

Wie (un)erreichbar ist Gesundheit?

**Niederschwellige Gesundheitsversorgung
am Beispiel des Ambulatoriums Caritas Marienambulanz in
Graz**

Masterarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Arts
an der Karl-Franzens-Universität Graz

vorgelegt von
Esther HOFMANN, Bakk.^a phil.

am Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaft
Begutachter: Univ.-Prof. Mag. Dr. Arno HEIMGARTNER

Graz, 2013

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit eidesstattlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungskommission vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Graz 2013, _____

Esther Hofmann, Bakk.^a phil.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich ganz herzlich bei all jenen bedanken,
die mich bei der Erstellung meiner Masterarbeit unterstützt haben.
Ganz gleich wie, ohne Euch hätte ich es nicht geschafft!

Besonders bedanken möchte ich mich...

... bei den *Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Ambulatoriums Caritas Marienambulanz*,
die mir bereitwillig Einblick in ihre Arbeitsweise gewährten,
geduldig meine Fragen beantworteten
und mich mit immer neuen anregenden Impulsen versorgten.

... bei *Univ.-Prof. Mag. Dr. Arno Heimgartner*,
der mir, als mein Betreuer, ausreichend Freiräume ließ, um meine Ideen umsetzen zu können,
und mich mit wertvollen Inputs und Rückmeldungen
sowie aufmunternden Worten unterstützte.

... bei meiner *Familie und meinen Freunden*,
die mir wo sie nur konnten tatkräftig zur Seite standen,
stets ein offenes Ohr für mich übrig hatten
und sich meiner Höhen und Tiefen während der Zeit des Schreibens geduldig annahmen.

Vielen Dank!

Inhaltsverzeichnis

ABBILDUNGSVERZEICHNIS	VIII
TABELLENVERZEICHNIS.....	VIII
VORWORT	1
Unterwegs mit der Rollenden Ambulanz –Erfahrungsbericht einer teilnehmenden Beobachtung	1
1 EINLEITUNG	5
I. THEORETISCHE AUSEINANDERSETZUNG	7
2 GESUNDHEIT UND GESUNDHEITSVERSORGUNG IN ÖSTERREICH.....	8
2.1 Wann spricht man von Gesundheit, wann von Krankheit?	8
2.2 Soziale Ungleichheit und Gesundheit	10
2.2.1 Welche Determinanten beeinflussen unsere Gesundheit?.....	10
2.2.2 Was versteht man unter sozialer Ungleichheit bzw. gesundheitlicher Ungleichheit?.....	13
2.2.3 Was sind mögliche Erklärungsansätze gesundheitlicher Ungleichheit?.....	15
2.2.4 Wo kann Ungleichbehandlung in der Versorgung stattfinden?.....	16
2.2.5 Obdachlosigkeit/Wohnungslosigkeit und Gesundheit.....	18
2.2.5.1 Was versteht man unter Obdachlosigkeit/Wohnungslosigkeit?.....	18
2.2.5.2 Wer und wie viele Personen sind betroffen?	19
2.2.5.3 Auswirkungen auf die Gesundheit/Gesundheitsprobleme.....	21
2.2.5.4 Barrieren im Gesundheitssystem	23
2.2.6 Migration und Gesundheit.....	25
2.2.6.1 Was versteht man unter Migration?.....	25
2.2.6.2 Wer und wie viele Personen sind betroffen?	27
2.2.6.3 Auswirkungen auf die Gesundheit/Gesundheitsprobleme.....	29
2.2.6.4 Barrieren im Gesundheitssystem	31

