

Herausforderungen in der medizinischen Versorgung von illegalisierten Menschen in Wien

Gruppenbachelorarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Arts in Social Sciences

der

Fachhochschule Campus Wien

Bachelorstudiengang Soziale Arbeit

Vorgelegt von:

Antonia-Christina Dallinger

Sophie-Thérèse Lenauer

Michael Mörtl

Personenkennzeichen:

c1710533008

c1710533090

c1710533013

Begutachterin:

Mag.^a Dr.ⁱⁿ Irene Messinger

Abgabetermin: 10.5.2019

WIDMUNG

In Gedenken an Benjamin Hafenscher, unseren geschätzten Kollegen und Freund. Er hat mit seiner Idee, die gesundheitliche Versorgung illegalisierter Menschen zu beforschen, den Grundstein dieser Arbeit gelegt. Es versetzt uns in tiefe Trauer, dass er am 15.11.2018 von uns gegangen ist.

ERKLÄRUNG

Wir erklären, dass die vorliegende Gruppenbachelorarbeit von uns selbst verfasst wurde und wir keine anderen als die angeführten Behelfe verwendet bzw. uns auch sonst keiner unerlaubter Hilfe bedient haben.

Wir versichern, dass wir dieses Bachelorarbeitsthema bisher weder im In- noch im Ausland (einem Beurteiler* bzw. einer Beurteilerin* zur Begutachtung) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt haben.

Weiters versichern wir, dass die von uns eingereichten Exemplare (ausgedruckt und elektronisch) identisch sind.

Datum: 10.5.2019

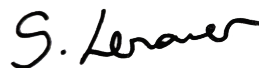
Name:

Unterschrift:

Antonia-Christina Dallinger



Sophie-Thérèse Lenauer



Michael Mörtl



Kurzfassung

Herausforderungen in der medizinischen Versorgung von illegalisierten Menschen in Wien

Die vorliegende Arbeit zielt darauf ab, Herausforderungen in der gesundheitlichen Versorgung für in Wien lebende Menschen ohne entsprechende gesetzliche Aufenthaltsdokumente zu untersuchen.

Der methodische Ansatz besteht aus einer Mischung aus Literaturrecherche und Expert*inneninterviews, für die Ärzt*innen und Sozialarbeiter*innen der drei bestehenden medizinischen Einrichtungen für nicht-versicherte Menschen herangezogen wurden. Die beschriebene Zielgruppe hat einen eingeschränkten Zugang zu Angeboten der Gesundheitsversorgung. Dabei sind sozialisationsbedingte und gesellschaftspolitische Barrieren für die befragten Einrichtungen sowie betroffenen Patient*innen feststellbar.

Den Abschluss der Arbeit bildet eine Projektskizze, deren Entstehungsgrundlage festgestellte Lücken für Menschen ohne Versicherung im Bereich der Pflege und Nachsorge sind.

Abstract

Challenges of medical care for undocumented foreign residents in Vienna

This thesis aims to analyse healthcare limitations for people without appropriate legal documents of residency living in Vienna.

The methodological approach consists of a mix of literature analysis and interviews with experts from three existing medical facilities for non-insured people. The target group faces limited access to health care services. In addition, socialisation-related and socio-political barriers for the interviewed institutions and affected patients can be identified.

Based on the discovered gaps for people without insurance for care and aftercare, this thesis is concluded by a project draft.

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	3
A Theorie		
2	BEGRIFFSDEFINITIONEN UND -ABGRENZUNGEN	5
2.1	Illegalisierte Menschen	5
2.2	Gesundheit.....	6
3	RECHTLICHE GRUNDLAGEN	7
3.1	Österreichisches Fremdenrecht.....	7
3.1.1	Einreise	7
3.1.2	Aufenthalt	7
3.1.3	Sanktionierung des „illegalen“ Aufenthalts.....	8
3.2	Recht auf Gesundheit	9
3.2.1	Menschenrechtsinstrumente der Vereinten Nationen	9
3.2.2	Österreichische Rechtsordnung.....	13
4	ÖSTERREICHISCHES GESUNDHEITSSYSTEM	14
4.1	Grundzüge	14
4.2	Pflichtversicherung.....	14
4.3	Finanzierung	16
4.4	Zugangsbarrieren.....	16
B Empirie		
5	FORSCHUNGSMETHODE	18
5.1	Expert*inneninterviews	18
5.2	Datenauswertung.....	19
6	EINRICHTUNGEN FÜR MENSCHEN OHNE VERSICHERUNG	20
6.1	AmberMed	20
6.2	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder	22
6.3	neunerhaus Gesundheitszentrum.....	23
6.4	Rechtlicher Schutz in den Einrichtungen	25
6.5	Finanzierung	25

6.6	Zielgruppe	26
6.7	Anliegen nicht-versicherter Patient*innen	28
7	HERAUSFORDERUNGEN	30
7.1	Lücken im existierenden Angebot.....	30
7.1.1	Schwangerschaft und Geburtshilfe	30
7.1.2	Chirurgische Eingriffe.....	31
7.1.3	Psychische und psychiatrische Betreuung.....	32
7.1.4	Behandlung schwerer Erkrankungen: Beispiel Chemotherapie.....	32
7.1.5	Pflege und Nachsorge.....	33
7.2	Finanzielle Belastungen für Patient*innen	35
7.3	Sprachbarrieren	36
7.4	Sozialisationsbedingte Herausforderungen	37
7.4.1	Ängste und Unsicherheiten im Gesundheitssystem.....	38
7.4.2	Individueller Lebensstil und Krankheitswahrnehmung	38
7.5	Aktuelle politische Einflüsse.....	39
7.5.1	Auswirkungen auf die Einrichtungen.....	39
7.5.2	Auswirkungen auf die Zielgruppe.....	40
8	VERÄNDERUNGSWÜNSCHE DER EXPERT*INNEN	42
9	FAZIT	44
10	PROJEKTSKIZZE – „Campus Care“	46
10.1	Ausgangssituation.....	46
10.2	Projektbeschreibung	46
10.3	Personal.....	48
10.4	Zielgruppe	49
10.5	Ziele	50
10.6	Finanzierung.....	50
10.7	Maßnahmen der Qualitätssicherung.....	51
	Literatur- und Quellenverzeichnis	53

1 EINLEITUNG

Die vorliegende Arbeit thematisiert die gesundheitliche Versorgung von illegalisierten Menschen in Wien.

Die Gruppe der illegalisierten Personen ist nicht sehr stark beforscht. Es lässt sich feststellen, dass kaum Literatur über Menschen ohne gültiger Niederlassungs- und Aufenthaltsbewilligung mit Bezug auf deren Gesundheit vorhanden ist. Dies führen wir darauf zurück, dass es sich um eine schwer zugängliche Personengruppe handelt. Zudem wird sie häufig mit einem illegalen Grenzübertritt in Verbindung gebracht. Der Großteil dieser Menschen kam jedoch auf „regulären“ Wegen in die Aufenthaltsländer. Erst in der Folge wurde das Aufenthaltsrecht u. a. aufgrund von rechtskräftigen negativen Asylbescheiden, dem Ablauf von Visa oder der Verletzung von Auflagen (z. B. maximale Arbeitsstunden) aberkannt. Es handelt sich daher häufig um sogenannte „overstayers“ (vgl. Ingleby, Petrova-Benedict 2016: 9).

Das Recht auf Gesundheit sowie ein gleichberechtigter Zugang zu medizinischer Versorgung sind in den Menschenrechtsinstrumenten der Vereinten Nationen festgeschrieben. In den österreichischen Gesetzen werden diese Rechte jedoch nicht allen unmittelbar gewährt. Die „reguläre“ medizinische Behandlung von illegalisierten Menschen in Österreich ist vor allem in Notfällen vorgesehen. Laut dem Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KaKuG §23 Abs. 1) darf unbedingt notwendige erste ärztliche Hilfe in öffentlichen Krankenanstalten niemanden verweigert werden. Vom europäischen Projekt „Health Care in NowHereland“ werden zudem drei Bedingungen genannt, unter denen für diese Personengruppe eine Behandlung möglich wird: „Notfall – hier kann der Arzt/die Ärztin definieren, ob ein Notfall vorliegt; ‚Augen zudrücken‘ und Leistungen erbringen im Wissen, dass sie nicht bezahlt werden; übergeordneter karitativer Auftrag der Organisation, z. B. für konfessionelle Häuser“ (Karl-Trummer et al. 2009: 6).

Unabhängig von der Rechtslage ist der Zugang zu Leistungen aus dem Gesundheitssystem oder anderen Rechten auch von weiteren Faktoren abhängig. Dazu zählen beispielsweise materielle und strukturelle Barrieren (vgl. Pochobradsky et al. 2002: 38 ff.) und die ausreichende Ausstattung mit kulturellen, sozialen und ökonomischen Ressourcen (vgl. Scherschel 2015: 125).

Illegalisierte Personen leben in Österreich zumeist ohne Krankenversicherung und sind somit Zugangsbarrieren zu Leistungen aus dem Gesundheitsbereich und einer mangelnden medizinischen Versorgung ausgesetzt (vgl. Ingleby, Petrova-Benedict 2016: 15).

In Wien gibt es drei wichtige Einrichtungen bzw. Ambulanzen, die eine medizinische Grundversorgung für Menschen ohne Versicherungsschutz anbieten: AmberMed, das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien und das neunerhaus Gesundheitszentrum (vgl.

Bundeskanzleramt 2018). Solche Angebote sind für illegalisierte Menschen von großer Bedeutung.

Daraus ergeben sich für unsere Forschungsarbeit folgende Fragestellungen:

Welche medizinischen Angebote gibt es für illegalisierte Menschen in Wien?

Welche Herausforderungen ergeben sich bei der Behandlung illegalisierter Personen für die Patient*innen bzw. das Gesundheitssystem?

Die schlussendliche Forschungsfrage lautet: Welche Herausforderungen lassen sich aktuell in der medizinischen Versorgung von illegalisierten Menschen in Wien feststellen?

Eingeleitet wird die Forschungsarbeit mit einem theoretischen Teil. Dieser umfasst Begriffsdefinitionen und -abgrenzungen und gibt einen Überblick über relevante rechtliche Grundlagen im österreichischen Fremdenrecht sowie internationale Erklärungen und Menschenrechtsabkommen. Anschließend werden das österreichische Gesundheitssystem und seine Zugangsbarrieren beschrieben.

Der empirische Teil setzt sich zu Beginn mit drei Einrichtungen (AmberMed, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien, neunerhaus Gesundheitszentrum), welche Menschen ohne Versicherung medizinische Versorgung ermöglichen, auseinander und geht weiters auf die Zusammensetzung der Zielgruppe sowie deren Anliegen ein. Schließlich werden die Herausforderungen in der medizinischen Versorgung von illegalisierten Menschen in Wien analysiert und infolgedessen Veränderungswünsche der befragten Expert*innen erörtert.

Aufbauend auf den Ergebnissen ist eine Projektskizze entstanden, welche den Abschluss der Arbeit bildet.

2 BEGRIFFSDEFINITIONEN UND -ABGRENZUNGEN

In diesem Kapitel werden die zentralen Begriffe dieser Arbeit anhand von verschiedenen relevanten Bezugsquellen vorgestellt. Die beforschte Zielgruppe wird beschrieben und in Folge der in der vorliegenden Arbeit verwendete Gesundheitsbegriff definiert.

2.1 Illegalisierte Menschen

Die Zielgruppe ist von verschiedenen biographischen Hintergründen geprägt. Dennoch lässt sie sich über eine Gemeinsamkeit definieren. Alle zu ihr zählenden Menschen halten sich in Österreich auf, ohne eine gültige Aufenthalts- oder Niederlassungsbewilligung zu besitzen. Daraus ergibt sich für die Betroffenen eine problematische Notsituation. Sie wurden illegalisiert, was sich darin äußert, dass ihnen der Zugang zu staatlichen Institutionen verwehrt bleibt. Häufig wird der Begriff „illegale Migrant*innen“ gebraucht, um diese Bevölkerungsgruppe zu beschreiben. Dieser ist negativ konnotiert und bedeutet „schlecht, kriminell, selbstverschuldet“ (Kratzmann 2007: 34). Davon distanzieren wir uns in dieser Arbeit und haben uns daher für den Begriff „illegalisierte Menschen“ entschieden. Dieser ist ein dem entgegengesetzter „Kontrabegriff“, der häufig von Angehörigen der Personengruppe auf sich selbst Anwendung findet (vgl. ebd.: 35). Er schließt diejenigen, die durch einen illegalen Grenzübertritt in ein Land gekommen sind, genauso ein, wie diejenigen, die auf legalem Weg migriert und später zu sogenannten „overstayers“ (Ingleby, Petrova-Benedict 2016: 9) geworden sind. Somit beschreibt der Begriff die Gesamtheit an Personen, die sich ohne Aufenthaltsgenehmigung in einem Land aufhält und aus diesem Grund keinen Zugang zum Gesundheitssystem, Schulsystem, Arbeitsmarkt und zu etwaigen anderen staatlichen Institutionen hat. Dabei weist er auf ökonomische und politische Strukturen hin, die für die Zuschreibung „ein Mensch sei illegal“ verantwortlich sind (vgl. Messinger 2000: 12).

Sowohl auf globaler, europäischer als auch nationaler Ebene werden verschiedenste Definitionen von illegalisierten Menschen und illegalem Aufenthalt geliefert. Vorrangig wird dabei der Begriff „irreguläre Migration“ eingesetzt. In dieser Arbeit wird, aus den zuvor beschriebenen Gründen, der Begriff „illegalisierte Menschen“ verwendet. Weil der Begriff der „irregulären Migration“ jedoch vielfach in der Fachliteratur Verwendung findet, hat seine Definition durchaus Relevanz. Die Organisation der Vereinten Nationen für Bildung, Wissenschaft, Kultur und Kommunikation (UNESCO) definiert irreguläre Migrant*innen als Personen, die ohne die erforderlichen Dokumente und Genehmigungen ein Land betreten. UNESCO erwähnt darin zusätzlich die Termini „illegale“ und „undokumentierte“ Migrant*innen (vgl. UNESCO 2017). Der Europarat macht eine klare Abgrenzung und zieht die Verwendung von „irregulären Migrant*innen“ vor. Er möchte somit ebenso einer Stigmatisierung, die von dem Begriff „illegal“ ausgeht, entgegenwirken (vgl. Europarat 2006).

Kratzmann (2007: 145 ff.) beschreibt in ihrem Werk „Auf einmal war ich illegal“ drei rechtliche Kategorien, in die illegalisierte Menschen fallen: „illegale“ Einreise, „illegaler“ Aufenthalt und „illegale“ Beschäftigung. Diese umfassen in ihrer Summe alle illegalisierten Menschen und werden hier vorgestellt, um die verschiedenen Hintergründe der Illegalisierung zu beleuchten:

In die Kategorie „illegale“ Einreise fallen erstens Opfer von Menschenhandel, die unfreiwillig einreisen und in der Folge dauerhaft ausgebeutet werden. Zweitens Asylwerber*innen und abgelehnte Asylwerber*innen, die auf illegalem Weg einreisen und bis zu dem Zeitpunkt, zu dem sie einen Asylantrag stellen, illegalisiert sind. Hinzu kommen all jene, die nach einem negativen Asylbescheid untertauchen oder aufgrund fehlender gültiger Ausreisepapiere nicht abgeschoben werden können. Drittens umfasst diese Kategorie „Asylanten“, die sich nach einer illegalen Einreise für längere Zeit in Österreich aufhalten, ohne einen Antrag auf Asyl.

Die Kategorie „illegaler“ Aufenthalt beinhaltet zum einen die zuvor bereits erwähnten „overstayers“ und zum anderen Geflüchtete, denen nach Besserung der Situation in ihrem Herkunftsland der Asylstatus aberkannt wurde und die sich einer Rückführung in ihre ehemalige Heimat widersetzen.

Der Kategorie „illegale“ Beschäftigung sind vor allem Menschen aus osteuropäischen Ländern, die zum Zweck der Verrichtung illegaler Erwerbsarbeit nach Österreich kommen und keinen längeren Aufenthalt geplant haben, zuzuordnen. Diese Personengruppe verfügt während ihres Aufenthalts in Österreich häufig über keinen Versicherungsschutz und ist auf medizinische Versorgungseinrichtungen für Nicht-Versicherte angewiesen.

2.2 Gesundheit

Der in dieser Arbeit verwendete Gesundheitsbegriff orientiert sich an der aktuellen Definition der World Health Organization (WHO 2018):

„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition.“

Zum einen betont diese Definition, dass Gesundheit nicht nur das Fernbleiben von Krankheit ist, sondern ein Zustand kompletten physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens. Zum anderen, dass jeder Mensch ein fundamentales Recht auf die höchstmögliche zu erreichende Gesundheit hat.

3 RECHTLICHE GRUNDLAGEN

3.1 Österreichisches Fremdenrecht

Die wichtigsten Rechte und Pflichten von ausländischen Staatsbürger*innen, die in Österreich leben, stehen im Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz (NAG), Fremdenpolizeigesetz (FPG), Ausländerbeschäftigungsgesetz (AuslBG), Asylgesetz (AsylG) und im Staatsbürgerschaftsgesetz (StbG). Zusätzlich zu diesen nationalen Rechtsnormen nehmen Rechtsakte der Europäischen Union einen großen Einfluss auf das Fremdenrecht.

Das österreichische Fremdenrecht weist eine hohe Komplexität auf, wodurch sich eine Rechtsunsicherheit auf diesem Gebiet ergibt. Neugschwendtner beschreibt ein weiteres Problem, das er als „Realitätsverweigerung“ bezeichnet. Dieses manifestiert sich darin, dass sich das Fremdenrecht auf Abwehrstrategien konzentriert und nicht auf die Erschaffung gerechter Zuwanderungs- und Asylsysteme (vgl. Neugschwendtner et al. 2012: 15 f.).

3.1.1 Einreise

Die Rechtmäßigkeit der Einreise und Ausreise ist in §§ 15-15b FPG normiert, welche die Pass- und Visumpflicht beschreiben. Demnach genießen EWR-Bürger*innen und Schweizer Bürger*innen Visumfreiheit in Österreich. Drittstaatsangehörige benötigen ein gültiges Reisedokument und ein Visum, um legal nach Österreich einreisen zu können.

3.1.2 Aufenthalt

Ein legaler Aufenthalt in Österreich ist an verschiedenste Voraussetzungen geknüpft, die im Fremdenpolizeigesetz enthalten sind. Dazu zählen eine rechtmäßige Einreise (§31 Abs. 1), die „Erlaubnis der Niederlassung oder des Aufenthalts aufgrund einer Aufenthaltserlaubnis oder Dokumentation, das Recht auf Aufenthalt während eines Asylverfahrens und der Besitz einer Beschäftigungsbewilligung im Rahmen des AuslBG“ (Kratzmann, Reyhani 2012: 30). Laut § 31 Abs. 1a ist ein Aufenthalt unrechtmäßig, wenn keine der oben angeführten Bedingungen erfüllt wird. Bei unrechtmäßigem Aufenthalt droht eine Rückkehrentscheidung. Diese geht in der Regel mit einem Einreiseverbot von 18 Monaten bis fünf Jahren einher (vgl. ebd.: 30 f.).

