ungesicherten Aufenthaltsstatus sei dies bei Asylsuchenden aber besonders gravierend. Dies sei auch einer der Gründe, warum sie aggressiver seien. Diese **Aggressivität** äußert sich auch **gegenüber den MitarbeiterInnen**. So drohte ein Asylsuchender, der auf das Ergebnis einer Prüfung durch den Amtsarzt zwecks Genehmigung einer Therapie wartete, diesen Amtsarzt zu töten, wenn das Ergebnis nicht seinen Wünschen entspräche. Dieser Asylsuchende wurde daraufhin mit den Worten: „*Wir sind hier nicht in X-Land*,“¹⁸³ aus dem Büro des Sozialen Dienstes verwiesen. Die Notwendigkeit, sich gegen zum Teil gewalttätige und sehr stark fordernde Asylsuchende abgrenzen zu müssen, wird in unterschiedlichen Befragungen von MitarbeiterInnen, die professionell mit Fragen und Problemen der Flüchtlinge befasst sind, angesprochen.

Eine Asylbewerberin, die seit längerer Zeit in psychiatrischer Behandlung ist, erzählt von einem Suizidversuch, den sie unternommen hat, als ihr die Abschiebung angekündigt wurde. Überlebt hat sie diese Zeit durch die Unterstützung, die sie in dieser Situation durch eine Frau in ihrer Gemeinde erhalten habe. Diese Unterstützerin habe mit Hilfe eines Rechtsanwaltes die drohende Abschiebung verhindert. Des Weiteren habe die Unterstützerin ihr auch eine Wohnung besorgt und sich um den Sohn gekümmert, während die Asylsuchende nach dem Suizidversuch in stationärer Behandlung war. Die Vielzahl der Probleme hätten die Asylsuchende selbst in dieser Situation überfordert.

Zusammenfassung und Bewertung

Der offene Ausgang des Asylverfahrens oder die drohende Ausweisung bei bereits negativ beschiedenem Antrag hängen wie ein Damoklesschwert über der gesamten weiteren Lebensplanung von Flüchtlingen. Insbesondere in den Fällen, in denen der

¹⁸² Interview mit einer Mitarbeiterin einer zentralisierten Unterbringung im Sozialen Dienst (Memorandum).

¹⁸³ Gespräch mit einem Mitarbeiter einer zentralisierten Unterbringung im Sozialen Dienst (Memorandum); Memorandum zur Besichtigung einer zentralisierten Unterbringung sowie zu Gesprächen mit unterschiedlichen MitarbeiterInnen (Leitung, Verwaltung, Sozialer Dienst, Krankenstation). Anonymisierung durch die Verfasserinnen.

Tagesablauf durch weitgehende Untätigkeit geprägt ist, sind Gedanken über die unsichere Zukunft ständig präsent. Verstärkend wirken sich mehrere Faktoren aus:

- Die Vermischung und Unklarheit von Zuständigkeiten vor allem in zentralisierten Unterbringungen. Dies führt dazu, dass Asylsuchende sich einer Situation von Willkür ausgesetzt sehen.
- Die Beschneidung von Handlungs- und finanziellen Möglichkeiten im Zuge des Versuchs, Asylsuchende zur Rückkehr zu bewegen. Dies wird als psychischer Druck wahrgenommen.
- Die unzureichende rechtliche Beratung, die die asylrechtlichen Vorgänge für viele Asylsuchende undurchschaubar machen und zur Verstärkung ihrer Unsicherheit beiträgt.

Insgesamt führen diese Lebensumstände aufgrund des ungesicherten Status zu einem massiven **Gefühl der Unsicherheit und zu einem Verlust der Möglichkeit, die eigene Zukunft zu planen bzw. überhaupt gestaltend auf sie einwirken zu können.** Untersuchungen zu den gesundheitlichen Wirkungen des Verlusts „der Kontrolle über eine Situation, speziell über die gesamte Lebenssituation“ weisen darauf hin, dass dies „depressionsauslösend“ (Ressel 1994: 53) wirken kann. Die im Material erkennbare psychische Zermürbung die durch die beschriebenen Ängste, in der sich die Furcht vor Rückkehr mit Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung bis hin zu Suizidversuchen verbindet, bestätigt diesen Zusammenhang.

8. „Schlafen, Essen, Schlafen“: Zu den Funktionen und Bedeutungen von Arbeit und Arbeitslosigkeit für die Gesundheit

Die Bedeutung von Arbeit im Alltagsleben von AsylbewerberInnen ist bereits in einer Studie von Wießner und Hennig (1982) anhand eines Tübinger Sammellagers beschrieben worden. Hier wird auf die Auswirkungen der „ewigen Freizeit“ im „Lageralltag“ hingewiesen:

„Tag für Tag, Stunde um Stunde wird als hoffnungslos erlebt. Im wesentlichen nur durch Mahlzeiten unterbrochen, die restriktiv geregelt sind, verbringen die Lagerbewohner ihre Zeit weitgehend sinnentleert. Die Fähigkeit, das weitere Leben zu planen, geht zunehmend verloren. Der durch das Arbeitsverbot bedingte Zeitgewinn wird als Zeitverlust und Leere empfunden. Dies ist u.a. auch am deutlich verlangsamten Bewegungsverlauf sichtbar. Einzelne Bewegungen laufen teilweise im "Zeitlupentempo" ab. (...) Das Überangebot an Zeit, wird zur Qual, weil sowohl Rahmen wie auch Inhalt einer sinnvollen Beschäftigung fehlen.“ (Hennig/Wießner 1982: 28).

Diese Beobachtung aus dem Jahre 1982 wird durch die hier vorgelegte Untersuchung voll bestätigt wie die folgenden Beschreibungen der Tagesabläufe von Asylsuchenden zeigen.

**„Hier kann man gar nichts machen, hier ist es ganz langweilig“:
Schwierigkeiten monotoner Tagesabläufe**

Belastungen durch die Untätigkeit im Alltagsleben der Asylsuchenden zeigen sich in den Befragungen verschiedener Asylsuchender. Herr B. schildert:

„Hier kann man gar nichts machen, hier ist es ganz langweilig. Wir gehen dann ein bisschen spazieren, dass die Zeit vergeht. (Nachfrage: Und abends?) Um 19 Uhr `rum spielen wir manchmal etwas Fußball draußen auf dem Platz und sonst kannst du hier nichts machen, sonst haben wir nichts.“¹⁸⁴

Auch Frau A. schildert ihren Tagesablauf als eintönig und monoton: Sie steht gemeinsam mit ihren vier Kindern um 6.30 auf und holt das Frühstück aus der Kantine. Danach werden die Kinder für die Schule und den Kindergarten fertig gemacht. Dann erledigt sie ihre Hausarbeiten, die sich in der zentralisierten Unterbringung auf das Reinigen des Zimmers und das Holen der Wäsche aus der Wäscherei reduzieren. Die Kinder kommen mittags aus der Schule und dem Kindergarten. Anschließend holt Frau A. wieder das Essen aus der Kantine. Danach sehen die Kinder fern und sie macht den Abwasch. Nachmittags gehen die Kinder zur Kinderbetreuung, wo auch die beiden älteren Schulkinder Hausaufgabenbetreuung erhalten. Diese Zeit nutzt Frau B für religiöse Rituale. Um 17 Uhr kommen die Kinder zurück und sie verbringen die Zeit gemeinsam in ihrem Zimmer. Gegen 22 Uhr gehen alle schlafen.¹⁸⁵

Der monotone und ereignislose Tagesablauf bietet auf diese Weise sehr viel Raum über die eigene Situation und die Zukunft nachzudenken. Gleichzeitig ist dieses Nachdenken aufgrund der beschriebenen Unplanbarkeiten und Unsicherheiten über die Zukunft belastend. Diese **Anstrengung und Belastung durch das „Denken“** wird von Herrn B. in bezug auf seinen Vater geschildert: *„Es ist viel Stress hier und weiter geht es auch nicht. Er (gemeint ist der Vater d.V.) denkt sehr viel.“* Herr B. antwortet auf die Nachfrage, ob viele so wie er den ganzen Tag zu Hause seien. *„Ja, es sind viele. Sie wissen nicht, was sie machen sollen und denken nur an das Asylverfahren.“¹⁸⁶*

Auch ein Asylsuchender, der vier Stunden täglich eine recht anspruchslöse gemeinnützige Tätigkeit ausübt, beschreibt seinen Tagesablauf als *„Denken, Arbeiten, Schlafen.“¹⁸⁷*

Ein anderer Asylsuchender aus einer zentralisierten Unterkunft stellt seine Wünsche für die Zukunft in Kontrast zu seiner derzeitigen monotonen Lebensweise:

„Ich würde mir wünschen, dass ich die Möglichkeit hätte, meinen Verstand zu gebrauchen. Vielleicht könnte ich mich bilden oder einen Job ausüben, in dem ich

¹⁸⁴ Interview mit Herrn B. (Transkription und Memorandum).

¹⁸⁵ Interview mit Frau A., Übersetzung durch eine Dolmetscherin (Transkription und Memorandum).

¹⁸⁶ Interview mit Herrn B. (Transkription und Memorandum).

¹⁸⁷ Gruppeninterview mit Herrn Q., Herrn R., Herrn S., Herrn T., Herrn U., Herrn V. (Memorandum).

mein Wissen einsetzen kann. Weil zur Zeit kann ich nur essen und schlafen, essen und schlafen. ¹⁸⁸

„Wenn es diese Arbeit nicht geben würde, wären wir alle dort schon verrückt geworden“: Arbeit als Mittel psychischer Stabilisierung im Alltag

Aufgrund der bereits in den vorangegangenen Kapiteln beschriebenen problematischen Lebensbedingungen nimmt die Möglichkeit der Beschäftigung, die Asylsuchenden in Form der gemeinnützigen Tätigkeit zur Verfügung steht, einen besonderen Stellenwert für die psychische Stabilisierung im Alltag ein. In diesem Sinne schildert ein Asylsuchender:

„Ich kann nicht nur einfach herumsitzen und darum mache ich soziale Arbeit für 1 Euro die Stunde in X-Stadt¹⁸⁹. (...) 4 Stunden pro Tag und 80 Stunden pro Monat. Ich würde mehr arbeiten, aber das ist nicht erlaubt. Wenn es diese Arbeit nicht geben würde, wären wir alle dort schon verrückt geworden.“ ¹⁹⁰

Die **stabilisierende, ablenkende Wirkung von Arbeit** in der Zeit des Asylverfahrens, wird auch von MitarbeiterInnen zentralisierter Unterbringungen herausgestellt. So sagt eine Mitarbeiterin: *„Die gemeinnützige Arbeit ist wichtig als Ablenkung.“* ¹⁹¹ Sie erwähnt das Beispiel eines jungen Mannes, der wegen eines gebrochenen Armes nicht seine Arbeit machen konnte. *„Er war ganz verzweifelt, wurde auch laut, wofür er sich später entschuldigte. Sie konnte ihn gut verstehen.“* ¹⁹²

Einige Asylsuchende suchen sich eigene Betätigungsfelder, die sie größtenteils unentgeltlich verrichten. Zu dieser Gruppe gehört beispielsweise ein Mann, der während seines Aufenthalts in einer zentralisierten Unterkunft Fähigkeiten des Umgangs mit Elektrotechnik erworben hat und nun Radios und Fernseher von MitbewohnerInnen kostenlos repariert. Einige dezentral oder in kommunalen Gemeinschaftsunterkünften lebende Asylsuchende übernehmen Sprachmittlerfunktionen zwischen neu ankommenden Asylsuchenden und Behörden. Auch diese Tätigkeiten übernehmen sie unentgeltlich. Gemeinsam ist dieser Gruppe, dass sie Wertschätzungen für ihre Tätigkeiten erhalten, die einen positiven Effekt auf ihr psychisches Gleichgewicht haben.

Krankheit und Beschäftigung

Wenn man bedenkt, dass der für die meisten Asylsuchenden eintönige Tagesablauf in Verbindung mit einem ungesicherten Aufenthaltsstatus steht, wird deutlich, dass diese

¹⁸⁸ Interview mit Herrn P. im Rahmen der Ausstellung „Hier geblieben“.

¹⁸⁹ Anonymisierung durch die Verfasserinnen.

¹⁹⁰ Interview mit Herrn und Frau O. im Rahmen der Ausstellung „Hier geblieben“.

¹⁹¹ Interview mit einer Mitarbeiterin einer zentralisierten Unterbringung im Sozialen Dienst (Memorandum).

¹⁹² Interview mit einer Mitarbeiterin einer zentralisierten Unterbringung im Sozialen Dienst (Memorandum).

Situation besonders schwer erträglich ist. So schildert Herr N., der seit 7 Monaten auf eine Entscheidung in seinem Asylverfahren wartet, dass diese Wartesituation sehr schwierig sei. Gleichzeitig gibt er an, aufgrund psychischer Belastungen die gemeinnützige Arbeit nicht in Anspruch nehmen zu können. Auch ein anderer Asylbewerber in einer kommunalen Gemeinschaftsunterkunft schildert diesen Zusammenhang. Hier zeigt sich ein Teufelskreis. Einerseits können diese Asylsuchenden aufgrund ihrer psychischen Belastungen nicht arbeiten, andererseits sind sie durch das Untätigsein in ganz besonderer Weise den Gedanken an ihre unsichere Situation ausgesetzt.

Dagegen schildert eine Asylbewerberin, die an Depressionen leidet und bereits mehrere Suizidversuche unternommen hat, die hohe Bedeutung von Beschäftigung für ihre eigene Situation. Auffällig ist dabei ihre Selbstdarstellung als einsame Frau bei gleichzeitiger Schilderung zahlreicher Aktivitäten, die sie seit Beginn ihres Aufenthaltes durchgeführt hat. Zum Zeitpunkt der Befragung nimmt sie an einer Weiterbildung teil, deren größten Nutzen sie darin sieht, dass sie *„durch den Kurs „zu Hause raus“ kommt. Die Ferien sind deshalb schwer. Sie guckt kein Fernsehen und liest auch nicht. Sie sitzt den ganzen Tag in ihrer kleinen Küche.“*¹⁹³ Sofort nach ihrer Ankunft in Deutschland hat sie nach Möglichkeiten gemeinnütziger Tätigkeiten gesucht. Die Motivation liegt nicht nur in der Ablenkung, sondern auch in ihrer Selbstachtung und ihrem Selbstverständnis als unabhängige Frau: *„Frau H. „schämt“ sich, wenn sie nur „zu Hause sitzt und Geld nimmt“ . Für sie ist es wichtig, zu sagen, „ich arbeite“ .“*¹⁹⁴

„Der Wert meiner Bildung ist mir genommen“: Dequalifizierung und Statusverlust

In anderen Interviews gibt es demgegenüber Hinweise darauf, dass Beschäftigung zwar einen wichtigen Stellenwert hat, das Ausüben von Beschäftigungen, die eine geringe Qualifizierung erfordern, aber als Statusverlust bei höherer eigener Vorbildung wahrgenommen werden. Herr E. berichtet, dass er sich zunächst über eine schnelle Vermittlung von Arbeit gefreut habe. Er habe dann aber für die Straßenreinigung gearbeitet. *„Die Gruppe sei von „einem jungen Soldaten“ geführt worden, der sie immer beschimpft habe. Die Degradierung zu dieser Arbeit mache krank.“*¹⁹⁵ Nach dieser Erfahrung hat er versucht, eine andere Arbeit zu bekommen, die er als angemessener empfindet:

„Deutschland hat ihm alles Mögliche gegeben: Geld für Wohnung und Essen. Das sei eine große Hilfe. Aber auf der anderen Seite „stirbt man jeden Tage“ . Seine Kinder haben ihn bei dieser Arbeit (Straßenreinigung, d.V.) gesehen und sich erschrocken. Außerdem sei das demotivierend für seine Kinder, wenn er nach

¹⁹³ Interview mit Frau L (Memorandum).

¹⁹⁴ Interview mit Frau L (Memorandum).

¹⁹⁵ Interview mit Herrn E. (Memorandum).

*einem langen Studium eine solche Tätigkeit machen muss. Flüchtlinge seien von ihrer Bildung her sehr unterschiedlich. Und die Angebote müssten zwischen Analphabeten und Menschen, die studiert haben, unterschieden werden.*¹⁹⁶

Die Befunde der Fragebogenerhebung deuten darauf hin, dass die Einschätzung von Herrn E. zu den unterschiedlichen Bildungsniveaus zutreffend ist. So wiesen eine ganze Reihe von Befragten Hochschulabschlüsse auf oder konnten auf Karrieren in gehobenen Berufen zurückblicken.

Während in dem obigen Fall der **Statusverlust** schwerer wiegt als die Erfahrung von Bevormundung und unangemessener Behandlung durch einen „jungen Soldaten“, schildern andere Asylsuchende **Erfahrungen von Ungleichbehandlung und Demütigung durch unangemessenes Verhalten von Vorgesetzten**. So berichtet ein Asylsuchender, dass er und seine Kollegen Probleme bei der Arbeit hätten, weil sie von ihrem Vorgesetzten immer „*angefeuert*“¹⁹⁷ würden: „*Der Vorarbeiter hetzt die Leute, dass sie schneller machen sollen und was sie überhaupt in Deutschland wollen.*“¹⁹⁸ So gebe es viele Probleme auf der Baustelle, auf der einige Asylsuchende einer Gemeinschaftsunterkunft arbeiten, aber das Sozialamt helfe hier nicht weiter. Diese Arbeitserwartung wird in Kontrast zu den eigenen Erfahrungen mit dem Arbeitsverhalten von einigen VerwaltungsmitarbeiterInnen gestellt, die in ihrem Büro „*sitzen und Kaffee trinken*“¹⁹⁹, während sie selbst immer „*schnell, schnell*“²⁰⁰ arbeiten sollen.

Herr O. bringt den Zusammenhang von Statusverlust durch Entwertung der eigenen Vorbildung und Dequalifizierung durch die Lebenssituation für Flüchtlinge in Deutschland bei der Frage nach Rückkehrperspektiven in die Heimat wie folgt auf den Punkt:

*„Ja, (gemeint ist der Wunsch nach Rückkehr d. V.) denn es ist meine Heimat und außerdem kann ich hier meine Bildung nicht nutzen. Ich war Journalist und ich habe so viel gelernt, um Journalist werden zu können und nun bin ich hier und kann meine Papiere nicht benutzen: Der Wert meiner Bildung ist mir damit genommen. Ich kann hier nur sitzen und soziale Jobs für 1 Euro machen und dann komme ich zurück und schlafe oder ich esse und schlafe, ich schlafe und esse, ich schlafe und esse, ich schlafe und esse. Aber Arbeit mit meinen Papieren kann ich keine machen. Es ist vergeudete Zeit. Wenn die Probleme in meiner Heimat gelöst wären, würde es meine größte Freude sein, dorthin zurückzugehen.“*²⁰¹

Neben der subjektiven Bedeutung von Arbeit in Hinblick auf die eigenen Fähigkeiten, den empfundenen Statusverlust in bezug auf frühere Erfahrungen oder Chancen für die eigene Zukunftsperspektive wird das Angebot oder der Entzug von

¹⁹⁶ Interview mit Herrn E. (Memorandum).

¹⁹⁷ Gruppeninterview mit Herrn Q., Herrn R., Herrn S., Herrn T., Herrn U., Herrn V. (Memorandum).

¹⁹⁸ Interview mit Herrn F. (Memorandum).

¹⁹⁹ Gruppeninterview mit Herrn Q., Herrn R., Herrn S., Herrn T., Herrn U., Herrn V. (Memorandum).

²⁰⁰ Gruppeninterview mit Herrn Q., Herrn R., Herrn S., Herrn T., Herrn U., Herrn V. (Memorandum).

²⁰¹ Interview mit Herrn P. im Rahmen der Ausstellung „Hier geblieben“.

Arbeitsmöglichkeiten auch von Seiten der Behörden als Straf- oder Anreizinstrument für ein gewünschtes Verhalten von Asylsuchenden eingesetzt.

Zuckerbrot oder Peitsche?: Arbeitsentzug und Arbeitsangebot als Mittel der Rückkehrförderung

In Kapitel 7 wurde in einigen Aussagen bereits deutlich, dass die Erlaubnis, gemeinnützige Arbeit auszuführen, an die Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit der Ausländerbehörde gekoppelt ist. So berichtet Herr B., dass er aufgrund der Ablehnung seines Asylantrags das Papier zu freiwilligen Ausreise unterschreiben soll und ihm in diesem Zusammenhang die Möglichkeit zur gemeinnützigen Arbeit entzogen wurde:

„Wir sind hier wirklich in Schwierigkeiten. Die geben uns überhaupt nicht die Möglichkeit, etwas besser zu leben. Vorher haben wir für zwei Wochen 19 Euro bekommen und für 1 Euro pro Stunde gearbeitet und das haben sie gekürzt und das Taschengeld, die 19 Euro, wurden auch gekürzt.“²⁰²

Der **Entzug von Arbeit** wird in diesem Fall als eine **Sanktionsmöglichkeit bei fehlender Kooperation** eingesetzt, die eine weitere finanzielle Einschränkung des Lebensunterhaltes mit sich bringt und damit auch als psychischer Stabilitätsanker im Alltag wegfällt.