2.3	Leistungen und Barrieren des österreichischen Gesundheitswesens	35
2.3.1	Wie erfolgt die Struktur und Aufgabenverteilung?	35
2.3.2	Welche Leistungen werden vom österreichischen Gesundheitswesen erbracht?	37
2.3.2.1	Möglichkeiten ambulanter Gesundheitsversorgung	38
2.3.2.2	Niedergelassene Ärzte und Ärztinnen	38
2.3.2.3	Spitalsambulanzen	40
2.3.2.4	Selbständige Ambulatorien	41
2.3.2.5	Krankenanstalten als stationäre Gesundheitsversorgung	42
2.3.3	Wer ist wo krankenversichert?	44
2.3.3.1	Pflichtversicherung bei Erwerbstätigkeit	45
2.3.3.2	Freiwillige Selbstversicherung	48
2.3.3.3	Krankenversicherungsschutz im Rahmen der bedarfsorientierten Mindestsicherung	49
2.3.4	Gibt es Personen ohne Krankenversicherungsschutz?	51
2.3.5	Wie könnten Personen ohne Krankenversicherungsschutz erreicht werden?	54
2.4	Niederschwelligkeit in der Gesundheitsversorgung	58
2.4.1	Was versteht man unter Niederschwelligkeit?	58
2.4.2	Qualitätskriterien von Niederschwelligkeit	59
2.4.3	Qualitätskriterien von Niederschwelligkeit in der Gesundheitsversorgung	62
2.4.4	Wie nieder- bzw. hochschwierig ist der Zugang zu Einrichtungen des österreichischen Gesundheitssystems?	64
2.4.4.1	Wie niederschwellig erfolgt der Zugang zu niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen?	65
2.4.4.2	Wie niederschwellig erfolgt der Zugang zu Spitalsambulanzen?	66
2.4.5	Was versteht man unter niederschwelliger medizinischer Grundversorgung?	67
2.4.5.1	Das Konzept des „Mainzer Modells“	69
2.4.6	Auf welche Arten kann eine niederschwellige Gesundheitsversorgung stattfinden?	71
2.4.6.1	Niederschwellige ambulante medizinische Versorgung	71
2.4.6.2	Niederschwellige aufsuchende medizinische Versorgung	72
2.4.6.3	Niederschwellige stationäre medizinische Versorgung	73
2.4.7	Die (Re)integration betroffener Personen in das reguläre Gesundheitssystem	74
2.4.7.1	Wie kann der Übergang von einer niederschwelligen zu einer höherschwelligen gesundheitlichen Versorgung gelingen?	76

II. EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG	79
3 FORSCHUNGSZIELE	80
4 FORSCHUNGSDESIGN	81
4.1 Dokumentenanalyse	81
4.1.1 Durchführung und Aufbereitung.....	82
4.2 Das problemzentrierte Experten- und Expertinneninterview	83
4.2.1 Durchführung und Aufbereitung.....	84
4.1 Teilnehmende Beobachtung	85
4.1.1 Durchführung und Aufbereitung.....	86
5 AUSWERTUNG DER ERGEBNISSE	88
5.1 Beschreibung des Ambulatoriums Caritas Marienambulanz	88
5.1.1 Entstehung und Entwicklung.....	88
5.1.2 Leitbild und Ziele	90
5.1.3 Welche Leistungen bietet die Marienambulanz an?	92
5.1.3.1 Ordinationen	92
5.1.3.1.1 Allgemeinmedizinische Ordination	92
5.1.3.1.2 Sozialpsychiatrische Ordination	94
5.1.3.1.3 Diabetes-Ordination	95
5.1.3.1.4 Hypertonieordination	97
5.1.3.1.5 Frauensprechstunde	98
5.1.3.2 Nachgehende Arbeit und Schulungen	99
5.1.3.2.1 Medizinische Beratung im Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich	99
5.1.3.2.2 Rollende medizinische Beratung und Betreuung	100
5.1.3.2.3 Sozialpsychiatrisch aufsuchende Arbeit.....	101
5.1.3.2.4 Patienten und Patientinnenschulungen.....	103
5.1.4 Wer sind die Nutzer und Nutzerinnen?.....	104
5.1.5 Wer sind die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen?	107

5.2	Betrachtung der Qualitätskriterien niederschwelliger Gesundheitsversorgung am Ambulatorium Marienambulanz.....	110
5.2.1	Räumliche Dimension von Niederschwelligkeit.....	111
5.2.1.1	Erreichbarkeit des Angebotes	111
5.2.1.2	Gestaltung der Räumlichkeiten	114
5.2.1.3	Hausregeln und Verbote	116
5.2.2	Zeitliche Dimension von Niederschwelligkeit.....	118
5.2.2.1	Öffnungszeiten	118
5.2.2.2	Terminvereinbarungen	121
5.2.2.3	Wartezeiten.....	123
5.2.3	Inhaltliche bzw. sachliche Dimension.....	124
5.2.3.1	Zielgruppenoffenheit	125
5.2.3.2	Akzeptanz der persönlichen Verfassung	126
5.2.3.3	Verbindlichkeiten	127
5.2.3.4	Kooperationen	130
5.2.4	Soziale Dimension.....	132
5.2.4.1	Anonymität und Vertraulichkeit	132
5.2.4.2	Kommunikation und Sprachbarrieren	134
5.2.4.3	Kulturelle Sensibilität	138
5.3	Diskussion der Ergebnisse	140
5.4	Ausblick	142
	QUELLENVERZEICHNIS	144
	Literaturverzeichnis.....	144
	Gesetzesquellen.....	161
	Vorträge und Diskussionen.....	162
	ANHANG	163
	Interviewleitfaden zum Thema „Niederschwelligkeit in der Gesundheitsversorgung“	163
	Raster teilnehmende Beobachtung „Marienambulanz“:.....	167