Wird der Aufenthalt gemäß Art. 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) für notwendig befunden und liegen keine Gründe für eine Verweigerung vor, erhalten ausländische Staatsbürger*innen in Österreich eine Niederlassungsbewilligung in Form eines Aufenthaltstitels (vgl. ebd.: 34).

Art. 8 EMRK Abs. 1: Jedermann hat Anspruch auf Achtung seines Privat- und Familienlebens, seiner Wohnung und seines Briefverkehrs.

Abs. 2: Der Eingriff einer öffentlichen Behörde in die Ausübung dieses Rechts ist nur statthaft, insoweit dieser Eingriff gesetzlich vorgesehen ist und eine Maßnahme darstellt, die in einer demokratischen Gesellschaft für die nationale Sicherheit, die öffentliche Ruhe und Ordnung, das wirtschaftliche Wohl des Landes, die Verteidigung der Ordnung und zur Verhinderung von strafbaren Handlungen, zum Schutz der Gesundheit und der Moral oder zum Schutz der Rechte und Freiheiten anderer notwendig ist.

Die verschiedenen Arten und Formen der Aufenthaltstitel sind in § 8 NAG festgelegt. Den Inhaber*innen fallen unterschiedliche Rechte zu. Es kann beispielsweise eine „Niederlassungsbewilligung – ausgenommen Erwerbstätigkeit“ vergeben werden, die zur befristeten Niederlassung ohne Ausübung einer Erwerbstätigkeit berechtigt. Eine andere Möglichkeit ist die Vergabe des Aufenthaltstitels „Rot-Weiß-Rot – Karte plus“, der zur befristeten Niederlassung und zur Ausübung einer selbstständigen Erwerbstätigkeit und einer unselbstständigen Erwerbstätigkeit gemäß § 17 AuslBG berechtigt. Die Vergabe der „Rot-Weiß-Rot – Karte plus“ ist an die Erfüllung des ersten Integrationsmoduls gekoppelt. Dieses schreibt das Erreichen einer Kenntnis der deutschen Sprache auf dem Niveau A2 vor. Besonders schutzbedürftige Menschen erhalten, sofern sie die hierfür vorgesehenen Bedingungen erfüllen, ebenfalls eine Niederlassungsbewilligung (vgl. ebd.: 34 f.).

Zudem gibt es den Status „Geduldet“. Dieser wird gewährt, wenn ein Verbot der Abschiebung aufgrund von § 50 FPG vorliegt. Das ist beispielsweise dann der Fall, wenn durch die Durchführung der Abschiebung Art. 2 oder 3 der Europäischen Menschenrechtskonvention verletzt werden würde, in denen das Recht jedes Menschen auf das Leben und das Verbot von Folter sowie unmenschlicher oder erniedrigender Strafe normiert sind. Betroffene erhalten eine Karte für Geduldete, die sie zu einem Aufenthalt von einem Jahr mit Möglichkeit auf Verlängerung berechtigt. Diese Form des Aufenthalts ist allerdings als illegal definiert (vgl. ebd.: 34).

3.1.3 Sanktionierung des „illegalen“ Aufenthalts

Im Gesetzestext des Fremdenpolizeigesetzes sind zum einen verwaltungsstrafrechtliche Konsequenzen und zum anderen strafrechtliche Konsequenzen für Vergehen rund um das Thema der Illegalisierung festgelegt. Verwaltungsstrafrechtlich wird nach § 120 FPG die illegale Einreise und der illegale Aufenthalt geahndet. Hierfür sind Geldstrafen von 100-1.000 € bei erstmaliger illegaler Einreise sowie von 2.500-7.500 €, wenn jemand wegen einer solchen Tat bereits einmal rechtskräftig bestraft wurde, vorgesehen. Es kann aber auch eine Ersatzfreiheitsstrafe von bis zu vier Wochen bei wiederholt illegaler Einreise verhängt werden. Nach § 120 Abs. 7 liegt eine Verwaltungsübertretung in diesem Fall nicht vor, wenn ein Antrag auf internationalen Schutz gestellt und der Person der Status Asylberechtigung oder subsidiär Schutz zuerkannt wurde. Während des Asylverfahrens ist das Verwaltungsstrafverfahren unterbrochen. Der illegale Aufenthalt wird mit einer Geldstrafe von

500-2.500 € oder einer Ersatzfreiheitsstrafe von bis zu zwei Wochen geahndet. Bei wiederholtem Verstoß wird diese Strafe verdoppelt. Keine Verwaltungsübertretung begehen jene Personen, die sich in Österreich aufhalten und den Titel „Geduldet“ besitzen (vgl. ebd.: 39).

Die strafrechtlichen Konsequenzen sind im 2. Abschnitt (Strafbestimmungen) §§ 114-122a geregelt. Darunter fallen beispielsweise Schlepperei, Ausbeutung oder das Eingehen einer Aufenthaltspartnerschaft. Abhängig von dem begangenen Delikt werden Urteile zu unterschiedlich hohen Freiheitsstrafen von bis zu 10 Jahren ausgesprochen (vgl. ebd.: 39).

3.2 Recht auf Gesundheit

3.2.1 Menschenrechtsinstrumente der Vereinten Nationen

Die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (AEMR) wurde am 10. Dezember 1948 durch die Generalversammlung der UNO verabschiedet und beinhaltet insgesamt 30 Artikeln. Sie basiert auf den Prinzipien der Freiheit, Gleichheit und Solidarität und statuiert bürgerliche, politische, wirtschaftliche sowie soziale und kulturelle Rechte zur Sicherung der Menschenwürde (vgl. Benedek 2017: 32). Die Menschenrechte sind angeboren (Art. 1) und gelten für alle Menschen ohne Unterschied ihrer Rasse, ihres Geschlechts, ihrer Sprache oder ihrer Herkunft (Art. 2):

Art. 2 Abs. 1: Jeder hat Anspruch auf alle in dieser Erklärung verkündeten Rechte und Freiheiten, ohne irgendeinen Unterschied, etwa nach Rasse, Hautfarbe, Geschlecht, Sprache, Religion, politischer oder sonstiger Anschauung, nationaler oder sozialer Herkunft, Vermögen, Geburt oder sonstigem Stand.

Die Mitgliedstaaten haben die Pflicht, die Einhaltung dieser Rechte und Freiheiten zu schützen, zu fördern und zu gewährleisten (Präambel). Die Allgemeine Erklärung umfasst neben dem Recht auf Leben und Freiheit, dem Verbot der Diskriminierung und Folter, dem Recht auf Arbeit und Bildung auch das Recht auf soziale Sicherheit sowie auf Gesundheit und medizinische Versorgung:

Art. 25 Abs. 1: Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen.

Im Jahr 1966 wurden die Menschenrechte im Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (ICESCR, Sozialpakt) und dem Internationalen Pakt über bürgerliche und politische Rechte (ICCPR, Zivilpakt) konkretisiert und somit völkerrechtlich verbindlich. Beide Menschenrechtsabkommen bilden gemeinsam mit der AEMR die „International Bill of Rights“ (vgl. Benedek 2017: 46). Im Sozialpakt wurde das Recht auf Gesundheit in Art. 12 näher erläutert. Der Gesundheitsbegriff wird im Vergleich zur WHO, die

von einem „Zustand des vollständigen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ (siehe Kapitel 2.2) ausgeht, jedoch weniger präzise ausgeführt (vgl. Barta, Kern 2002: 126):

Abs. 1: Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an.

Das erreichbare Höchstmaß bezieht sich auf die körperliche und geistige Gesundheit, nicht aber auf die soziale Gesundheit. In Abs. 2 werden des Weiteren Schritte genannt, die von den Vertragsstaaten zur vollen Verwirklichung dieses Rechts unternommen werden müssen. Diese umfassen u. a. die Sicherstellung von medizinischen Einrichtungen und ärztlicher Betreuung im Krankheitsfall. Ebenso erkennen die Vertragsstaaten das Recht eines jeden auf soziale Sicherheit an; dieses schließt die Sozialversicherung ein (Art. 9).

Die Vertragsstaaten des Sozialpaktes unterliegen gem. Art. 2 Abs. 1 einer „progressiven Implementierungspflicht“ (Humanrights.ch 2018) zur Verwirklichung dieser Rechte. Dies bedeutet, dass die Vertragsstaaten ihre Verpflichtungen nicht unmittelbar erfüllen müssen, sondern schrittweise und unter Berücksichtigung verfügbarer Ressourcen. Es müssen, einzeln und durch internationale Hilfen und Zusammenarbeit, geeignete Maßnahmen durchgeführt werden, um nach und nach die volle Verwirklichung der Rechte aus dem Pakt zu realisieren (vgl. Deutsches Institut für Menschenrechte 2018a):

Art. 2 Abs. 1: Jeder Vertragsstaat verpflichtet sich, einzeln und durch internationale Hilfe und Zusammenarbeit, insbesondere wirtschaftlicher und technischer Art, unter Ausschöpfung aller seiner Möglichkeiten Maßnahmen zu treffen, um nach und nach mit allen geeigneten Mitteln, vor allem durch gesetzgeberische Maßnahmen, die volle Verwirklichung der in diesem Pakt anerkannten Rechte zu erreichen.

Zusätzlich besteht die Pflicht, die niedergelegten Rechte ohne jegliche Diskriminierung auszuüben (Art. 2 Abs. 2). Das Diskriminierungsverbot als auch die Achtungs- und Schutzpflichten sind ohne Aufschub einzuhalten, denn ihre Umsetzung ist nicht von den Ressourcen bzw. finanziellen Mitteln der Staaten abhängig (vgl. Steiner 2004: 23 f.).

Die Einhaltung und der Schutz der Menschenrechte werden durch sogenannte Staatenberichte kontrolliert. Die Vertragsstaaten haben die Pflicht, in regelmäßigen Abständen Berichte über getroffene Maßnahmen, erreichte Fortschritte und Schwierigkeiten bei der innerstaatlichen Umsetzung der in dem Pakt anerkannten Rechte vorzulegen (Art. 16). Der Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (CESCR) prüft, bewertet und kommentiert diese Staatenberichte. In den sogenannten Abschließenden Bemerkungen fasst der Fachausschuss seine Ergebnisse zusammen und formuliert Empfehlungen zur besseren Umsetzung in dem jeweiligen Land (vgl. Deutsches Institut für Menschenrechte 2018b).

Auf Grundlage dieser Staatenberichte veröffentlicht der Fachausschuss auch Allgemeine Bemerkungen (General Comments) zu den einzelnen Artikeln. Diese Bemerkungen

enthalten konkretere Auslegungen und Zusatzerläuterungen über den Inhalt und Umfang von Menschenrechtsabkommen. Sie unterstützen die Vertragsstaaten bei ihrer Umsetzung und dienen als Maßstab für die Bewertung der Staatenberichte (vgl. ebd. 2018b; Steiner 2004: 37 ff.).

Zum Art. 12 (Recht auf ein Höchstmaß an Gesundheit) des Sozialpaktes hat der UN-Fachausschuss im Jahr 2000 die Allgemeinen Bemerkungen Nr. 14 (CESCR General Comment No. 14) vorgelegt (vgl. Benedek 2017: 169). Demnach ist Gesundheit ein grundlegendes Menschenrecht und jeder Mensch hat Anspruch auf ein Gesundheitssystem, welches Chancengleichheit für die Erreichung eines Höchstmaßes an Gesundheit gewährleistet (Abs. 1, 8). Der Begriff des „erreichbaren Höchstmaßes an Gesundheit“ („the highest attainable standard of health“) berücksichtigt sowohl die biologischen und sozioökonomischen Voraussetzungen eines Individuums als auch die verfügbaren Ressourcen des Staates. Aus diesem Grund muss das Recht auf Gesundheit vielmehr als ein Recht auf den Genuss einer Vielzahl von Einrichtungen, Gütern und Dienstleistungen verstanden werden, die für die Verwirklichung eines Höchstmaßes an Gesundheit notwendig sind, und nicht als „unconditional right to be healthy“ (OHCHR, WHO 2008: 5; Abs. 9).

Das Recht auf Gesundheit wird auch als „inclusive right“ angesehen. Die Pflicht der Staaten besteht nicht nur darin, eine rechtzeitige und angemessene Gesundheitsversorgung sicherzustellen, sondern auch zugrunde liegende Gesundheitsdeterminanten („underlying determinants of health“) wie sauberes Trinkwasser, sichere Nahrung und Unterkunft, gesunde Arbeits- und Umweltbedingungen, gesundheitsbezogene Aufklärung sowie Geschlechtergleichheit (Abs. 11).

Der Fachausschuss gliedert das Menschenrecht auf Gesundheit in vier Kernelemente (Abs. 12): Verfügbarkeit (availability), Zugänglichkeit (accessibility), Annehmbarkeit (acceptability) und Qualität (quality):

1. Verfügbarkeit: Funktionierende Gesundheitseinrichtungen, -güter, -dienstleistungen müssen in ausreichender Menge in einem Staat zur Verfügung stehen.
2. Zugänglichkeit: Die Zugänglichkeit zu medizinischen Einrichtungen und ärztlicher Betreuung für alle bedeutet Nichtdiskriminierung, physische Erreichbarkeit, Bezahlbarkeit und das Recht auf gesundheitsbezogene Informationen.
3. Annehmbarkeit: Das Gesundheitswesen muss die medizinische Ethik achten und kulturell angemessen sein.
4. Qualität: Gesundheitseinrichtungen und Dienstleistungen müssen wissenschaftlich und medizinisch geeignet und von guter Qualität sein.

Die Erfüllung jeder dieser Kernelemente hängt von den Bedingungen und Ressourcen der Vertragsstaaten ab (Abs. 12) und ist laut den Vereinten Nationen eine „notwendige Voraussetzung für die Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit“ (Grover, Lander 2012: 215).

Unter der Überschrift „Core Obligations“ betont der UN-Ausschuss, dass die Vertragsstaaten eine Kernverpflichtung haben, zumindest einen Mindeststandard eines jeden Paktrechts zu gewährleisten, einschließlich einer grundlegenden primären Gesundheitsversorgung. In Bezug auf das Recht auf Gesundheit umfassen diese Kernverpflichtungen das Recht auf Gesundheitsversorgung ohne jegliche Diskriminierung, den Zugang zu essentiellen Lebensmitteln und sauberem Trinkwasser sowie zu angemessenen sanitären Einrichtungen und Unterkunftsmöglichkeiten, die Bereitstellung wesentlicher Medikamente, eine gerechte Verteilung aller Gesundheitseinrichtungen, -güter und -dienstleistungen sowie die Umsetzung nationaler Gesundheitsstrategien und Aktionspläne (Abs. 43).

Wie bereits erwähnt, unterliegen die im Pakt festgelegten Verpflichtungen einem Grundsatz der schrittweisen Verwirklichung. Die Vertragsstaaten müssen im Rahmen ihrer verfügbaren Ressourcen alle möglichen Anstrengungen unternehmen um das Recht auf Gesundheit zu verwirklichen (Abs. 47) und jedem Menschen Zugang zu medizinischen Einrichtungen und ärztlicher Betreuung zu gewährleisten (Abs. 53). Falls ein Staat aufgrund von Ressourcenknappheit seinen Verpflichtungen aus dem Pakt nicht vollständig nachkommen kann, obliegt ihm die Beweislast dieser Umstände. Es gibt jedoch Verpflichtungen, die ungeachtet der knappen Ressourcen, eine unmittelbare Wirkung und keine Möglichkeit auf Rechtfertigung der Nichteinhaltung haben. Dazu zählen die oben erwähnten Kernverpflichtungen mit dem Recht der Nichtdiskriminierung und die Achtungspflicht, die in Hinblick auf die Zielgruppe dieser Arbeit ebenso von besonderer Bedeutung ist (Abs. 47): Die Staaten sind verpflichtet, das Recht auf Gesundheit zu achten, indem sie es unterlassen, den gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsdiensten für jeden Menschen zu verweigern oder zu beschränken, einschließlich für Gefangene oder Inhaftierte, Minderheiten, Asylsuchende und illegale Immigrant*innen (Abs. 34). Des Weiteren besagt das Diskriminierungsverbot, dass selbst in Zeiten starker Ressourcenknappheit besonders schutzbedürftige Mitglieder einer Gesellschaft durch Programme mit relativ geringem Kostenaufwand geschützt werden müssen (Abs. 18; General Comment Nr. 3. Abs. 12). Der Staat ist darüber hinaus verpflichtet, jenen, die keine ausreichenden Mitteln haben, Krankenversicherung und Gesundheitsfürsorge zur Verfügung zu stellen (Abs. 19). Der Grundsatz der Nichtdiskriminierung in Bezug auf Gesundheitseinrichtungen, -güter und -dienstleistungen ist in zahlreichen nationalen Rechtsordnungen rechtlich durchsetzbar (Abs. 1).

Artikel 1 der Allgemeinen Erklärung besagt: Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren. Die Menschenrechte sind somit universell. In Hinblick auf die Situation von Migrant*innen ohne Papiere bzw. Menschen mit „illegalem“ Aufenthaltsstatus nimmt Heiner Bielefeldt (2016: 27) in seinem Buch „Das Menschenrecht auf Gesundheit“ Stellung:

„Der Vorrang des Menschenrechts auf Gesundheit bedeutet hier, dass aufenthaltsrechtliche Statusfragen – trotz ihrer unbestrittenen ordnungsrechtlichen Relevanz für den Staat – kein Grund für den Ausschluss aus der Gesundheitsversorgung sein dürfen. Ob ein Mensch Staatsangehöriger ist oder nicht, ob er über einen legitimen Aufenthaltstitel verfügt oder nicht – das Recht auf Gesundheit kommt ihm vorgängig und vorrangig zu allen partikularen [eine Minderheit in einem Staat betreffend, Anm. d. Verf.] Statuspositionen zu; genau darin zeigt sich wiederum der normative Universalismus.“

3.2.2 Österreichische Rechtsordnung

Unter einem Grundrecht versteht man ein individuelles „verfassungsgesetzlich gewährleitetes Recht [...], das dem Einzelnen durch eine Rechtsvorschrift im Verfassungsrang eingeräumt ist“ (Verfassungsgerichtshof Österreich o.J.). Ein solches Grundrecht auf Gesundheit existiert im österreichischen Rechtssystem nicht (vgl. Barta, Kern 2002: 203).

Die Republik Österreich hat den Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte im Jahr 1978 ratifiziert. Dieser Staatsvertrag wurde vom Nationalrat mit „Erfüllungsvorbehalt“ genehmigt und ist durch die Entlassung von innerstaatlichen Gesetzen zu erfüllen. Er begründet somit kein subjektives Recht, steht nicht im Verfassungsrang und ist „nicht unmittelbar anwendbar“ (vgl. BGBl. Nr. 590/1978; Hengstschläger, Leeb 2012: 12).

Lediglich das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKug) erwähnt das Recht einer medizinischen Versorgung in Notfällen:

§ 23 Abs. 1: Unbedingt notwendige erste ärztliche Hilfe darf in öffentlichen Krankenanstalten niemandem verweigert werden.