Eine andere **Verknüpfung von Arbeit und Gewährung sozialer Leistungen** wird am Beispiel des Verfahrens in einer Gemeinde sichtbar. Hier wird in einer Befragung berichtet, dass die Gewährung von Warengutscheinen an das Ableisten der gemeinnützigen Tätigkeit gebunden ist. So werde bei Nicht-Ableisten der Arbeit nach einem Monat der Wert der Warengutscheine um 50% gekürzt. Auch die Krankenscheinvergabe werde in Zusammenhang mit der gemeinnützigen Arbeit gestellt. Im zuständigen Sozialamt werde der Krankenschein verweigert, wenn man am betreffenden Tag vormittags nicht die gemeinnützige Arbeit abgeleistet habe. Dies führe dazu, dass man nicht zum Arzt gehen und auch keine Krankmeldung für die gemeinnützige Arbeit vorlegen könne.²⁰³

Während in diesen Beispielen Arbeit als Strafmaßnahme oder Zwang für die Gewährung bestimmter Leistungen eingesetzt wird, werden in einer zentralen Unterbringung nach Auskunft eines dortigen Mitarbeiters die **Schaffung von zeitlich begrenzten Beschäftigungsmöglichkeiten** in Form von Praktika oder anderen zeitlich befristeten Beschäftigungsverhältnissen auch **als Anreiz** diskutiert, **um abgelehnte AsylbewerberInnen zur Ausreise zu motivieren**. Auf diese Weise soll ihnen eine zertifizierte Arbeitserfahrung ermöglicht werden, die sie auch in ihrem Herkunftsland nutzen können.

²⁰² Interview mit Herrn B. (Transkription und Memorandum).

²⁰³ Gruppeninterview mit Herrn Q., Herrn R., Herrn S., Herrn T., Herrn U., Herrn V. (Memorandum); Interview mit Herrn F. (Memorandum).

Arbeit als Bestandteil eines normalen Lebens

Betrachtet man die subjektiven Vorstellungen und Wünsche der Asylsuchenden, so wird deutlich, dass Arbeit und eine gute Ausbildung immer wieder als Teil beziehungsweise Voraussetzung für ein zukünftiges normales Leben betrachtet werden. So schildert eine Familie, die kurz vor ihrem Transfer in eine Kommune steht, ihre Wünsche wie folgt:

„Wir hoffen, dass wir nach unserem Transfer eine Ausbildung für unsere Kinder bekommen. Die Kinder müssen zur Schule gehen, deutsch lernen und Computerbenutzung lernen. Das ist wichtig, damit sie einmal Brot verdienen können. Wenn in X-Land²⁰⁴ einmal alles gut sein sollte, würden wir natürlich zurückfahren wollen. Früher haben wir in X-Land einmal gut gelebt und Geld verdient und gearbeitet, aber jetzt haben wir nichts mehr. Wir hatten ein Auto und ein Haus und sogar eine Wohnung für unseren älteren Sohn besorgt, aber jetzt haben wir nicht mal mehr eigene Teelöffel. Ich wünschte mir so sehr, dass die Kinder zur Schule gingen oder eine Ausbildung erhielten, denn es gibt so vieles zu lernen in Deutschland. Vor dem Krieg habe ich im Haushalt alles selbst gemacht. Ich wünschte, meine Kinder bekämen eine normale Ausbildung, denn ich weiß, wie schwer es ist, sein Brot zu verdienen. Ich wollte am College studieren und habe auch erste Kurse besucht, aber dann hatte ich nicht genug Geld. Dadurch hatte ich nicht mehr die Möglichkeit zu studieren. Darum wünschte ich mir, dass meine Kinder jetzt Möglichkeiten zu lernen und zu studieren erhalten.“²⁰⁵

Auch Herr B. sieht die Arbeit als Teil eines normalen Lebens: *„Ich will endlich von hier weg, um ein normales Leben zu haben und versuchen zu arbeiten und hier in Deutschland zu bleiben.“²⁰⁶*

Andere Befragte weisen darauf hin, dass ihnen eine geregelte Erwerbstätigkeit wichtig ist, um ein ganz normales Mitglied der Gesellschaft zu sein.

Zusammenfassung und Bewertung

Arbeit und Beschäftigung – das wird an den genannten Beispielen deutlich – erhält eine Vielzahl von Bedeutungen im Leben der Flüchtlinge. Herausragend ist dabei der grundsätzliche Wunsch nach Arbeit bei allen Asylsuchenden. Gleichzeitig wird deutlich, dass Möglichkeiten der Beschäftigung gering sind und sich im wesentlichen in der Übernahme gemeinnütziger Tätigkeiten erschöpfen. Da diese Tätigkeiten in der Regel in niedrighwelligen Bereichen angesiedelt sind, geht damit zugleich eine Entwertung der mitgebrachten Kompetenzen und Qualifikationen einher. Die ungenutzte Zeit während des oft langwierigen Asylverfahrens führt so zu einer Dequalifizierung der Flüchtlinge, die sowohl für eine Integration in die

²⁰⁴ Anonymisierung durch die Verfasserinnen, gemeint ist das Herkunftsland.

²⁰⁵ Interview mit Herrn und Frau O. im Rahmen der Ausstellung „Hier geblieben“.

²⁰⁶ Interview mit Herrn B. (Transkription und Memorandum).

Aufnahmegesellschaft als auch für eine mögliche Rückkehr Schwierigkeiten erzeugt. Langfristig sind dadurch negative Folgen für die Beschäftigungsfähigkeit der Flüchtlinge zu erwarten.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch der Hinweis, dass keine Differenzierung in bezug auf die Qualifizierung der Flüchtlinge bei der Vergabe von Beschäftigungsmöglichkeiten **vorgenommen wird. Wenn man bedenkt, dass eine Vielzahl der befragten Flüchtlinge über abgeschlossene Ausbildungen und Hochschulabschlüsse** aus ihrem Heimatland verfügen, wird deutlich dass Beschäftigung in Form von gemeinnützigen Tätigkeiten zu einem Bild von grundsätzlich niedrig qualifizierten und ungebildeten Flüchtlingen beiträgt.

Eine weitere Facette von Arbeit zeigt sich in der Bedeutung von Beschäftigung als Quelle psychischer Stabilisierung und eigener Wertschätzung. In diesem Zusammenhang wirkt sich der Entzug von Arbeitsmöglichkeiten als Instrument der Behörden neben der finanziellen Einschränkung auch als psychische Destabilisierung und damit als negative Folgen für die Gesundheit aus.

9. Von „netten“ und „hässlichen“ Erfahrungen: Zur Versorgung von Asylsuchenden im deutschen Gesundheitssystem

Im Material lassen sich eine Reihe von Erfahrungen mit dem deutschen Gesundheitssystem finden, die sowohl positive als auch negative Aspekte der Behandlung aufzeigen. Vor einem Gang in die Arztpraxis ist jedoch in der Regel der Gang zum Sozialamt notwendig, um einen Krankenschein zu erhalten.

9.1. Erfahrungen mit dem Sozialamt: Zur Praxis der Krankenscheinvergabe

In zwei zentralisierten Unterbringungen, die jeweils über eine eigene Krankenstation mit hausärztlicher Versorgung verfügen, haben die Asylsuchenden die Möglichkeit, ohne vorherige Abholung eines Krankenscheins direkt die Sprechstunde der Krankenstation wahrzunehmen und sich behandeln zu lassen. Ein Krankenschein wird bei diesen Einrichtungen erst im Falle einer Überweisung notwendig, die der jeweils behandelnde Arzt in der Unterbringung bei spezielleren Krankheitsbildern ausstellt. Dieser Krankenschein kann direkt vor Ort bei der Außenstelle des Sozialamtes auf dem Gelände der Unterbringung von den Asylsuchenden abgeholt werden. Vorteilhaft an dieser Regelung ist, dass Asylsuchende direkt hausärztliche Hilfe in der Krankenstation in Anspruch nehmen können. Nachteile können darin gesehen werden, dass keine freie ÄrztInnenwahl besteht - dies wurde in einer zentralisierten Unterbringung von Seiten

der MitarbeiterInnen bestätigt²⁰⁷ - oder aufgrund des vorhandenen Versorgungssystems nicht in Anspruch genommen wird.

Die Spielräume der Sozialämter in den Kommunen sind demgegenüber größer. Hier werden bei der Art der Vergabe erhebliche Unterschiede in den einzelnen Gemeinden deutlich.

Bei kommunal untergebrachten Asylsuchenden ist ein Gang zum Sozialamt immer Voraussetzung für den Arztbesuch. Zwei Asylsuchende aus unterschiedlichen Gemeinden berichten, dass es bei der Krankenscheinvergabe keinerlei Probleme gebe. *„In X- Stadt²⁰⁸ wird der Krankenschein direkt mit der Verlängerung der Duldung ausgegeben. Dadurch entstehen hier gar keine Probleme.“*²⁰⁹ Frau K. sagt, ihr Dorf sei *„ein gutes Dorf. Auf dem Sozialamt sitzen ein Mann und eine Frau, die beide gut sind.“*²¹⁰ Sie bekommt den Krankenschein ohne Probleme. Während in diesen Gemeinden keinerlei Prüfung der Krankheitsgründe stattfindet, weisen andere Asylsuchende darauf hin, dass vor den MitarbeiterInnen im Sozialamt der Grund des geplanten Arztbesuches dargelegt werden müsse und die MitarbeiterInnen den Krankenschein mitunter verweigerten.²¹¹

In einer anderen Befragung schildert ein Asylsuchender, dass er und seine Familie beim ersten Kontakt zu MitarbeiterInnen des Sozialamtes keinen Krankenschein bekommen hätten. Aufgrund der damaligen Sprachprobleme konnten sie nicht verstehen, warum der Krankenschein verweigert wurde. Beim zweiten Besuch des Sozialamtes hatte die Familie einen Übersetzer mitgenommen. Dieser habe darauf hingewiesen, dass die Familie ein Recht auf die Ausgabe des Krankenscheines habe. Daraufhin wurden die Krankenscheine ausgehändigt. Der Befragte äußert die Vermutung, dass die MitarbeiterInnen im Sozialamt vorher von ihrer Rechtsunkenntnis ausgegangen seien. Seine Familie habe den Eindruck, das Recht funktioniere in der Kommune nicht. So habe ein anderer Mann, der in der gleichen Gemeinschaftsunterkunft lebe, eine sehr teure Zahnbehandlung bezahlt bekommen, der befragte Asylsuchende dagegen nicht. Grundsätzlich werden die Krankenscheine in dieser Kommune immer für ein Quartal ausgegeben, wobei *„Fachärzte gesondert beantragt werden“*²¹².

Ein weiteres Problem betrifft die Einschränkung der ÄrztInnenwahl. Auf Nachfrage beschreiben Herr und Frau F. die Möglichkeiten der ÄrztInnenwahl in ihrer Gemeinde:

„Sie sind auf die Ärzte in der Gemeinde festgelegt. Das bedeutet, dass sie z.B. zwischen zwei Hausärzten wählen können. Wenn sie einen Arzt anderswo nehmen

²⁰⁷ Memorandum zur Besichtigung einer zentralisierten Unterbringung sowie zu Gesprächen mit unterschiedlichen MitarbeiterInnen (Leitung, Verwaltung, Sozialer Dienst, Krankenstation).

²⁰⁸ Anonymisierung durch die Verfasserinnen.

²⁰⁹ Interview mit Herrn G. (Memorandum).

²¹⁰ Interview mit Frau K. (Memorandum).

²¹¹ Interview mit Herrn F. (Memorandum); Gruppeninterview mit Herrn Q., Herrn R., Herrn S., Herrn T., Herrn U., Herrn V. (Memorandum).

²¹² Interview mit Herrn und Frau J. (Memorandum).

*wollen, wird das vom Sozialamt verweigert. So haben sie bei der Suche nach einem Augenarzt für ihren Sohn die Erfahrung gemacht, dass der Augenarzt in der Gemeinde nicht gut ausgerüstet war. Herr J. hat sich große Sorgen um seinen Sohn gemacht. Der Augenarzt sagte dann von sich aus, dass er dem Sohn nicht helfen könne und hat eine Überweisung ausgestellt und eine Adresse herausgesucht. Herr J. wundert sich, wieso das Sozialamt ihn nicht gleich woanders hin hat gehen lassen.*²¹³

Anhand dieser Beispiele wird deutlich, dass das Sozialamt bei der Krankenscheinvergabe zum Teil eine **kontrollierende Rolle** einnimmt.

9.2. Probleme bei der Versorgung von Krankheiten: Warten, Ungleichbehandlung, Desinteresse, Unverständnis und Sprachprobleme

Häufige Wechsel zwischen verschiedenen Arztpraxen

In mehreren Fällen stellen die Befragten dar, wie unterschiedlich sie in Arztpraxen behandelt wurden sowohl in sozialer als auch gesundheitlicher Hinsicht. Herr E. schildert, dass seine Familie nach einem Streit mit einer ÄrztIn nicht weiter behandelt wurde. Die Familie hat sich nach dieser Erfahrung eine andere ÄrztIn gesucht, die sehr nett sei und von der sie gut behandelt würden.²¹⁴

Ähnliche Erfahrungen werden in anderen Fällen berichtet. Ein Asylsuchender schildert, dass er nach zweistündiger Wartezeit in einer Praxis vom Arzt beschimpft worden sei. Zudem habe der Arzt ihm bei der Behandlung weh getan. Der Befragte habe daraufhin zu diesem Arzt, dessen Verhalten er als „*hässlich*“ bezeichnet, gesagt: „*Sprechen Sie nicht so mit mir. Ich bin kein Analphabet.*“²¹⁵ Die Wut über das Verhalten des Arztes habe ihn sogar dazu veranlasst, die verordneten Medikamente zu Hause direkt wegzuworfen. Ein weiterer Asylsuchender berichtet über die unzureichende und schlechte Anfertigung einer Prothese, die starke Schmerzen verursache und von einem zweiten Arzt deutlich kritisiert worden sei. Nach der Beobachtung dieses Asylsuchenden sei die Anfertigung bei anderen PatientInnen viel sorgfältiger ausgemessen und immer wieder neu angepasst worden.²¹⁶

Auch die Behandlungspraxis wird sehr unterschiedlich dargestellt. Während ein Zahnarzt sich geweigert habe, alte Füllungen zu ersetzen, die einem Asylsuchenden aufgrund der Auflösung des Füllmaterials Magenschmerzen bereiteten, habe ein anderer Zahnarzt die Füllungen umgehend entfernt, weil dieses Material in Deutschland

²¹³ Interview mit Herrn und Frau J. (Memorandum).

²¹⁴ Interview mit Herrn E. (Memorandum).

²¹⁵ Interview mit Herrn G. (Memorandum).

²¹⁶ Interview mit Herrn H. (Memorandum).

verboten sei. Die Magenschmerzen seien danach deutlich besser geworden.²¹⁷ Frau I. berichtet von der unterschiedlichen Behandlung durch zwei verschiedene FrauenärztInnen. Während die erste ihr bei akuten Schmerzen im Unterleib lediglich Tropfen verschrieben habe, die nicht halfen, habe sie die zweite direkt am gleichen Tag in ein Krankenhaus überwiesen, um eine Zyste entfernen zu lassen.²¹⁸

Auffällig ist, dass in fast allen Fällen, in denen schlechte Erfahrungen geschildert werden, im Anschluss berichtet wird, dass man eine andere ÄrztIn gefunden habe, mit der man zufrieden sei. Ausnahmen bilden hier jene Interviews, die in zentralen Unterbringungen geführt wurden. Dies hat damit zu tun, dass hier zum Teil keine freie Arztwahl besteht oder, sofern sie möglich ist, nicht in Anspruch genommen wird.

Insgesamt wird deutlich, dass die Asylsuchenden die schlechten Erfahrungen auf ihren Status als Asylsuchende und damit auf ihren **Ausschluss aus der Aufnahmegesellschaft** zurückführen.

Bevor einige Beispiele und Gründe für gute Erfahrungen im Gesundheitssystem benannt werden, stellt sich zunächst die Frage, welche Probleme bei der Diagnose und Behandlung entstehen und in der Folge zu einem häufigen Arztwechsel führen.

Differierender Umgang mit Zeit

Ein häufiges Problem, das sowohl von den Asylsuchenden als auch von MitarbeiterInnen in gesundheitlichen Einrichtungen benannt wird, betrifft das **Warten-Müssen** bzw. **Nicht-Warten-Können**. Ein Asylsuchender beschreibt dieses Phänomen als charakteristisch für Flüchtlinge:

„Erfahrungen von Krieg führen zu Nervosität und Depressionen. Daher ist Warten anstrengend. Es herrscht eine innere Unruhe. Ihm selbst habe es früher nichts ausgemacht, fünf Stunden zu warten. Das ist heute anders.“²¹⁹

Auffällig ist, dass in Situationen des Warten-Müssens Krankheiten sehr dramatisch geschildert werden. So erzählt Herr E., dass

„seine Frau 1 ½ Stunden in einer Praxis gewartet habe. Er habe zu Hause gegessen und sich Sorgen gemacht, weil es so lange dauerte. Seine Frau hat gesehen, wie andere Patienten, die nach ihr kamen, vor ihr an die Reihe kamen. Es müssen so vier bis fünf Personen gewesen sein. Nach dieser Zeit, hat sich seine Frau bei der Sprechstundenhilfe beschwert. Sie sagte „Ich sterbe vor Fieber“ und regte sich wohl auf. Daraufhin ist die Ärztin zu ihr gekommen und sagte, sie sei „verrückt“.“²²⁰

²¹⁷ Interview mit Herrn G. (Memorandum).

²¹⁸ Interview mit Frau I. (Memorandum).

²¹⁹ Interview mit Herrn E. (Memorandum).

²²⁰ Interview mit Herrn E. (Memorandum).

Ein anderer Asylbewerber schildert, dass er bei einer Verletzung am Kopf „so lange warten musste. Er hat am Kopf geblutet und musste eine halbe Stunde warten. Er wurde nach seinem Ausweis gefragt und nach seinem Aufenthaltsstatus. Dann musste er noch mal warten. Erst dann kam der Arzt.“²²¹ Die Schwierigkeit zu warten, erleben die Forscherinnen selbst auch bei einem Interview, das in einer zentralen Unterbringung durchgeführt wurde. Aufgrund einer Verzögerung durch ein anderes Interview waren sie nicht zum vereinbarten Zeitpunkt bei einem Asylsuchenden erschienen. Durch eine Mitarbeiterin der Krankenstation wurden sie darauf hingewiesen, dass der Interviewpartner bereits da gewesen sei und gefragt hatte „wann wir kommen. Er könne nicht warten, hatte die Mitarbeiterin gesagt.“²²² In diesem Zusammenhang wird auch von einer Mitarbeiterin der Krankenstation geschildert, „dass man für diese Arbeit starke Nerven braucht, da die Leute nicht warten wollen. Es kommt auch schon mal vor, dass jemand aggressiv wird.“²²³

Ein weiteres Problem betrifft aus Sicht dieser Mitarbeiterin das **Nicht-Einhalten von Terminen**. Sie vereinbart häufig Termine für auswärtige Ärzte und erzählt, „dass sie es oft erlebt, dass Leute ihr gesundheitliches Problem sehr dringend machen, dann aber zu den Terminen nicht hingehen.“²²⁴ Sie berichtet, dass sich manche ÄrztInnen in der Region aufgrund dessen weigerten die Behandlung von Asylsuchenden zu übernehmen, so dass sie nur noch Termine mit bestimmten ÄrztInnen vereinbare. Die Mitarbeiterin deutet an, dass die Gründe für das Nicht-Einhalten von Terminen möglicherweise auch kulturell bedingt sein könnten, da sie nicht an das Einhalten von Terminen gewöhnt seien. Auch in einer anderen zentralen Unterbringung wird berichtet, dass die Krankenstation sehr gut besucht sei, viele Flüchtlinge aber nicht warten wollten. Gründe werden hier einerseits in der Ausnahmesituation gesehen, in der die Flüchtlinge leben. Andererseits werden auch bestimmte Gruppen von Asylsuchenden als besonders schwierig dargestellt. So wird in einer zentralisierten Unterbringung berichtet, dass „Schwarzafrikaner besonders schwierig und fordernd“²²⁵ seien. In einer anderen Unterbringung wird dagegen gerade dieser Gruppe Kooperationsfähigkeit bescheinigt.

Ein weiteres Problem, das von vielen Flüchtlingen benannt wird, ist die **Erfahrung und Wahrnehmung von Ungleichbehandlung**. „Diejenigen mit einer besseren Versicherung oder die die Ärzte kennen, kommen wesentlich schneller dran.“²²⁶ Zudem weist Herr E. darauf hin, „dass Flüchtlinge wesentlich kürzer behandelt werden. Die Menschen mit guten Versicherungen würden wesentlich länger behandelt werden als

²²¹ Interview mit Herrn F. (Memorandum).

²²² Interview mit Herrn N., Übersetzung durch einen Dolmetscher (Memorandum)

²²³ Interviews mit verschiedenen MitarbeiterInnen einer zentralisierten Unterbringung (Krankenstation, Sozialer Dienst, Verwaltung) (Memoranden).

²²⁴ Interviews mit verschiedenen MitarbeiterInnen einer zentralisierten Unterbringung (Krankenstation, Sozialer Dienst, Verwaltung) (Memoranden).

²²⁵ Memorandum zur Besichtigung einer zentralisierten Unterbringung sowie zu Gesprächen mit unterschiedlichen MitarbeiterInnen (Leitung, Verwaltung, Sozialer Dienst, Krankenstation).