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: „Regenbogen-Modell“ von Dahlgren/Whitehead.....	11
Abbildung 2: Sozialversicherungsträger.....	36
Abbildung 3: Zielmodell der (Re)integration in das reguläre Versorgungssystem.....	78
Abbildung 4: Anzahl der Kontakte der allgemeinmedizinischen Ordination.....	93
Abbildung 5: Anzahl der Kontakte in der sozialpsychiatrischen Ordination.....	95
Abbildung 6: Anzahl der Kontakte in der Diabetes-Ordination.....	96
Abbildung 7: Anzahl der Kontakte in der Hypertonieordination.....	97
Abbildung 8: Anzahl der Kontakte in der Frauensprechstunde.....	98
Abbildung 9: Anzahl der Kontakte in der medizinischen Beratung im Caritas Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich.....	100
Abbildung 10: Anzahl der Kontakte der Rollenden medizinischen Beratung und Betreuung.....	101
Abbildung 11: Anzahl der Kontakte der sozialpsychiatrisch aufsuchenden Arbeit.....	102
Abbildung 12: Geschlechterverteilung der Nutzer und Nutzerinnen in den Ordinationen....	104
Abbildung 13: Darstellung der Nationen.....	105
Abbildung 14: Darstellung der nicht versicherten Personen nach Nationen.....	106
Abbildung 15: Anzahl der Kontakte aller Projekte der Marienambulanz.....	107
Abbildung 16: Anzahl der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen.....	108
Abbildung 17: Ehrenamtlich geleistete Stunden.....	108
Abbildung 18: Anzahl der Kooperationen.....	109
Abbildung 19: Standorte der Marienambulanz.....	112
Abbildung 20: Warteraum mit Zugang zu den sanitären Anlagen (Keplerstraße).....	115
Abbildung 21: Eingangstür zur Marienambulanz (Keplerstraße).....	137

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Krankheitsprävalenzen bei alleinstehenden Wohnungslosen.....	22
Tabelle 2: Auflistung subjektiver und objektiver Hürden wohnungsloser Menschen.....	24
Tabelle 3: Migration und Gesundheitsprobleme.....	30
Tabelle 4: Auflistung subjektiver und objektiver Hürden zugewanderter Menschen.....	34
Tabelle 5: Ambulante Behandlung durch Allgemeinmediziner und Allgemeinmedizinerinnen.....	39
Tabelle 6: Kriterien einer niederschweligen Gesundheitsversorgung.....	62

Vorwort

Unterwegs mit der Rollenden Ambulanz – Erfahrungsbericht einer teilnehmenden Beobachtung

Es ist Mittwoch, 18 Uhr. Ich sitze in der Rollenden Ambulanz, einem kleinen silbernen Bus, der die Aufschrift „Rollende medizinische Betreuung“ und „Ambulatorium Caritas Marienambulanz“ trägt. Der Innenraum ähnelt einem herkömmlichen Krankenwagen. In meiner Tasche spüre ich mein kleines Büchlein, das darauf wartet, die bevorstehenden Ereignisse, Informationen und Gedanken aufzunehmen. Ich bin aufgeregt. Was mich wohl erwarten wird?

Das Team der „Rollenden“ besteht heute aus einem Assistenzarzt, im Folgenden auch Dr. A. genannt, und einer Medizinstudentin, die ehrenamtlich etwa einmal im Monat jene Menschen in Graz aufsuchen, die Schwierigkeiten haben, die Schwelle der Marienambulanz, geschweige denn die der niedergelassenen Ärzte/Ärztinnen und der Krankenanstalten zu überwinden. Es sind Menschen, die einerseits aus unserem Gesundheitssystem herausfallen, weil sie nicht zu jenen 99,9 Prozent der österreichischen Bevölkerung zählen, die nach Angaben des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (vgl. 2013, S.37) im Jahr 2012 einen Krankenversicherungsschutz vorweisen können, andererseits sind es Menschen, die aufgrund ihrer aktuellen Situation oder physischen und psychischen Verfassung nicht in der Lage sind, jene Hürden zu überwinden, die an einen Besuch niedergelassener Ärzte/Ärztinnen oder Krankenanstalten geknüpft sind, wie die Anreise, das Einhalten von Terminen, Wartezeiten uvm.