4 ÖSTERREICHISCHES GESUNDHEITSSYSTEM

4.1 Grundzüge

Das österreichische Gesundheitssystem hat sich als primäres Ziel folgende Aufgaben gesetzt: die Behandlung und Heilung von erkrankten Menschen, den Erhalt eines positiven gesundheitlichen Zustands von gesunden Menschen und jegliche Form der Prävention im Bereich Gesundheit. Das Bundesministerium für Gesundheit gibt als seine Leitwerte Solidarität, Leistbarkeit und Universalität an (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2013: 11).

Die Basis bildet eine gesetzlich geregelte Zusammenarbeit und Arbeitsteilung zwischen dem Bund, den Ländern, Gemeinden, Sozialversicherungsträgern, gesetzlichen Interessensvertreter*innen (vgl. Pöttler 2014: 53), dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Sozialministerium (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2013: 6). Durch die Funktionsweise der Selbstverwaltung soll gewährleistet werden, dass niemand der oben genannten Beteiligten sein*ihre Amt missbraucht:

„Selbstverwaltung bedeutet, dass der Staat bestimmte ihm obliegende Verwaltungsaufgaben jenen Personengruppen überträgt, die daran ein unmittelbares Interesse haben. Aus Vertreterinnen und Vertretern dieser Personengruppen sind Verwaltungskörper zu bilden, denen die dem Staat gegenüber weisungsfreie Durchführung des betreffenden Verwaltungsbereiches obliegt“ (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2012: 341).

Darüber hinaus mischen auch wohltätige Initiativen, Selbsthilfegruppen, nichtstaatliche Organisationen und Forschungsinstitute mit, bringen gegebenenfalls übersehene Aspekte, Ideen oder Blickwinkel ein und vervollständigen somit das Kontrollsystem. Durch diese vielseitige Beteiligung an politischen Entscheidungsprozessen soll ein „Versorgungsnetz“ entstehen (vgl. Pöttler 2014: 53). Zudem soll garantiert werden, dass die Bedürfnisse aller beachtet werden und keine sozioökonomisch schlecht gestellten Gruppen oder Menschen ausgelassen oder vergessen werden.

4.2 Pflichtversicherung

In Österreich sind Menschen automatisch versichert, wenn sie erwerbstätig sind, da ein Teil der gezahlten Steuern an die Pflicht-, auch Sozialversicherung genannt, geht. Diese beinhaltet Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung und soll allen Versicherten den gleichen, leistbaren Zugang zu medizinischer Versorgung gewährleisten. Für alle, die in keinem Anstellungsverhältnis stehen, gibt es die Möglichkeit mitversichert zu werden. Außerdem wurden Sonderregelungen für Arbeitslose, Pensionist*innen und Selbstständige erstellt.

Im Grunde setzt sich die Finanzierung aus den Beiträgen der einzelnen Versicherten zusammen. Die Regelung über den Pflichtbeitrag gibt vor, dass jede*r dem Gehalt

entsprechend einzahlt. Durch diese Summe wird die von Versicherten benötigte ärztliche und medizinische Versorgung finanziert. Auf diese Weise wird Chancengleichheit gefördert, wodurch der Unterschied in der medizinischen Versorgung finanziell bevor- und benachteiligter Personen ausgeglichen werden soll. Zusammengefasst kann gesagt werden, dass alle erwerbstätigen Personen entsprechend ihrer finanziellen Möglichkeiten in den gleichen „Geldtopf“ einzahlen und diese Summe wird dann wiederum für diejenigen, die es benötigen, ausgegeben – unabhängig davon, wieviel er*sie beigesteuert hat (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2013: 11). „Alle Versicherten haben einen Rechtsanspruch auf solidarisch finanzierte Leistungen“ (ebd.: 11). Durch dieses Konzept sollen die drei genannten Grundwerte, Solidarität, Universalität und Leistbarkeit, erfüllt werden.

Im Service der Krankenkassen sind u. a. folgende Leistungen inkludiert:

- Stationäre und ambulante Versorgung in Krankenanstalten
- Allgemeine und fachärztliche Therapien bei Vertragsärzt*innen der Krankenversicherungsträger
- Mutterschaftsleistungen
- Psychotherapie
- Leistungen der Gesundheitsberufe (Bsp.: Physiotherapie, Logopädie)
- Röntgen- und labormedizinische Leistungen
- Zahnbasisbehandlung
- Medikamente, Medizinprodukte (Bsp.: Rollstühle, Zuckermessstreifen)
- Kranken- und Rettungstransporte
- Hauskrankenpflege, Langzeitpflege, Betreuung von Menschen mit Behinderung
- Präventions- und Vorsorgemaßnahmen (Bsp.: Impfungen, Mutter-Kind-Pass), Rehabilitationsmaßnahmen

Eine Besonderheit im österreichischen Gesundheitssystem ist, dass jede*r Versicherte die Möglichkeit hat, den behandelnden Arzt* bzw. die behandelnde Ärztin* sowie die gewünschte Untersuchungsanstalt selbstständig zu wählen. Voraussetzung ist, dass die Ärzt*innen als auch die Einrichtungen nicht ausschließlich private Angebote anbieten (vgl. ebd. 2013: 11 f.). Keine Entscheidungsmöglichkeit besteht hingegen bei dem Sozialversicherungsträger. Die individuelle Zuteilung ist sowohl vom Arbeitsfeld als auch dem Bundesland, in dem einer Beschäftigung nachgegangen wird, abhängig. In Österreich gibt es insgesamt 22 unterschiedliche Träger (vgl. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2012: 340).

4.3 Finanzierung

Grundsätzlich wird das österreichische Gesundheitssystem überwiegend von den verpflichtenden Sozialversicherungsbeiträgen finanziert. Der Rest setzt sich aus privaten Beiträgen, wie beispielsweise Rezeptgebühren, zusammen (vgl. Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit zt.n. Pöttler 2014: 54). Diese Gebühren sind für alle, unabhängig davon, ob eine ärztliche Leistung privat oder öffentlich genutzt wurde, dieselben.

In Österreich sind 99,9 % der registrierten Bevölkerung pflichtversichert und daraus folgend kranken-, unfall- und pensionsversichert. Zusätzlich sind rund 33,33 % privat zusatzversichert, um eine größere Auswahl an ärztlichen Leistungen zu erhalten (vgl. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2018: 5).

Um zwischen den Versicherungsträgern keinen Wettbewerb, im Sinne von Kundenanlockungen, zu starten, gibt es zum einen die gesetzlich festgelegten Beiträge, welche im Verhältnis zum persönlichen Einkommen stehen. Zum anderen wird als Kontroll- und Schutzmechanismus das Geld nicht direkt an die Träger gezahlt, sondern separat gesammelt. In Folge werden dann Vereinbarungen mit den Serviceleistern abgeschlossen (vgl. Pöttler 2018: 53 f.).

4.4 Zugangsbarrieren

Der Begriff „Zugangsbarrieren“ kann im Kontext Gesundheitsversorgung zweierlei verstanden werden.

Einerseits können damit Barrieren innerhalb des Systems gemeint sein, welche eine schlechtere Behandlung oder die Nichtinanspruchnahme von Leistungen, exemplarisch Präventivmaßnahmen, als Folge haben. Dieser Problematik sind vor allem Migrant*innen ausgesetzt. Gründe dafür sind u. a. Schwierigkeiten mit dem Sprachverständnis oder kulturelle Unterschiede in der Wahrnehmung der eigenen Gesundheit. Dies hat weitreichende Folgen für den Gesundheitsapparat. Die Bandbreite beginnt bei Fehlbehandlungen, die zu einem schlechteren gesundheitlichen Zustand einer Person führen als zuvor, bis hin zu einem Kostenanstieg wegen Späterkennungen von Krankheiten oder Ressourcenmisswirtschaft (vgl. Brunner 2017: 2).

Andererseits kann auch das Versicherungssystem selbst eine Hürde für Menschen, die nicht in dieses integriert sind, darstellen. Diese haben keinen Zugang zu medizinischen Leistungen. Asylwerber*innen und Personen mit gültigem Aufenthaltsstatus sind automatisch versichert. Trotzdem gibt es immer wieder Menschen, die keinen Zugang bekommen. Als Ursprung hierfür können fehlende finanzielle Mittel gesehen werden, die einem die Versicherung nicht ermöglichen, oder ein illegaler Aufenthalt in Österreich. Für Österreicher*innen

und Personen mit gültigem Aufenthaltstitel gibt es die Möglichkeit, freiwillig eine Sozialversicherung abzuschließen, sofern sie finanzierbar ist (vgl. Hofmarcher-Holzacker 2013: 100).

Im Falle eines Notfalls hat jeder Mensch in Österreich laut dem Krankenanstaltsgesetz dennoch das Recht auf medizinische Erstversorgung (siehe Kapitel 3.2.2).

5 FORSCHUNGSMETHODE

Der folgende Teil der Arbeit ist durch qualitative Forschung entstanden. Dafür wurde die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring herangezogen. Diese sieht vor, dass nach Erarbeitung einer Forschungsfrage und abgeschlossener Literaturrecherche zunächst Expert*innen ausgewählt und interviewt werden, um dann über ein neunstufiges Verfahren eine Inhaltsanalyse durchzuführen. Die Stufen 1 bis 7 setzen hierbei den Rahmen der Auswertung und die Stufen 8 und 9 dienen der Reduktion und Interpretation des Materials und somit der Beantwortung der Forschungsfrage. Besonders ist hierbei darauf zu achten, dass zentrale Inhalte des Materials bei der Reduktion erhalten bleiben (vgl. Atteslander 2010: 212 f.).

5.1 Expert*inneninterviews

Als Interviewpartner*innen wurden Vertreter*innen der drei Hauptanlaufstellen (AmberMed, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, neunerhaus Gesundheitszentrum) für nicht-versicherte und somit auch illegalisierte Personen im Bereich der medizinischen Versorgung in Wien herangezogen. Um möglichst unterschiedliche professionelle Perspektiven in die Arbeit einfließen lassen zu können, wurde pro Einrichtung ein Arzt* bzw. eine Ärztin* sowie ein*e Sozialarbeiter*in für einen Interviewtermin angefragt. AmberMed konnte aus Zeitgründen nur einem Interview zustimmen.

Insgesamt wurden somit fünf Interviews mit folgenden Professionen geführt:

- Ambermed: Sozialarbeiterin/Einrichtungsleitung (Interview 1)
- Krankenhaus der Barmherzigen Brüder: zwei Sozialarbeiterinnen (Interview 3), Arzt (Interview 5)
- neunerhaus Gesundheitszentrum: Sozialarbeiterin/Leitung der niederschweligen Sozialarbeit (Interview 2), Ärztin/Leitung der mobilen Ärzt*innen (Interview 4)

Die beiden Sozialarbeiterinnen des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder wurden gemeinsam interviewt und werden bei Zitationen in der Arbeit zur Vereinfachung in der Einzahl genannt.

Der Interviewleitfaden wurde anhand der Forschungsfrage und dem gesammeltem Hintergrundwissen durch die Literaturrecherche erstellt. Die Fragen wurden den einzelnen Expert*innen minimal angepasst. In seinem Grundaufbau blieb der Leitfaden immer gleich, was den Grundsätzen der qualitativen Forschung entspricht. Um den Interviewpartner*innen die Möglichkeit zur Vorbereitung zu geben, wurde das Ziel der Forschungsarbeit bereits vorab per E-Mail erklärt und der Interviewleitfaden mitgesendet.

Die Interviews wurden in den Räumlichkeiten der jeweiligen Einrichtungen geführt und variierten in ihrer Dauer von ca. 45 bis ca. 90 Minuten. Sie wurden akustisch aufgezeichnet, womit sich alle Interviewpartner*innen einverstanden erklärten. Aus den Tonaufnahmen wurden in weiterer Folge Transkripte für die Datenauswertung angefertigt.

5.2 Datenauswertung

Für die Auswertung der Transkripte wurden Kategorien mit untergeordneten Codes erstellt. Für jede Kategorie wurde eine Tabelle angelegt, welche später als Grundlage für die einzelnen Kapiteln des empirischen Teils der Arbeit dienten. Die einzelnen Textpassagen der Transkripte wurden jeweils einem Code zugewiesen, in die Tabelle der entsprechenden Kategorie hinzugefügt und anschließend interpretiert. Die Interpretation der codierten Interviewpassagen erfolgte sowohl digital direkt in der Tabelle als auch ergänzend handschriftlich auf Papier.

Im Rahmen der Codierung wurde das erhobene Material für die Beantwortung der Forschungsfrage auf die relevanten Inhalte gekürzt.

6 EINRICHTUNGEN FÜR MENSCHEN OHNE VERSICHERUNG

In Wien gibt es drei große ambulante Einrichtungen, die sich der Aufgabe der medizinischen Versorgung nicht-versicherter, somit auch illegalisierter Personen, angenommen haben: AmberMed, das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder und das neunerhaus Gesundheitszentrum. Diese dienen als Auffangstelle für nicht-versicherte Menschen, die sich eine private Behandlung nicht leisten können. Zusätzlich gibt es vereinzelte Projekte und mobile Versorgungsangebote wie den Louisebus der Caritas, die in dieser Arbeit allerdings nicht näher behandelt werden.

6.1 AmberMed

AmberMed ist als Projekt aus einer Kollaboration zwischen der Diakonie und dem Roten Kreuz Österreich entstanden. Es wurde 2004 ins Leben gerufen und der ursprüngliche Name war „Amber“. Zu Beginn lag der Fokus darauf, obdachlose Menschen und nicht-versicherte Asylwerber*innen zu versorgen und ihnen Hilfe anzubieten. Da der Bedarf an medizinischer Versorgung so hoch war, wurde beschlossen, sich darauf zu spezialisieren. Der Begriff „Gesundheit“ wird hier ganzheitlich verstanden, so wie er in der Definition der WHO (siehe Kapitel 2.2) zu finden ist (vgl. AmberMed 2018a). Des Weiteren sehen sie das Recht auf Gesundheit als Menschenrecht und haben daher auch die Absicht, „den bestmöglichen Gesundheitszustand für Menschen, die in kein Gesundheitssystem integriert sind und in Österreich aufhältig sind, unbürokratisch und in allem Respekt vor der menschlichen Würde [zu] erreichen!“ (ebd.: 2018a).

Die Einrichtung liegt im 23. Wiener Gemeindebezirk und teilt sich das Gebäude mit dem Medikamentendepot des Roten Kreuzes Österreich (vgl. AmberMed 2018b). Im Rahmen dieser Kooperation bietet AmberMed die Medikamentenhilfe an. Personen ohne Versicherungsschutz haben dadurch die Möglichkeit, im Zuge einer Behandlung medikamentös versorgt zu werden und andere notwendige Arzneimittel, die (extern) verschrieben wurden, bei dem Medikamentendepot des Roten Kreuzes abzuholen (vgl. Interview 1: 77-79). Patient*innen können gebührenfrei und ohne Termin während der Öffnungszeiten (Montag-Donnerstag) eine allgemeinmedizinische ärztliche Behandlung in Anspruch nehmen (vgl. AmberMed 2018a).

Aufmerksam auf die Einrichtung werden die Klient*innen größtenteils über mündliche Informationsweitergabe, oft von anderen nichtstaatlichen Organisationen, aber auch von Behörden. Vor allem Personen, welche (noch) nicht im Besitz eines positiven Asylbescheides sind, erfahren über Erstere von dem Angebot (vgl. Interview 1: 174-175).

Ehrenamtliche Dolmetscher*innen unterstützen die Ärzt*innen bei den Behandlungs- und Untersuchungsgesprächen, um Sprachbarrieren zu überwinden. Es wird darauf geachtet, die meistgebrauchten Sprachen regelmäßig anzubieten (vgl. ebd.: 60-68).

AmberMed funktioniert vorwiegend über die freiwillige Mitarbeit von Ärzt*innen, Dolmetscher*innen und Assistent*innen (vgl. ebd.: 31). Angestellt sind gesamt sechs Personen. Die Sozialarbeiterin ist auch die Leiterin der Einrichtung und wird durch vier weitere Beschäftigte bei den organisatorischen, koordinativen, administrativen und verwaltungstechnischen Agenden unterstützt. Zusätzlich gibt es einen Mitarbeiter, welcher unter ihrer Anleitung Clearings durchführt (vgl. ebd.: 113-133). Zum Team zählen noch ein bis zwei Zivildienstler und gelegentlich Teilnehmer*innen des freiwilligen sozialen Jahres (vgl. ebd.: 118-125). Die ärztliche Leitung wird von Frau Dr.ⁱⁿ med. Matal, auf deren Namen die Ordination gemeldet ist, ehrenamtlich übernommen (vgl. AmberMed 2018d).

Das ambulante Angebot und die medizinischen Versorgungsleistungen funktionieren über die rund 70 freiwilligen Helfer*innen (vgl. Interview 1:120). Die Allgemeinmediziner*innen unter ihnen, die meist zwei bis drei Mal pro Monat in der Ordination sind (vgl. ebd.: 53), bieten ihre Unterstützung an, da es ihnen ein Anliegen ist, „Menschen zu behandeln, die keinen Zugang zum Gesundheitssystem haben“ (ebd.: 95-96). Patient*innen können den behandelnden Arzt* bzw. die behandelnde Ärztin* nicht frei wählen (vgl. ebd.: 164).

Die Einrichtung ist auf die Bereiche Pädiatrie sowie Gynäkologie spezialisiert, wodurch Mutter-Kind-Pass Untersuchungen (vgl. ebd.: 44-45) und Schwangerschaftsbegleitungen durchgeführt werden können (vgl. ebd.: 283). Viele der freiwilligen Helfer*innen sind Fachärzt*innen, unter anderem aus der Psychiatrie, Gynäkologie oder Neurologie. Eine Terminvereinbarung ist nur über die Allgemeinmediziner*innen möglich (vgl. AmberMed 2018c). Des Weiteren gibt es Kooperationen mit Labors für Blutuntersuchungen und den Diagnosezentren Meidling und Urania, für Fälle, in denen bildgebende bzw. radiologische Diagnostik für die Diagnosestellung notwendig ist (vgl. Interview 1: 250).

Mittlerweile gibt es aufgrund der hohen Nachfrage bereits wöchentlich das Angebot für pädiatrische Untersuchungen. Eine Besonderheit stellen auch die Kooperationen mit freiwilligen (Kinder-)Psychiater*innen dar (vgl. ebd.: 221-223). Viele der ehrenamtlichen Unterstützer*innen sind bereits im Ruhestand oder schon lange als Ärzt*innen tätig und deshalb gut vernetzt (vgl. ebd.: 48-49). Das daraus resultierende Netzwerk ermöglicht AmberMed das Angebot bei Bedarf auszuweiten und dringende Behandlungen, welche regulär nicht angeboten werden können, zu arrangieren (vgl. ebd.: 54-56).

Das Angebot umfasst neben den medizinischen Fachbereichen auch kostenlose Sozialberatungen mit einem*r Sozialarbeiter*in. Bei diesen Beratungen liegt der Schwerpunkt vor allem auf der Chancenabklärung für eine (Re)Integration in ein Versicherungssystem, um so

zukünftig medizinische Versorgung für die nicht-versicherte Person sicherstellen zu können (vgl. ebd.: 31-35). Für diese steht allerdings nur eine begrenzte Anzahl an Stunden zur Verfügung (vgl. ebd.: 40).