²²⁶ Interview mit Herrn E. (Memorandum).

andere Menschen. ²²⁷ Insbesondere das lange Warten-Müssen wird auf die Ungleichbehandlung zurückgeführt. Eine Asylsuchende berichtet über erweiterte Behandlungsmöglichkeiten seit sie durch ihren berufstätigen Mann familienversichert ist. Frau I. bezeichnet den **Wechsel in eine reguläre Krankenversicherung als Türöffner**. Sie muss nach eigener Einschätzung weniger lange warten und erhält eine empfohlene Therapie, die ihr vor ihrem Wechsel verweigert wurde. Die Ursache dafür sieht sie weniger in den SachbearbeiterInnen des Sozialamtes, die sie als „gut“ ²²⁸ bezeichnet, als vielmehr im Asylbewerberleistungsgesetz begründet. Sie äußert darüber hinaus Unverständnis darüber, dass auf diese Weise, die langfristig kostengünstigere Variante zuvor nicht genehmigt werden konnte. ²²⁹

Betrachtet man diese verschiedenen Wahrnehmungen von Ungleichbehandlung so lassen sich unterschiedliche Gründe dafür anführen. Während die unterschiedliche Behandlungspraxis im letzt genannten Fall eindeutig auf die Grenzen des Asylbewerberleistungsgesetz zurückzuführen sind, könnten Behandlungsdifferenzen auch mit der unterschiedlichen Nutzung von Spielräumen durch die jeweiligen Ärzte, persönlichen Formen von Diskriminierung oder veränderten Leistungsmöglichkeiten durch die Gesundheitsreform zusammenhängen.

„Es ist eine merkwürdige Sache. Für viele tausend verschiedene Krankheiten geben sie immer nur dieselbe Tablette“: Zum Gefühl, nicht ernst genommen zu werden

Ein weiteres Problem, das in den Interviews mehrfach zu beobachten ist, betrifft das **Gefühl, mit Beschwerden bei Ärzten nicht ernst genommen zu werden** und daraus resultierendes **fehlendes Vertrauen** in die medizinische Versorgung. Auffällig ist, wie häufig in den Interviews thematisiert wird, dass ÄrztInnen immer die gleichen Medikamente trotz unterschiedlicher Krankheiten verschreiben. So stellen verschiedene Asylsuchende diese Erfahrung in Zusammenhang mit dem Eindruck, mit ihrer Krankheit kein Gehör zu finden und erst bei dramatischen Beschwerden ernst genommen zu werden:

„Es ist eine merkwürdige Sache. Für viele tausend verschiedene Krankheiten geben sie immer nur dieselbe Tablette dort. Anhand dessen kann man ja selbst schätzen, ob es gut oder schlecht ist. Wenn man einen Blutdruck von 150 hat, sagen sie, es sei ein ganz normaler Blutdruck. Erst wenn man ohnmächtig wird, glauben sie einem, dass man krank ist. Man bekommt erst Medikamente, wenn man ohnmächtig wird. Schon dreimal war ich ohnmächtig.“ ²³⁰

Herr D. berichtet, dass die Ärztin ihn immer auf später vertröste. Auch im Fall von Familie C. wird deutlich, dass kein Vertrauen in den behandelnden Arzt besteht:

²²⁷ Interview mit Herrn E. (Memorandum).

²²⁸ Interview mit Frau I. (Memorandum).

²²⁹ Interview mit Frau I. (Memorandum).

²³⁰ Interview mit Herrn und Frau O. im Rahmen der Ausstellung „Hier geblieben“.

„Immer bekommt man die gleichen Medikamente. Der Arzt fragt, ob sie Schmerzen hat und er gibt immer das gleiche Medikament. Sie bekommen immer ein Standardmedikament. Egal, ob man Halsschmerzen, Kopfschmerzen, Magenschmerzen oder einen Zusammenbruch hat. Bei Beschwerden bekommt man Standardtabletten, die heißen Paracetamol.“²³¹

Während Mutter und Tochter trotz mangelnden Vertrauens den Arzt weiterhin aufsuchen, zieht sich der befragte Vater, der im Laufe des Gesprächs von mehrfachen Nervenzusammenbrüchen und Herzbeschwerden berichtet, vollkommen zurück:

„Er hat Herzrasen und den Verdacht, dass mit seinem Herzen etwas nicht stimmt. Er ist einmal von X²³² untersucht worden, aber er weiß das Ergebnis nicht. Er will nicht zu dem Arzt gehen, weil er mitkriegt, dass seine Frau und seine Tochter immer die gleichen Medikamente bekommen und er denkt, dass es Druck von den Lagerbehörden auf den Arzt gibt, dass der Arzt den Leuten immer die gleichen Medikamente gibt und die Leute nicht an Fachärzte überweist. Es scheint egal zu sein, ob er stirbt oder lebt, er sieht keine Möglichkeit, an diese Untersuchung zu gelangen.“²³³

Während hier die Vermutung geäußert wird, dass es Druck auf den Arzt gebe, fragt sich ein Asylsuchender, der in einer kommunalen Gemeinschaftsunterkunft lebt, ob mit den Deutschen auch so umgegangen wird. Auch er beobachtet die häufige Vergabe von Paracetamol: *„Es gibt einen Arzt in der Nähe des Asylbewerberheims, der verschreibt immer nur Paracetamol. Ein Freund sollte selbst nach einem Unfall nur Paracetamol bekommen.“²³⁴* Ein anderer Flüchtling vermutet den Grund für die Vergabe von billigen Medikamenten bei den Krankenkassen, denn die ÄrztInnen sagten bei anderen Wünschen, *„wir dürfen nicht“²³⁵*.

Eine Mitarbeiterin der Krankenstation in einer zentralisierten Unterbringung schildert demgegenüber, dass die Station vor Ort einen Vorrat an *„Bagatellmedikamenten“²³⁶* bereithielten, um eine Erstversorgung ermöglichen zu können. In den Befragungen der Asylsuchenden zeigt sich, dass diese Art Behandlung als Oberflächenversorgung empfunden wird.

Desinteresse und oberflächliche Versorgung

Das Gefühl, nicht ernsthaft und angemessen behandelt zu werden, wird auch in einer Erzählung von Frau A. deutlich, die den Arzt als desinteressiert beschreibt:

²³¹ Interview mit Herrn und Frau C., Übersetzung durch einen Dolmetscher (Transkription und Memorandum).

²³² Anonymisierung durch die Verfasserinnen, gemeint ist ein/e ÄrztIn in einer zentralisierten Unterbringung.

²³³ Interview mit Herrn und Frau C., Übersetzung durch einen Dolmetscher (Transkription und Memorandum).

²³⁴ Interview mit Herrn H. (Memorandum).

²³⁵ Interview mit Herrn E. (Memorandum).

²³⁶ Interviews mit verschiedenen MitarbeiterInnen einer zentralisierten Unterbringung (Krankenstation, Sozialer Dienst, Verwaltung) (Memoranden).

„Wenn sie zu dem Arzt (...) will, muss sie einen Termin vereinbaren, meldet sich dann bei ihm, muss warten und kommt dann irgendwann dran. Dann guckt er sie an und er interessiert sich nicht groß für die Sorgen und Schmerzen der Patienten, er hört sich das alles an und verhält sich nicht übermäßig unfreundlich, aber er funktioniert sozusagen. Wenn man dann irgendwelche Wünsche hat, zum Beispiel wollte sie zu einem anderen Arzt überwiesen werden, werden sie nicht erfüllt. Er sagte: `Nein, das ist nicht nötig, es ist alles o.k.` Er hat ihr eine Salbe aufgeschrieben und sie nach Hause geschickt. Er interessiert sich nicht wirklich, er macht seine Pflicht.“²³⁷

Frau A. berichtet mehrfach, dass ihr bei ihren Beschwerden nicht geholfen wurde oder ihr eine Überweisung versagt wurde. Sowohl bei ihren Schwindelgefühlen, ihrem Zittern und Hautjucken als auch bei Beschwerden an einer Narbe erhält sie Medikamente, die ihr nicht helfen. Deshalb fühlt sie sich schlecht versorgt. Bei einem Arztbesuch habe sie gesagt, es gehe ihr nicht gut, ihr sei schwindelig und der Arzt habe darauf erwidert: *„Das ist nur Stress. Machen Sie sich keine Sorgen, denken Sie nicht nach und gehen sie schön spazieren.“*²³⁸ Neben dem Gefühl, nicht ernst genommen zu werden, und der unzureichenden Behandlung, ist zu erwähnen, dass eine solche Antwort in bezug auf die Asylsuchenden problematisch sein kann. Bedenkt man, dass der Alltag vieler Asylsuchender durch einen monotonen Tagesablauf und eine Grundversorgung in einer zentralisierten Unterbringung gekennzeichnet ist, so wird deutlich, dass dieser Alltag die AsylbewerberInnen auf ihre Warte- und Unsicherheitssituation reduziert, die wiederum Stress erzeugt. Da Frau A. beispielsweise kaum normale Alltagshandlungen wie in ihrem Fall etwa Wäsche waschen, Einkaufen, Reinigen, Kochen verrichtet, hat sie kaum etwas neben ihrer Wartesituation, worauf sie sich konzentrieren, worüber sie nachdenken oder etwas, das sie von ihrem Gefühl der Unsicherheit ablenken könnte. Gleichzeitig verdeutlicht dieser Fall, wie die Auswirkungen von Problemen, die durch die unsichere Lebenssituation entstehen, zu einem medizinischen Problem werden, das dort gar nicht beantwortet werden kann.

Die **Mittel der Selbstbehandlung**, die im Falle einfacher Krankheiten hilfreich sein können, sind bei Asylsuchenden aufgrund der finanziellen Situation **eingeschränkt**. Dies ist in einer zentralisierten Unterbringung um so stärker der Fall, weil hier auch die Art der Ernährung vorbestimmt wird. Ansätze auf bewährte Mittel zurückzugreifen, die die Asylsuchenden als hilfreich empfinden, gibt es nur in geringem Umfang: *„Einmal konnte sie gar nicht mehr aufstehen, weil ihr Blutdruck so niedrig war, sie konnte sich gar nicht mehr aufrichten, dann hat sie sich selbst mit Joghurt und Salz geheilt, dann macht sie sich Ayran und dann geht es ihr nach einem Tag wieder gut.“*²³⁹

Insgesamt wird in diesen Interviewpassagen das Bild vermittelt, dass die Flüchtlinge häufig **oberflächlich versorgt werden** und aufgrund der begrenzten eigenen Hilfsmittel auch allein gelassen werden mit ihrer Krankheit, so wie es von Frau A. pointiert

²³⁷ Interview mit Frau A., Übersetzung durch eine Dolmetscherin (Transkription und Memorandum).

²³⁸ Interview mit Frau A., Übersetzung durch eine Dolmetscherin (Transkription und Memorandum).

²³⁹ Interview mit Frau A., Übersetzung durch eine Dolmetscherin (Transkription und Memorandum).

geschildert wird: *„Sie lag acht Tage lang krank im Bett und da hat keiner gefragt, ob sie gestorben sei oder was die Kinder machen. Keiner guckt nach, ob man noch lebt. Keiner klopft an der Tür.“*²⁴⁰

Damit einher geht das Gefühl, bei ärztlichen Entscheidungen einer **Willkür** ausgesetzt zu sein. Viele Asylsuchende vergleichen dabei ihre eigenen Erfahrungen mit denen anderer. Beispielsweise berichtet ein Asylsuchender, dass ein anderer Asylsuchender bei einem Zahnarzt einen kompletten Zahnersatz bekommen habe, während er selbst nur eine notdürftige Füllung bekommen habe. Eine Frau stellt ihre schlechte medizinische Versorgung in Zusammenhang damit, dass sie **als Frau ohne männliche Begleitung weniger zu ihrem Recht** komme.²⁴¹

Ein weiteres Problem das zum Teil von den Asylsuchenden selbst formuliert oder durch verschiedene Spekulationen in den Interviews deutlich wird, betrifft das **fehlende Wissen über das Gesundheitssystem**. So schildert ein Befragter, dass er beim Abholen des Krankenscheins auf dem Sozialamt den Mitarbeiter um Hilfe bei der Suche nach einem Arzt gebeten habe.

*„Der Mitarbeiter beim Sozialamt sagte, das müsse Herr F. selbst machen. Herr F. sagte, dass er fremd sei in diesem Land und Hilfe brauche. Ob der Mitarbeiter für ihn nicht im Internet oder in den Gelben Seiten suchen könne. Daraufhin sagte der Mitarbeiter, „das ist nicht unsere Aufgabe“.“*²⁴²

Unsicherheiten werden auch geäußert, wohin sich bei akuten Beschwerden am Wochenende oder abends gewendet werden kann. So Herr F. erwähnt, dass er dies nicht wisse: *„Als er kam, habe es keine Einweisung gegeben, wohin man gehen kann. Er wisse es immer noch nicht. Die anderen auch nicht. Die können zum Teil nicht lesen oder deutsch verstehen.“*²⁴³ In diesem Zusammenhang ergänzt Herr F., dass er bei einem Unfall eine Rechnung über den Einsatz des Rettungswagens bekam. Damit ist er gleich zu seinem Anwalt gegangen und sagte, *„er könne das nicht bezahlen, er arbeite nicht.“*²⁴⁴ Der Rechtsanwalt konnte das Problem lösen, so dass er die Kosten nicht übernehmen musste.

Eine ähnliche Problematik wird durch eine Interviewpassage sichtbar, in der eine Asylbewerberin schildert, wie sie bei einer fiebrigen Erkrankung Hilfe suchte:

*„Die anderen (gemeint sind die anderen Flüchtlinge d.V.) sagten, sie soll die Polizei anrufen, damit die den Notruf anrufen kann. Aber die Polizei sagte, das geht nicht. An diesem Tag ist nichts für sie gemacht worden. Eine irakische Frau hat sich um sie gekümmert, ihr Suppe gekocht. Später kam dann ein Arzt, aber kein Notarzt.“*²⁴⁵

²⁴⁰ Interview mit Frau A., Übersetzung durch eine Dolmetscherin (Transkription und Memorandum).

²⁴¹ Interview mit Frau K. im August 2003 (Memorandum).

²⁴² Interview mit Herrn F. (Memorandum).

²⁴³ Interview mit Herrn F. (Memorandum).

²⁴⁴ Interview mit Herrn F. (Memorandum).

²⁴⁵ Interview mit Frau I. (Memorandum)

Es ist besser „*Eure Sprache*“ zu sprechen: Sprache und medizinische Versorgung

Ein weiteres, andauerndes und vielschichtiges Problem, das in den Interviews immer wieder thematisiert wird, betrifft fehlende Sprachkenntnisse. Auffällig ist, dass in einem Gruppeninterview auch bei der Frage nach Erfahrungen mit Krankheit in Deutschland, die generelle Verweigerung der Aufnahmegesellschaft **Sprachkurse für die Asylsuchenden** anzubieten und zu bezahlen, angesprochen wird. In zwei Fällen wird geschildert, dass die Flüchtlinge Sprachkurse durch das geringe Einkommen aus der gemeinnützigen Tätigkeit bezahlen. Ein Asylsuchender berichtet, dass er erfolglos versucht habe, das Sozialamt zur Übernahme von Kosten für Sprachkurse zu überzeugen, indem er zu einem Mitarbeiter gesagt habe, es ist besser „*Eure Sprache*“ zu sprechen. In einem anderen Interview wird das fehlende Angebot, deutsch zu lernen, als bewusste Ausgrenzung wahrgenommen und mit dem Plädoyer verbunden: „*Es muss eine Möglichkeit geben, deutsch zu lernen.*“²⁴⁶ Neben dieser allgemeinen Problematik werden fehlende Sprachkenntnisse in zahlreichen Interviews als Schwierigkeit bei der Gesundheitsversorgung benannt. In einem Fall wird geschildert, dass es zu einer **Fehlbehandlung aufgrund von Kommunikationsproblemen** kam. Ein an Depressionen erkrankter Asylsuchender berichtet, dass der „*Doktor seine Probleme vielleicht nicht verstand, weil er immer Tabletten mit 'Blumen' bekam. Davon kann man 30 nehmen und sie helfen nicht.*“²⁴⁷ Erst zu einem späteren Zeitpunkt nach einer Behandlung in einer psychiatrischen Klinik erhielt Herr N. Medikamente, die zu einer Verbesserung seiner Angstzustände führten. Auch von Seiten eines Mitarbeiters wird eingeräumt, dass es schwierig sei, „*Ärzte zu finden, die die Sprachen der Asylsuchenden sprechen. (...) Bei Therapien gebe es immer sprachliche Probleme.*“²⁴⁸ Es zeigt sich in den Interviews, dass versucht wird, diese Probleme häufig durch die **Übersetzungsleistung von Familienangehörigen** zu lösen. Dass es sich dabei nur um eine Notlösung handeln kann schildert Herr B., der für seinen Vater bei einer psychiatrischen Behandlung übersetzt: „*Mein Vater spricht gar nicht mehr, als er hier hin gekommen ist, ist er anders geworden, sein Benehmen ist ganz anders. Wenn du ihn etwas fragst, dann vergisst er die Frage. Das sind Schwierigkeiten, ich gehe mit ihm zum Psychiater zum Übersetzen, das ist viel Stress.*“²⁴⁹

Darüber hinaus wurde in der Teilnehmenden Beobachtung mehrfach sichtbar, dass ein **hoher Bedarf an qualifizierter Sprachmittlung** notwendig war, für den dann ad-hoc eine Lösung gefunden werden musste. So wurde beobachtet, dass bei einem Besuch der Krankenstation in einer zentralisierten Unterbringung ein etwa zehnjähriger Junge

²⁴⁶ Gruppeninterview mit Herrn Q, Herrn R, Herrn S., Herrn T., Herrn U., Herrn V. (Memorandum).

²⁴⁷ Interview mit Herrn N., Übersetzung durch einen Dolmetscher (Memorandum). Die Forscherinnen nehmen an, dass es sich hierbei um ein Naturheilmittel handelt.

²⁴⁸ Interview mit Herrn N., Übersetzung durch einen Dolmetscher (Memorandum).

²⁴⁹ Interview mit Herrn B. (Transkription und Memorandum).

hinzugezogen wurde, weil kein Dolmetscher bereit stand. Auch die Bitte um Übersetzung durch die für die Interviews anwesenden DolmetscherInnen von Seiten der MitarbeiterInnen einer zentralisierten Unterbringung deutet darauf hin, dass ein hoher Bedarf an Sprachmittlung besteht. Die DolmetscherInnen wurden einerseits hinzugezogen, um Konflikte zu lösen, die einer Übersetzung bedurften, andererseits aber auch um Fragen der Sozialbetreuung zu klären.²⁵⁰ Besonders belastend für einen der Dolmetscher war, dass er ungeplant in ein Gespräch zwischen einer MitarbeiterIn und einer an Hepatitis C erkrankten Frau hineingezogen wurde. Es stellte sich heraus, dass die Frau bisher wenig über ihre Krankheit erfahren hatte. Der Dolmetscher, der als Begleitung der InterviewerInnen anwesend war, kam *„in die äußerst problematische Situation, dass er der Frau die mutmaßliche Unheilbarkeit ihrer Erkrankung hätte mitteilen müssen, was er aus verständlichen Gründen verweigerte.“*²⁵¹

Diesem beobachteten hohen Bedarf stehen Aussagen einiger MitarbeiterInnen entgegen, die darauf hinweisen, dass man sich aufgrund der Kompetenz des Personals in mehreren Sprachen immer helfen könne oder sich notfalls mit *„Händen und Füßen“*²⁵² verständige. Zwar wird das Problem gesehen, dass *„Sprachschwierigkeiten so geballt auftreten“*²⁵³, aber insgesamt wird von Seiten des medizinischen Personals in zentralisierten Unterbringungen der Eindruck geäußert, dass Kommunikationsschwierigkeiten kein Grund für Behandlungsprobleme seien.²⁵⁴ Zudem wird in diesen Einrichtungen mit ÜbersetzerInnen zusammengearbeitet, die bei Bedarf von den MitarbeiterInnen angefordert werden können. In einem Fall wird darauf hingewiesen, dass ein Mangel an Sprachkenntnissen in manchen Situationen sogar von Vorteil sei, um in einer kurzen Zeit eine große Gruppe von Asylsuchenden zu untersuchen. Auf diese Weise würden sie nicht ihre gesamten Probleme schildern. Wenngleich diese Position aufgrund der großen Anzahl von Untersuchungen im Hinblick auf die Bewältigung des Arbeitspensums nachvollziehbar sein mag, zeigt diese Aussage zugleich, dass hier ein Grundbedürfnis nach Kommunikation, das Teil einer jeden Untersuchung sein sollte, verweigert wird.

²⁵⁰ Interview mit Frau A., Übersetzung durch eine Dolmetscherin (Transkription und Memorandum); Memorandum zu Interaktionen von MitarbeiterInnen und Asylsuchenden in einer zentralisierten Unterbringung; Memorandum zu einem Besuch einer Freizeitveranstaltung in einer zentralisierten Unterbringung.

²⁵¹ Memorandum zur Interaktion zwischen Dolmetscher, MitarbeiterInnen und einer Familie in einer zentralisierten Unterbringung im April 2004.

²⁵² Memorandum zur Besichtigung einer zentralisierten Unterbringung sowie zu Gesprächen mit unterschiedlichen MitarbeiterInnen (Leitung, Verwaltung, Sozialer Dienst, Krankenstation).

²⁵³ Interviews mit verschiedenen MitarbeiterInnen einer zentralisierten Unterbringung (Krankenstation, Sozialer Dienst, Verwaltung) (Memoranden).

²⁵⁴ Interviews mit verschiedenen MitarbeiterInnen einer zentralisierten Unterbringung (Krankenstation, Sozialer Dienst, Verwaltung) (Memoranden).

9.3. Positive Erfahrungen mit dem deutschen Gesundheitssystem

Neben den zahlreichen Problemen, die Asylsuchende aufgrund ihrer Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem in den Interviews thematisieren, werden auch gute Erfahrungen geschildert. Auffällig ist zunächst, dass gute Versorgungs- und Behandlungserlebnisse vor allem von jenen Befragten beschrieben werden, die die Möglichkeit einer **freien ÄrztInnenwahl** in Anspruch nehmen können.