Unser erster Weg führt uns zu einer Notschlafstelle für Menschen, die von akuter Wohnungsnot betroffen sind. Wir werden bereits erwartet. Ein männlicher Patient österreichischer Herkunft, er wird einer der wenigen österreichischen Staatsbürger und Staatsbürgerinnen sein, die mir im Laufe des Abends noch begegnen werden, klagt über Schmerzen am Knie. Er sei gefallen, habe nun blaue Flecken und wünsche eine Salbe gegen die Schmerzen. Am Hals trägt er einen Verband. Dr. A. kennt den Patienten bereits. Er untersucht zuerst das Knie und fragt dann, ob er sich die Wunde am Hals ansehen dürfe. Der Patient verneint. Er habe sie soeben frisch verbunden. Dr. A. verspricht, dass er, sollte er einen Blick darauf werfen dürfen, mit

eigenem Verbandmaterial die Wunde wieder versorgen würde. Darauf willigt der Patient ein. Dr. A. erklärt mir, dass es sich hierbei um einen offenen Luftröhrenschnitt handle, den der Patient seit etwa zwei bis drei Jahren habe. Ein kurzer Besuch in einer Krankenanstalt würde genügen, um diesen mit ein paar Stichen zu verschließen. Dem Patienten würde damit der Aufwand der Versorgung genommen werden und er wäre vor dem Risiko einer Infektion geschützt. Doch der Weg in eine Krankenanstalt stellt für diesen Patienten eine unüberwindbare Hürde dar.

Nach zwei weiteren Patienten geht unsere Fahrt weiter zu einer anderen Notschlafstelle. Hier findet die medizinische Betreuung im Anmeldungsraum der Einrichtung statt. Insgesamt 13 Patienten und Patientinnen, alle nicht österreichischer Herkunft, werden in der nächsten Stunde die medizinischen Dienste des Arztes in Anspruch nehmen. Der Versicherungsstatus der Patienten/Patientinnen ist unwichtig. In einem Buch werden lediglich der Name, das Geschlecht, die Staatszugehörigkeit sowie Symptome, Diagnose und mitgegebene Medikamente vermerkt. So können die anderen Ärzte und Ärztinnen der Rollenden Ambulanz bei Bedarf überprüfen, ob der Patient oder die Patientin schon einmal behandelt wurde, was damals als mögliche Diagnose vermutet wurde und welche Medikamente er/sie bereits bekommen hat.

Während der Behandlung kann ich die Schlange wartender Patienten und Patientinnen vor der Glastür beobachten. Viele sprechen nur wenige Brocken Deutsch, wodurch einerseits auf Zeichensprache, andererseits auf die Bereitschaft anderer Patienten/Patientinnen gesetzt wird, Symptome, Diagnose und Medikation zu übersetzen bzw. bildlich darzustellen. Meist können nur die Symptome behandelt werden; Prävention gibt es hier nicht. Neben schwerwiegenden Erkrankungen, die wöchentlich kontrolliert werden sollten, damit bei einer Verschlechterung des Zustandes sofort eingegriffen werden kann, sind auch banale Beschwerden an der Tagesordnung. Ein kleiner Ausschlag am Unterarm, der nach einer halben Stunde wieder verschwunden ist, bereitet einem Patienten Sorgen. Mit einer Salbe gegen Juckreiz ausgestattet, sollte der Ausschlag noch einmal auftreten, zieht der Patient beruhigt von dannen. „Oft geht es den Patienten und Patientinnen gar nicht vordergründig um das medizinische Problem, sondern es steckt was ganz anderes dahinter. Vielleicht brauchen sie die Zuwendung, die Erfahrung, dass sich jemand um sie kümmert“, so der Arzt. Wir haben zwei große Taschen mit Medikamenten dabei und nahezu jeder Patient und jede Patientin bekommt gratis das Benötigte mit.