6.2 Krankenhaus der Barmherzigen Brüder

Die Barmherzigen Brüder sind ein christlicher Orden, der weltweit 592 Einrichtungen in 52 verschiedenen Staaten führt (vgl. Barmherzige Brüder Österreich o.J.a). Das Ordensspital in Wien befindet sich im 2. Wiener Gemeindebezirk und bietet seit 1614 Pflege, Betreuung und Beratung von und für Menschen an. Ihre Dienste sind für alle, also auch für Personen ohne Versicherungsschutz, zugänglich (vgl. Barmherzige Brüder Krankenhaus Wien o.J.a). Zu den angegebenen Öffnungszeiten kann jede*r unangemeldet ärztliche Behandlung beziehen. Die Notfallabteilung ist jeden Tag 24 Stunden einsatzbereit (vgl. Barmherzige Brüder Krankenhaus Wien o.J.b).

Der zentrale Wert des Krankenhauses, und übergeordnet des Ordens, ist die Hospitalität. Diese steht für eine „uneingeschränkte, fachlich kompetente und christliche Gastfreundschaft“ (Barmherzige Brüder Österreich o.J.b). Qualität, Respekt, Verantwortung und Spiritualität sind weitere Werte, auf denen die Arbeit im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder beruht (vgl. Barmherzige Brüder Österreich o.J.c):

„Es hat eine lange Tradition, Menschen zu betreuen, die am Rande der Gesellschaft stehen. Es gibt hier im Haus die „Allgemeine Ambulanz“, die jedermann aufsuchen kann, ob er versichert ist oder nicht. Es wird hier jeder, der Bedarf hat, behandelt, unabhängig von seiner Religion, von seiner Hautfarbe, von seiner Gesinnung. Da geht es wirklich nur um den kranken Menschen“ (Interview 5: 15-19).

Die Einrichtung ist nahe dem Praterstern verortet. Dort befinden sich mehrere Tageszentren für obdachlose Personen. Sozialarbeiter*innen, welche durch die Methode Streetwork guten Kontakt mit dieser Personengruppe pflegen, vermitteln ihre Klient*innen bei benötigter medizinischer Behandlung in das nahegelegene Krankenhaus (vgl. ebd.: 78-80; Interview 3: 127-130). Zur Überwindung von Kommunikationsschwierigkeiten wird auf Telefondolmetsch zurückgegriffen (vgl. ebd.: 314).

Die im Krankenhaus tätigen Sozialarbeiter*innen übernehmen vor allem das Entlassungsmanagement, die Prüfung auf das Recht von Leistungen und die dialogische Funktion der Vermittlung zwischen Patient*innen, Krankenhaus und Angehörigen (vgl. ebd.: 2-17). Außerdem sind sie für die Abklärung von Ansprüchen auf Versicherungsleistungen in Österreich oder im Heimatland zuständig (vgl. Interview 5: 69-78). Beratungen finden in der Praxis meist durch Zuweisung einer anderen Abteilung statt (vgl. Interview 3: 40-44).

Das Angebot umfasst, zusätzlich zur allgemeinen Ambulanz, unterschiedliche Fachbereiche. Darunter eine Gehörlosenambulanz, Hals-Nasen-Ohren-Abteilung, Chirurgie, Neurologie und eine Ambulanz für mehrfach- und schwerbehinderte Patient*innen (vgl. Barmherzige Brüder Wien o.J.b; Interview 5: 56-60). Für eine Untersuchung in einer der Fachabteilungen müssen individuell Termine vereinbart werden. Dies ist je nach Abteilung nur in einem bestimmten Zeitfenster möglich. Genaue Informationen dazu finden Patient*innen auf der Webseite (vgl. Barmherzige Brüder Krankenhaus Wien o.J.b). Insgesamt hat das Spital über 1.000 Mitarbeiter*innen (vgl. Barmherzige Brüder Krankenhaus Wien o.J.a).

Das Alleinstellungsmerkmal des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder ist, dass es das einzige Krankenhaus in Wien ist, welches auch nicht-versicherte Personen behandelt (vgl. Interview 3: 24). Bei Bedarf stehen für Patient*innen über 400 Spitalsbetten zur Verfügung (vgl. Barmherzige Brüder Krankenhaus Wien o.J.a). Unter den beschriebenen Einrichtungen stellt das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder die hochschwelligste dar. Für viele Adressat*innen kann das Betreten eines institutionellen Gebäudes eine Überwindung darstellen, gerade wenn daran bereits negative Erfahrungen geknüpft sind. Schwerwiegende Eingriffe oder komplizierte Erkrankungen können jedoch in vielen Fällen nur in einem Spital behandelt werden (vgl. Interview 5: 30-40).

6.3 neunerhaus Gesundheitszentrum

Die Organisation neunerhaus befindet sich im 5. Wiener Gemeindebezirk und wurde 1999 von Bürger*innen ehrenamtlich gegründet. Den Gründungsmitgliedern und Mitarbeiter*innen war und ist es ein Bedürfnis, sich um Menschen, die auf der Straße leben, zu kümmern und ihnen eine Wohnmöglichkeit zu bieten. Einige Projekte auf diesem Gebiet sind nach wie vor vorhanden. Mit der Zeit wurde das Angebotsspektrum erweitert und das Gesundheitszentrum neunerhaus eröffnet (vgl. Neunerhaus o.J.a). Grundsätzlich hat jede*r die Möglichkeit in das Zentrum zu kommen, sich Informationen zu holen und ein sozialarbeiterisches Gespräch zu führen. Die Leistungen können also sowohl von versicherten, wie auch nicht-versicherten Menschen in Anspruch genommen werden (vgl. Interview 4: 423).

Die Organisation verfolgt folgende Ziele:

„[...] auf soziale Ungleichheiten aufmerksam machen und Rahmenbedingungen verändern – für einen positiven Wandel in der Gesellschaft“, „sozial benachteiligten und wohnungslosen Menschen nicht nur ein Zuhause geben, sondern auch Gehör verschaffen“, die „Teilhabe aller an der Gesellschaft fördern“ sowie „Gesundheitsversorgung für alle – mit oder ohne E-card“ (Neunerhaus o.J.b).

Die meisten werden durch Familienmitglieder oder Bekannte auf das Angebot aufmerksam. Zusätzlich erfahren einige über Tageszentren oder andere soziale Betreuungs- und

Beratungseinrichtungen von dem gebührenfreien medizinischen Behandlungsangebot (vgl. Interview 2: 413-422; Interview 4: 133-136).

In der Wiener Versorgungslandschaft für nicht-versicherte Menschen übernimmt das neunerhaus bewusst die „hausärztliche Funktion“ (Interview 2: 620). Es wird Wert darauf gelegt, sich Zeit für die Patient*innen zu nehmen, ihnen ihre Erkrankung und deren Folgen zu erläutern, ihnen Orientierung im österreichischen Gesundheits- und Versicherungssystem zu verschaffen sowie eine beständige und längerfristige Betreuung zu erarbeiten und ermöglichen (vgl. ebd.: 496-502):

„Das Besondere am neunerhaus ist, dass wir, glaube ich, die Menschen sehr kontinuierlich betreuen. Wir haben wirklich sehr, sehr viele Patienten und Patientinnen, die regelmäßig zu uns kommen, regelmäßig ihre Medikamente abholen, ihre Untersuchungen bekommen, die wir organisieren“ (Interview 4: 40-43).

Ein wichtiger Teil des Konzeptes des neunerhauses ist die Interdisziplinarität, welche dazu dienen soll, eine ganzheitliche Gesundheitsversorgung gewährleisten zu können (vgl. Interview 2: 55-58). Gesamt sind vier Sozialarbeiter*innen, eine diplomierte Krankenpflegerin, sechs Ärzt*innen, ein Zivildienstler, eine Ordinationsassistentin und eine Zahnarztassistentin angestellt. Von den Ärzt*innen sind immer mindestens zwei während der Öffnungszeiten (Montag-Freitag) anwesend (vgl. Interview 4: 64-78). Zusätzlich gibt es im Gesundheitszentrum eine Zahnarztpraxis. Die dort ehrenamtlich behandelnden Zahnärzt*innen bieten alle Leistungen an, welche in einer regulären Ordination von der Krankenkasse finanziert werden (vgl. Interview 2: 508-509). Eine Ausnahme bilden prothetische Leistungen. Diese erhalten nicht-versicherte Personen im neunerhaus kostenfrei, obwohl Prothesen für Versicherte in Österreich keine inkludierte Leistung in der Krankenversicherung darstellen (vgl. ebd.: 509-512). Ebenso wird allgemeinmedizinisch alles angeboten, wozu die Ressourcen und die Kapazitäten ausreichen. Die Bandbreite reicht von gängigen Untersuchungen, wie Wundversorgung, welche die diplomierte Krankenpflegerin übernimmt, über Infusionen, Ultraschalluntersuchungen bis hin zu Schmerztherapien (vgl. Interview 4: 174-180). Alle zwei Wochen haben die Patient*innen die Möglichkeit das Angebot einer augenärztlichen Untersuchung wahrzunehmen (vgl. ebd.: 46-48).

Bei allen medizinischen Problemen und diagnostischen Methoden, die über das Angebotspektrum vor Ort hinausgehen, wird auf das sogenannte Fachärzt*innennetzwerk zurückgegriffen. Dieses bietet für einige Anliegen eine Möglichkeit zur Weitervermittlung. Fachärzt*innen, die sich engagieren möchten, stellen der Einrichtung ein Kontingent an freien Behandlungen, beispielsweise 3 Patient*innen pro Monat, für nicht-versicherte Personen zur Verfügung. Die Ordinationsassistentin übernimmt die Terminvereinbarung dafür und gibt den Patient*innen auch eine genaue Wegbeschreibung mit (vgl. Interview 2: 182-190; Interview 4: 42-44).

Kooperationen mit dem Diagnosezentrum Urania und labors.at stellen eine große Ressource für die Bildgebung und Blutuntersuchungen dar, da sie diese für die Patient*innen kostenfrei durchführen (vgl. Interview 2: 72-75).

Da ein Teil des Adressat*innenkreises nicht Deutsch als Erstsprache hat, nutzt das neunerhaus Gesundheitszentrum Videodolmetsch. Diese Methode wird sowohl von den Mitarbeiter*innen als auch von den Patient*innen positiv angenommen (vgl. ebd.: 672-673; Interview 4: 292-300).

6.4 Rechtlicher Schutz in den Einrichtungen

Um eine anonyme Behandlung oder Beratung zu gewährleisten, können Patient*innen von AmberMed an Stelle des eigenen Namens einen fiktiven angeben. Damit wird für die Zukunft eine Akte angelegt. Außerdem unterliegen die Angestellten der Verschwiegenheitspflicht (vgl. AmberMed 2018c). Vor Kontrollen der Fremdenpolizei besteht allerdings kein Schutz, da dies außerhalb der Möglichkeiten der Einrichtung steht (vgl. Interview 1: 149-151).

Auch im neunerhaus werden die Personen nach notwendigen Daten befragt. Diese werden vertraulich behandelt und dienen der Erstellung von internen Statistiken für das Gesundheitszentrum (vgl. Interview 2: 384-386; Interview 4:81-83). Im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder gilt ebenfalls die Verschwiegenheitspflicht sowie die Datenschutzgrundverordnung (vgl. Interview 3: 99-104).

Der befragte Arzt und die befragte Ärztin berichten einheitlich, dass sie selbst in den meisten Fällen nicht wissen, ob die Patient*innen einen Versicherungsschutz oder legale Aufenthaltsdokumente besitzen. Diese Anliegen liegen im Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit (Interview 4: 112-114; Interview 5: 94, 228-231).

6.5 Finanzierung

Der Träger und Initiator von AmberMed ist der Diakonie Flüchtlingsdienst. Die Einrichtung wird zu ca. 50 % durch öffentliche Gelder der Wiener Gebietskrankenkasse, dem Fonds Soziales Wien und dem Bundesministerium für Gesundheit finanziert. Die andere Hälfte der finanziellen, materiellen und personellen Unterstützung stammt allerdings von privaten Spender*innen, Firmenspenden, Sponsor*innen und dem Roten Kreuz, welches die Räumlichkeiten zur Verfügung stellt. Die erhaltenen Fördergelder sind oftmals projektbezogen, was bei den Spenden nicht der Fall ist (vgl. Interview 1: 375-393).

Die Finanzierung des neunerhauses setzt sich ähnlich zusammen, wie jene von AmberMed. Unterstützung erhält die Organisation vom Fond Soziales Wien, diversen Kooperationen und

der Wiener Gebietskrankenkasse. Mit Letzterer ist teilweise eine vertragliche Abrechnung möglich, auch für Patient*innen, die keinen Versicherungsschutz haben (vgl. Interview 4: 317-323). Eine weitere Einnahmequelle sind Spenden. Sie werden für spezielle Behandlungen, Therapien, Medikamente oder Equipment genutzt, welche über die regulären Ressourcen hinausgehen und auch nicht mithilfe von Kooperationspartner*innen ermöglicht werden können (vgl. Interview 2: 583-594). Die Leiter*innen des Neunerhauses haben es außerdem geschafft, innerhalb der Einrichtung ein ökonomisch vorteilhaftes System zu entwickeln: Ein Teil des Neunerhauses kann durch die Einnahmen der Miete ihrer Wohnprojekte finanziert werden (vgl. Neunerhaus o.J.b).

Ungefähr ein Drittel des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder wird von der Stadt Wien und der Wiener Gebietskrankenkasse finanziert (vgl. Interview 3: 342; Interview 5: 264-266). Der Orden übernimmt insgesamt zwei Drittel der Behandlungs- und Personalkosten (vgl. ebd.: 261-266). Da das Spital für alle Personen zugänglich ist, werden auch privatversicherte Patient*innen behandelt, was einen Teil der Einnahmen ausmacht (vgl. Interview 3: 346-350).

Die Finanzierung der medizinischen Versorgung nicht-versicherter Menschen erfolgt durch sogenannte „Haussammlungen“. Sie werden vom Orden durchgeführt und finden international statt. Diese haben in Österreich eine lange Tradition. Fünf Mal pro Jahr wird von Haus zu Haus gegangen und um Spenden gebeten. Der gesammelte Betrag wird für die Behandlung der oben genannten Gruppe eingesetzt (vgl. Barmherzige Brüder Krankenhaus o.J.c; Interview 3: 349-350).

Alle drei Einrichtungen finanzieren sich partiell durch Spenden, werden von dem Fonds Soziales Wien teilgefördert und erhalten Zuschüsse von der Wiener Gebietskrankenkasse.

Die Ärztin im Neunerhaus nennt folgendes als Grund für die Finanzierungsbeteiligung der Wiener Gebietskrankenkasse an medizinischen Leistungen für Personen, die nicht in die Versicherung einzahlen (können):

„Es ist halt auch in ihrem [WGKK, Anm. d. Verf.] Sinne, dass die Menschen überhaupt eine Gesundheitsversorgung haben. Die Kosten sind ja doch höher, wenn die Personen dann im Akutfall ins Krankenhaus kommen, als wenn sie versorgt sind. Das ist schon auch im Sinne des Gesundheitssystems, dass es für die Nicht-Anspruchsberechtigten, Nicht-Versicherten Versorgung gibt“ (Interview 2: 427-438).

6.6 Zielgruppe

Die Befragung unserer Expert*innen ergab, dass die Einrichtungen ähnliche Zielgruppen haben und sich die Klient*innen angebotsorientiert aufteilen. Eine konkrete Prozentzahl der illegalisierten Personen unter ihren Patient*innen konnte uns keine*r der

Interviewpartner*innen nennen, da die Angabe des Aufenthaltsstatus nur bei Inanspruchnahme der sozialarbeiterischen Leistungen notwendig ist.

Die Zusammensetzung der Nationalitäten der Klient*innen wird von den Expert*innen des neunerhauses und der Barmherzigen Brüder überwiegend ident wahrgenommen. Die größte Gruppe stellen Rumän*innen, Bulgar*innen, Ungar*innen, Pol*innen und Slowaker*innen dar, darauf folgen Personen aus Serbien, Kroatien und Bosnien Herzegowina (vgl. Interview 4: 146-149; Interview 3: 164-165). Das Dolmetschangebot von AmberMed lässt darauf schließen, dass auch dort ein großer Anteil des Klientels aus diesen Nationen stammt (vgl. AmberMed 2018b).

Des Weiteren zählen Asylwerber*innen zu den Patient*innen der Organisationen, welche infolge eines Bundeslandwechsels aus der Grundversorgung fallen und somit keinem Versicherungsschutz mehr unterliegen. Die häufigsten Staatsangehörigkeiten sind hier Syrer*innen und Afghanen*innen (vgl. Interview 1: 200-203; Interview 2: 432-437; Interview 5: 137-138). Somalia, China, Russland, Ukraine, Indien und Pakistan sind Nationen, die genannt wurden, allerdings nicht so stark vertreten sind (vgl. Interview 2: 436-440; Interview 3: 199-202). „Ich glaube es gibt kein Land, was wir nicht schon dabei gehabt hätten“ (Interview 2: 440-441), erzählt die Sozialarbeiterin vom neunerhaus.

Die Geschlechteraufteilung begründet sich anhand der unterschiedlichen Angebotsschwerpunkte der Einrichtungen. Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder übernimmt in der Versorgungslandschaft für nicht-versicherte Personen die Spitalsfunktion. Daher ergibt sich dort eine generelle Geschlechterdurchmischung (vgl. Interview 5: 149-150). AmberMed bietet pädiatrische und gynäkologische Behandlungen an und setzt einen Fokus auf die Zielgruppe armutsbetroffener, nicht-wohnungsloser Personen, weshalb mehr als die Hälfte der Klient*innen weiblich sind (vgl. Interview 1: 40-45).

Das neunerhaus pflegt eine Tradition in der Betreuung von obdachlosen Menschen. In dem Gesundheitszentrum kann sich aber jede*r behandeln lassen, unabhängig von der Wohnsituation, dem Versicherungsschutz, der Nationalität oder den aktuellen Lebensumständen. Das Geschlechterverhältnis liegt ungefähr bei zwei Drittel Männer und einem Drittel Frauen (vgl. Interview 2: 425; Interview 4: 150-151). Eine mögliche Begründung ist das unterschiedliche Verhalten von Männern und Frauen, wenn sie von Unterstandslosigkeit betroffen sind. Frauen tendieren öfter dazu, in die verdeckte Wohnungslosigkeit abzurutschen. Dies bedeutet, dass sie nicht als obdachlose Personen registriert sind, sondern bei Bekannten oder Verwandten unterkommen. Sie sind als Zielgruppe daher schwieriger zu erreichen und begeben sich durch diese prekäre Wohnsituation zusätzlich schneller in die Abhängigkeit eines anderen Menschen (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe o.J.). Die Ärztin

aus dem neunerhaus erzählt, dass Frauen zu Untersuchungen gehäuft in Begleitung eines Mannes kommen (vgl. Interview 4: 152-154).