Die Möglichkeit der freien Inanspruchnahme beginnt hier bereits auf dem Sozialamt. So ermöglicht die Ausgabe des Krankenscheins direkt mit der Duldung, wie sie in einem Fall beschrieben wird, eine freie Wahl des Zeitpunkts für einen Arztbesuch. Auch eine räumliche Einschränkung scheint in diesem Fall nicht gegeben zu sein.

In anderen Fällen werden die guten Erfahrungen kontrastiert mit den im vorangegangenen Kapitel beschriebenen Problemen. Ein Asylbewerber schildert, dass er bessere Erfahrungen bei Arztbesuchen macht, wenn er zu Beginn der Behandlung immer sein Sprachproblem erklärt.²⁵⁵ Zudem berichtet er, dass er nach anfänglich sehr schlechten Erfahrungen einen sehr netten Hausarzt gefunden habe. Dieser sei gründlich und konzentriert und frage auch nach, wie ihm die Medikamente bekommen. Außerdem habe dieser Arzt „Lust“²⁵⁶ und lasse sich Zeit bei der Behandlung. Hier deutet sich an, dass sich der Befragte im Gegensatz zu früheren Behandlungen ernstgenommen fühlt. Zudem weist der Interviewte darauf hin, dass er nie länger als 15 Minuten warten müsse und sogar ohne Termin in die Sprechstunden kommen könne. Während unterschiedliche Erfahrungen mit Wartezeiten auch sicherlich von vielen Angehörigen der Aufnahmegesellschaft bestätigt werden, deutet sich an, dass die Unerträglichkeit zu warten in vielen Fällen der Flüchtlinge mit der spezifischen belastenden Lebenssituation und besonderen Kriegserfahrungen zusammenhängen beziehungsweise selbst als Krankheitssymptom verstanden werden können. **Kurze Wartezeiten** können als ein **spezifisches Bedürfnis** dieser Gruppe gesehen werden.²⁵⁷

In diesem Zusammenhang erwähnt eine Asylsuchende, dass sie mittlerweile nicht mehr warten müsse, weil ihr Therapeut mit ihrem Hausarzt gesprochen habe. Die **Zusammenarbeit verschiedener Einrichtungen** und ein **besonderes Engagement**, die sich hier beispielhaft zeigen, scheinen weitere Gründe für erfolgreiche Behandlungen zu sein. Dies zeigt sich auch im Falle einer anderen Patientin, deren Ärztin sowohl Kontakt zum Sozialamt als auch zur Flüchtlingsberatung einer Wohlfahrtsorganisation aufgenommen hat, um eine spezifische Behandlung zu ermöglichen. Diese Asylbewerberin stellt auch ihren stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus als äußerst positiv dar und beschreibt, dass sie sich im Vergleich zu ihrem Herkunftsland sehr gut versorgt und aufgehoben fühlte.²⁵⁸

²⁵⁵ Interview mit Herrn F. (Memorandum).

²⁵⁶ Interview mit Herrn G. (Memorandum).

²⁵⁷ Interview mit Herrn G. (Memorandum), Interview mit Frau I. (Memorandum).

²⁵⁸ Interview mit Frau I. (Memorandum).

Unterstützung durch einen engagierten Bürger wird in einem Falle sichtbar, in der ein Flüchtling aufgrund einer Verletzung eine Prothese benötigt. Durch die Hilfe eines deutschen Freundes, der selbst als Sozialarbeiter tätig ist, konnte der Befragte nach einer schlechten Behandlung eines Orthopäden zu einem anderen Kollegen wechseln. Er weist darauf hin, dass dieser 2. Orthopäde sogar mit dem Auto zu ihm nach Hause gekommen sei, „mit seinen ganzen Geräten im Koffer.“²⁵⁹ Er habe alles ausgemessen und gesagt, dass es ihm nicht zuzumuten sei, ohne Prothese draußen herumzulaufen, außerdem habe er ein Auto. Zudem hat er die Arbeit des ersten Orthopäden kritisiert. Dieser Orthopäde, bei dem er jetzt ist, meint, dass er nicht nur eine kosmetische braucht, sondern eine, die funktioniert. Andernfalls bekomme er auf Dauer Probleme mit seinem Rücken. Trotz dieser positiven Erfahrungen mit diesem Arzt ist der Befragte darauf angewiesen, zwei bis drei Jahre zu warten, bevor er eine neue, passende Prothese anfertigen lassen kann.

Während bei Befragten, die dezentral untergebracht sind, immer noch anfänglich negativen Erfahrungen positive Erfahrungen mit Arztbesuchen geschildert werden, sind die Erfahrungen von Flüchtlingen in zentralisierten Unterbringungen entweder positiv oder negativ. Hier gibt es in der Regel keinen Wechsel zu einer anderen hausärztlichen Praxis. Auffällig ist auch hier, dass in einem Fall, in dem nach anfänglichen Fehlbehandlungen eine erfolgreiche Behandlung eingeleitet werden konnte, eine Zusammenarbeit verschiedener Einrichtungen – in diesem Falle zwischen Arzt, Sozialem Dienst und einem Rechtsanwalt, der einen Therapeuten mit Kompetenzen der Erstsprache des Asylbewerbers kannte – ermöglicht wurde. Hier zeigt sich ein Fall effektiver Zusammenarbeit verschiedener Einrichtungen in einer zentralisierten Unterbringung, der den Erfahrungen von Kontrolle und Reglementierung entgegensteht. Dieser positive Eindruck wird dadurch getrübt, dass der betreffende Therapeut, die Behandlung unentgeltlich vornimmt. Auch in einer anderen zentralisierten Unterbringung, in der eine enge Zusammenarbeit zwischen Sozialem Dienst, Gesundheitsamt und Bundesamt bei Verdacht auf Traumatisierung eines Flüchtlings besteht, wird diese Zusammenarbeit von Seiten des medizinischen Personals als positiv und fruchtbar dargestellt. Insgesamt wird hier die Orientierung am Einzelfall als wichtig und erfolgreich geschildert.

Ein weiterer Grund für positive Erfahrungen wird durch den **Wechsel in eine reguläre Krankenkasse** gesehen, wodurch die Beschränkungen der Leistungen, die durch das Asylbewerberleistungsgesetz entstehen, aufgehoben werden. Zudem konnte dadurch eine Leistung in Anspruch genommen werden, die eine Reduzierung stationärer Aufenthalte ermöglichte, weil eine Hormonbehandlung ermöglicht wurde, die spätere Operationen verhindern konnte. Neben der Verbesserung des Gesundheitszustandes wurde dadurch auch eine **kostengünstigere Behandlung** möglich.

²⁵⁹ Interview mit Herrn H. (Memorandum).

Positive Erfahrungen werden auch von Seiten einer fachärztlichen Praxis geschildert, die häufiger Flüchtlinge behandelt. Hier werden Informationen in unterschiedlichen Sprachen in schriftlicher Form bereitgestellt. Zudem wird aufgrund der **gesetzlichen Verpflichtung zur Aufklärung der Patienten** bei speziellen gesundheitlichen Eingriffen bereits vor dem Gesprächstermin darauf hingewiesen, dass der/die betreffende PatientIn einen Dolmetscher mitbringen sollte.

Zusammenfassung und Bewertung

Insgesamt betrachtet kann festgehalten werden, dass gute Erfahrungen in den Fällen geschildert werden, in denen auf die **spezifischen Bedürfnisse** von Flüchtlingen eingegangen werden konnte. Insgesamt kann dann von einer gelungenen Versorgung gesprochen werden, wenn von der Ausgabe des Krankenscheins bis zur Behandlung die gesundheitlichen Probleme von Asylsuchenden ernst genommen werden und der Zusammenhang zu den momentanen Lebensbedingungen und den Fluchthintergründen berücksichtigt wird.

Beispielhaft für eine gelungene medizinische Versorgung kann der Umgang mit **Sprachproblemen** und **Wartezeit** genannt werden. In beiden Fällen geht es darum, sensible und situationsangemessene Lösungen zu finden. Unterschiedliche differenzierte Erfahrungen zeigen, dass diese Bedürfnisse auch jeweils abhängig sind von einzelnen Persönlichkeiten und Kompetenzen der Ärzte. Die **freie ÄrztInnenwahl** scheint hier aufgrund des Lebens in einer Ausnahmesituation bei dieser Gruppe von besonderer Bedeutung zu sein. Zudem handelt es sich bei einem Arzt-Patienten-Verhältnis generell um ein besonderes Vertrauensverhältnis, das von den jeweiligen Persönlichkeiten abhängt und somit einer freien Wahl unterliegen sollte.

Ein weiterer Punkt, der in allen Interviewpassagen bezüglich guter Erfahrungen im Gesundheitssystem deutlich wird, betrifft die **starke Unterstützung** durch Bekannte oder jene die aufgrund ihrer professionellen Tätigkeit mit Asylsuchenden zusammenarbeiten. Dies zeigt den hohen Bedarf an Unterstützung in einem undurchschaubaren System, das Asylsuchenden in der Regel nicht transparent gemacht wird.

TEIL III: ANALYSE UND SCHLUSSFOLGERUNGEN

10. Zusammenschau der Befunde zur gesundheitlichen Situation von Asylsuchenden

Die Befunde der Untersuchung zeigen, dass die Lebensbedingungen von asylsuchenden Flüchtlingen sich in vielen Bereichen nachteilig auf die gesundheitliche Situation auswirken.

Auswirkungen rechtlicher Unsicherheit

Über allen Beschwerden der Asylsuchenden, die im Rahmen dieser Untersuchung sichtbar wurden, steht die **anhaltende rechtliche Unsicherheit**. Diese äußert sich in:

- der direkten Angst vor Abschiebung,
- der damit verbundenen unsicheren Zukunftsperspektive,
- den damit einhergehenden geringen Möglichkeiten, das Leben zu planen und gestalten,
- der Notwendigkeit, Krankheitssymptome zu erhalten oder zu entwickeln, um auf dieser Basis ein jeweils kurzfristiges Bleiberecht zu sichern,
- der Angst vor Einschränkungen von Handlungsmöglichkeiten, wenn BehördenmitarbeiterInnen die Weigerung, an der Rückkehr mitzuwirken, durch Taschengeldkürzung oder völligen Entzug des Taschengeldes sanktionieren.

Jeder Brief einer Behörde, dessen Inhalt von vielen nicht sofort verstanden wird, lässt die **Angst vor Ausweisung oder weiteren Einschränkungen von Handlungsmöglichkeiten** manifest werden. Auch das Auftreten der Polizei im persönlichen Nahraum hat manifeste Ängste vor Ausweisung zur Folge. Diese Ängste äußern sich etwa in den häufig genannten Symptomen langanhaltenden Zitterns oder Schlaflosigkeit. Wie die Interviews zeigen, ist die Angst vor Ausweisung latent immer vorhanden. Besonders vielfältige Anlässe, Ängste manifest werden zu lassen, liefern die Bedingungen in Unterkünften, deren erklärtes Ziel die Motivation zur Rückkehr ist. Stärker noch als bei Asylsuchenden, die in anderen Unterkünften leben, mangelt es hier an Lebensbereichen, die einen Schutz vor oder eine Ablenkung von den Ängsten vor Ausweisung bieten.

Lebens- und Wohnbedingungen

Neben den direkten Wirkungen rechtlicher Unsicherheiten enthalten die **Lebens- und Wohnbedingungen** eine Vielzahl weiterer Aspekte, die gesundheitlich bedenklich sind. Dabei sind mehrere Bereiche zu unterscheiden.

Direkte physische Beeinträchtigungen liefern vor allem:

- mangelnde Heizmöglichkeiten und bauliche Mängel in den angebotenen Unterkünften, die dazu führen, dass die Wohntemperatur nicht dem persönlichen Wärmebedürfnis entspricht,
- Belastungen der angebotenen Unterkünfte durch Ungeziefer, wie Kakerlaken, Mäuse oder Ratten,
- Belastungen der angebotenen Unterkünfte aufgrund von Baumängeln,
- eine den eigenen Ernährungsgewohnheiten (Zusammensetzung der Nahrung, Menge, Uhrzeiten, Häufigkeit) nicht angemessene zentralisierte Versorgung, zu der keine Alternativen geboten werden,
- unhygienische sanitäre Anlagen aufgrund der Nutzung durch eine große Zahl unfreiwillig zusammenlebender Personen.

Bedenklich im Hinblick auf die psychosoziale Gesundheit sind darüber hinaus:

- die Einschränkung von Handlungsmöglichkeiten durch die reduzierte Alimentierung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, die Residenzpflicht, und den erschwerten Arbeitsmarktzugang,
- die Ausgabe von Warengutscheinen anstelle von Bargeld, dies führt zu Erfahrungen von Demütigungen,
- die mangelnde Privatsphäre, insbesondere dort, wo Zimmer mit familienfremden Personen geteilt werden müssen,
- der Mangel an Rückzugsmöglichkeiten durch beengte Wohnangebote, bei denen Alleinlebenden ein Bett und Familien ein Zimmer zur Verfügung steht,
- Eingriffe in wesentliche Bereiche der Alltagsgestaltung durch eine zentralisierte Essensversorgung, zu der keine Alternativen geboten wird,
- weitere Reduzierungen von Handlungsmöglichkeiten in zentralisierten Unterbringungen durch die angebotenen Versorgungseinrichtungen, zu denen nur durch besondere Anstrengungen Alternativen bestehen,
- Stress und Konflikte aufgrund des Lebens in unfreiwilliger Gemeinschaft mit anderen Menschen,
- Verbindungen all dieser Bedingungen mit einer Ausgangssituation, in der belastende Fluchterfahrungen und Fluchthintergründe zu einem gesteigerten Bedarf an Ruhe und Sicherheit führen,
- zahlreiche Erschwernisse beim Aufbau und Erhalt stärkender sozialer Kontakte.²⁶⁰

²⁶⁰ Dies können beispielsweise Kontakte zu in Deutschland lebenden Familienangehörigen sein, deren Erhalt durch die Residenzpflicht und die geringen finanziellen Mittel erschwert wird. Aber auch das Knüpfen neuer freundschaftlicher Kontakte zu BürgerInnen der Aufnahmegesellschaft, Kontakte zu Selbsthilfegruppen des eigenen ethnischen Kollektivs oder anderer Flüchtlingskollektive sind hier zu nennen. Diese sind insbesondere durch eine Unterbringung außerhalb der Stadt Osnabrück mit organisatorischem und finanziellem Aufwand verbunden. Zudem setzen Einschränkungen durch die Hausordnung in zentralen Unterbringungen, das Teilen der Räume sowie die baulich und sozial Distanz schaffende Anlage (z.B. durch Umzäunung und Personenkontrolle) dem Knüpfen neuer Kontakte Grenzen.

- die Kontrollmaßnahmen in zentralisierten Unterkünften durch MitarbeiterInnen, die dazu führen, dass Ängste vor drohender Ausweisung jederzeit aktualisiert werden und Ängste vor willkürlichen Handlungen und Einschränkungen durch die MitarbeiterInnen auf weitere Alltagssituationen übertragen werden.

Wie im vorangestellten Teil des Untersuchungsberichts gezeigt wurde, treffen nicht alle Bedingungen auf alle Asylsuchenden in der untersuchten Region in gleicher Weise zu.

Die Verantwortung für die Lebens- und Wohnbedingungen verteilt sich unterschiedlich. In einigen Fällen, etwa bei baulichen Mängeln, liegt die Verantwortung bei der einzelnen Kommune. In anderen Fällen, etwa der zentralisierten Essensversorgung, liegt die Verantwortung beim Land Niedersachsen.

Bedeutung von Arbeit

Das empirische Material verdeutlicht des Weiteren, dass sich der **mangelnde Zugang zum Arbeitsmarkt** nachteilig auf die gesundheitliche Situation auswirken kann. Für diejenigen, denen jeder Zugang versperrt ist, kann gesagt werden, dass sie sich in eine **Situation unfreiwilligen Nichtstuns** geworfen sehen. Darüber hinaus bestimmt die Angst vor Ausweisung bei dieser Gruppe einen noch größeren Teil ihrer Gedanken, als dies bei denjenigen Gruppen der Fall ist, die durch Arbeit für einen Teil des Tages vom ungewissen Ausgang des Asylverfahrens und von den Fluchthintergründen abgelenkt sind. Analog zu den Befunden der Marienthalstudie (Jahoda / Lazarsfeld / Zeisel 1975 – zuerst 1933) lässt sich auch bei der Gruppe arbeitsloser Asylsuchender eine verbreitete Resignation und verbreitete Müdigkeit erkennen. Ähnlich wie bei den Beobachtungen der Marienthalstudie, lässt sich aus den Interviews der Asylsuchenden eine geschlechtsspezifische Differenz im Hinblick auf die Tagesstrukturierung erkennen. Frauen, die mit Familienangehörigen in Deutschland sind, haben durch die Versorgung der Angehörigen eine Tagesstrukturierung. Dies trifft zum Teil sogar auf diejenigen zu, denen durch die Versorgung in zentralisierten Unterkünften viele Handlungsmöglichkeiten entzogen sind. Anders als in der Marienthalstudie leiden aber auch diese Frauen häufig unter Müdigkeit und Antriebslosigkeit. Dies hängt damit zusammen, dass neben der Arbeitslosigkeit Ängste vor Ausweisung, andere Einschränkungen von Handlungsmöglichkeiten und gesundheitlich bedenkliche Lebens- und Wohnbedingungen den Alltag dieser Gruppe bestimmen.

Das **Angebot gemeinnütziger Tätigkeiten** gibt einigen Asylsuchenden eine Alternative zum Nichtstun. Nicht zu unterschätzen ist hier das psychosozial stärkende Potential. Einige Asylsuchende erfahren durch diese Tätigkeiten eine inhaltliche Ausfüllung des Tages. Einigen helfen die Tätigkeiten, sich auf etwas anderes als das anstehende Asylverfahren und die Fluchthintergründe zu konzentrieren. In Ausnahmen sehen sich einige aufgewertet, weil sie durch diese Tätigkeiten die Position eines Bittstellers überwinden können. Es gibt jedoch eine Reihe von Problemen, die gemeinnützige Tätigkeiten mit sich bringen können. Einige Asylsuchende erleben

direkten Rassismus durch Vorgesetzte bei der Ausübung dieser Tätigkeiten. Weit verbreitet sind **Abwertungserfahrungen**, in denen mangelnde Sprachfähigkeiten mit mangelnden intellektuellen oder beruflichen Fähigkeiten gleichgestellt werden. Darüber hinaus erleben einige Asylsuchende die angebotenen Tätigkeiten als **Abbau ihrer Kompetenzen und Qualifikationen**, da sie weit unter den früher erworbenen Qualifikationen liegen. Des Weiteren wird die gemeinnützige Tätigkeit in den Gemeinden, in denen ein Zwang dazu besteht, als **Einschränkung der Handlungsmöglichkeiten** erfahren. Dies ist insbesondere da der Fall, wo von Seiten der MitarbeiterInnen in den Behörden keine oder kaum Rücksicht auf die Suche nach regulären Arbeitsmöglichkeiten, den Wunsch nach Weiterqualifizierung oder auf die Genesung von Krankheiten genommen wird.

Direkte gesundheitliche Versorgung

Im Hinblick auf die **Erfahrungen von AsylbewerberInnen mit dem Gesundheitssektor in Deutschland** kann gesagt werden, dass es eine große Bandbreite an Erfahrungen gibt, die sehr von den individuellen Kontakten zu BehördenmitarbeiterInnen und ÄrztInnen beziehungsweise anderem medizinischem Personal abhängen. Bei vielen Aussagen in den Interviews steht mindestens ebenso sehr wie die Ablehnung oder Anerkennung bestimmter Leistungen der persönliche Umgang mit dem oder der Einzelnen auf dem Prüfstand. Was durchgängig verlangt wird, ist ein **Umgang mit Respekt** und die **Erwartung von Gleichbehandlung**. Wo dies fehlt, schlagen auch andere therapeutische Maßnahmen fehl. Deutlich wird darüber hinaus, dass das Asylbewerberleistungsgesetz Spielräume zulässt, die unterschiedlich genutzt werden. Vor dem Hintergrund mannigfaltiger Diskriminierungserfahrungen während des Asylverfahrens wird die unterschiedliche Ausnutzung von Spielräumen im Asylbewerberleistungsgesetz von Asylsuchenden als persönliche Diskriminierung gewertet.

Bedeutung deutscher Sprachkenntnisse

Auswirkungen der **mangelnden Kenntnisse der deutschen Sprache** liegen quer zu allen genannten Bereichen. Die geringen Kenntnisse machen Asylsuchende zu einer abhängigen Gruppe. Der mangelnde Anspruch auf Übersetzung in allen Verwaltungs- und Versorgungsbereichen sowie die Nicht-Übernahme von Kosten für Sprachkurse führt dazu, dass die ohnehin bestehende **Verunsicherung** gegenüber eigenen Ansprüchen, gegenüber Zuständigkeiten und Verwaltungsabläufen noch erhöht wird. Dies trägt maßgeblich zur Reduzierung von Handlungsmöglichkeiten bei.

Im Hinblick auf das Leben mit den genannten Bedingungen kann gesagt werden, dass die Wahrscheinlichkeit gesundheitlicher Beeinträchtigungen mit der **Zeitdauer**

zunimmt. Wichtiger als der zeitliche Faktor ist jedoch das Zusammenspiel der genannten Bedingungen.

Bedeutung kultureller Differenzen

Überraschend sind die Befunde im Hinblick auf den **Einfluss von Kultur**. Kulturelle Differenzen werden kaum von den Asylsuchenden selbst erwähnt. In diesem Zusammenhang ist allerdings zu bemerken, dass in einer der untersuchten zentralisierten Unterbringungen Konsequenzen aus Erfahrungen anderer großer zentralisierter Unterbringungen für Asylsuchende gezogen wurden und bei der Belegung der einzelnen Zimmer, der einzelnen Wohnflure und der Häuser auf den kulturellen Hintergrund der BewohnerInnen geachtet wurde. Damit wurde ein Stressfaktor des Zusammenlebens auf engem Raum reduziert.