In den Einrichtungen sind unterschiedliche Altersgruppen verschieden stark vertreten. Das neunerhaus Gesundheitszentrum behandelt Menschen altersunabhängig, wobei die größte Patient*innengruppe jene zwischen 30 und 50 Jahren ist (vgl. Interview 2: 426-428). Ebenso gibt es bei AmberMed keine Altersbegrenzung um eine Behandlung oder sozialarbeiterische Betreuung zu erhalten. Durch das bereits erwähnte pädiatrische Fachbereichsangebot sind ca. ein Zehntel der Patient*innen unter 18 Jahren. Die Leiterin erwähnt, dass hochbetagte Patient*innen nicht die Norm sind. Dies begründet sie mit der Bedürfnisverschiebung im hohen Alter, da diese Personen oftmals Pflege und Betreuung benötigen, was wiederum nicht in den Aufgaben- und Tätigkeitsbereich von AmberMed fällt (vgl. Interview 1: 206-210).

Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder hat einen Fokus auf volljährige Personen. Kleine Eingriffe werden auch bei Minderjährigen durchgeführt, dies ist dennoch nicht der Regelfall (vgl. Interview 3: 156-160). Bei den erwachsenen Patient*innen ist laut dem befragten Arzt kein Alter überdurchschnittlich stark vertreten (vgl. Interview 5: 149).

6.7 Anliegen nicht-versicherter Patient*innen

Bei der Befragung über häufige Anliegen der Patient*innen wurden von den Expert*innen wiederholt chronische Erkrankungen wie Diabetes oder Bluthochdruck sowie deren Folgeschäden genannt (vgl. Interview 1: 220-221; Interview 2: 463; Interview 4: 158; Interview 5: 187-188).

Im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder sind Leberzirrhose, kardiologische Schwierigkeiten und Lungenkarzinome häufig gestellte Diagnosen (vgl. Interview 3: 182-189). Die leitende Sozialarbeiterin aus dem neunerhaus fügt dem oben Genannten Schmerzen im Kopf und Fuß, Fehlstellungen, psychische Belastungen, welche sich durch Schlaflosigkeit, Depression oder Gewichtsabnahme zeigen, sowie bereits über lange Zeit unbehandelte Beschwerden und ausstehende Untersuchungen hinzu (vgl. Interview 2: 463-473). Die Angestellten des Gesundheitszentrums sind außerdem oftmals mit der Thematik der Alkoholabhängigkeit konfrontiert (vgl. Interview 2: 475; Interview 4: 161). Von dem Angebot der sozialarbeiterischen Unterstützung wird zunehmend separat von medizinischen Angelegenheiten Gebrauch gemacht (vgl. Interview 2: 269-270).

Viele nicht-versicherte bzw. illegalisierte Menschen, welche die Leistungen vom Krankenhaus der Barmherzigen Brüder und dem neunerhaus in Anspruch nehmen, sind von Obdachlosigkeit betroffen. Der Arzt des Spitals und die Sozialarbeiterin des Gesundheitszentrums erörtern, dass aufgrund der rauen Lebensbedingungen auf der Straße die Versorgung

von Wunden und Hautgeschwüren zu alltäglichen Tätigkeiten der Pflegekräfte und den Ärzt*innen gehört. Das viele „auf den Beinen sein“ und Sitzen, die nächtlichen niedrigen Temperaturen und das oftmals jahrelange Aufschieben eines Besuchs einer ärztlichen Praxis verschlechtern zudem oft den Heilungsprozess von Verletzungen und kann für die Blutgefäße schwerwiegende Folgen mit sich bringen (vgl. Interview 2: 533-538; Interview 5: 185-190).

7 HERAUSFORDERUNGEN

In diesem Kapitel werden die aktuellen Herausforderungen in der medizinischen Versorgung illegalisierter Menschen in Wien und somit die zentralen Ergebnisse der vorliegenden Arbeit vorgestellt.

7.1 Lücken im existierenden Angebot

Laut der Sozialarbeiterin von AmberMed sind die größten Herausforderungen in der gesundheitlichen Versorgung illegalisierter Menschen „die Angebote, die es nicht gibt“ (Interview 1: 323). Damit gemeint sind medizinische Leistungen, die für illegalisierte Personen bzw. Nicht-Versicherte gar nicht, nur schwer oder mit etwaigen Hürden zugänglich sind. Solche Lücken lassen sich in folgenden Bereichen feststellen: Geburtshilfe, Onkologie, Chirurgie (Orthopädie und Unfallchirurgie), Psychiatrie, Psychotherapie sowie Pflege und Nachsorge.

7.1.1 Schwangerschaft und Geburtshilfe

AmberMed ist die einzige der drei befragten Einrichtungen, die Schwangerschaftsbegleitung für Menschen ohne Versicherungsschutz anbietet (vgl. Interview 1: 283). Dort ist es möglich, Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen durchzuführen. Des Weiteren zählen die Gynäkologie und Pädiatrie zu ihren Schwerpunkten (vgl. ebd.: 44-45). Eine Entbindung ist aufgrund der Notwendigkeit eines stationären Aufenthaltes nach der Geburt nicht möglich (vgl. ebd.: 45-46). Das neunerhaus hat eine Gynäkologin in ihrem Facharzt*innennetzwerk, bei Schwangerschaft und akuten gynäkologischen Beschwerden vermitteln sie jedoch meistens zu AmberMed (vgl. Interview 2: 539-541; Interview 4: 190-191). Auch das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder ist gynäkologisch mit einer eigenen Abteilung gut aufgestellt. Allerdings umfasst diese ebenfalls nicht den Bereich der Geburtshilfe (vgl. Interview 3: 209-210). In den seltenen Fällen, in denen es zu einer Geburt kommt, werden die Mutter und das Kind erstversorgt und danach in ein Spital mit geburtshilflicher Abteilung verlegt, berichtet der Arzt des Krankenhauses. Wenn ausreichend Zeit ist, erfolgt die Überstellung schon vor der Geburt (vgl. Interview 5: 204-208).

Es ist gesetzlich festgelegt, dass medizinische Versorgung bei Notfällen, so auch bei einer Geburt, in öffentlichen Krankenanstalten niemandem verweigert werden darf (KAKug § 23 Abs. 1). Demnach muss jede Schwangere bei Wehen oder Anzeichen der Geburt aufgenommen werden (vgl. Interview 3: 220-222). Personen ohne Versicherung bekommen danach aber eine Rechnung (vgl. Interview 1: 284-285). Manchmal wird vorab versucht, einen kostengünstigen Geburtsplatz zu finden und zu vermitteln (vgl. ebd.: 283-284; Interview 2: 548-549).

7.1.2 Chirurgische Eingriffe

Das neunerhaus hat einen Schwerpunkt auf Zahnmedizin. Es können dort Weisheitszähne entfernt werden, große kieferchirurgische Eingriffe sind allerdings nicht möglich (vgl. Interview 2: 517-518). Die Einrichtung vermittelt in solchen Fällen zur Universitätszahnklinik (vgl. ebd.: 520). Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder kann gewisse medizinische Eingriffe wie beispielsweise Herzoperationen durchführen (vgl. Interview 3: 302-203). Zu Herausforderungen kommt es, wenn eine Person ohne Versicherung orthopädische Beschwerden oder einen Unfall hat. Im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder gibt es keine Abteilung für Unfallchirurgie oder Orthopädie. Wenn Patient*innen beispielsweise wegen eines Knochenbruchs in das Spital kommen, können diese aufgrund fehlender Fachleute und mangelndem Equipment dort nicht behandelt werden und müssen in ein Unfallkrankenhaus weitervermittelt werden (vgl. ebd.: 300-302; Interview 5: 126-128, 193-195). Es kann allerdings dazu kommen, dass die Patient*innen aufgrund ihrer fehlenden Versicherung von dem anderen Krankenhaus abgewiesen werden (vgl. ebd.: 168-170), wie der Arzt des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder berichtet:

„Ich kann mich an einen Patienten erinnern, der hat eine komplizierte Verletzung gehabt, ist im AKH operiert und dann am Schalter zur Nachbehandlung abgewiesen worden. Da muss man dort anrufen und sagen: ‘Bitte, das bringt ja nix. Jetzt haben sie da so viel Geld investiert, damit die Hand wieder gerade wird. Den müsst ihr weiterbehandeln.’ Das funktioniert dann aber auch. Da muss man halt die Zeit investieren, dass man da anruft und sagt: ‘Machts doch bitte weiter.’“ (Interview 5: 168-173).

Im „Akutfall“ (ebd.: 311) ist ein solches Vorgehen des Krankenhauspersonals problematisch (vgl. ebd.: 309-311). Ähnlich schwierig ist es, wenn jemand eine orthopädische Operation, zum Beispiel an der Hüfte oder am Knie, oder Prothesen benötigt (vgl. Interview 1: 339). Das neunerhaus Gesundheitszentrum hat dafür eine Kooperation mit dem orthopädischen Spital Speising, allerdings ist das Kontingent für solche Eingriffe begrenzt (ca. 2-4 im Jahr) (vgl. Interview 4: 184-186). Trotz der eventuell anfallenden Kosten versuchen die Ärzt*innen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder den Betroffenen die medizinische Notwendigkeit solcher Behandlungen deutlich zu machen und sie zu motivieren, in ein anderes Krankenhaus zu gehen bzw. den Eingriff machen zu lassen (vgl. Interview 5: 128-131):

„Wenn es akut ist, dann sagen wir den Patienten, sie müssen unbedingt, auch wenn sie nicht versichert sind, auch wenn sie da eine Verschreibung bekommen über eine gewisse Summe, sie müssen das machen. Es hilft nichts, wenn ein 25-Jähriger kommt, der sich den Arm gebrochen hat. Der braucht ja den Arm noch hoffentlich 70 Jahre in seinem Leben. Es ist ganz wichtig, das den Patienten zu vermitteln und zu sagen: ‘Bitte tun sie was’, damit der dann auch wirklich dort hingehet“ (ebd.: 159-164).

Für die Begleichung der Rechnungen „lässt sich erfahrungsgemäß immer eine Lösung finden“ (ebd.: 166), erklärt der Arzt des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder gemeinsam mit dem zahnärztlichen Angebot vom neunerhaus gewisse medizinische Eingriffe abdeckt. Problematisch wird es bei aufwendigen Operationen, die für Menschen ohne Versicherung nicht gesichert sind (vgl. Interview 3: 300-304): “[...] da geht es dann darum, im Einzelfall mit Krankenhäusern eine Lösung mit nicht-versicherten Menschen zu finden” (Interview 2: 148-149) und auszuverhandeln.

7.1.3 Psychische und psychiatrische Betreuung

Die Sozialarbeiterin vom neunerhaus spricht von einem Mangel an psychiatrischen Versorgungsmöglichkeiten für Personen ohne Versicherung (vgl. Interview 2: 142-143, 852). „Psychiatrische Versorgung ist schon für versicherte Menschen nicht leicht zugänglich. Hat man ein akutes psychiatrisches Problem, hat man einen Termin für in ein paar Monaten zu suchen“ (ebd.: 854-855), betont sie. Begründet wird dieser Umstand mit einem Ärzt*innenmangel in diesem Bereich (Interview 1: 222, 231). Auch die Möglichkeiten einer Psychotherapie sind begrenzt (vgl. Interview 2: 855-856).

Das neunerhaus kooperiert bei psychischen sowie psychiatrischen Problemen mit dem Psychosozialen Dienst (vgl. ebd.: 144; Interview 4: 197-198). Dort werden auch Menschen ohne Versicherung behandelt (vgl. ebd.: 271-272). AmberMed verfügt zwar über ein Angebot, dieses ist jedoch „quantitativ eingeschränkt“ (Interview 1: 233-234). Die Einrichtung hat zwei Fachärzt*innen der Psychiatrie – „was ein super Luxus ist“ (ebd.: 221) – und einen Kinder- und Jugendpsychiater, den sie bei Bedarf kontaktieren können, in ihrem ehrenamtlichen Team (vgl. ebd.: 221-222, 229-233).

7.1.4 Behandlung schwerer Erkrankungen: Beispiel Chemotherapie

Behandlungen, die bei schwerwiegenden und chronischen Erkrankungen notwendig sind, stellen eine Herausforderung dar, da sie oft kostenaufwendig sind und deshalb nur in Einzelfällen durchgeführt werden können (vgl. Interview 1: 506-511; Interview 4: 223-226).

So gibt es beispielsweise kein Angebot der kostenlosen Chemotherapie für nicht-versicherte Krebspatient*innen. Die Sozialarbeiterin von dem Krankenhaus der Barmherzigen Brüder bezeichnet dies als „ganz heikles Thema“ (Interview 3: 229). Die Möglichkeit für eine solche Behandlung im Spital besteht aufgrund der hohen Kosten nicht für alle. Es gibt ein „Auswahlverfahren“, wobei die Lebenssituation, die Art der benötigten Chemotherapie, das Stadium der Krebserkrankung sowie die Erfolgswahrscheinlichkeit berücksichtigt werden. Die Entscheidung trifft die kaufmännische Direktion gemeinsam mit den Ärzt*innen und der Krankenhausleitung. Solche Entscheidungen sind „natürlich schlimm“ (ebd.: 241-242) und

„wirklich schwierig für die, die es entscheiden müssen“ (ebd.: 239), betont die Sozialarbeiterin. Finanziert werden diese Behandlungen dann vom Orden (vgl. ebd.: 229-245).

Laut den Expert*innen aus dem neunerhaus und von AmberMed kann eine Chemotherapie nur in Einzelfällen gewährleistet werden. Die größte Problematik besteht in der Finanzierung. Genauer gesagt ist die Möglichkeit einer Chemotherapie abhängig davon, ob ein Krankenhaus oder Privatspital gefunden werden kann, welches sich bereit erklärt, die Kosten für die onkologische Behandlung zu übernehmen. Die Aufgabe der Einrichtungen ist es, bei den Krankenanstalten anzufragen und die Patient*innen bei einer Zusage der Kostenübernahme dorthin zu vermitteln (vgl. Interview 1: 300-206; Interview 2: 573-579; Interview 4: 223, 241-245).

Wenn Patient*innen schon einmal in einem Spital akut oder stationär behandelt worden sind, kann es sein, dass das Krankenhaus die Kosten für weitere Therapien übernimmt (vgl. ebd.: 223-230). „Das ist aber wirklich ganz individuell und das sind wirklich Einzelfälle“ (ebd.: 225-226), erklärt die Ärztin vom neunerhaus. Sie berichtet von einem Fall, in welchem ein Arzt einen Krebspatienten nach einer durchgeführten Notoperation weiterbehandelt hat, obwohl der Patient nicht versichert war und die Behandlung nicht bezahlen konnte (vgl. ebd.: 233-240). „Da lag scheinbar auch dem Arzt selber etwas dran“ (ebd.: 237-238), begründet sie.

Die Sozialarbeiterin von AmberMed erwähnt eine Unterteilung ihrer Zielgruppe in zwei Personengruppen, die für das Vorgehen bei schweren Erkrankungen entscheidend ist. Bei Menschen aus Rumänien sowie Bulgarien wird versucht, sie an das System im Herkunftsland anzubinden und dadurch den Zugang zu den notwendigen Behandlungen zu ermöglichen. Ist dies nicht möglich, wie bei Asylwerber*innen, muss wiederum der individuelle Fall geprüft werden (vgl. Interview 1: 295-297). Die Expertin meint: „So oft kommt das Gott sei dank nicht vor. Wir finden dann meistens eine Lösung [für die Finanzierung, Anm. d. Verf.]“ (ebd.: 297-298).

Unsere Interviewpartner*innen sind sich einig, dass der Zugang zu aufwendigen Behandlungen, wie Chemotherapien, mit gewissen Schwierigkeiten verbunden ist und vom Einzelfall, den Finanzierungsmöglichkeiten sowie Entscheidungen der öffentlichen oder privaten Krankenhäuser abhängig ist.

7.1.5 Pflege und Nachsorge

Die Interviews mit den Expert*innen haben gezeigt, dass fehlende Angebote im Bereich der Pflege und Nachsorge für nicht-versicherte Menschen „aktuell die größte Lücke“ (Interview 3: 408) darstellen. Der Bedarf an solchen Angeboten ist sehr hoch, auch weil die Klient*innen vermehrt ein höheres Alter erreichen (vgl. Interview 4: 416-417).

Besonders aus medizinischer Sicht ist es wichtig, dass Patient*innen nach einer schweren Operation oder Erkrankung weiterbetreut werden und jene ohne Unterbringung eine Schlafmöglichkeit haben:

„Man kann ja einen Unterstandslosen, der frisch operiert ist, nicht auf die Straße entlassen. Wenn wir operiert worden sind, dann gehen wir nach Hause, schonen uns, erholen uns, sind vielleicht noch zwei Wochen im Krankenstand und dann beginnen wir wieder zu arbeiten. Bei einem Unterstandslosen muss ich natürlich schauen, wo der jetzt die nächsten zwei Wochen bleiben kann“ (Interview 5: 87-91).

Fakt ist allerdings, dass es in Wien keine einzige Einrichtung gibt, die Personen ohne Versicherung eine pflegerische Betreuung, beispielsweise nach einem längeren Krankenhausaufenthalt, ermöglicht (vgl. Interview 3: 65-67, 79-80). Die Sozialarbeiterin vom Krankenhaus der Barmherzigen Brüder beschreibt diesen Umstand als „frustrierend, weil [sie] einfach an Grenzen stoßen, wo es keine Lösung gibt“ (ebd.: 73-74). Einerseits spüren sie den „Druck vom Krankenhaus oder von der Station“ (ebd.: 67-68), wenn ein*e Patient*in zu entlassen wäre, weil diese*r keine medizinische Behandlung mehr benötigt (vgl. ebd.: 67-71). Andererseits gibt es keine Möglichkeit der Weitervermittlung und Betreuung für pflegebedürftige nicht-anspruchsberechtigte Menschen (vgl. ebd.: 79-80).

Diese Problematik besteht schon seit einiger Zeit, behauptet die Sozialarbeiterin vom Krankenhaus (vgl. ebd.: 80). Niemand übernimmt für das fehlende Angebot Verantwortung. Damit lässt sich begründen, warum noch keine entsprechende Einrichtung geschaffen wurde (vgl. ebd.: 399-400):

„Das ist allen Trägern bewusst und man wurschtelt eben so dahin, irgendwie löst es sich immer wieder. [...] Also es löst sich oft, das klingt jetzt wirklich arg, aber es löst sich oft, weil die Patienten dann sterben. [...] Oder in manchen Fällen taucht dann doch irgendein Verwandter auf, der ihn dann doch zu Hause aufnehmen kann. Also das kommt auch manchmal, aber eher selten vor, dass es dann doch noch irgendein familiäres Netz im Heimatland gibt“ (Interview 3: 80-94).

Es gibt zwar Einrichtungen wie das VinziBett oder die Zweite Gruft, die nicht-anspruchsberechtigte Klient*innen in Notsituationen kurzfristig eine Unterbringung und Versorgung bieten. Voraussetzung dafür ist jedoch keine Pflegebedürftigkeit (vgl. ebd.: 402-408).

Weitere Herausforderungen sind im Bereich der Nachsorge feststellbar. Davon betroffen sind vor allem Menschen, die einen Schlaganfall, Herzinfarkt, einen Unfall oder eine größere (orthopädische) Operation hatten. Laut unseren Expert*innen gibt es kein Angebot einer Physio- oder Ergotherapie sowie Reha für nicht-versicherte Patient*innen (vgl. Interview 1: 264-267; Interview 4: 253-258, 286-288). Auch Hausbesuche können nicht durchgeführt werden (vgl. Interview 1: 209-210, 267-268).

Ausnahmen gibt es nur „im ganz, ganz seltenen Einzelfall“ (Interview 4: 259), wie die Ärztin vom neunerhaus schildert:

„Zum Beispiel hatten wir einen Patienten, der eine ganz große Operation im orthopädischen Spital Speising hatte und dann gab es da ganz zufällig einen Platz in einer Reha, der frei war, und der wurde ihm angeboten. Aber das ist wirklich ein kompletter Einzelfall. Das können wir jetzt auch nicht raustragen, weil sonst kommen viele und sagen: ‘Ich brauche das auch.’“ (ebd.: 259-263).

Weiters betont sie: „Wenn es ein Angebot gibt, finden wir immer irgendjemanden der das brauchen kann. Es gibt aber leider nicht oft das Angebot“ (ebd.: 265-266).

Die Nachfrage für solche Therapieangebote wäre aber groß. Aktuell hat das neunerhaus als einzige der befragten Einrichtungen einen ehrenamtlichen Physiotherapeuten zur Verfügung (vgl. ebd.: 254-256). Dieser kann allerdings nicht mit mehr als einer Person gleichzeitig arbeiten (vgl. ebd.: 187-189).

7.2 Finanzielle Belastungen für Patient*innen

Aus den oben genannten medizinischen Bereichen gibt es Leistungen, die nur in Einzelfällen angeboten werden. Manche Behandlungen können außerdem hohe Kosten für die Patient*innen verursachen. Benötigte finanzielle Ressourcen sind bei der Zielgruppe oftmals nicht vorhanden (vgl. Interview 2: 319-320).

Welche Konsequenzen es haben kann, wenn Patient*innen ihre Rechnungen nicht begleichen, wurde von den Expert*innen nicht explizit genannt. In manchen beschriebenen Fällen wurden jedoch folgende Lösungen gefunden: Es kann eine Ratenzahlung oder ein „symbolischer Beitrag“ (Interview 1: 259) vereinbart werden. Die Rechnung wird von der medizinischen Einrichtung übernommen oder eine Stundung beantragt (vgl. ebd.: 258-259; Interview 2: 561-562; Interview 5: 244-246). Einige Leistungen können außerdem durch Spenden finanziert werden oder ein Pharmaunternehmen erklärt sich dazu bereit, anfallende Kosten zu begleichen (vgl. Interview 1: 512-513; Interview 2: 583-586). Beim Schwangerschaftsabbruch gibt es beispielsweise keine Möglichkeit einer kostenfreien Behandlung. Somit muss auf die oben genannten Maßnahmen zurückgegriffen werden (vgl. Interview 2: 555-558).

Aus Angst vor einer hohen Rechnung steigt die Hemmschwelle medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen (vgl. Interview 5: 70-71). Zudem führen prekäre Lebenssituationen dazu, dass die Behandlung gesundheitlicher Beschwerden oft nicht im Fokus steht. Andere basale Bedürfnisse wie Essen, Wohnen und Kleidung können als vorrangig erachtet werden. Dies kann sich negativ auf den Verlauf bestehender Krankheiten auswirken (vgl. Interview 1: 71-77; Interview 2: 306-313).

Die Sozialarbeiterin vom neunerhaus beschreibt auftretende finanzielle Hürden für Nicht-Versicherte folgendermaßen: “Da geht es auch gar nicht darum, dass ich das nicht bezahlen will, weil ich bin ein Mensch und ich will die Sachen, die ich bezahlen muss, auch bezahlen, aber ich weiß nicht wie” (Interview 2: 320-322).

7.3 Sprachbarrieren

Die Kommunikation zwischen Arzt* bzw. Ärztin* und Patient*in spielt für die Behandlung eine zentrale Rolle. Es kann vorkommen, dass Behandlungen mangels Übersetzung nicht durchgeführt werden können (vgl. Interview 2: 208-210). Um Sprachbarrieren bestmöglich zu überwinden, wurden unterschiedliche Herangehensweisen bzw. Lösungsversuche entwickelt. Diese sind stark von dem jeweiligen finanziellen Spielraum der Einrichtung abhängig.

AmberMed arbeitet mit ehrenamtlichen Dolmetscher*innen, wobei darauf geachtet wird, die meistgebrauchten Sprachen regelmäßig anzubieten (vgl. Interview 1: 67-71). Zu festgelegten Zeiten stehen von Montag bis Freitag Übersetzer*innen für die Sprachen Chinesisch, Russisch, Rumänisch, Bosnisch/Kroatisch/Serbisch und Bulgarisch zur Verfügung (vgl. AmberMed 2018c). Die Dolmetscher*innen sind oftmals Studierende der Translationswissenschaften (vgl. Interview 1: 60-61). Für Sprachen, die nur sehr schwach in der Zielgruppe vertreten sind, kann keine Übersetzung angeboten werden. Eine Alternative, die es ermöglichen würde, auch diesem Problem gerecht zu werden, ist das vom neunerhaus Gesundheitszentrum genutzte Videodolmetsch. AmberMed kann sich diesen sehr kostspieligen Service allerdings nicht leisten (vgl. ebd.: 60-65).

Die Sozialarbeiterin vom neunerhaus Gesundheitszentrum berichtet, dass das Videodolmetschsystem von den Mitarbeiter*innen als „sehr gut“ und wertvoll empfunden wird. Von 50 angebotenen Sprachen sind ca. 20 jederzeit über einen Computer auf Abruf verfügbar. Für die Übersetzung selten gebrauchter Sprachen ist eine Terminvereinbarung erforderlich. Die Dolmetscher*innen verfügen über ein breites medizinisches Fachvokabular. Die Ärztin des Gesundheitszentrums betont, dass medizinische Fachbegriffe und emotionsgeladene Thematiken selbst für Personen, die sich im Regelfall gut in der deutschen Sprache ausdrücken können, eine große Herausforderung darstellen. Videodolmetsch vereinfacht die Arbeit in solchen Situationen und ermöglicht es, heikle und (psychisch) belastende Themen auch mit Menschen mit schwachen Deutschkenntnissen zu besprechen. Deshalb stellt es eine wichtige Ressource für die Arbeit im neunerhaus Gesundheitszentrum dar (vgl. Interview 2: 672-698; Interview 4: 289-301).

Im Falle einer Überweisung zu Fachärzt*innen werden den Patient*innen des neunerhauses die Adresse einschließlich einer auf Zeichensprache basierende Wegbeschreibung

mitgegeben. Dies ist ein Mittel des neunerhaus Gesundheitszentrums, Kommunikation abseits von Sprache zu ermöglichen (vgl. Interview 2: 186-188).

Im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder gibt es eine Auflistung aller Mitarbeiter*innen, die eine Fremdsprache sprechen. Wird eine Übersetzung benötigt, kann eine Person mit der entsprechenden Sprachkenntnis von der Liste hinzugezogen werden. Diese Herangehensweise hat den Nachteil, dass keine ausgebildeten Dolmetscher*innen konsultiert werden und nicht alle Sprachen abgedeckt werden können. Zusätzlich wird ein Telefondolmetschsystem verwendet. Die Sozialarbeiterin berichtet, dass die Auswahl an Sprachen, die dieses System bietet, nicht ausreicht. Einige häufig gebrauchte Sprachen, wie beispielsweise Bulgarisch, sind nicht verfügbar (vgl. Interview 3: 307-316).

Auch der Arzt des Krankenhauses kritisiert den Telefondolmetschdienst, der mitunter sehr lange Wartezeiten und keine optimale Sprachqualität aufweist. Patient*innen müssen aus diesem Grund teilweise selbst eine Person mitnehmen, die für sie dolmetscht. Diese Lösung kann mit einigen Problemen verbunden sein, weil das Deutsch des*der mitgebrachten Unterstützer*in für eine Übersetzung gelegentlich nicht ausreichend ist. Immer wieder bieten sich außenstehende Patient*innen, die ebenfalls im Wartezimmer sitzen, als Dolmetscher*innen an und werden unter der Voraussetzung, dass alle Beteiligten damit einverstanden sind, zur Übersetzung herangezogen. Diese Alternative sieht der interviewte Arzt als die beste Option (vgl. Interview 5: 286-296).

Zusammengefasst lässt sich feststellen, dass sich die vorhandenen Sprachbarrieren in der Behandlung illegalisierter Personen in Wien aktuell durch die Verwendung von Videodolmetsch am umfassendsten bewältigen lassen. Das Service ist allerdings teuer und nicht für jede Einrichtung leistbar. Auf freiwilliger Basis aushelfende Dolmetscher*innen stellen eine kostensparende Alternative dar, können allerdings nur eine vergleichsweise niedrige Bandbreite an Sprachen abdecken. Das Telefondolmetschsystem weist Mängel in Bezug auf die angebotenen Sprachen, die Qualität der Anrufe und die Wartezeit auf. Die Herangehensweise, Angestellte oder Patient*innen zum Zweck einer Übersetzung hinzuzuziehen, kann eine professionelle Übersetzungsarbeit nicht ersetzen.

7.4 Sozialisationsbedingte Herausforderungen

Aufgrund sozialisationsbedingter Gegebenheiten und auftretender kultureller Unterschiede zwischen Österreich und den Herkunftsländern von illegalisierten Personen können Behandlungen oft nicht reibungslos durchgeführt werden.

Dieses Kapitel befasst sich zuerst mit möglichen Schwierigkeiten und Ängsten, denen illegalisierte Menschen im österreichischen Gesundheitssystem gegenüberstehen sowie mit deren

Ursachen und Hintergründen. In weiterer Folge wird darauf eingegangen, welche Herausforderungen dadurch für die behandelnden Stellen entstehen.

7.4.1 Ängste und Unsicherheiten im Gesundheitssystem

Illegalisierte Menschen kennen sich häufig nicht mit dem österreichischen Gesundheitssystem aus und haben Angst, damit in Kontakt zu kommen (vgl. Interview 2: 380-384).

Vor allem Personen mit Fluchterfahrung, die medizinische Versorgung benötigen, stehen oft vor Fragen wie: "Wo muss ich jetzt hingehen? Wann gehe ich ins Krankenhaus? [...] Wann gehe ich zum Facharzt?" (Interview 2: 712-713). Der Aufbau des Gesundheitssystems einzelner Länder unterscheidet sich global gesehen sehr stark. Laut der Sozialarbeiterin des neunerhaus Gesundheitszentrums ist auf diesem Gebiet ein Mangel an Aufklärung festzustellen. Das Resultat ist, dass Betroffene im österreichischen Gesundheitssystem oft orientierungslos sind (vgl. ebd.: 706-715).

Illegalisierten Menschen drohen zudem behördliche Erfassung und Abschiebung (vgl. Interview 1: 364). Patient*innendaten unterliegen Datenschutzrichtlinien und dürfen somit nicht an Behörden weitergegeben werden (vgl. Interview 3: 99-106). Dennoch haben illegalisierte Patient*innen oft große Angst im Zuge einer ärztlichen Untersuchung behördlich dokumentiert zu werden. Die aktuell verschärfte politische Lage trägt außerdem durch vermehrte polizeiliche Personenkontrollen zu dieser Angst bei (vgl. Interview 1: 143-148). Dies bewegt sie dazu, zusätzlich zur Angst vor möglichen anfallenden Kosten, häufig erst im absoluten Notfall zu einem Arzt* bzw. einer Ärztin* zu gehen. So können aus einfach zu behandelnden Beschwerden lebensbedrohliche Erkrankungen werden, die auf einer Intensivstation behandelt werden müssen (vgl. Interview 5: 70-75, 217-218).

7.4.2 Individueller Lebensstil und Krankheitswahrnehmung

Herausforderungen in der medizinischen Behandlung stellen oftmals der Lebensstil und die Sozialisation illegalisierter Menschen dar. Die Sozialarbeiterin des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder betont, dass Armut nachgewiesenermaßen krank macht. Demnach tragen auch prekäre Wohn- und Arbeitssituationen zu einem schlechteren Gesundheitszustand bei (vgl. Interview 3: 193-195). Einen Teil des Lebensstils macht die Ernährung aus. Laut der Ärztin des neunerhauses handelt es sich hier um ein Thema, zu dem Personen mit unterschiedlicher kultureller Prägung und Bildungsniveau verschiedene Zugänge haben. „Es gibt einfach Dinge, die wir halt als logisch sehen und die aber für Menschen aus anderen Ländern nicht so logisch sind“ (ebd.: 305-306), betont sie. Daher darf beispielsweise nicht davon ausgegangen werden, dass alle diabeteserkrankten Personen wissen, wie schädlich Zucker für sie ist (vgl. Interview 4: 305-308, 312-315).

Laut der Sozialarbeiterin des neunerhaus Gesundheitszentrums können kulturelle Gegebenheiten dazu führen, dass gewisse Erkrankungen bzw. Beschwerden nicht beim Namen genannt werden. Beispielsweise werden Menstruationsbeschwerden in manchen Kulturen als Tabuthema gesehen und daher häufig als Rückenschmerzen beschrieben. Die Sprachbarriere erschwert die Diagnose in solchen Fällen zusätzlich. Auf diese Weise können Missverständnisse in der Behandlung passieren (vgl. Interview 2: 699-702).

Unterschiedliche Krankheitswahrnehmungen, aufgrund welcher viele Angehörige unserer Zielgruppe nicht zum Arzt* bzw. zur Ärztin* gehen, stellen eine weitere Herausforderung dar. Als Ursache hierfür sieht die Leiterin von AmberMed das niedrige Bildungsniveau von einigen Patient*innen (vgl. Interview 1: 328-330). Für die medikamentöse Therapie schwerer Erkrankungen ist eine kontinuierliche Behandlung erforderlich. Bei illegalisierten Patient*innen kommt es häufig dazu, dass die von den Ärzt*innen verschriebene Therapie nicht wie verordnet durchgeführt oder vorzeitig abgebrochen wird, was den Krankheitsverlauf negativ beeinflussen kann (vgl. ebd.: 344-346). Der Arzt aus dem Krankenhaus der Barmherzigen Brüder berichtet, dass ein Therapieabbruch häufig passiert, sobald Besserung eintritt und sich Patient*innen wieder gesund fühlen. Ein Wiederaufkommen der Erkrankung zu einem späteren Zeitpunkt, wodurch eine erneute Behandlung erforderlich wird, kann die Folge sein (vgl. Interview 5: 270-273, 278-282).

7.5 Aktuelle politische Einflüsse

Am 18. Dezember 2017 wurde in Österreich eine Regierung, bestehend aus einer Koalition der FPÖ und der ÖVP angelobt. Dieses Kapitel geht der Frage nach, wie sich die Politik dieser Regierung auf die Behandlung von nicht-versicherten Patient*innen und die medizinischen Einrichtungen auswirkt.

7.5.1 Auswirkungen auf die Einrichtungen

Die Sozialarbeiterin des neunerhaus Gesundheitszentrums betont, dass sich Hürden im Sozial- und Gesundheitssystem durch neue und strengere Bestimmungen vergrößert haben. „Zwischen- und Einzellösungen“ (Interview 2: 893), die früher in der Sozialen Arbeit möglich waren, haben sich dadurch verringert. Um die Lage zu verbessern, bedarf es einer politischen Änderung (vgl. ebd.: 879-880, 889-894).

Das Gesundheitsministerium ist in den vergangenen Jahren ein wichtiger Geldgeber für AmberMed gewesen. Der Förderantrag für das Jahr 2018 blieb, zumindest bis zum Zeitpunkt unseres Interviews im Oktober 2018, unbeantwortet. Die Leiterin der Einrichtung kann noch nicht mit Gewissheit sagen, ob AmberMed nach der Zusammenlegung der Krankenkassen

von der neuen österreichischen Krankenkasse weiterhin unterstützt wird, oder ob mit der Wiener Gebietskrankenkasse ein weiterer Fördergeber wegfällt (vgl. Interview 1: 433-436). Demnach ist für AmberMed finanziell eine negative Veränderung durch die aktuelle Regierung nicht ausgeschlossen.

Der Arzt von dem Krankenhaus der Barmherzigen Brüder sieht keine Auswirkungen der aktuellen Gesundheits- und Sozialpolitik auf seine Arbeit (vgl. Interview 5: 326-327).

Zusammengefasst ist die Regierungsarbeit für die befragten Einrichtungen im Jahr 2018 teils in Form neuer Barrieren im Sozial- und Gesundheitssystem und teils durch finanzielle Kürzungen spürbar geworden. Auf die ärztlichen Behandlungen in den jeweiligen Einrichtungen hat sie keinen direkten Einfluss genommen.

7.5.2 Auswirkungen auf die Zielgruppe

Wie in Kapitel 2.2 beschrieben, ist soziales Wohlbefinden per WHO-Definition ein wichtiger Bestandteil der Gesundheit und wirkt sich auf Körper und Psyche aus. Das zeigt sich auch in der Praxis. Die Sozialarbeiterin des neunerhaus Gesundheitszentrums berichtet, dass Menschen, die zuvor mit Erwartungshaltungen in Österreich eingereist sind, durch die aktuellen Änderungen der Gesetzeslage in eine ausweglose Situation gekommen sind und als Folge davon Depressionen, Antriebslosigkeit und Schlafstörungen entwickelt haben. Diese Belastungen sind besonders hoch, wenn durch Abschiebungen Familien getrennt werden (vgl. Interview 2: 326-330, 335-337).

Der politische Rechtsruck Österreichs hat innerhalb des ersten Jahres der neuen Regierung dazu geführt, dass viele Menschen illegalisiert wurden, deren Aufenthalt zuvor gesichert war. Die Expert*innen meinen, dass in den kommenden Jahren noch mehr Menschen in Österreich von Illegalisierung betroffen sein werden und in Folge den Staat verlassen müssen (vgl. ebd.: 450-452; Interview 4: 390-396).

Die Leiterin des neunerhaus Gesundheitszentrums berichtet, dass älteren Menschen, die vor 30 oder 40 Jahren nach Österreich immigriert sind, zum Teil keine Aufenthaltsbescheinigung besitzen, weil eine solche damals nicht erforderlich war. Bei dem Versuch Ansprüche unter den aktuellen Bedingungen zu erwerben, kann es zu einer Aberkennung des Aufenthaltsrechts für diese Personen kommen. Die Konsequenz daraus ist eine Abschiebung dieser Personen (vgl. Interview 2: 343-348).

Durch die aktuelle Gesundheits- und Sozialpolitik fallen Menschen leichter aus dem Gesundheitssystem heraus. Als eine Ursache hierfür sieht die Leiterin des Gesundheitszentrums die Änderung des Mindestsicherungsgesetzes, durch die sich der Kreis der Anspruchsberechtigten verkleinert hat. Personen, die Mindestsicherung beziehen, sind auch

krankenversichert. Ein Wegfallen der Mindestsicherung geht demnach häufig mit einem Verlust der Krankenversicherung einher (vgl. ebd.: 875-879). Hiervon betroffen sind beispielsweise Menschen, die keinen Aufenthaltstitel haben. Ihrer Erfahrung nach werden auch Personen ohne Meldezettel systematisch benachteiligt. Mit dem Ausschluss aus dem Gesundheitssystem wird impliziert, dass sie nicht Teil der österreichischen Bevölkerung sind (vgl. ebd.: 404-411).