Kulturelle Differenzen werden allerdings von MitarbeiterInnen, insbesondere zentralisierter Unterbringungen, als Erklärungen für unbequemes oder unverständliches Verhalten von Asylsuchenden herangezogen. Ein Beispiel hierfür liefern die Diskussionen zur zentralisierten Essensversorgung. Die Essensversorgung als Problem kann zugleich als Chiffre für die gesamte Unterbringungssituation in einer der untersuchten zentralisierten Unterkünfte betrachtet werden. Asylsuchende weisen an vielen Stellen neben den individuellen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die diese Ernährung für sie mit sich bringt, auf die strukturelle Natur des Problems hin. Sie verdeutlichen den in der zentralisierten Essensversorgung sichtbar werdenden Charakter der Fremdbestimmung. Auf das Problem der zentralisierten Essensversorgung angesprochen, gestehen viele MitarbeiterInnen zu, dass die Ernährungsgewohnheiten in der Unterbringung aufgrund der multiethnischen Zusammensetzung der Asylsuchenden sehr verschieden sind. Hierfür werden Lösungen gesucht, die an den verschiedenen – angenommenen – kulturellen Präferenzen ansetzen, an der zentralisierten Versorgung im Kern aber festhalten. Ein strukturelles Problem, dass eine alleinige zentralisierte Essensversorgung grundsätzlich problematisch ist, wird nicht eingestanden.

Ein anderes Beispiel liefert die Einordnung des individuellen Verhaltens bei der Forderung von Unterstützungsleistungen. Hier lassen sich des öfteren Urteile über ganze Volksgruppen von Seiten der MitarbeiterInnen unterschiedlichster Berufsgruppen finden. Dies könnte damit zusammenhängen, dass das Heranziehen kulturalistischer Stereotype in der alltäglichen Bewältigung des Arbeitspensums hilft, den Umgang mit gestellten Forderungen zu strukturieren. So kann allein aufgrund der ethnischen Zugehörigkeit ein größeres oder kleineres Maß an Unterstützungsleistungen als gerechtfertigt erscheinen.

Bedeutung von Geschlechterdifferenzen

Zu beobachten ist die **besondere Gefährdung von Frauen** in Konflikten, die in den beengten Wohnverhältnissen zentralisierter Unterbringungen oder kommunaler Gemeinschaftsunterkünfte entstehen. Stärker als Männer reagieren sie bei Androhungen von Gewalt mit Rückzug in den vermeintlich sicheren Raum des eigenen Zimmers, das mitunter auch abgeschlossen wird. Somit tragen die potentiellen Gewalttätigkeiten, die unfreiwilliges Zusammenwohnen auf engstem Raum mit sich bringen, auch zur weiteren **Einschränkung des Aktionsradius von Frauen** bei.

Hervorzuheben ist, dass bei der Belegung zentralisierter Unterbringungen und Gemeinschaftsunterkünfte – soweit möglich – **Rücksicht auf die besondere Gefährdung von alleinstehenden Frauen** genommen wird, indem sie dezentral oder gemeinsam mit Familien untergebracht werden. Unterschiede im Verhalten von weiblichen und männlichen MitarbeiterInnen werden hier besonders deutlich in zwei Fällen, in denen der Verdacht auf Prostitution geäußert wird. Hier wird von einem männlichen Mitarbeiter zwar die besondere Schutzfunktion und das Problem des Umgangs von Seiten des sozialen Dienstes hervorgehoben, sowohl er als auch ein anderer männlicher Mitarbeiter reagieren aber deutlich gelassener, während weibliche Mitarbeiterinnen das Bedrohungspotential sowohl für die sich prostituierende Frau als auch für andere Frauen stärker in den Mittelpunkt rücken.

Auch auf die besonderen Bedürfnisse nach Schutz und Ruhe von schwangeren Frauen wird in einer der untersuchten zentralisierten Unterbringungen reagiert, indem ein Krankenzimmer in der Nähe der Krankenstation zur Verfügung gestellt wird, was allerdings von den Frauen nicht angenommen wird.

Vereinzelt reagieren Männer ähnlich und versuchen den Konflikten mit anderen Männern durch Rückzug aus dem Weg zu gehen. Hier kommt für **alleinstehende Männer** die Schwierigkeit hinzu, dass sie das Zimmer mit anderen teilen, ein Abschießen der Zimmertür also nicht möglich ist.

Alleinstehende Frauen thematisieren darüber hinaus regelmäßig ihre besondere **Schutzlosigkeit** in Interaktionen mit Behörden oder mit ÄrztInnen. Wird eine Leistung versagt, dann entsteht bei ihnen mitunter der Verdacht, dass dies mit ihrer Geschlechterzugehörigkeit zu tun hat. Auch lässt sich erkennen, dass im Umgang mit Behörden **Kontrollen** von Frauen stärker als Eingriff in ihre Handlungsautonomie erfahren werden als von Männern.

Interessant war darüber hinaus, dass ein enger Zusammenhang zu kulturalistischen Annahmen seitens der MitarbeiterInnen beobachtet werden konnte. Wie die Befunde erkennen lassen, gibt es einige Situationen, in denen stereotype und pauschale Annahmen die Arbeit verschiedener MitarbeiterInnen prägen. Insbesondere weibliche Mitarbeiterinnen reagieren sensibel und vehement auf die potentielle Aushöhlung der vermeintlichen Geschlechteregalität, die sie durch Verhaltensweisen von Flüchtlingen

aus bestimmten Herkunftskontexten bedroht sehen. Hier könnte es sich um einen Aushandlungsprozess zwischen dem Verhältnis „von Frauenrechten und dem Recht auf kulturelle Selbstbestimmung bzw. der Anerkennung kulturell unterschiedlicher Lebensweisen und Werte“ (Schad 2000:3) handeln.

Wechselwirkungen

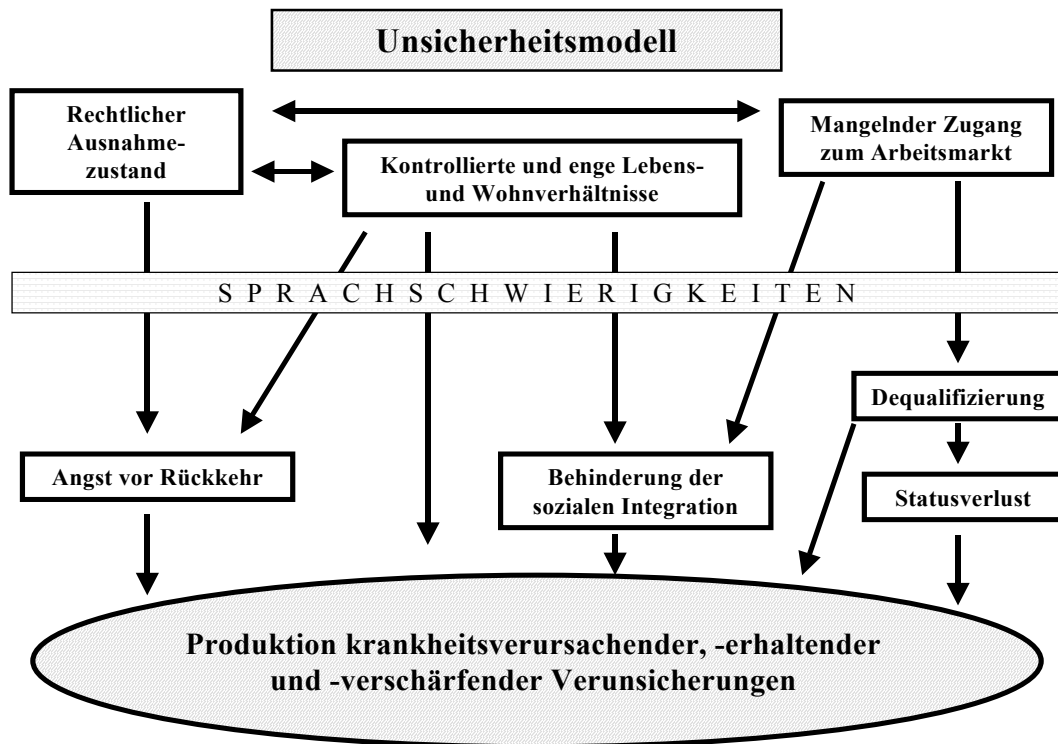
Wie in der Einleitung erwähnt, bieten viele der genannten empirischen Einzelbeispiele keine Überraschung für diejenigen, die mit den Belangen von Flüchtlingen und Asylsuchenden alltäglich zu tun haben. Viele der Befunde bestätigen darüber hinaus Ergebnisse, die in Untersuchungen der 1990er Jahre hinsichtlich der gesundheitlichen Situation von Asylsuchenden (vgl. Mohammadzadeh 1993, Ressel 1994, Yonan 1994, Aycha 1996) herausgearbeitet wurden. Allerdings werden auch gesundheitliche Folgen sichtbar, die die regional vorhandene zentralisierte Unterbringung mit sich bringt. Insbesondere die Verwobenheit der dortigen Verwaltungs- und Versorgungsstruktur sowie das Primat der Motivation zur Rückkehr tragen dazu bei, dass viele Asylsuchende in der Region mit einer Vielzahl gesundheitlich bedenklicher Bedingungen zu leben haben, die über die Befunde der 1990er Jahre hinausgehen. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass aus gesundheitlicher Perspektive bedenkliche Bedingungen mit dem Grad zunehmen, mit dem die **Lebensbedingungen** die **Handlungsmöglichkeiten der Asylsuchenden** einschränken. Eine besonders starke Anhäufung gesundheitlich nachteiliger Bedingungen findet sich regional in der zentralisierten Unterbringung, die eine **Motivation zur Rückkehr zum Ziel** hat. Festzuhalten ist darüber hinaus, dass die genannten Bedingungen nicht nebeneinander stehen, sondern sich **gegenseitig beeinflussen und verstärken**.

Vor dem Hintergrund der regionalen Situation werden deshalb im folgenden zwei Aspekte besonders ausführlich betrachtet. Erstens sollen die Wechselwirkungen der genannten Bedingungen im Hinblick auf die gesundheitliche Situation herausgearbeitet werden. Dies geschieht im 11. Kapitel anhand des im Rahmen dieser Untersuchung erarbeiteten Unsicherheitsmodells. Zweitens sollen die Folgen der Versorgungs- und Verwaltungsstrukturen genauer betrachtet werden, die anhand der regionalen Situation analysiert wurden. Vor dem Hintergrund, dass eine Zentralisierung der Unterbringung immer wieder diskutiert wird und auch regional der Trend zur Zentralisierung trotz abnehmender Neuzugänge an AsylbewerberInnen zu beobachten ist und diese besonders nachteilige Bedingungen aufweist, wird im 12. Kapitel auf die dort vorhandenen Versorgungs- und Verwaltungsstrukturen ein besonderes Augenmerk gelegt.

Abschließend stellt sich die Frage, welche Schlussfolgerungen aus den Befunden zu ziehen sind. Dabei ist es den Autorinnen der Studie ein Anliegen, Kausalitäten zwischen den Befunden und den Lösungsansätzen beziehungsweise Handlungsempfehlungen sichtbar zu machen.

11. Multikausale Determinanten krankmachender Lebenssituationen: Das Unsicherheitsmodell

Die empirischen Befunde weisen darauf hin, dass es keine Einzelbedingungen sind, die Asylsuchende krank machen. Angelehnt an das salutogenetische Konzept von Antonovsky, nach dem die Gesundheit durch das Zusammenspiel verschiedener psychosozialer, psychischer und biochemischer Stressoren bestimmt wird, lassen sich die genannten Bedingungen als eine Reihe von Faktoren beschreiben, die durch ihr Zusammenspiel **krankmachende, krankheitserhaltende oder –verschärfende Verunsicherungen** produzieren. Erschütterungen des Kohärenzgefühls (vgl. Kap. 1.3) sind das Ergebnis. Das Zusammenspiel der zentralen Bedingungen wird durch das folgende Schaubild verdeutlicht:



Bei der Anwendung des Modells ist zu berücksichtigen, dass Asylsuchende in der Tendenz eine belastende **Flucht** oder belastende **Fluchthintergründe** erlebt haben. Durch ihre Flucht sind sie herausgerissen aus den sozialen Bezügen, die ihnen zuvor ermöglichten, mit schwierigen Lebensbedingungen zu leben. Auf sich allein gestellt, begegnen sie in Deutschland einer Situation, in der ihr Leben strengstens **kontrolliert** und **reglementiert** wird. Ausgangspunkt des Modells ist daher der **rechtliche Ausnahmezustand**, in dem alle Asylsuchende leben. Dieser Ausnahmezustand produziert nicht nur **Ängste vor einer ungewollten Rückkehr**, sondern er schreibt auch eine ganze Reihe von Besonderheiten der **Lebens- und Wohnverhältnisse** sowie den **mangelnden Zugang zum Arbeitsmarkt** fest und wirkt sich somit auf das

subjektive Empfinden und die Möglichkeiten der aktiven Gestaltung der eigenen Lebenssituation aus.

Einen zentralen Stellenwert nimmt die permanente **Angst vor Rückkehr** ein. Wie die empirischen Befunde zeigen, ist die Angst aufgrund des andauernden Asylverfahrens bei der Mehrzahl der Befragten sehr hoch. Allgemein kann gesagt werden, dass solche Ängste akut auftauchen, wenn rechtliche Verschlechterungen eintreten oder Gerichtsverfahren erwartet werden. Beides macht den **rechtlichen Ausnahmezustand** bewusst, in dem Asylsuchende zum Teil über Jahre leben. Zugleich können sich dadurch Erfahrungen spiegeln, die bereits im Herkunftsland durch einen Zustand der Rechtlosigkeit gemacht wurden und in die sich Asylsuchende zurückversetzt fühlen.²⁶¹ Dies gilt auch für das plötzliche Erscheinen der Polizei im persönlichen Nahraum, also in der Nähe des Wohnbereichs, das als krankmachend bezeichnet wurde. Hier ist einerseits zu bedenken, dass die Rolle der Polizei oder anderer Sicherheitskräfte im Herkunftsland vermutlich nicht an die Regeln eines demokratischen Rechtsstaates gebunden war und somit angstbesetzte Erinnerungen hervorrufen kann. Zudem wird das Erscheinen der Polizei auch mit dem Zwang zur Rückkehr in Verbindung gebracht. Beides führt zu krankmachenden Verunsicherungen.²⁶² Besonders starke Ängste erzeugen sicherlich miterlebte Abschiebungen von Nachbarn. Hierzu haben sich die Befragten in den Interviews allerdings nicht detailliert geäußert.

Darüber hinaus tragen **kontrollierte und enge Lebens- und Wohnverhältnisse** durch die Produktion von Angst vor Rückkehr zur Produktion krankheitsverursachender, -erhaltender und -verstärkender Verunsicherungen bei. Die Reduzierung freier Wahlmöglichkeiten im Hinblick auf Wohnort, Gestaltung des Alltags, des Einkaufs oder der Ernährung führt Asylsuchenden täglich vor Augen, dass sie in einem **rechtlichen Ausnahmezustand** leben. Insbesondere durch die in den Lebens- und Wohnverhältnissen angelegten Kontrollen kann eine Situation entstehen, in der Einzelne das Gefühl entwickeln, nicht mehr gestaltend auf ihre Lebenssituation einwirken zu können. Maßgeblich ist hierfür die Gestaltung der Wohnunterbringung und der Versorgungseinrichtungen. Festgehalten werden kann: Je mehr Kontrolle im direkten Wohnbereich ausgeübt wird, desto stärker wird in Alltagssituationen die Angst vor Rückkehr.

Als besonders bedrohlich erleben es Asylsuchende, wenn sie bei der Inanspruchnahme von Sozialleistungen, von Beratungsgesprächen oder bei anderen Behördengängen damit rechnen müssen, dass **Koppelungen mit Rückkehrzwängen** stattfinden. Eine besondere Belastung ist daher das Leben in einer zentralen Einrichtung, in der alle Versorgungs- und Verwaltungseinrichtungen vor Ort zu finden sind. Zu Recht vermuten

²⁶¹ ExpertInnengesprächskreis zur Diskussion der Gesamtergebnisse.

²⁶² Allgemein kann gesagt werden, dass mit der Größe der Einrichtung auch die Häufigkeit des Erscheinens der Polizei zunimmt. Dies liegt auch daran, dass – zumindest in der untersuchten Region – die Suche der umliegenden Wohnbevölkerung nach potentiellen StraftäterInnen unter den Asylsuchenden mit der Größe der Einrichtung zuzunehmen scheint.

Asylsuchende, dass es hier besonders kurze Wege zwischen der Sozial- und der Ausländerbehörde gibt. Hervorgehoben als Vorteil durch die MitarbeiterInnen wirkt sich die aus den kurzen Wegen entstehende Vermischung von Aufgabenfeldern nachteilig auf das Gefühl der einzelnen Asylsuchenden aus, Kontrolle über ihre Lebenssituation zu haben. Gesteigert wird die Zusammenarbeit der einzelnen Behörden und Einrichtungen in einer der untersuchten zentralisierten Unterbringungen, in der die Aufgabe des dortigen Sozialen Dienstes unter anderem darin besteht, den Asylsuchenden die Vorteile einer Rückkehr und die Zwecklosigkeit ihres abgelehnten Asylantrages zu verdeutlichen. So sinnvoll eine solche Beratung in einigen Einzelfällen sein mag, so sehr führt sie doch zu erheblichen Unsicherheiten bei der Mehrheit. Dies lässt das Misstrauen verstehen, dass einige Asylsuchende gegenüber unterschiedlichsten MitarbeiterInnen in der Unterkunft äußern.

Im Material sind darüber hinaus Hinweise darauf zu finden, dass kontrollierte und enge Lebens- und Wohnverhältnisse auch direkt zu krankheitsverursachenden, -verschärfenden oder -erhaltenden Verunsicherungen beitragen. Dies ist besonders dort der Fall, wo es Asylsuchenden schwer fällt, die Aufgabenbereiche einzelner Behörden und Einrichtungen voneinander zu trennen. Auch dies ist in zentralisierten Einrichtungen besonders deutlich zu sehen. Nicht nur in asylrelevanten Aspekten, sondern auch in anderen Lebensbereichen erleben Asylsuchende hier die Zusammenarbeit unterschiedlichster Behörden. Zudem erleben sie in ihrem Wohnbereich – dem Raum der eigentlich Schutz und Sicherheit bieten soll – Einmischungen durch das Personal. Beobachten konnten die Forscherinnen dies in einigen Fällen, wo vor ihren Augen in den Zimmern der Befragten Konflikte ausgetragen wurden. Durch die tägliche Erfahrung eines rechtlichen Ausnahmezustandes entsteht die **Vorstellung, einer völligen Willkür ausgeliefert zu sein**. So vermutet beispielsweise eine Mutter, dass ihr die Kinder weggenommen werden, wenn sie sich nicht so verhält, wie von verschiedenen MitarbeiterInnen erwartet. Krankmachende Verunsicherungen entstehen also nicht nur im Zusammenhang mit der Angst vor Rückkehr, sondern sie können sich auch auf andere Lebensbereiche ausdehnen.

Gleichzeitig tragen die **Reglementierungen der Lebens- und Wohnverhältnisse** zu einer **verstärkten Behinderung der sozialen Integration** bei. Je zentralisierter die Einrichtung ist, um so größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass Asylsuchende keinen oder kaum Zugang zu Einrichtungen finden, die sich an die deutsche Wohnbevölkerung richten. Ihre direkten Belange werden vor Ort geregelt. Dies gilt insbesondere für Mütter, die sich in dieser Ausnahmesituation hauptsächlich um die Belange ihrer Kinder kümmern.

Der **mangelnde Zugang zum Arbeitsmarkt behindert ebenfalls die soziale Integration**. So erfährt die Arbeitslosigkeit, mit der Asylsuchende leben, eine besondere Qualität. Sie wird wahrgenommen als anhaltendes Schicksal, das der Einzelne nicht durch Aktivitäten überwinden kann. Das Urteil „*Schlafen, Essen,*

Schlafen“, das ein Asylsuchender in diesem Zusammenhang fällt, verdeutlicht die langfristige Resignation mit der er sich einem Leben des Nichtstuns ausgesetzt sieht.

Dequalifizierung ist die Folge. Während ein junger Asylsuchender in diesem Zusammenhang feststellt, dass er und seinesgleichen in Deutschland jeglicher Lebensenergie beraubt werden und dies auch als nachteilig für eine eventuelle Rückkehr sieht, beschreibt ein älterer Asylsuchender den **Statusverlust** als Demütigung. Festgehalten werden kann, dass die nachteiligen Folgen der Arbeitslosigkeit mit ihrer zeitlichen Dauer zunehmen. Ausnahmen bilden allein wenige Fälle, in denen es gelingt, trotz der Behinderungen sozialer Integration Anschluss an die deutsche Wohnbevölkerung oder an Flüchtlingsselbstorganisationen zu bekommen. Dies ist insbesondere dort der Fall, wo es Asylsuchenden gelingt, Eigenaktivitäten zu entwickeln. Diese können sowohl im Bereich sozialen oder politischen Engagements angesiedelt sein, oder aber in der Suche nach alternativen Beschäftigungsmöglichkeiten außerhalb des regulären Arbeitsmarktes. In diesen Fällen sind Reduktionen der krankmachenden, krankheitserhaltenden, und -verschärfenden Verunsicherungen zu erkennen.