8 VERÄNDERUNGSWÜNSCHE DER EXPERT*INNEN

Bei kritischer Betrachtung des aktuellen österreichischen Gesundheitssystems stellt sich die Frage, welche Veränderungen zu einer Verbesserung beitragen könnten. Alle Interviewpartner*innen bewerteten das System grundsätzlich als sehr positiv. Die Expert*innen sind sich jedoch auch einig, dass es keinen gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsleistungen für alle gibt. Menschen ohne gültiger Niederlassungs- oder Aufenthaltsbewilligung werden von vielen medizinischen Versorgungsangeboten ausgeschlossen (vgl. Interview 1: 395-399; Interview 2: 819-823; Interview 3: 365-375; Interview 4: 357-366; Interview 5: 313-318). Dieses Kapitel beinhaltet die Veränderungswünsche, welche von den fünf Expert*innen geäußert wurden.

Die Leiterin von Ambermed bezeichnet es als „lächerlich“ (Interview 1: 418), dass eine vergleichsweise kleine Zahl an Personen aufgrund einer fehlenden Krankenversicherung nicht in das Gesundheitssystem inkludiert werden (vgl. ebd.: 417-419). Vor allem Kinder sollten staatlich und nicht, wie aktuell geregelt, durch ihre Eltern versichert werden. Auf diese Weise könnte garantiert werden, dass alle Kinder gleichermaßen Zugang zu Leistungen aus dem Gesundheitssystem haben. Im aktuellen System sind die Kinder von nicht-versicherten Personen ebenfalls ohne Versicherung. Die Zahl der vom Gesundheitssystem ausgeschlossenen Kinder in Österreich ist verhältnismäßig klein. Sie zu versichern würde dem Staat demnach keine großen Mehrkosten verursachen (vgl. ebd.: 451-453).

Die Sozialarbeiterin des neunerhaus Gesundheitszentrums wünscht sich, dass der systematische Ausschluss nicht-versicherter Patient*innen durch entsprechende Gesetze verhindert wird. Menschenrechte, wie das Recht auf Wohnen und auf Gesundheit, müssen gewahrt werden. Der Anspruch auf solche Leistungen wird in Österreich vom Aufenthaltsstatus einer Person abhängig gemacht. Darin sieht die Expertin eine Verletzung dieser Menschenrechte (vgl. Interview 2: 905-907, 915-918).

Bestehende Kooperationen zeigen, dass es sich jede medizinische Einrichtung leisten könnte, zusätzlich nicht-versicherte Patient*innen zu behandeln. Momentan ist die Behandlung dieser Menschen eine „Nischen- und Randgruppenversorgung“ (ebd.: 842). Dem Wunsch der Sozialarbeiterin nach, sollte die medizinische Versorgung Nicht-Versicherter in das vorherrschende Gesundheitssystem integriert werden und in gewöhnlichen Ordinationen und Spitälern stattfinden (vgl. Interview 2: 839-844).

Die Ärztin des neunerhaus Gesundheitszentrums kritisiert, dass Angebote für nicht-versicherte Patient*innen nur in Wien existieren. Ein Ausbau dieser Angebote, vor allem auf ländliche Gebiete, wäre essentiell (vgl. Interview 4: 366-370).

In einem idealen Gesundheitssystem könnte sich jeder Mensch völlig unabhängig von einer Versicherung die medizinische Behandlung aussuchen, die benötigt wird. Von einem solchem System ist Österreich weit entfernt, meint die Sozialarbeiterin des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder. Die medizinische Versorgung nicht-versicherter Personen wird zu einem großen Teil von Organisationen und Ambulanzen, welche durch Spendengelder teilfinanziert sind, übernommen. Für Leistungen der Pflege und Nachsorge gibt es aktuell kein Angebot. Daher wird eine Stelle für pflegebedürftige nicht-versicherte Patient*innen dringend benötigt (vgl. Interview 3: 391-400).

Neben der Errichtung von Therapie- und Pflegeplätzen wird von den Expert*innen ein stärkerer Fokus auf Prävention gewünscht. Auf diese Weise könnten viele Erkrankungen vorgebeugt und der Bedarf an Pflege- und Nachsorgeangeboten verringert werden (vgl. ebd.: 452-454).

Der Arzt aus dem Krankenhaus der Barmherzigen Brüder wünscht sich einen zweiten Standort des neunerhaus Gesundheitszentrums, mehr finanzielle Mittel sowie Möglichkeiten der medizinischen Behandlungen in anderen Krankenhäusern, besonders für jene, die bei den Barmherzigen Brüdern nicht angeboten werden (vgl. Interview 5: 316-324). Nicht-versicherte und illegalisierte Personen können oftmals nur über niederschwellige Angebote erreicht werden und suchen ungern ein Krankenhaus auf. Der Ausbau dieses Bereiches wäre daher besonders wichtig (vgl. ebd.: 335-339).

Auf einer Metaebene herrscht laut der Sozialarbeiterin des neunerhaus Gesundheitszentrums in Österreichs Bevölkerung die Überzeugung, dass jede Person im Staat eine Krankenversicherung hat. Demnach fehlt das Bewusstsein dafür, dass es Menschen ohne Versicherung gibt (vgl. Interview 2: 294-296). Dieser vorherrschende Irrglaube übt einen ungemainen Druck auf nicht-versicherte Personen aus. Keine Versicherung zu haben wird sowohl von den Betroffenen selbst als auch von dem Großteil der Mitmenschen als persönliches "Versagen" (ebd.: 316) empfunden und ist schamhaftet (vgl. ebd.: 313-319).

Die Sozialarbeiterin und Ärztin des Gesundheitszentrums sind sich einig, dass Aufklärung benötigt wird, um ein Umdenken der österreichischen Bevölkerung und eine Entlastung der Betroffenen zu bewirken. Die Ärztin betont, dass in den Medien nicht darüber berichtet wird, wie viele Menschen keine Krankenversicherung haben. Eine Aufklärung auf diesem Gebiet könnte eine Sensibilisierung der Öffentlichkeit bewirken (vgl. ebd.: 830-838; Interview 4: 399-404, 409-412).

9 FAZIT

In Wien besteht ein breites Angebot an medizinischer Versorgung für nicht-versicherte Patient*innen, das von illegalisierten Personen genutzt werden kann. Die Einrichtungen AmberMed und das neunerhaus Gesundheitszentrum bieten ambulante, das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder zusätzlich stationäre Dienste an. Im Vergleich zu versicherten Personen gibt es für Nicht-Versicherte bedeutende Zugangsbarrieren zu Leistungen aus dem Gesundheitsbereich. Diese Herausforderungen treffen besonders illegalisierte Menschen, da diese in Österreich keine Krankenversicherung haben.

Aktuell sind Versorgungslücken in folgenden Bereichen feststellbar: Geburtshilfe, Onkologie, Chirurgie (Orthopädie und Unfallchirurgie), Psychiatrie, Psychotherapie sowie Pflege und Nachsorge. Einige Leistungen aus diesen Bereichen können nur im Einzelfall durchgeführt werden. Wird eine Rechnung ausgestellt und kann keine Kostenübernahme gewährleistet werden, kommt es zu finanziellen Belastungen für die Patient*innen.

Angebote der Pflege und Nachsorge und die damit verbundenen Therapieangebote stehen illegalisierten Personen nicht zur Verfügung. Es gibt eine hohe Nachfrage dieser Leistungen, aber keine Stelle, die sich dieser Verantwortung annimmt.

Durch die unterschiedlichen Muttersprachen stellt die Kommunikation zwischen den Patient*innen und Angestellten der Einrichtungen eine weitere Herausforderung dar. Sprachbarrieren sind durch die Verwendung von Videodolmetsch sehr gut überwindbar, allerdings kann dieser Service aufgrund der hohen Kosten nicht von allen Institutionen angeboten werden.

Die Angst vor behördlicher Erfassung und Unsicherheiten im österreichischen Gesundheitssystem können dazu führen, dass ärztliche Hilfe erst bei starken Beschwerden aufgesucht wird. Meist sind die Diagnosen dann wesentlich schwerwiegender, da die Erkrankung unbehandelt fortschreiten konnte. Ein durch prekäre Lebensverhältnisse bedingter ungesunder Lebensstil und eine unterschiedliche Krankheitswahrnehmung können zu zusätzlichen gesundheitlichen Risiken führen.

Aktuelle politische Einflüsse stellen die befragten Einrichtungen vor neue Herausforderungen. Zwischen- und Einzellösungen, die früher in der Sozialen Arbeit möglich waren, wurden durch strengere Auflagen eingeschränkt. Zudem berichten Expert*innen, dass durch die Gesetzesänderungen im Sozial- und Fremdenrecht die Zahl der illegalisierten Menschen über die kommenden Jahre weiter ansteigen wird und Personen leichter aus dem Gesundheitssystem herausfallen könnten.

Gemäß Art. 25 Abs. 1 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte hat jede*r ein Recht auf ärztliche Versorgung. Die Expert*innen wünschen sich eine Eingliederung

nicht-versicherter Personen in das Gesundheitssystem, um eine Behandlung in gewöhnlichen Ordinationen und Krankenhäusern zu gewährleisten.

Die Sozialarbeiterin des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder beschreibt das österreichische Gesundheitssystem als „ein ausschließendes System, in dem privilegierte Menschen gut abgesichert sind [...] und prekär lebende, nicht-anspruchsberechtigte Menschen nicht gut abgesichert sind. Und das ist natürlich zu kritisieren“ (Interview 3: 372-375).

Insbesondere im Bereich der Pflege und Nachsorge haben sich deutlich Lücken herauskristallisiert. Daher wurde ein Projekt geplant, welches kostenfreie Therapien für nicht-versicherte Menschen ermöglichen soll.

10 PROJEKTSKIZZE – „Campus Care“

10.1 Ausgangssituation

Im Zuge der empirischen Auseinandersetzung mit unserem Forschungsthema sind wir zu dem Ergebnis gekommen, dass es einen Mangel an Angeboten der Nachsorge und Pflege für nicht-versicherte Personen in Wien gibt. Diese Versorgungslücke wurde von fast allen Expert*innen der drei befragten Einrichtungen angesprochen und betont.

Im Vergleich zu den anderen Bundesländern verfügt Wien über ein breites medizinisches Angebotsspektrum für Menschen ohne Krankenversicherung: AmberMed bietet ambulante medizinische Versorgung und Medikamentenhilfe. Das neunerhaus Gesundheitszentrum stellt allgemeinmedizinische, augenärztliche und zahnmedizinische Leistungen zur Verfügung. Nicht-Versicherte erhalten im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder eine ambulante Behandlung und können bei Bedarf auch stationär aufgenommen werden. Für eine medizinische Nachsorge fehlt es den Einrichtungen an notwendigen finanziellen, personellen sowie zeitlichen Ressourcen und Mitteln. Laut Aussage der Sozialarbeiterin aus dem Krankenhaus der Barmherzigen Brüder fühlt sich niemand für diese Problematik zuständig (vgl. Interview 3: 399-400). Daher gibt es keine einzige Nachsorge- oder Pflegeeinrichtung für nicht-versicherte Patient*innen in Wien.

Besonders nach einem Schlaganfall, Herzinfarkt oder (orthopädischen) Operationen sind rasche Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen entscheidend für den Heilungserfolg und der Vorbeugung von negativen Krankheitsfolgen. Zu diesen Maßnahmen zählen Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie. Die Befragung der Expert*innen hat ergeben, dass ein großer Bedarf an derartigen Therapieangeboten für unsere Zielgruppe besteht.

10.2 Projektbeschreibung

Grundlage für das Projekt ist die Idee, eine interdisziplinäre Kooperation in der Fachhochschule Campus Wien herzustellen, konkret mit den Studiengängen Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie. Es besteht ein Defizit auf dem Gebiet der medizinischen Nachsorge für nicht-versicherte Personen. Ziel ist es, diesen Bedarf ein Stück weit zu decken.

Mit dem Projekt wollen wir Studierenden eine Option für ein Praktikum schaffen, in dem physio-, ergotherapeutische und logopädische Behandlungen für unsere Zielgruppe ermöglicht werden. Unter professioneller Anleitung sollen auf diese Weise sowohl die beteiligten Studierenden durch eine Praxiserfahrung profitieren, als auch Menschen ohne Krankenversicherung durch den Erhalt einer kostenfreien Behandlung.

Ein wichtiger Bestandteil des Projektes ist eine Kooperation mit bereits existierenden Behandlungsstellen für nicht-versicherte Patient*innen. Konkret planen wir eine Vernetzung mit

AmberMed, dem neunerhaus Gesundheitszentrum und dem Krankenhaus der Barmherzigen Brüder. Diese Kooperationsstellen können Klient*innen direkt an das Projekt zuweisen. Nach einer ärztlichen Untersuchung erhalten Patient*innen einen Zuweisungsschein mit der Diagnose und Anzahl an verordneten Therapieeinheiten.

Das Projekt ist mit einer Laufzeit von zwei Jahren befristet. Zu Beginn ist wöchentlich jeweils ein Tag für physio-, ein Tag für ergotherapeutische und ein Tag für logopädische Behandlungen geplant. Die Termine finden immer abends zwischen 17:00 bis 21:00 Uhr statt, da zu dieser Zeit der Studienbetrieb geringer ist. Die genauen Zeiten werden jedes Semester mit der Fachhochschule neu verhandelt. Nach einer Anlaufzeit von einem Semester wird entsprechend der Nachfrage bzw. dem Bedarf und der Beteiligung von Studierenden das Angebot angepasst.

Die Terminvergabe und -koordination wird nach außen verlagert und von Mitarbeiter*innen der jeweiligen Kooperationsstelle übernommen. Die Teamleitung unseres Projektes informiert die zuständigen Personen über die Wochentage und Zeiten, zu denen sie Patient*innen zuweisen können. In der Anfangsphase stehen jeder Einrichtung wöchentlich vier Stunden pro Therapieform zur Verfügung. Die Zuweisung erfolgt über eine verschlüsselte Homepage, auf die, neben den Projektmitarbeiter*innen, nur die Kooperationsstellen Zugriff haben.

Die therapeutischen Behandlungen sollen in den Funktionsräumen im Untergeschoss der Fachhochschule stattfinden. Einige relevante Behandlungsinstrumente und Hilfsmittel sowie Trennwände, die bis zu drei Behandlungen nebeneinander ermöglichen und ausreichend Sichtschutz bieten, sind dort bereits vor Ort. Während der Behandlungszeiten werden die Bänke vor den Funktionsräumen wie ein „Wartezimmer“ genutzt.

Für die Anmeldung am Projektstandort müssen die Patient*innen den Zuweisungsschein dem angestellten Personal im Wartebereich geben. Dieses vergleicht den Zuweisungsschein mit dem online eingetragenen Termin und vermerkt, dass der*die Patient*in den Termin wahrgenommen hat. Das mehrmalige, unangekündigte Versäumen von Therapieterminen hat den Verlust des Therapieplatzes zur Folge.

Die oben genannte verschlüsselte Homepage dient neben der Termineinteilung auch der Dokumentation. In den Patient*innenakten werden lediglich die Erkrankung, der Therapieplan sowie Therapiefortschritte dokumentiert. Die von den Patient*innen angegebenen Namen werden nicht mittels Ausweis überprüft und die Zuweisungsscheine unserer Kooperationsstellen genügen als Identifikationsnachweis. Die behandelnden Studierenden rufen vor jedem Termin die Akte der jeweiligen Patient*innen auf und können so den aktuellen Therapiestand und die weiteren Behandlungsschritte einsehen. Daraus ergibt sich der Vorteil, dass die Therapie nachvollziehbar ist und nicht von bestimmten Therapeut*innen

abhängt. Patient*innen können also nach Beginn eines neuen Semesters von neuen Mitarbeiter*innen problemlos weiterbehandelt werden.

Eine große Herausforderung bei der Behandlung nicht-versicherter Patient*innen stellt die Kommunikation dar. Die Zielgruppe setzt sich aus Personen vieler unterschiedlicher Nationalitäten zusammen und nicht alle von ihnen sprechen Deutsch oder Englisch. Unsere Forschung hat zu dem Ergebnis geführt, dass Videodolmetsch die beste Möglichkeit ist, dieser Herausforderung zu begegnen. Im Behandlungsraum werden dafür drei Laptops zur Verfügung stehen, die auch der Dokumentation dienen. Des Weiteren rüsten wir das Personal im „Wartezimmer“ mit einem Laptop aus, von dem aus ebenso Videodolmetsch einsetzbar ist. Auf diese Weise gewährleisten wir eine funktionierende Kommunikation zwischen allen Akteur*innen.

Alle Patient*innen müssen vor Beginn der Therapie eine Einverständniserklärung unterzeichnen. Dieses Formular enthält einen rechtlichen Teil, welcher vorab von einem Juristen* bzw. einer Juristin* verfasst wurde. Ein zweiter Teil klärt die Patient*innen über den Datenschutz sowie die Schweigepflicht aller Projektbeteiligten auf. Das Dokument wird in alle relevanten Sprachen übersetzt, um der sprachlichen Barriere gerecht zu werden. Durch eine Befragung der Kooperationsstellen werden die benötigten Sprachversionen eruiert. Über die verschlüsselte Homepage kann bei der Terminvereinbarung von der Kooperationsstelle die benötigte Sprache eingetragen werden. Dadurch können benötigte Übersetzungen bereits im Vorfeld ausgedruckt werden.

10.3 Personal

Für eine Mitarbeit im Projekt müssen Studierende bereits mindestens im dritten Semesters ihres Studiums sein, um sicherzugehen, dass sie die Kompetenz besitzen, unter professioneller Anleitung eigenständig behandeln zu können. Unser Konzept sieht vor, dass bis zu drei Praktikant*innen parallel therapieren können. Zusätzlich ist an jedem Tag ein*e fachspezifische*r Professionist*in anwesend, um die Studierenden anzuleiten und die Behandlungen zu beaufsichtigen.

Studierende, die sich für eine Mitarbeit entscheiden, können sich die gesammelten Stunden als Praktikum anrechnen lassen. Sie werden für ein Semester geringfügig angestellt und kommen so auf insgesamt 100 Stunden Arbeitszeit, die ihnen für ihr nächstes Praktikum gutgeschrieben wird. Auf diese Weise kann eine Anstellung in dem Projekt ein Praktikum ersetzen oder dieses verkürzen. Pro Arbeitstag (4 h) wird Mitarbeiter*innen des Projektes pauschal eine Stunde für die Anfahrtszeit gutgeschrieben. Praktika auf der Fachhochschule sind in der Regel unbezahlt. Eine Bezahlung von 200 € monatlich soll als zusätzliche Motivation dienen und die Mitarbeit im Projekt attraktiver gestalten. Diese Bezahlung ist durchaus

gerechtfertigt, weil Studierende bei „Campus Care“, im Gegensatz zu den herkömmlichen Praktikumsstellen, als vollwertige Arbeitskräfte eingesetzt werden.