Vorhandene **Sprachschwierigkeiten** wirken in alle Bereiche hinein. Sie bilden den Hintergrund, vor dem Asylsuchende die Bedingungen erfahren, die krankheitsverursachende, -erhaltende oder -verschärfende Verunsicherungen produzieren. Ohne einen Anspruch an geregelter Übersetzung in Versorgungs- und Verwaltungseinrichtungen besteht die Gefahr, dass Sprachschwierigkeiten bei allen genannten Bedingungen das Maß an Verunsicherungen erhöhen.

12. Versorgungs- und Verwaltungsstrukturen auf dem Prüfstand

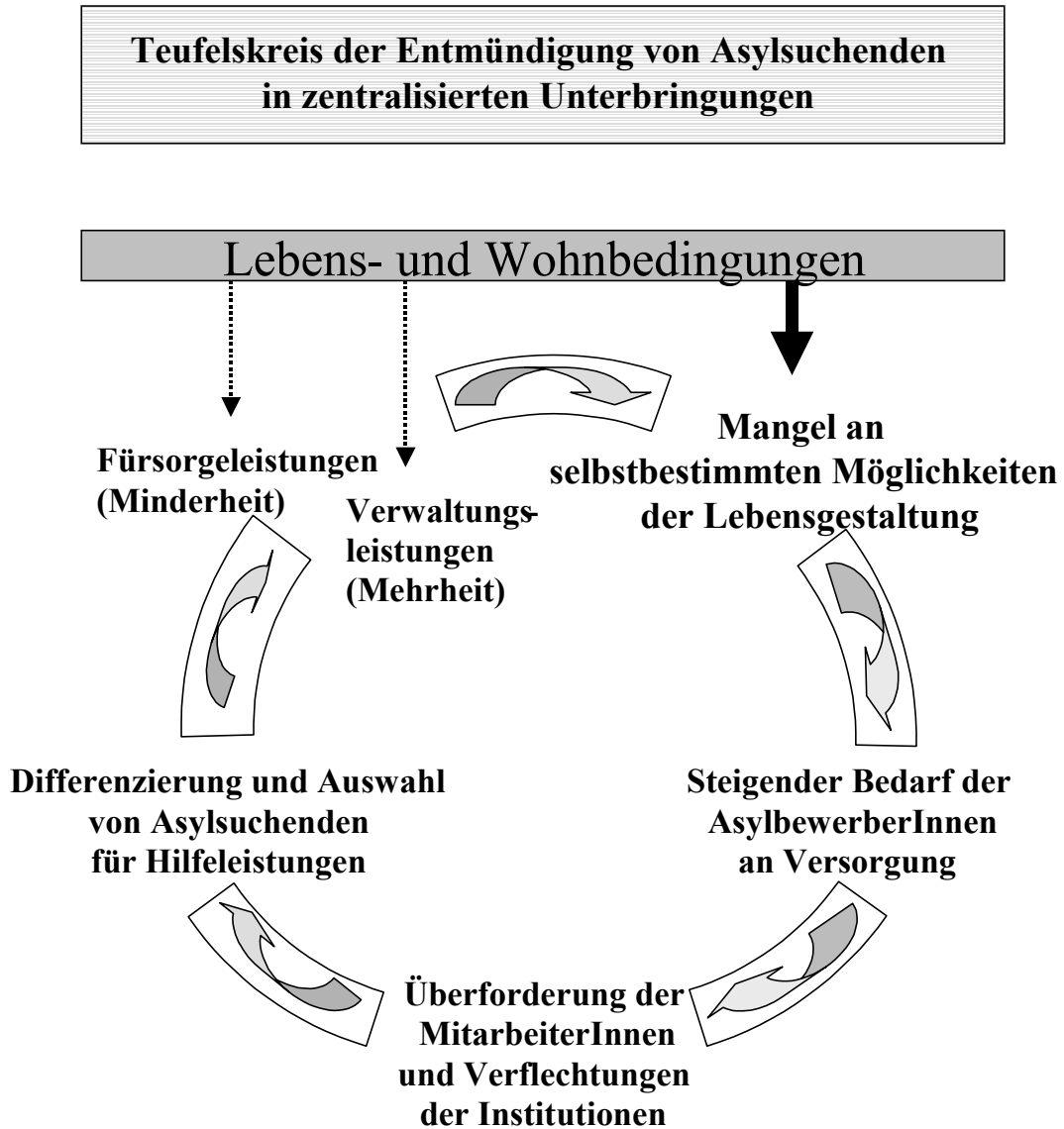
Hinsichtlich der bereits erwähnten Versorgungs- und Verwaltungsstrukturen in der untersuchten zentralisierten Unterbringung lassen sich Dynamiken erkennen, die eine allmähliche Reduzierung von Handlungsmöglichkeiten erklären.

Die untersuchten zentralisierten Unterbringungen verfügen über eine Reihe von Versorgungseinrichtungen, die alle Lebensbereiche der Asylsuchenden erfassen. Hierzu gehören auch Verwaltungseinrichtungen, die für die Belange von Asylsuchenden zuständig sind.

12.1. Das Teufelskreismodell zur Erklärung des Verlusts von Handlungsmöglichkeiten

Grundgedanke des Teufelskreismodells ist es, aufzuzeigen, welche Dynamiken entstehen, wenn Asylsuchende zentralisiert versorgt werden und wie dies allmählich zum Abbau ihrer Handlungskompetenzen beiträgt. Die hier beschriebenen Dynamiken lassen sich zum Teil auch außerhalb der untersuchten zentralisierten Unterbringung

wiederfinden. In zentralisierten Unterbringungen, in denen Asylsuchende länger als einige wenige Wochen während der Orientierungsphase leben, treten sie jedoch besonders deutlich hervor:



Graphik/Modell: Birgit Behrensen/Verena Groß

Ausgehend von einem durch Flucht und Fluchthintergründe hohen Bedarf der Asylsuchenden an **Unterstützungsleistungen** verdeutlicht das Teufelskreismodell, wie die angebotenen Versorgungs- und Verwaltungsstrukturen zu einem **Abbau von Handlungsmöglichkeiten** führen. Vordergründig erscheint es so, dass Asylsuchende in

Einrichtungen mit zentralisierten Angeboten umfassend versorgt sind. Die vor Ort angebotenen Einrichtungen decken zunächst alle essentiellen Lebensbereiche ab. Dies führt dazu, dass im Alltag kein Verlassen des Geländes notwendig ist. Dies trifft gerade für Mütter zu, die sich um die Belange ihrer Kinder kümmern und auch hierfür auf Angebote der Einrichtungen zurück greifen können.

Gleichzeitig führt diese Situation zu einer Reduzierung alltäglicher Handlungsmöglichkeiten, das eigene Leben selbst zu organisieren. Es besteht die Gefahr, dass Asylsuchende bei langem Aufenthalt in der Einrichtung in eine Situation hineinwachsen, in der sie auf eine umfassende Versorgung angewiesen sind. So vermutet ein Asylsuchender, dass er sich nach einem Jahr in der Unterkunft so sehr an das System gewöhnt hat, dass ihm ein Leben außerhalb schwer fallen wird. Diese Vermutung verdeutlicht, den mit einer langandauernden Unterbringung in zentralisierten Unterkünften einhergehenden Verlust von Alltagskompetenzen. Die für das Zurechtkommen in der Aufnahmegesellschaft notwendige „strukturelle Assimilation“ (Gordon 1964:81) wird so verhindert. Zur strukturellen Assimilation gehört es, „zunehmend am Leben sozialer Cliquen, Organisationen und Institutionen (zu) partizipieren.“ (Han 2000:53). Sie bietet die Basis einer Integration. Genau dies blockiert eine Versorgungs- und Verwaltungsstruktur, die darauf angelegt ist, Menschen außerhalb des Systems der Aufnahmegesellschaft zu halten.

Umgekehrt proportional zur Reduzierung ihrer Handlungsmöglichkeiten entsteht der Bedarf, Probleme von anderen lösen zu lassen. Werden alle Einrichtungen vor Ort angeboten, sind Asylsuchende auch auf die Lösung der durch die reduzierten Handlungsmöglichkeiten entstehenden Probleme auf Hilfe innerhalb der Einrichtung angewiesen. Sie sind der Situation in der Einrichtung also im doppelten Sinne ausgeliefert. Auf diese Weise wird ein **steigender Bedarf an Versorgung** produziert, von dem Asylsuchende abhängig sind. Der auf diese Weise produzierte Bedarf kann von den MitarbeiterInnen nicht für alle Asylsuchenden zufriedenstellend gedeckt werden. Die Entscheidung, wessen Bedarf gedeckt wird, gibt den MitarbeiterInnen auch eine gewisse Machtposition.

Als Reaktion auf diese zwangsläufige Überforderung müssen MitarbeiterInnen eine Auswahl treffen zwischen einer kleinen Gruppe von Asylsuchenden, der sie das notwendige hohe Maß an Fürsorge gewähren, und einer großen Gruppe, der sie eine Berechtigung auf diese Fürsorge absprechen. Bei dieser **Differenzierung und Auswahl** – die grundsätzlich aufgrund personeller und finanzieller Einschränkungen auch in anderen Bereichen der Flüchtlingsarbeit zu finden ist – werden im erhobenen Material insbesondere zwei Kriterien sichtbar. Das eine Kriterium ist, dass Asylsuchenden, die zu laut fordern, Hilfeleistungen versagt werden. Statt dessen werden diejenigen vorgezogen, die als bescheiden, leise und zurückhaltend wahr genommen werden, sofern sie in der Lage sind, trotzdem ihren Bedarf zu artikulieren. Dieses Kriterium kann zugleich als Versuch der MitarbeiterInnen verstanden werden, die knappe Ressource Arbeitszeit gerecht zu verteilen. Ein anderes Kriterium, das in der Erhebung

auch mitunter zum Erscheinen kommt, ist die Einteilung der Asylsuchenden entlang ihrer Herkunft. Hier gibt es in einem Fall die Einschätzung, dass Afrikaner besonders fordernd seien. Die Gesprächspartnerin signalisierte in diesem Zusammenhang ihre Zurückhaltung, dieser Gruppe Hilfeleistungen zukommen zu lassen. In einem anderen Fall wurden Afrikaner als problemlos eingestuft, während BürgerInnen aus der ehemaligen Sowjetunion als unangemessen fordernd wahrgenommen wurden. Afrikaner waren hier die gerngesehenen AdressatInnen für Unterstützungsleistungen. Zurückhaltung in der Gewährung von Unterstützungsleistungen wurde gegenüber der zweiten genannten Gruppe, den BürgerInnen aus der ehemaligen Sowjetunion, signalisiert. Gemeinsam ist beiden Differenzierungskriterien, dass MitarbeiterInnen auf diese Weise versuchen, sich vor den nicht zu erfüllenden Forderungen der Zielgruppe auch emotional zu schützen. Im Ergebnis erhält die Mehrzahl der Asylsuchenden nur eine minimale Versorgung, die eher als „**Verwaltungsleistungen**“ verstanden werden können. Versorgung entspricht damit in diesen Fällen eher einem Zustand der **Verwahrung**. Eine Minderheit bekommt dagegen Unterstützung, die des öfteren sogar über den beruflichen Auftrag hinaus geht und in einem Engagement endet, das an Ehrenamtlichkeit grenzt. Aufgrund der in dieser Art der Versorgung enthaltenen Tendenzen der Entmündigung ähnelt diese Art der Unterstützung dem, was bis in die 1950er Jahre hinein in Deutschland „**Fürsorge**“ genannt wurde.

Festzuhalten ist, dass die Suche nach Gerechtigkeit bei der Verteilung der knappen Ressource Arbeitszeit auch kulturell geprägt ist. Typisch für das deutsche Fürsorgesystem erscheinen allein diejenigen Hilfesuchenden als unterstützungsberechtigt, die leise und bescheiden auftreten. Im Hinblick auf die Gruppe der Asylsuchenden knüpft ein solches Bild auch an den öffentlichen Diskurs des „Asylmissbrauchs“ an. Allein diejenigen, die vor allem als Opfer erscheinen, halten dem Urteil des öffentlichen Diskurses stand.

Beide Fälle, Verwaltungsleistungen ebenso wie Fürsorgeleistungen, haben einen **Mangel an selbstbestimmten Möglichkeiten der Lebensgestaltung** auf einem noch höheren Niveau zur Folge. Der Teufelskreis nimmt erneut seinen Lauf. Mit anderen Worten: Je mehr die Unterbringungs- und Versorgungseinrichtungen vor Ort zentralisiert sind und mit einem daraus resultierenden Verlust der Handlungsautonomie einhergehen, und je länger die einzelnen in dieser Situation leben, um so schwieriger wird es für den einzelnen Asylsuchenden, diesen Teufelskreis zu durchbrechen.

Ähnlichkeiten der Strukturen zu dem Konzept von Totalen Institutionen, wie sie von Goffman (1973) beschrieben werden, sind frappierend. Neben den in Kapitel 1.2 genannten äußeren Bedingungen lassen sich auch Ähnlichkeiten im Hinblick auf das Verhalten der Insassen der von Goffman (1973) untersuchten psychiatrischen Anstalt und des Gefängnisses mit dem Verhalten der Asylsuchenden in zentralisierten Unterbringungen erkennen. So spricht Goffman (1973:24ff.) von einem Diskulturationsprozess nach längerem Aufenthalt, worunter er das Verlernen alltagspraktischen Handelns versteht. Die Entstehung der Diskulturation wird mit dem

Teufelskreismodell genauer beschrieben. Ursache ist in beiden Fällen die Zerstörung der Handlungsautonomie, die in der Organisation der zentralisierten Institution und in dem vorhandenen Regelsystem mit seinen Sanktionsinstrumenten begründet ist (vgl. Goffman 1973:45-57).

12.2. Eine Typologie der Verteilung von Unterstützungsleistungen

Wie im Teufelskreismodell sichtbar wurde, können nicht alle Asylsuchenden gleichermaßen durch Unterstützungsleistungen versorgt werden. Aus dem Material lassen sich vier Idealtypen von Asylsuchenden herausarbeiten, die sich in ihrem Umgang mit und ihrem Empfang von Hilfeleistungen unterscheiden:

		Unterstützungsberechtigt innerhalb des Systems	
		Ja	Nein
Hilfeorientiert	Ja	Typus A: Bedürftige	Typus B: Fordernde
	Nein	Typus C: Zurückgezogene	Typus D: Selbstständige

Zentral für die Einteilung der Typen sind die **Strategien der Asylsuchenden bei der Suche nach Unterstützung**. Während es einigen Asylsuchenden gelingt, sich auch in den Augen der MitarbeiterInnen für Unterstützung zu qualifizieren, gelingt dies anderen nicht. Das Unterscheidungskriterium, das in der Erhebung immer wieder benannt wurde, ist die **Einteilung in Fordernde und Bedürftige**. Man könnte sie auch als „laut“ und „leise“ typisieren. Den Leisen wird lieber Unterstützung gewährt als den Lauten. Anders sieht es aber aus, wenn von den Asylsuchenden selbst keine Hilfeorientierung vorhanden ist. In dieser Gruppe gibt es **Zurückgezogene**, die nach den Kriterien des Systems Unterstützung erhalten müssten, im System aber nicht auffallen, und **Selbstständige**, die ihr Leben so unabhängig wie möglich organisieren. Bei diesen Typisierungen handelt es sich um Idealtypen, die den Mechanismus der Auswahl verdeutlichen, so aber nicht in Reinform vorkommen, d.h. ein Asylsuchender ist diesen Typen nicht in seinem gesamten Verhalten zuzuordnen, sondern nähert sich in seinen Verhaltensweisen einzelnen Idealtypen. Da das Material quer analysiert wurde, konnten in einigen Fällen auch bestimmte Begebenheiten dem einen oder anderen Typus zugeordnet werden.

Typus A: Bedürftige

Aufgrund der Kommunikation „*wie in einem kleinen Dorf*“ findet schnell ein Austausch darüber statt, wenn jemand als bedürftig wahrgenommen wird. Ihm werden daraufhin von mehreren Stellen und in Zusammenarbeit dieser Stellen eine Vielzahl von Unterstützungsleistungen zugestanden. Der Bedürftige fordert diese Leistungen zwar ein. Dies tut er aber, indem er sich als Opfer präsentiert. Aufgrund dieses Opferstatus' wird die Hilfebedürftigkeit wahrgenommen. Diese Unterstützungsleistungen gehen zum Teil über das berufliche Engagement hinaus und enden so zum Teil in ehrenamtlichen Zusatzleistungen. Gleichzeitig reichen die Unterstützungsleistungen so weit in die Handlungsfähigkeit des Asylsuchenden hinein, dass allmählich seine vorhandenen Handlungsmöglichkeiten sinken. So gibt es für diesen Typus wenig Grund, Kontakte außerhalb der Einrichtung zu suchen. Er richtet sich mit dem Leben in der zentralisierten Unterbringung ein.

Am Deutlichsten wurde uns der Typus des ruhigen Bedürftigen durch den Fall eines jungen Mannes. Er berichtet im Verlauf des Interviews von extremen Angstzuständen, Depressionen und Schlafstörungen. MitarbeiterInnen der zentralisierten Unterbringung, in der er lebt, gelingt es, einen Therapeuten für eine kostenlose Behandlung zu gewinnen. Gleichzeitig besucht der Interviewte regelmäßig einen Mitarbeiter. Wie der Mitarbeiter uns erzählt, spricht der Asylsuchende jedes Mal stundenlang über seine Probleme. Am Ende leidet der Mitarbeiter regelmäßig unter Kopfschmerzen. Dieses Beispiel ist insofern interessant, als dieser Asylsuchende den Forscherinnen durch die MitarbeiterInnen zum Interview vermittelt wurde. Den MitarbeiterInnen zufolge ist der Asylsuchende nicht nur besonders bedürftig. Er sollte auch das Beispiel einer erfolgreichen Gesundheitsversorgung unter den gegebenen Einschränkungen des Asylbewerberleistungsgesetzes präsentieren. Die Elemente dieser effektiven Versorgung sind jedoch von Grenzverletzungen professioneller MitarbeiterInnen markiert. Der Therapeut bekommt für seine Arbeit kein Geld. Der Mitarbeiter leidet nach den mehrstündigen Gesprächen an Kopfschmerzen. Ein solches Ausmaß an Betreuung ist nur in wenigen Einzelfällen denkbar.

Typus B: Fordernde

Fordernde unterscheiden sich von den Bedürftigen vor allem dadurch, dass sie sich nicht als Opfer präsentieren. Zwar streichen auch sie ihre Erlebnisse heraus, aus denen ihr Bedarf an Unterstützungsleistungen erwächst. Dabei sind sie jedoch weniger zurückhaltend. Vielmehr schreien sie das ihnen zuteil gewordene Unrecht laut heraus. Der dadurch produzierte Druck auf die MitarbeiterInnen wird von diesen häufig abgewehrt. Dies gilt insbesondere, wenn es darum geht, die knappe Ressource der eigenen Arbeitszeit zu verteilen. Während die Fordernden bei der Verteilung materieller Güter etwas stärker zu ihrem Recht kommen als andere, bleiben ihnen umfassende psycho-soziale Unterstützungsleistungen verwehrt. Somit befinden sie sich in der

widersprüchlichen Situation, dass die Intensität ihres Forderns zu einer zunehmenden Verweigerung von Leistungen führt. Der Teufelskreis von Versorgung und Entmündigung wirkt sich auf diese Gruppe besonders fatal aus. Disqualifiziert als EmpfängerInnen von Unterstützungsleistungen fordern sie noch lauter und erleben eine noch stärkere Distanzierung durch das Personal. Gelingt es nicht, diesen Teufelskreis zu durchbrechen, werden sie zu den Problemfällen der Einrichtung, mit denen „*alle Ärger und Probleme*“ haben.

Am Deutlichsten wird der Typus des Fordernden am Fallbeispiel einer alleinlebenden Asylsuchenden, die Mutter von vier Kindern ist. Sie berichtet während des Interviews von einer ganzen Reihe von Krankheitssymptomen, die als psychosomatisch bezeichnet werden können. Sie berichtet auch von Symptomen ihrer Kinder. Gleichzeitig hat aus ihrer Sicht das medizinische Personal, das in ihrer Einrichtung vor Ort ist, kein Interesse an ihr und lehnt ihre Behandlungswünsche ab. Sie beschreibt ein ärztliches Verhalten, mit dem sie sich nicht ausreichend versorgt sieht. Sie erzählt, dass sie sich über das Verhalten des medizinischen Personals an anderer Stelle innerhalb der Einrichtung beschwert habe. Statt Unterstützung erfährt sie eine Abwertung ihres Verhaltens. In der Folge erlebt sie Einmischungen in die Erziehung ihrer Kinder als unangemessene Grenzüberschreitungen. Sie wird misstrauisch gegenüber dem gesamten Personal. Zugleich sieht sie keine andere Möglichkeit, als immer vehementer die Unterstützung ihrer Belange einzufordern. Mit diesem Verhalten begegnet sie allen, nicht nur den MitarbeiterInnen.

Wenn es um die direkte materielle Versorgung in der Einrichtung geht, scheint sie mehr Erfolg zu haben. Beispielsweise erhält sie nach mehrmaliger Forderung eine größere Menge an Körperpflegemitteln, die sie für ihre Kinder braucht. Dies ist jedoch der einzige Fall, wo sie durch ihre mehrfachen Beschwerden zum Ziel kommt. Bei der Beschreibung ihres Lebens in der Einrichtung überwiegen Bilder eines Verteilungskampfes, in dem es Verlierer und Gewinner gibt. Dies erlebt sie als höchst ungerecht.