Als Ansprechperson für die Patient*innen im „Wartezimmer“ stellen wir vorerst zwei Studierende geringfügig ein, welche vor Beginn der Tätigkeit eingeschult werden. Diese sind verantwortlich für die Anmeldung der Patient*innen und kontrollieren die Einhaltung der Hausordnung. Ihre Aufgabe besteht nicht darin, sozialarbeiterische Beratungen durchzuführen. Dennoch erfordert diese Stelle eine Sensibilisierung im Umgang mit marginalisierten Gruppen und eine hohe Sozialkompetenz. Daher werden bevorzugt Studierende des Studiengangs Soziale Arbeit hierfür eingestellt.

Der*die Teamleiter*in dient als Kontaktperson für die externen Kooperationsstellen, die Fachhochschule sowie das gesamte Team des Projektes. Unter Berücksichtigung der Zielgruppe des Projektes und den Kooperationsstellen, möchten wir für diese Funktion eine*n Lehrende*n des Studiengangs der Sozialen Arbeit einstellen. Die Teamleitung ist zuständig für sämtliche organisatorische Tätigkeiten und moderiert die Teamtreffen. Diese finden einmal pro Monat statt und sollen Raum für Reflektion und Anliegen der Studierenden und Professionist*innen bieten. Zusätzlich dienen sie der Übermittlung von Feedback und Neuigkeiten seitens der Teamleitung. Der*die Teamleiter*in steht in Kontakt mit der Leitung der Fachhochschule, um gewünschte Projektänderungen bzw. -anpassungen zu besprechen und vor Beginn jedes Semesters die Therapiezeiten neu zu vereinbaren.

10.4 Zielgruppe

Die Zielgruppe sind alle Menschen ohne Krankenversicherung, unabhängig von deren Geschlecht, Alter, Wohnort, Nationalität oder Aufenthaltsstatus. Dazu zählen auch illegalisierte Menschen. Ausgeschlossen sind somit all jene, die krankenversichert sind.

Die Vermittlung erfolgt über die Einrichtungen AmberMed, dem Gesundheitszentrum neuerhaus und dem Krankenhaus der Barmherzigen Brüder. Diese erhalten Informationen über die Voraussetzung der Teilnahme am Projekt, nämlich die Nicht-Versicherung.

Der Fokus des Projektes liegt auf physio-, ergotherapeutischen sowie logopädischen Leistungen, die nach akut auftretenden Erkrankungen (z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall), schwerwiegenden Operationen (z. B. Hüftoperation) oder Verletzungen (z. B. Knochenbrüche, Schädel-Hirn-Verletzungen, Sportverletzungen) notwendig sind und deshalb verordnet werden. Behandlungen, die nicht der Nachsorge oder Rehabilitation dienen, können je nach freier Kapazität durchgeführt werden. Darunter fällt beispielsweise eine logopädische Therapie bei verzögerter Sprachentwicklung oder Physiotherapie bei Wirbelsäulenbeschwerden. Es gibt den Zukunftsgedanken, das Angebot je nach Bedarf und Projekterfolg anzupassen.

10.5 Ziele

Ziel des Projektes ist es, Menschen ohne Versicherungsschutz einen Zugang zu physio-, ergotherapeutischen und logopädischen Behandlungen zu ermöglichen. Gleichzeitig wird Studierenden, die am Projekt mitwirken wollen, die Gelegenheit geboten, Praxiserfahrung zu sammeln und sich die geleisteten Stunden als Praktikumszeit anrechnen zu lassen.

Für die drei Bereiche Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie haben wir uns entschieden, da diese als Studium an der Fachhochschule Campus Wien angeboten werden und wichtige Bestandteile der Behandlung und Rehabilitation nach akut auftretenden Erkrankungen oder schwerwiegenden Operationen sind. Zudem entlasten solche Maßnahmen langfristig das Gesundheitssystem indem sie präventiv gegen mögliche Folgeerkrankungen und -beschwerden wirken.

Das Projekt möchte dabei die Gleichbehandlung von versicherten und nicht-versicherten Personen in der medizinischen Versorgung fördern und auf den bestehenden Mangel an Angeboten der Nachsorge für Menschen ohne Versicherung aufmerksam machen. Des Weiteren soll durch die Eingliederung mehrerer Departments und Professionen in das Projekt die interdisziplinäre Zusammenarbeit an der Fachhochschule Campus Wien gestärkt werden.

Für die Patient*innen soll ein angenehmes und sicheres Umfeld geschaffen werden, das weder Ängste noch Unsicherheit auslöst. Wesentlich ist ein diskriminierungsfreies und harmonisches Miteinander. Ein respektvoller Umgang ist dafür eine Grundvoraussetzung.

10.6 Finanzierung

Der Förderungsantrag wird an die Fachhochschule Campus Wien gestellt. Gesamt streben wir einen Förderungsbetrag von 34.150 € pro Semester an. Die Aufschlüsselung der benötigten personellen Ressourcen sowie die sich daraus ergebenden Personalkosten für fünf Monate (ein Semester) folgen aufgelistet in einer Tabelle:

Personalkosten	Praktikant*innen (Student*innen)	Sprechstundenhelfer*innen (Student*innen)	Professionalist*innen	Teamleitung
Anzahl an Personen	9	2	3	1
Stunden/Monat	20	30	20	15
Betrag/Monat	200 €	300 €	400 € (brutto)	300 €
Kosten/Semester (5 Monate)	9.000 €	3.000 €	6.000 €	1.500 €
GESAMT	19.500 €			

Ein zusätzlicher Kostenfaktor, welcher nicht in dieser Tabelle eingetragen ist, ist das Videodolmetschsystem. Für einen konkreten Betrag ist eine Kontaktaufnahme mit der anbietenden Firma notwendig. Recherchen haben aber gezeigt, dass je nach Bedarf ein individueller Betrag ausverhandelt wird. Grundsätzlich ist ein monatlicher Betrag, welcher in der Rechnung mit 30 € pro Monat angesetzt ist, zu zahlen. Zusätzlich kostet die Übersetzungstätigkeit rund 1 €/Minute. Wir gehen davon aus, dass zwölf Stunden pro Woche genügen um den Bedarf an Übersetzungen abzudecken. Für den Fall, dass der Einsatz des Systems auf das Maximum ausgereizt wird, ergibt dies daher einen Betrag von 2.910 € monatlich. In fünf Monaten würden folglich maximal 14.550 € anfallen.

Für die Räumlichkeiten fallen keine Kosten an, da das Projekt in der Fachhochschule verortet ist. Eine Grundausstattung an Hygieneprodukten, wie Liegenabdeckungen und Plastikhandschuhe, muss angeschafft werden. Gesamt kalkulieren wir dafür pro Semester 100 €, wobei die genauen Mengenangaben mit den jeweiligen Professionist*innen abgesprochen werden.

Addiert ergibt dies die Summe von 34.150 € pro Semester. Wenn das Projekt, wie geplant, zwei Jahre läuft, ist ein Gesamtbudget von 136.600 € erforderlich.

Zusätzlich fallen zu Beginn des Projektes noch einmalige Anschaffungskosten für die Laptops sowie die Grundausstattung an benötigtem Therapiezubehör an. Hierfür rechnen wir mit Kosten von 3.250 € (Laptops 3.000 €, Grundausstattung 250 €).

Die Praktikant*innen sollen geringfügig angestellt werden, damit sie auch den Schutz einer Unfallversicherung haben. Die Arbeitszeit der Teamleitung ist in der obigen Tabelle nur als Richtwert gedacht. Für diese Stelle wäre auch eine Bezahlung auf Stundenhonorarbasis möglich, da die Arbeitszeiten (sowie der Arbeitsort) sehr flexibel gestaltet werden können. Die Aufgaben der Teamleitung umfassen organisatorische Tätigkeiten, die Moderation und Leitung der monatlichen Teamsitzung und die Repräsentation des Projektes nach außen. Eine genaue monatliche Stundenanzahl ist daher schwer abzuschätzen und variiert mit hoher Wahrscheinlichkeit von Monat zu Monat.

10.7 Maßnahmen der Qualitätssicherung

Anonymität spielt bei unserer Zielgruppe eine große Rolle. Dokumentiert werden nur die für die Therapie notwendigen Informationen. Dies erfolgt über eine verschlüsselte Homepage. Es werden keine Daten weitergegeben und alle Mitarbeiter*innen des Projektes unterliegen der Verschwiegenheitspflicht. Über diese Maßnahmen werden die Patient*innen vor Therapiebeginn mittels einer schriftlichen Einverständniserklärung in ihrer Sprache informiert. Das

Unterzeichnen dieser Erklärung bietet den Patient*innen eine rechtliche Absicherung und soll ein zusätzliches Gefühl der Sicherheit geben.

Die monatlichen Teamsitzungen sind ein weiteres Instrument der Qualitätssicherung. Sie dienen einem regelmäßigen Austausch zwischen der Teamleitung, den Studierenden und Professionist*innen und bieten Raum für Reflexion und Anliegen. Zudem können organisatorische Angelegenheiten mit allen Projektbeteiligten besprochen werden.

Die Zielgruppe der nicht-versicherten Patient*innen setzt sich aus Angehörigen vieler unterschiedlicher Nationalitäten zusammen. Die Kommunikation stellt daher eine Herausforderung dar, deren Bewältigung von zentraler Wichtigkeit für eine qualitativ hochwertige Arbeit ist. Das Videodolmetschsystem bietet die Möglichkeit eines sprachlichen Austausches in der Herkunftssprache und beugt Missverständnisse vor. Das Personal im „Wartezimmer“, welches bevorzugt eine sozialarbeiterische Ausbildung absolviert, steht für anstehende Fragen vor der Behandlung zur Verfügung. Eine umfassende Einschulung vor Beginn der Tätigkeit soll als zusätzliches Instrument der Qualitätssicherung dienen.

Die Qualität der Behandlungen wird durch die Anwesenheit fachspezifischer Professionist*innen gewährt. Diese sind verantwortlich für das Anleiten und die Aufsicht der Studierenden und stehen den Praktikant*innen als Ansprechperson zur Seite.

Literatur- und Quellenverzeichnis

- AmberMed (2018a): Wer wir sind: Unsere Einrichtung und Vision. Wien. <http://www.amber-med.at/amber/wer-wir-sind-unsere-einrichtung-vision> [26.1.2019]
- AmberMed (2018b): Medikamentenhilfe. Wien. <http://www.amber-med.at/amber/medikamentenhilfe> [29.6.2018]
- AmberMed (2018c): Medizinische Versorgung. Wien. <http://www.amber-med.at/amber/medizinische-versorgung> [29.6.2018]
- AmberMed (2018d): Team. Hauptamtliches Team. Wien. <http://www.amber-med.at/team/1> [1.2.2019]
- Atteslander Peter (2010): Methoden der empirischen Sozialforschung. Berlin: Erich Schmidt Verlag. 13., neu bearbeitete und erweiterte Auflage.
- Barmherzige Brüder Krankenhaus Wien (o.J.a): Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien. Wien. <https://www.barmherzige-brueder.at/site/wien/ueberuns> [5.5.2019]
- Barmherzige Brüder Krankenhaus Wien (o.J.b): Ambulanzliste. Wien <https://www.barmherzige-brueder.at/site/wien/medizinpflege/ambulanz> [5.5.2019]
- Barmherzige Brüder Krankenhaus Wien (o.J.c): Start der "Haussammlung". Wien. <https://www.barmherzige-brueder.at/site/wien/home/article/38129.html> [5.5.2019]
- Barmherzige Brüder Österreich (o.J.a): Die Österreichische Ordensprovinz. Wien. <https://www.barmherzige-brueder.at/site/oesterreich/ueberuns> [5.5.2019]
- Barmherzige Brüder Österreich (o.J.b): Hospitalität – unser Selbstverständnis. Wien. <https://www.barmherzige-brueder.at/site/karriereausbildung/grundsaeetze/hospitalitaet/article/k11899.html> [5.5.2019]
- Barmherzige Brüder Österreich (o.J.c): Die Werte des Ordens. Wien. <https://www.barmherzige-brueder.at/site/karriereausbildung/grundsaeetze/unserewerte> [5.5.2019]
- Barta Heinz (Hg.), Kern Gerson (2002): Recht auf Gesundheit. Wien: Verlag Österreich GmbH.
- Benedek Wolfgang (2017): Menschenrechte verstehen. Handbuch zur Menschenrechtsbildung. Wien, Graz: Neuer Wissenschaftlicher Verlag GmbH.
- Bielefeldt Heiner (Hg.), Frewer Andreas (2016): Das Menschenrecht auf Gesundheit. Normative Grundlagen und aktuelle Diskurse. Bielefeld: transcript Verlag.

- Brunner Sabine (2017): Gesundheit und Integration. Wie kann Österreich besser werden? [PDF-file]. Wien. <https://news.wko.at/news/oesterreich/Gesundheit-und-Integration---Wie-kann-Oesterreich-besser-wer.pdf> [22.6.2018]
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (o.J.): Frauenwohnungslosigkeit. Erscheinungsweisen weiblicher Wohnungslosigkeit. Wien. <http://www.bawo.at/de/content/wohnungslosigkeit/frauen/frauenwohnungslosigkeit.html> [4.3.2019]
- Bundesministerium für Gesundheit (2013): Das österreichische Gesundheitssystem. Zahlen – Daten – Fakten. Wien: Bundesministerium für Gesundheit (Hg.).
- Deutsches Institut für Menschenrechte (2018a): Sozialpakt. Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (Sozialpakt). Berlin. <https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/themen/wirtschaftliche-soziale-und-kulturelle-rechte/sozialpakt/> [21.6.2018]
- Deutsches Institut für Menschenrechte (2018b): Menschenrechtsabkommen. Berlin. <https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/menschenrechtsinstrumente/vereinbarungen/menschenrechtsabkommen/#c905> [23.6.2018]
- Europarat (2006): Human rights of irregular migrants [PDF-file]. Straßburg. <http://semanticpace.net/tools/pdf.aspx?doc=aHR0cDovL2Fzc2VtYmx5LmNvZS5pbmQvbnVveG1sL1hSZWYvWDJILURXLWV4dHluYXNwP2ZpbGVpZD0xNzQ1NiZsYW5nPUVO&xsl=aHR0cDovL3NlbWFudGljcGFjZS5uZXQvWHNsdC9QZGYvWFJIZi1XRC1BVC1YTUwyUERGLnhzbA==&xsltparams=ZmlsZWlkPTE3NDU2> [12.6.2018]
- Grover Anand, Lander Fiona (2012): Das Recht auf Gesundheit in Theorie und Praxis. Ein Rahmenübereinkommen wäre sinnvoll [PDF-file]. Berlin. https://www.dgvn.de/fileadmin/publications/PDFs/Zeitschrift_VN/VN_2012/Heft_5_2012/06_grover_lander_VN_5-12_10-10-2012.pdf [27.6.2018]
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2012): Die Organisation der österreichischen Sozialversicherung [PDF-file]. Wien. <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.564266&version=1391184549> [30.6.2018]
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2018): Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2018 [PDF-file]. Wien. <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.630187> [5.6.2018]
- Hengstschläger Johannes, Leeb David (2012): Grundrechte. Wien: Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung GmbH.

- Hofmarcher-Holzacker Maria M. (2013): Das österreichische Gesundheitssystem. Akteure, Daten, Analysen [PDF-file]. Wien: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/0/6/3/CH1066/CMS1379591881907/oe_gesundheitssystem.pdf [22.6.2018]
- Humanrights.ch (2018): Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (UNO-Pakt I). Bern. <https://www.humanrights.ch/de/internationale-menschenrechte/uno-abkommen/pakt-i/> [21.6.2018]
- Ingleby David, Petrova-Benedict Roumyana (2016): Recommendations on access to health services for migrants in an irregular situation: an expert consensus [PDF-file]. Brussels. http://equi-health.eea.ion.int/images/Expert_consensus_Recommendations.pdf [24.5.2018]
- Internationale Organisation für Migration, IOM (2011): Glossary on Migration. 2nd Edition [PDF-file]. Genf. http://publications.iom.int/system/files/pdf/iml25_1.pdf [12.6.2018]
- Karl-Trummer Ursula, Metzler Birgit, Novak-Zezula Sonja (2009): Gesundheitsservices im Niemandsland: Funktionale Ignoranz und informelle Solidarität [PDF-File]. Wien. http://mighealth.net/at/images/9/95/Gesundheitsservices_im_Niemandsland.pdf [25.5.2018]
- Kratzmann Katerina, Reyhani Adel-Naim (2012): Praktische Maßnahmen zur Reduzierung irregulärer Migration in Österreich. Studie des Nationalen Kontaktpunkts Österreich im Europäischen Migrationsnetzwerk. Wien: Internationale Organisation für Migration (Hg.).
- Kratzmann Katerina (2007): „Auf einmal war ich illegal“. Undokumentierte Migranten in Österreich. Wien: Verlag des Instituts für Europäische Ethnologie.
- Messinger Irene (2000): Illegalisierte Flüchtlingsjugendliche allein in Wien. Möglichkeiten und Grenzen sozialpädagogischer Arbeit. Grund- und Integrativwissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien: Diplomarbeit.
- Neuschwendtner Thomas, Peyrl Johannes, Sebastian Schuhmacher (2012): Fremdenrecht: Asyl - Ausländerbeschäftigung - Einbürgerung - Einwanderung - Verwaltungsverfahren. Wien: Verlag des Österreichischen Gewerkschaftsbundes GmbH.
- Neunerhaus (o.J.a): Der Beginn einer Erfolgsgeschichte. Wien. <http://www.neunerhaus.at/organisation/geschichte/> [29.6.2018]
- Neunerhaus (o.J.b): Leitbild neunerhaus. Wien <http://www.neunerhaus.at/organisation/leitbild/> [29.6.2018]

Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, OHCHR, World Health Organization, WHO (2008): The Right to Health. Fact Sheet No. 31 [PDF-file]. Genf.
<https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf> [23.6.2018]

Pochobradsky Elisabeth, Habl Claudia, Schleicher Barbara (2002): Soziale Ungleichheit und Gesundheit [PDF-File]. Wien.
http://www.armutskonferenz.at/files/pochobradsky_ungleichheit_gesundheit-2002.pdf
[24.5.2018]

Pöttler Gerhard (2014): Gesundheitswesen in Österreich. Organisationen, Leistungen, Finanzierung und Reformen übersichtlich dargestellt. Wien: Goldegg Verlag GmbH.

Scherschel Karin (2015): Zwischen universellen Menschenrechten und nationalstaatlicher Kontrolle: Flucht und Asyl aus ungleichheitssoziologischer Perspektive. In: Soziale Probleme 26 (2). 123-136.

Steiner Christoph (2004): Das Recht auf Gesundheitsversorgung. Unter besonderer Berücksichtigung des Artikel 9 ICESCR. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH.

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, UNESCO (2017): Migrant/Migration. Paris. <http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/international-migration/glossary/migrant/> [12.6.2018]

Verfassungsgerichtshof Österreich (o.J.): Grundrechte. Wien.
<https://www.vfgh.gv.at/verfassungsgerichtshof/rechtsgrundlagen/grundrechte.de.html>
[30.6.2018]

World Health Organization, WHO (2018): Constitution of WHO: principles. Genf.
<http://www.who.int/about/mission/en/> [12.6.2018]