Typus C: Zurückgezogene

Im Gegensatz zu den Bedürftigen ist es Zurückgezogenen nicht gelungen, bei ihrer Ankunft einen persönlichen Zugang zu MitarbeiterInnen zu finden und der Notwendigkeit besonderer Unterstützung Nachdruck zu verleihen. Unter den Zurückgezogenen gibt es besonders viele, die geprägt sind von Ängsten vor den MitarbeiterInnen der Einrichtungen und der Aufnahmegesellschaft als Ganzes. Unterstützung bekommen sie – wenn überhaupt – eher durch andere Asylsuchende, die ihre Bedürftigkeit und die Gefahr ihres Rückzugs wahrnehmen. Die Angst vor den MitarbeiterInnen führt dazu, dass dieser Typus sich noch weiter zurückzieht und noch weniger Unterstützungsleistungen fordert.

Ein Fallbeispiel für die Zurückgezogenen liefert eine junge Familie mit einem kleinen Kind. Die Forscherinnen haben sie durch ihre Zimmernachbarn kennen gelernt, die regelmäßig nach ihnen schauen. Während die Familie den Forscherinnen beim ersten Besuch noch im Hausflur begegnet, wird beim zweiten Besuch zwei Wochen später ängstlich die Zimmertür geöffnet. Auch die Nachbarn erzählen, dass die Familie kaum noch das Zimmer verlässt. Ihr Kind, das des öfteren krank ist, lassen sie aus Sorge vor Ansteckung kaum noch aus dem Zimmer. Dem Kinderwagen, den sie von der Einrichtung bekommen haben, misstrauen sie. Sie sagen, das Kind sei dort schon einmal heraus gefallen. Der Mann berichtet über Magenschmerzen. Sein Misstrauen gegenüber dem für die Einrichtung zuständigen Arzt ist aber so groß, dass er ihn nicht aufsucht. Alternativen zu einer medizinischen Behandlung, etwa durch traditionelle Heilmittel, erwähnt er nicht. Auch den Nachbarn, die sich um diese Familie kümmern und regelmäßig nach ihrem Befinden fragen, gelingt es nicht, sie aus ihrer Isolation heraus zu holen.

Des Weiteren lässt sich hier auch eine interessante situative Beschreibung erwähnen, nämlich die Auseinandersetzung einer Gruppe von Asylsuchenden im Sommer des Jahres 2003 mit den vor Ort gefundenen Zecken. Die Forscherinnen hatten während eines Gruppeninterviews, in dem die Zecken zur Sprache kamen, den Eindruck, dass die Anwesenden dieses Ungeziefer überhaupt nicht kannten und erst recht nicht einschätzen konnten. Statt dessen spekulierte die Gruppe von Asylsuchenden darüber, wie Zecken genau aussehen und woher sie kommen. Ihr Vorkommen wurde auch mit der Abgeschiedenheit der Anlage in Verbindung gebracht. Die Angst vor den Zecken wurde zum damaligen Zeitpunkt dadurch erhöht, dass wenige Tage zuvor ein Kind an Frühsommermeningitis erkrankt und in ein Krankenhaus eingeliefert worden war. Eine weitere Aufklärung über Zecken scheint es den Äußerungen der Befragten nach nicht gegeben zu haben. Allerdings bemerken die Forscherinnen auch, dass ihre Erklärungen zum Umgang mit Zecken von der Gruppe nicht gehört werden. Die Angst vor Zecken war in der gesamten Gruppe bereits so stark, dass Erklärungsversuche von Mitgliedern der Dominanzgesellschaft, die nicht in dieser Einrichtung leben müssen, daran nichts mehr ändern konnten. Hier führt das Alleingelassensein mit einer gesundheitlichen Problematik zu einer erhöhten Angst vor einem gesundheitlichen Risiko, das aus der Herkunftsregion nicht bekannt ist. Die Reaktion der Befragten kann auch so gedeutet werden, dass sie der Aufnahmegesellschaft misstrauen, die ihnen eine solche Unterkunft zumutet.

Typus D: Selbstständige

Selbstständige erwarten keine Hilfe durch das Versorgungssystem, sondern organisieren sich die notwendige Unterstützung selbst. Zum Teil können sie auf familiäre Netzwerke zurückgreifen. Zum Teil suchen sie sich Aktivitäten, die ihnen aus der Monotonie der zentralisierten Unterbringung heraushelfen. Auch sie kommen mit Bedürfnissen in das System. Da sie ihre Bedürfnisse jedoch durch Rückgriff auf Hilfe außerhalb der

Versorgungsstruktur befriedigen, finden sie Alternativen zum Mangel an selbstbestimmten Möglichkeiten der Lebensgestaltung. In der Folge sind die MitarbeiterInnen am Wenigsten bereit, dieser Gruppe Unterstützung zukommen zu lassen. Mitunter werden Aktivitäten der Selbstständigen auch als störend empfunden. Allein im Rahmen von Verwaltungstätigkeiten kommen MitarbeiterInnen und Selbstständige miteinander in Kontakt.

Die Gruppe der Selbstständigen ist sehr heterogen. In einem Fall kann ein Mann als selbstständig bezeichnet werden, der sich innerhalb einer zentralen Einrichtung Kenntnisse der Elektrotechnik angeeignet hat und nun für die Nachbarn Radios und Fernseher kostenlos repariert. In einem anderen Fall kann ein junger Mann als selbstständig bezeichnet werden, der außerhalb der Einrichtung nach Möglichkeiten des politischen Engagements sucht und diese auch findet. In einem dritten Fall kann eine Frau als selbstständig betrachtet werden, die in einer Gemeinschaftsunterkunft allmählich die Rolle einer Mittlerin zwischen den BewohnerInnen und der Administration einnimmt. Schließlich weist eine Großfamilie Züge von Selbstständigkeit auf, weil sie die notwendigen sozialen Hilfeleistungen im Familienverband organisiert.

Gleichzeitig wurde den ForscherInnen von mehreren Fällen berichtet, in denen sich MitarbeiterInnen gegen eine Unterstützung der Selbstständigen aussprachen. In einem Fall verurteilte eine Mitarbeiterin, dass eine Gruppe bürgerschaftlich Engagierter gerade zu einer Gruppe der hier als Selbstständig Bezeichneten Kontakt aufbaut, „*wo doch andere die Hilfe viel dringender brauchen*“²⁶³. Auch hier steht der Gerechtigkeitsaspekt, um den sich die MitarbeiterInnen durch die Differenzierung und Auswahl bemühen, deutlich im Vordergrund.

13. Resümee, Lösungsansätze und Handlungsempfehlungen

Das Unsicherheitsmodell verdeutlicht, wie die Bedingungen, mit denen Asylsuchende in der Region leben, krankheitsverursachende, -verstärkende und -erhaltende Verunsicherungen produzieren. Wird Gesundheit im Sinne von Antonovsky verstanden als dynamisches Geschehen, das wesentlich von dem Gefühl bestimmt wird, die innere und äußere Erfahrungswelt verstehen zu können und Einfluss auf sie auszuüben (vgl. Kap. 1.2), dann wird deutlich, dass Lebensbedingungen, die zu Unsicherheit und Perspektivlosigkeit führen, gesundheitsschädigend sind. Ob der oder die Einzelne krank wird, hängt – wie Antonovsky in seinen Untersuchungen auch zeigt – mit einer Reihe anderer Faktoren zusammen. Festgehalten werden muss aber, dass Lebensbedingungen, die eine **allgegenwärtige Präsenz von Perspektivlosigkeit und Unsicherheit**

²⁶³ Interviews mit verschiedenen MitarbeiterInnen einer zentralisierten Unterbringung im Sozialen Dienst (Memorandum).

produzieren und verstärken, **nicht geeignet sind, Asylsuchende, die belastende Fluchterfahrungen hinter sich haben, in ihrer Gesundheit zu stärken.**

Die empirischen Befunde zeigen, dass es notwendig ist, Bedingungen zu schaffen, die Asylsuchenden **Möglichkeiten selbständiger Lebensgestaltungen** erhalten, stärken und schaffen.

Das Teufelskreismodell verdeutlicht, wie zentralisierte Versorgungs- und Verwaltungsstrukturen dazu beitragen, dass Asylsuchende in der schwierigen Phase des Wartens auf Asyl zunehmend in ihren Handlungsmöglichkeiten eingeschränkt werden. Die Ergebnisse zeigen einen engen Zusammenhang zwischen dem durch das System produzierten **Mangel an Handlungsmöglichkeiten** für Asylsuchende, dem dadurch produzierten steigenden Bedarf an Unterstützung und die damit einhergehende Belastung derjenigen, die für die Versorgung und Verwaltung von Asylsuchenden zuständig sind.

Um den Menschen in ihrer aufgrund des Asylverfahrens ohnehin belasteten Lebenssituation gerecht zu werden, müsste auf Seiten der Verwaltung und Versorgung alles getan werden, um die Produktion von krankheitsverursachenden, -erhaltenden, und -verstärkenden Verunsicherungen zu reduzieren. Dies kann unterstützt werden durch:

1. eine Rückkehr zu **höheren Anteilen selbstbestimmter Lebensgestaltung**. Hier wären beispielsweise die Schaffung von individuellen Kochmöglichkeiten in zentralisierten Unterkünften zu nennen. Hierzu gehört aber auch eine Abkehr vom Sachleistungsprinzip, von dem Asylsuchende in den Kommunen betroffen sind.
2. eine **Trennung des direkten Wohnbereichs der Asylsuchenden von den Verwaltungseinrichtungen**, die für sie zuständig sind. Im Unterschied zu Asylsuchenden, die dezentral in Wohnungen oder in einer Gemeinschaftsunterkunft leben, existiert bei Asylsuchenden in zentralisierten Unterbringungen diese Trennung nicht.
3. **Hinweise auf Hilfeangebote bei Ankunft in der Kommune**. Hierzu gehören auch Informationen über das Gesundheitssystem, seine Funktionsweise, den Zugang und die bestehenden Ansprüche.
4. Ausbau und Finanzierung **qualifizierter Sprachmittlung** im Gesundheitsbereich.
5. eine **Entflechtung von Versorgungs- und Verwaltungseinrichtungen** durch eine deutliche Trennung zwischen interner und externer Beratung für Asylsuchende in zentralisierten Unterkünften. Gemeint ist damit, dass allein Beratung, die direkt mit Folgen der Unterbringung zu tun hat, intern durch die dortige Sozialberatung geleistet werden sollte. Die darüber hinaus gehende Beratung bezüglich Integration (auf Zeit), Asylrecht und Rückkehr sollte

deutlich getrennt durch externe Anbieter aus dem Bereich von Nichtregierungsorganisationen angeboten werden. Einen Ansatz für eine solche Trennung kann das bestehende Angebot der Gesundheitsversorgung in einer zentralisierten Unterkunft sein, in der diese nicht durch Landesangestellte sondern durch Selbstständige und MitarbeiterInnen einer Nichtregierungsorganisation gestellt wird. Allerdings müsste auch in diesem Fall die institutionelle Trennung stärker als bisher für die Asylsuchenden sichtbar sein und die Möglichkeit einer alternativen Wahl deutlich gemacht werden.

LITERATUR- UND QUELLENVERZEICHNIS

LITERATUR

- Adam Y. / Stülb, M. (2002): Zwischen Multikulturalismus und Individualität. „Culture shopping“ von Hebammenschülerinnen und Migrantinnen in einem medizinethnologischen Unterrichtsprojekt. In: Alsheimer, Rainer (Hg.): Körperlichkeit und Kultur. Dokumentation des 4. Arbeitstreffens des „Netzwerk Gesundheit und Kultur in der volkskundlichen Forschung“, Würzburg, 14.-16. März 2001. Bremen. S. 11-26.
- Alban, S. / Leininger, M. M., Reynolds, C. L. (Hg.) (2000): Multikulturelle Pflege. München, Jena.
- Antonovsky, A. (1979): Health, Stress and Coping: New Perspectives on Mental and Physical Health. San Francisco.
- Antonovsky, A. (1993): Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: Franke, A. / Broda, M. (Hg.) Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept. Tübingen. S. 3-14.
- Attesländer, P. (1993): Methoden der empirischen Sozialforschung. Berlin.
- Aycha, A. (1996): Leben im Exil: Psychologische Untersuchung der subjektiven Lebenssituation ausländischer Flüchtlinge in Deutschland. Frankfurt a.M.
- Bank, R. (2000): Europeanising the reception of asylum seekers: the opposite of welfare state politics. In: Bommers, M. / Geddes, A. (Hg.): Immigration and Welfare: Challenging the borders of the welfare state. London.
- Behrensen, B. (2001): Zwischen Gleichheit und Differenz: Sozialarbeit auf der Suche nach einem angemessenen Umgang mit interkultureller Vielfalt. In: Zeitschrift für Frauenforschung und Geschlechterstudien, Heft 4, S. 40-50.
- Behrensen, B. / Wille, M. (2003): Asylbewerberinnen und Gesundheit: Bedarf und Möglichkeiten struktureller Verbesserungen am Beispiel des EQUAL-Projekts „SPuK – Sprache und Kultur: Grundlagen für eine effektive Gesundheitsversorgung. In: beiträge zur feministischen theorie und praxis, Heft 63/ 64: „Wenn Heimat global wird“ Köln. S. 117-124.
- Bengel, J. (2002): Was erhält den Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese. Diskussionsstand und Stellenwert; eine Expertise von J. Bengel, R. Strittmacher und H. Willmann. Im Auftrag der BZGA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung). Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 6. Köln.

- Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, Nationale Koordinierungsstelle EQUAL (2003): Gender Mainstreaming: Grundlagen und Strategien im Rahmen der Gemeinschaftsinitiative EQUAL. Bonn.
- Classen, G. (2000): Menschenwürde mit Rabatt – Das Asylbewerberleistungsgesetz und was wir dagegen tun können. Karlsruhe.
- Classen, G. / Strothmann, E. (1999): Das Leistungsrecht. Grundlagen für die Praxis. In: Förderverein Niedersächsischer Flüchtlingsrat: Flüchtlingsrat, Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen, Nr. 2 (Themenheft).
- Collatz, J. / Kürsat-Ahlers, E. / Korporal, J. (Hg.) (1985): Gesundheit für Alle. Hamburg.
- Deutsches Ausländerrecht (2004). 18. Aufl., Stand: 1.02.2004. München.
- Eberding, A. / Von Schlippe, A. (2001): Konzepte der multikulturellen Beratung und Behandlung von Migrant*innen. In: Marschalck, P. / Wiedl, K. H. (Hg.): Migration und Krankheit. Schriften des Instituts für Migrationsforschung und interkulturelle Studien (IMIS) der Universität Osnabrück, Bd. 10. Osnabrück. S. 261-282.
- Flüchtlingsrat (Hg.) (2000a): Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen, Ausgabe 66, Leitfaden für Flüchtlinge. Hildesheim.
- Flüchtlingsrat (Hg.) (2000b): Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen, Ausgabe 6+7/2000, Bestandsaufnahme: Flüchtlinge in Niedersachsen.
- Flüchtlingsrat (Hg.) (2002): Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen, Ausgabe 89/90, Sonderheft: Defizite in der Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge: 1. Dokumentation im Rahmen des Projekts SPuK – Sprache und Kultur: Grundlagen für eine effektive Gesundheitsversorgung. Hildesheim.
- Friebertshäuser, B. (1997): Sozialpädagogik im Blick der Frauenforschung. Weinheim.
- Gaitanides, S. (1999): Aus-, Fort- und Weiterbildung im Bereich der interkulturellen Sozialarbeit / Sozialpädagogik mit dem Schwerpunkt „interkulturelle Jugendarbeit“. München.
- Girtler, R. (1984): Methoden der qualitativen Sozialforschung. Wien.
- Glaser, B. G. / Strauss, A. L. (1967): The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. Chicago.
- Glaser, B. G. (1965): The Constant Comparative Method of Qualitative Analysis. In: Social Problems 12. S. 436-445.

- Goffmann, E. (1973): *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen.* Frankfurt a. M.
- Gomolla, M. / Radtke, F.-O. (2002): *Institutionelle Diskriminierung: Die Herstellung ethnischer Differenz in der Schule.* Opladen.
- Gordon, M. M. (1964): *Assimilation in American Life. The Role of Race, Religion and National Origin.* New York.
- Gordon, M. M. (1975): *Towards a General Theory of Racial and Ethnic Group Relations.* In: Glazer, N. / Moynihan, D. P. (Hg.): *Ethnicity, Theory and Experience.* Cambridge (Mass.).
- Hall, S. / Höller C. (1999): *Ethnizität: Identität und Differenz. „Ein Gefüge von Einschränkungen“.* In: Engelmann, J. (Hg.): *Die kleinen Unterschiede: Der Cultural-Studies-Reader.* Frankfurt a.M.
- Han, P. (2000): *Soziologie der Migration.* Stuttgart.
- Haubl, R. (2003): *Riskante Worte: Forschungsinterviews mit Traumatisierten.* In: *Psychosozial* 26. Heft 1, S. 63-78.
- Hennig, C. / Wießner, S. (1982): *Lager und menschliche Würde. Die psychische und rechtliche Situation der Asylsuchenden im Sammellager Tübingen.* Tübingen.
- Herold, S. (2003): *Wenn Frauen flüchten. Formen geschlechtsspezifischer Verfolgung und die Situation von asylsuchenden Frauen in Deutschland.* In: *beiträge zur feministischen theorie und praxis*, Heft 63/ 64: *Wenn Heimat global wird* Köln. S. 125-138.
- Jahoda, M. / Lazarsfeld, P. F. / Zeisel, H. (1975): *Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziographischer Versuch.* Frankfurt a. M. (Erstausgabe: 1933, Wien).
- Junghanss, T. (1998): *Asylsuchende und Flüchtlinge: Gesundheitsversorgung einer komplexen Minderheit.* In: *Sozial- und Präventivmedizin* 43, S.11-13.
- Kantzara, V. (2000): *An Act of Defiance, an Act of Honour: Gender and Professional Prestige among Teachers in Secondary Education in Greece.* Utrecht.
- Kaufmann, J. C. (1999): *Das verstehende Interview.* Konstanz.
- Kothen, A. (2001): *Investieren in die Abschiebung: Das Sachleistungsprinzip.* In: *Pro Asyl: Rassismus hat viele Gesichter. Tag des Flüchtlings 2001.* S. 24.
- Kühne, P. (2002): *Zur Lage der Flüchtlinge in Deutschland (Elektonic e.: Bonn: FES Library) Bonn.*

- Kühne, P. / Rüßler H. (2000): Die Lebensverhältnisse der Flüchtlinge in Deutschland. Frankfurt.
- Kühn, Thomas & Witzel, Andreas (1999): Computergestützte Auswertung biographischer Interviews mittels einer qualitativen Datenbank. Erscheint in der Reihe Arbeitspapiere des Sonderforschungsbereichs 186 der Universität Bremen.
- Lamnek, S. (1993): Qualitative Sozialforschung. Band 2: Methoden und Techniken. München. (Erstausgabe: 1988).
- Mayring, P. (1990): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim.
- Merton, R. K. / Kendall, P. L. (1979): Das fokussierte Interview. In: Hopf, C./Weingarten, E. (Hrsg.): Qualitative Sozialforschung. Stuttgart, S. 171-204.
- Mey, G. (1999). Adoleszenz, Identität, Erzählung. Theoretische, methodische und empirische Erkundungen. Berlin.
- Mohammadzadeh, Z. (1993): Die gesundheitliche Lage und Versorgung der Flüchtlinge in Bremen: Eine Studie im Auftrag und mit Finanzierung des Senators für Gesundheit, Jugend und Soziales, Bremen, in Trägerschaft der AWO Bremen, Verband für soziale Arbeit e.V. Frankfurt a. M.
- Mohammadzadeh, Z. (1995): Das Bremer Erstuntersuchungsprogramm für Asylsuchende. In: Gesundheitswesen 57. S. 457-459.
- Mohammadzadeh, Z. (2002): Gesundheitsprobleme von Flüchtlingen am Beispiel des Bremer Gesundheitsprogramms. Vortrag. In: Caritasverband für die Diözese Osnabrück (DiCV) (Hg.). EQUAL-Projekt SPuK: Sprache und Kultur – Grundlagen für eine effektive Gesundheitsversorgung. Auftaktveranstaltung am 23.10.2002 in Osnabrück. Osnabrück. S. 11-15.
- Nuschler, F. (1995): Internationale Migration Flucht und Asyl, Opladen.
- Rauchfuss, K. (2002): Krankheit kennt keinen Aufenthaltsstatus: Zur gesundheitlichen Situation von Flüchtlingen. In: Flüchtlingsrat (Hg.) Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen, Sonderheft 89/90: Defizite in der Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge: 1. Dokumentation im Rahmen des Projekts SPuK-Sprache und Kultur: Grundlagen für eine effektive Gesundheitsversorgung. Hildesheim. S. 25-39.
- Ressel, N. (1994): Die gesundheitliche und psychosoziale Situation von Flüchtlingen in deutschen Gemeinschaftsunterkünften. Mainz.
- Rohr, E. / Jansen, Mechthild M. (Hg.) (2002): Grenzgängerinnen: Frauen auf der Flucht, im Exil und in der Migration. Gießen.

- Rommelspacher, B. (1995): Dominanzkultur: Texte zu Fremdheit und Macht. Berlin.
- Rommelspacher, B. (2002): Anerkennung und Ausgrenzung: Deutschland als multikulturelle Gesellschaft. Frankfurt / New York.
- Rosner, J. (1996): Asylsuchende Frauen: Neues Asylrecht und Lagerpolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Frankfurt a. M.
- Salman, R. (2002) Dolmetscher im Sozial- und Gesundheitswesen: Sprachliche, konzeptionelle, qualitative, politische und rechtliche Aspekte. In: Flüchtlingsrat (Hg.) Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen, Sonderheft 89/90: Defizite in der Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge: 1. Dokumentation im Rahmen des Projekts SPuK – Sprache und Kultur: Grundlagen für eine effektive Gesundheitsversorgung. Hildesheim. S.58-74.
- Schad, U. (2000): Frauenrechte und kulturelle Differenz: Das Geschlechterverhältnis in Theorie und Praxis der interkulturellen Sozialen Arbeit.
- Schaeffer, M. B. (1995): Rassismus und Gruppenanalyse. In: Förderverein Gruppentherapie e.V., Münster (Hg.): Arbeitshefte Gruppenanalyse, 2/1994: Soziale Ungleichheit in Physiotherapie und Beratung. S.8-16.
- Scherr, A.(2001): Interkulturelle Bildung als Befähigung zu einem reflexiven Umgang mit kulturellen Einbettungen. In: Neue Praxis 4. Neuwied. S. 347-357.
- Seligmann, M.E.P / Abramson, L. Y. / Semmel, A. / Baeyer, C. (1979): Depressive attributional style. Journal of Abnormal Psychologie, 88. S. 242-248.
- Sennet, R. (2000): Der flexible Mensch: Die Kultur des neuen Kapitalismus. Berlin.
- Sieveking, K. (1997): Zur Novellierung des Asylbewerberleistungsgesetzes. Statusminderung und Strukturveränderung des Sozialhilferechts durch Leistungsreduktion. In: Barwig, K. u.a. (Hg.): Sozialer Schutz von Ausländern in Deutschland. Hohenheimer Tage zum Ausländerrecht 1996. Baden-Baden. S. 25ff.
- Stiegler, B. (2000): Professionalisierung, Regionalisierung, Gender. Vortrag. In: Forschungsschwerpunkt „Frauenberufstätigkeit im regionalen Sozial- und Gesundheitswesen“ (Hg.): Professionalisierung – Regionalisierung – Gender. Dokumentation der Fachtagung des Forschungsschwerpunktes „Frauenberufstätigkeit im regionalen Sozial- und Gesundheitswesen“ am 17. November 2000 an der Fachhochschule Nordostniedersachsen. S. 11-19.
- Strauss, A. / Corbin, J. (1990): Basics of Qualitative Research. Grounded Theory Procedures and Techniques. London.

- Sundberg, N. D. (1981): Research and research hypothesis about effectiveness in intercultural counselling. In: Pederson, P.B. / Dragus, J.G. / Lonner, W.J. / Trimble, J.E. (Hg.): Councelling across cultures: Honolulu. S. 304-342.
- Vorbrodts, E. (1981): Lager zerstören Menschen. Physische und psychische Auswirkungen der Lagerunterbringung von Flüchtlingen. Vortrag des Hearings: Gegen Sammellager und gegen den ZAST-Neubau Karlsruhe am 18.03.1981. Karlsruhe.
- Wipfler, R.(1986): Asyl Konkret, Lageralltag als kritisches Lebensereignis. Berlin.
- Witzel, A. (2000): Das problemzentrierte Interview [26 Absätze]. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research [Online Journal], 1(1). Verfügbar über: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-00/1-00witzel-d.htm> [Datum des Zugriffs: 07.06.04].
- World Health Organisation (1986): Ottawa Charta for Health Promotion: An International Conference on Health Promotion, the Move Towards a New Public Health , Nov. 17-21, 1986, Ottawa, Ontario, Canada.
- Yonan, G. (1994): Psychosoziale Folgen der Flucht. Göttingen.

STATISTIKEN

- Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge (Hg.) (2001): Zuwanderung und Asyl in Zahlen. Nürnberg.
- Statistisches Bundesamt Deutschland (2003): Asylbewerberleistung (<http://www.desstatis.de/basis/d/solei/soleiq28.htm>) Wiesbaden.
- Landkreis Osnabrück – Fachdienst Ordnung (2002): Ausländer im Landkreis. Jahresbericht 2002. Fakten, Zahlen, Bewertungen zur Situation im Landkreis Osnabrück.
- Stadt Osnabrück – Ausländerbehörde: Elektronische Antwort zur Anfrage der Zahlen von Asylsuchenden und Flüchtlingen in der Stadt Osnabrück (Stand: 4.12.2003)

INTERVIEWS MIT ASYLSUCHENDEN

- Interview mit Frau A. im Juni 2003, Übersetzung durch eine Dolmetscherin (Transkription und Memorandum).
- Interview mit Herrn B. im Juli 2003 (Transkription und Memorandum).

Interview mit Herrn und Frau C. im Juli 2003, Übersetzung durch einen Dolmetscher (Transkription und Memorandum).

Gruppeninterview mit Herrn und Frau D. sowie dreien ihrer Kinder und Herrn M. im Juli 2003, Übersetzung durch einen Dolmetscher (Transkription und Memorandum).

Interview mit Herrn E. im August 2003 (Memorandum).

Interview mit Herrn F. im August 2003 (Memorandum).

Interview mit Herrn G. im August 2003 (Memorandum).

Interview mit Herrn H. im August 2003 (Memorandum).

Interview mit Frau I. im August 2003 (Memorandum).

Interview mit Herrn und Frau J. im August 2003 (Memorandum).

Interview mit Frau K. im August 2003 (Memorandum).

Interview mit Frau L. im August 2003 (Memorandum).

Interview mit Herrn N. im Oktober 2003, Übersetzung durch einen Dolmetscher (Memorandum).

Gruppeninterview mit Herrn Q., Herrn R., Herrn S., Herrn T., Herrn U., Herrn V. im Oktober 2003. (Memorandum).

INTERVIEWS MIT ANDEREN AKTEURINNEN

Interview mit einer Mitarbeiterin einer zentralisierten Unterbringung im Sozialen Dienst im Juli 2003 (Memorandum).

Interviews mit verschiedenen MitarbeiterInnen einer zentralisierten Unterbringung (Krankenstation, Sozialer Dienst, Verwaltung) im Oktober 2003 (Memoranden).

Gespräch mit einem Mitarbeiter einer zentralisierten Unterbringung im Sozialen Dienst im Oktober 2003 (Memorandum).

Gespräch mit verschiedenen MitarbeiterInnen einer zentralisierten Unterbringung (Leitung, Krankenstation, Sozialer Dienst, Verwaltung) im Mai 2004.

MEMORANDEN ZU TEILNEHMENDEN BEOBACHTUNGEN

Memorandum zur Besichtigung einer zentralisierten Unterbringung sowie Gespräche mit unterschiedlichen MitarbeiterInnen (Leitung, Verwaltung) im Februar 2003.

Memorandum zu einem Besuch bei mehreren Familien in einer zentralisierten Unterbringung im April 2003.

Memorandum zu einem Besuch einer zentralisierten Unterbringung bei mehreren Einzelpersonen und Familien im Mai 2003.

Memorandum zu einem Besuch bei mehreren Einzelpersonen und Familien in einer zentralisierten Unterbringung im Juni 2003.

Memorandum zu einem Besuch bei Frau A. in einer zentralisierten Unterbringung im Juni 2003.

Memorandum zur Besichtigung einer zentralisierten Unterbringung sowie zu Gesprächen mit unterschiedlichen MitarbeiterInnen (Leitung, Verwaltung, Sozialer Dienst, Krankenstation) im Dezember 2003.

Memorandum zu Interaktionen von MitarbeiterInnen und Asylsuchenden in einer zentralisierten Unterbringung im März 2004.

Memorandum zur Besichtigung einer zentralisierten Unterbringung sowie zu Gesprächen mit unterschiedlichen MitarbeiterInnen (Leitung, Verwaltung, Sozialer Dienst, Krankenstation) im März 2004.

Memorandum zu Interaktionen von MitarbeiterInnen und Asylsuchenden in einer zentralisierten Unterbringung im April 2004.

Memorandum zu Vorgesprächen der Fragebogenerhebung in einer zentralisierten Unterbringung im April 2004.

Memorandum zur Fragebogenerhebung in einer zentralisierten Unterbringung im April 2004.

Memorandum zur Interaktion zwischen Dolmetscher, MitarbeiterInnen und einer Familie in einer zentralisierten Unterbringung im April 2004.

Memorandum zu Besuchen bei zwei Familien in einer zentralisierten Unterbringung im April 2004.

Memorandum zu einem Besuch einer Freizeitveranstaltung in einer zentralisierten Unterbringung im April 2004.

Memorandum zur Besichtigung einer zentralisierten Unterbringung sowie zu Gesprächen mit unterschiedlichen MitarbeiterInnen (Leitung, Verwaltung, Sozialer Dienst, Krankenstation) im Mai 2004.

EXPERTINNENGESPRÄCHSKREISE

ExpertInnengesprächskreis zur Diskussion der Schwierigkeiten zentralisierter Unterbringungen am 04.11.2003.

Expertinnengesprächskreis zur Diskussion der entwickelten Modelle am 06.12.2003.

ExpertInnengesprächskreis zur Diskussion des Forschungsvorgehens am 15.01.2004.

ExpertInnengesprächskreis zur Diskussion der Gesamtergebnisse am 22.06.2004.

SONSTIGE DOKUMENTE

Interview mit Herrn und Frau O. im Rahmen der Ausstellung „Hier geblieben“ im Januar 2003.

Interview mit Herrn P. im Rahmen der Ausstellung „Hier geblieben“ im Januar 2003.

(Telefon-)Interviews mit verschiedenen ÄrztInnen in der Region im Zeitraum von Oktober 2002 bis Dezember 2003, durchgeführt von Mitarbeiterinnen des „SPuK“-Teilprojektes „Regionale Implementierung der Qualifizierungsmaßnahme“.

Unveröffentlichter Bericht einer Unterstützerin zum Besuch in einer zentralisierten Unterbringung im Dezember 2001.

Unveröffentlichter Bericht eines Unterstützers zum Besuch in einer zentralisierten Unterbringung im Dezember 2001.

Unveröffentlichter Bericht einer Unterstützerin zum Besuch in einer zentralisierten Unterbringung im April 2002.

Unveröffentlichter Bericht einer Unterstützerin zum Besuch in einer zentralisierten Unterbringung im Juli 2002.

Unveröffentlichter Bericht einer Unterstützerin über den mündlichen Vortrag eines Asylsuchenden bei einem Treffen einer bürgerschaftlich engagierten Gruppe im Juli 2002.

Unveröffentlichter Bericht einer Unterstützerin zu Vorkommnissen in einer
zentralisierten Unterbringung im November 2002.

Berichterstattung in der Neuen Osnabrücker Zeitung

INTERVIEWLEITFADEN ASYLSUCHENDE

1. Bitte erzählen Sie uns von Ihren Erfahrungen mit Gesundheit und Krankheit seit Ihrer Ankunft in Deutschland. Erzählen Sie einfach alles, was Ihnen seit Ihrer Ankunft passiert ist. Wir werden erst einmal nur zuhören und Sie nicht unterbrechen. Anschließend werden wir Fragen stellen zu Punkten, über die wir etwas mehr wissen möchten.
2. Wie war es, als Sie in krank waren? Was haben Sie da gemacht? Wie haben Sie Hilfe bekommen?
3. Zu wem gehen Sie, wenn Sie gesundheitliche Probleme haben? Können Sie Beispiele nennen?

INTERVIEWLEITFADEN VERWALTUNG

1. Von wem werden die Gesundheitskosten übernommen? Wie wird abgerechnet?
2. Wie ist der genaue Ablauf, wenn jemand über die normalen Gesundheitsleistungen hinaus Leistungen in Anspruch nehmen muss? Können Sie vielleicht ein Beispiel nennen, in dem der Spielraum genutzt werden konnte und wo nicht? (z.B. Psychiatrie, Schwangerschaft, aufwendige Operationen).
3. Wie werden Dolmetscher organisiert? Wie werden sie abgerechnet?
4. Zusatzfrage in zentraler Unterkunft: Welche Vorteile oder Nachteile sehen Sie darin, dass Asylsuchende hier untergebracht sind?

INTERVIEWLEITFADEN MEDIZINISCHES PERSONAL

1. Mit welchen Krankheiten kommen AsylbewerberInnen zu Ihnen?
2. Welche Schwierigkeiten sehen Sie in der Gesundheitsversorgung?

ABDRUCK DES FRAGEBOGENS ZUR GESUNDHEITLICHEN SITUATION UND ZU DEN QUALIFIKATIONEN VON ASYLSUCHENDEN

*Das Projekt "SPuK – Sprache und Kultur: Grundlagen für eine effektive Gesundheitsversorgung" setzt sich dafür ein, daß Asylsuchende in Deutschland **bessere Lebensbedingungen** erhalten. Dieses gilt insbesondere für die **Gesundheitsversorgung** und für **Arbeitsmöglichkeiten**.*

*Um hier langfristig Verbesserungen zu erreichen, sammeln wir Fakten zu den **beruflichen Fähigkeiten** und zu den **gesundheitlichen Schwierigkeiten** von Asylsuchenden.*

Dafür brauchen wir Ihre Mithilfe.

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Fragen. Da dieser Fragebogen sich an verschiedene Gruppen richtet, kann es durchaus sein, daß nicht alle Bereiche auf Sie zutreffen.

Ihre Antworten werden anonym und vertraulich behandelt. Es ist auch möglich, einige Fragen nicht zu beantworten.

Vielen Dank!

Geschlecht: weiblich männlich

Alter:

Herkunftsland / Herkunftsregion / Volkszugehörigkeit:

Sie wohnen zur Zeit: in einem Wohnheim

in einer Sammelunterkunft

in einer eigenen Wohnung

1. Erfahrungen mit Kranksein in Deutschland

Hinweis: Bei diesen Fragen geht es uns darum, herauszubekommen, unter welchen Krankheiten Asylsuchende besonders leiden.

Waren Sie seit Ihrer Ankunft in Deutschland **erkrankt**?

	Oft	Gelegentlich	Gar nicht
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel, Zittern, Gleichgewichtsprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANHANG

Herzrasen, Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkältungen, dauernder Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautausschlag, Hautjucken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angstzustände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Streß, Nervosität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterleibsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magenschmerzen, Hämorrhoiden, Erbrechen, Verdauungsprobleme, Gewichtsveränderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkschmerzen, Wirbelsäulenerkrankungen, versteifter Nacken, Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls Sie krank sind / waren: Wo haben Sie **Hilfe bekommen?**

	Oft	Gelegentlich	Gar nicht
Sozialarbeiter, Sozialarbeiterin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenschwester, Sanitäter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arzt, Ärztin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunde, Bekannte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mir selbst geholfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Fähigkeiten und Erfahrungen

Hinweis: Bei diesen Fragen geht es uns darum, sichtbar zu machen, welche Fähigkeiten Asylsuchende mitbringen.

Haben Sie eine **Ausbildung** / ein **Studium**, für die / das ein Zertifikat ausgestellt wurde? Wenn ja, was?

.....
.....

Arbeitserfahrungen: Was haben Sie bisher in Ihrem Leben gearbeitet?

.....
.....

Welche **Sprachen** können Sie **sprechen**?

.....

Welche **Sprachen** können Sie **schreiben**?

.....

Haben Sie schon mal für andere **übersetzt**?

.....

Was können Sie sich vorstellen, **während des Asylverfahrens Sinnvolles zu tun**?

.....

**AKTEURE IN DER ENTWICKLUNGSPARTNERSCHAFT
„SPuK – Sprache und Kultur: Grundlagen für eine effektive
Gesundheitsversorgung“:**

Caritasverband für die Diözese Osnabrück e.V.

Fachbereich Migration
Johannesstraße 91
D-49074 Osnabrück
Tel.: 0541-341-78 Fax: 0541-341-991
eMail: Ngrehl-Schmitt@caritas-os.de
Qualifizierungsmaßnahme für Flüchtlinge
Tel.: 0541-9989316
eMail: info@spuk.info

Universität Osnabrück

FB Erziehungs- und Kulturwissenschaften
Heger-Tor-Wall 9
D-49074 Osnabrück
Tel.: 0541-969 4060 Fax: 0541-969 4561
Leitung: Prof.in Dr. Carol Hagemann-White
Projektbearbeitung: Birgit Behrensen
eMail: birgit.behrensen@uni-osnabrück.de

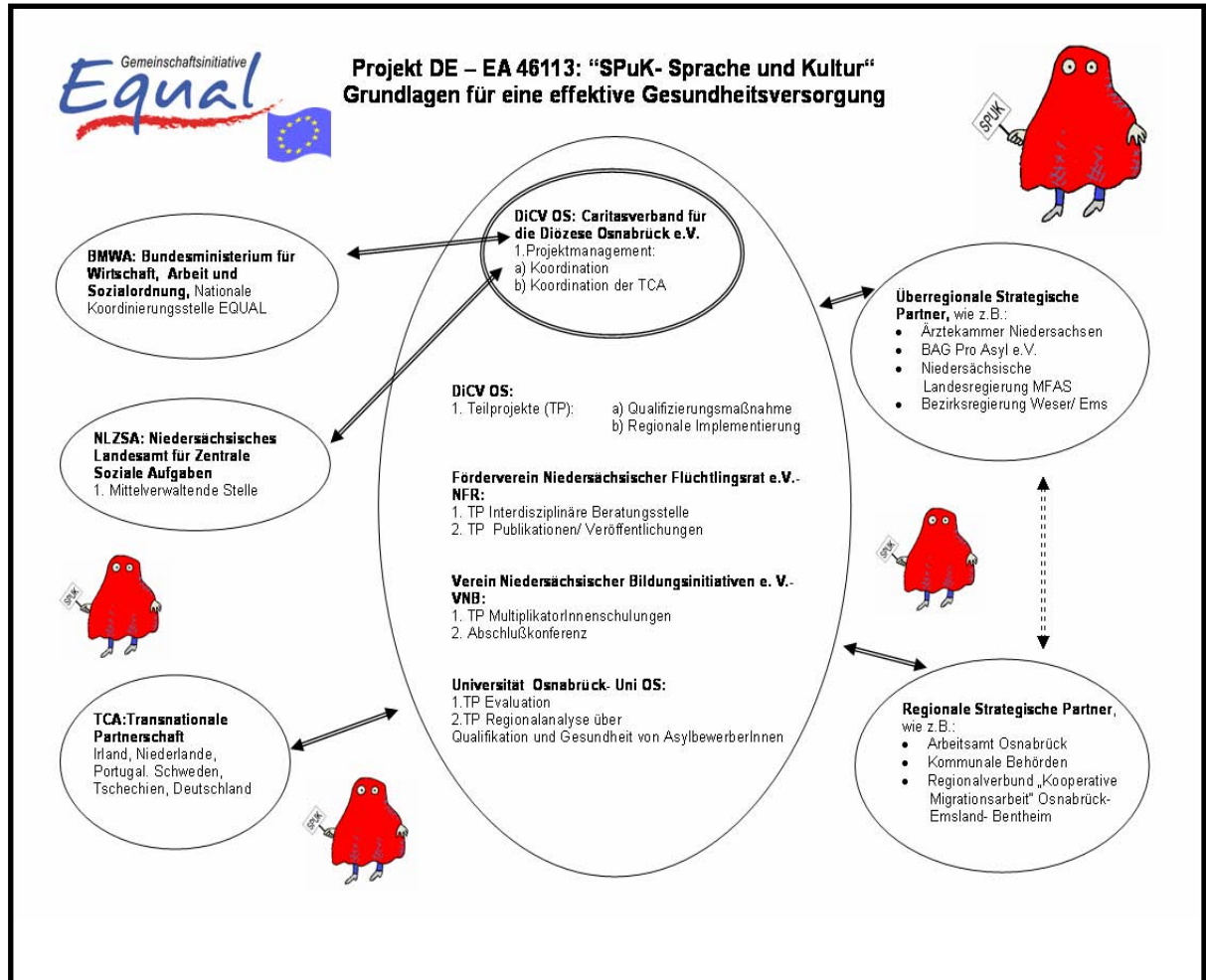
Verein Nds. Bildungsinitiativen

Fachbereich Interkulturelle und internationale Arbeit
Bahnhofsstraße 16
D-49406 Barnstorf
Tel.: 05442-991417 Fax: 05442-2241
eMail: egblomasse@vnb.de

Förderverein Niedersächsischer Flüchtlingsrat e.V.

Langer Garten 23B
D-31137 Hildesheim
Tel.: 05121-15605 Fax:05121-31609
eMail: gesundheit@nds-fluerat.org

ORGANIGRAMM DER ENTWICKLUNGSPARTNERSCHAFT „SPuK – Sprache und Kultur: Grundlagen für eine effektive Gesundheitsversorgung“:



Ich will endlich ein normales Leben haben....

Flüchtlinge leben oft über Jahre in einer Ausnahmesituation, in der ein Zustand von 'Normalität' und Sicherheit fehlt. Auch die Gesundheit von Flüchtlingen wird durch diese Lebensumstände beeinträchtigt.

In dieser Studie wird mit der qualitativen Methode der Grounded Theory nach Zusammenhängen gesucht zwischen den Lebensbedingungen von Flüchtlingen in der Region Osnabrück und ihrem gesundheitlichen Allgemeinbefinden. Dabei geht es unter anderem um Auswirkungen

- des ungesicherten Aufenthaltsstatus sowie der Angst vor Ausweisung,
- der Erwerbslosigkeit aufgrund zahlreicher strukturell bedingter Hürden beim Arbeitsmarktzugang, von denen Asylsuchende generell betroffen sind,
- der in der Region vorzufindenden zentralisierten Unterbringungen im Vergleich zu Unterbringungen in eigenen Wohnungen, und des hohen Grades an Kontrolle im Alltagsleben, von dem Asylsuchende in der Region unterschiedlich betroffen sind.

Zentral für die Bewertung der hier vorgelegten Ergebnisse der Studie ist, dass nicht nur ExpertInnen sondern auch Asylsuchende selbst befragt wurden, die allzu oft bloße Objekte von Verwaltungshandeln und politischen Diskursen sind.