Seite um Seite meines Notizbüchleins füllt sich. Es wird mir immer mehr bewusst, wie wichtig diese Form der medizinischen Betreuung ist. Ein anderer Patient hat schwere Durchblutungsstörungen im Fuß, begleitet von großen Schmerzen. Eine Verbesserung dieses Zustandes würde nur eine Operation mit sich bringen. Der Patient weiß über diese Möglichkeit Bescheid, doch auf die Frage, wie wir uns vorstellen, dass er die rund 10.000 Euro für Operation und den Krankenhausaufenthalt bezahlen solle, wissen wir keine Antwort. Es bleibt nur die Möglichkeit symptomatisch den Schmerz zu behandeln und den Patienten im Auge zu behalten, damit bei drohendem Absterben des Fußes sogleich eingegriffen werden kann.

Es ist 20 Uhr. Wir stehen mit unserer Rollenden Ambulanz im Augartenpark und treffen hier den Vinzibus, der Brote an hungrige Menschen verteilt und den wir von nun an folgen werden. Es regnet stark. Einige Menschen warten bereits schuttsuchend unter den großen Bäumen des Parks. Unter drei Personen bricht ein Streit aus, zwei Männer beginnen auf einen anderen Mann einzuschlagen. Er sei nicht befugt sich hier etwas zu Essen zu holen. Noch während wir überlegen, was zu tun sei, kommt schon die Polizei und trennt die Streithähne. Dr. A. eilt zu dem Opfer, untersucht es und bietet ihm an, sich die aufgeplatzte Lippe in unserem Bus behandeln zu lassen. Der Mann lehnt ab. An diesem Ort warten wir vergeblich auf einen Patienten/eine Patientin.

Wir folgen dem Vinzibus weiter zum Jakominiplatz und schließlich zum Bahnhof. Überall wartet bereits eine Traube von Menschen und der ein oder andere von ihnen wartet auch auf die medizinische Behandlung der Rollenden Ambulanz. Als der letzte Patient untersucht ist, ist es bereits kurz nach 21 Uhr und wir haben im Zuge unserer Tour 22 Patienten/Patientinnen behandelt. Unter ihnen nur vier Frauen. „Heute war recht wenig los“, bemerkt Dr. A., „es gibt Tage, da kommen bis zu 50 Patienten/Patientinnen und wir sind erst gegen 22 Uhr fertig.“

Ich bin überrascht, dass es wirklich so viele Menschen in Graz gibt, die auf die Hilfe einer aufsuchenden medizinischen Betreuung angewiesen sind. Beim Protokollieren der Erlebnisse am Abend beschäftigen mich viele Fragen. Wie lange würden diese Menschen wohl warten, ehe sie den Weg zur Marienambulanz oder gar zu einem niedergelassenen Arzt/Ärztin bzw. einer Krankenanstalt schaffen? Wie schwerwiegend und beschwerlich müssen die gesundheitlichen Beschwerden dann sein? Ich denke an die viele Komplikationen, die sich bereits aus harmlosen Beschwerden, wenn diese unbehandelt bleiben, entwickeln können. Ich denke an die psychischen Belastungen durch die schweren Schicksale der Patienten und Patientinnen und da-

ran, dass diese durch Schmerzen und eine körperliche Erkrankungen noch unerträglicher werden. Ich denke daran, wie viel Lebensqualität noch übrig bleibt, wenn zu den ohnehin belastenden Lebensumständen auch noch die Beschwerden einer Erkrankung dazukommen. Mir wird klar, dass auch, wenn Artikel 25 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (vgl. 1948, Art.25) das Recht auf Gesundheit fordert,

„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, sowie das Recht auf Sicherheit im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität oder Verwitmung, im Alter sowie bei anderweitigem Verlust seiner Unterhaltsmittel durch unverschuldete Umstände.“

gerade jenen Menschen der Zugang zu einer Gesundheitsversorgung verwehrt bleibt, die am Rande unserer Gesellschaft leben und deren Gesundheit aufgrund belastender Lebensumstände ohnehin täglich aufs Neue bedroht wird. Ihnen bleibt bislang nur die kleine niederschwellige Tür zu einer Erst- und Grundversorgung, die ihnen zurzeit durch die Rollende Ambulanz geöffnet wird.

1 Einleitung

Österreich ist stolzer Besitzer eines nahezu flächendeckenden Krankenversicherungssystems, das auch Angehörige von versicherten Personen einbezieht. Tatsächlich waren 99,9 Prozent der österreichischen Bevölkerung im Jahr 2012 krankenversichert (vgl. Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger 2013, S.37). Dennoch gibt es Personen, die aus diesem engmaschigen Gesundheitsnetz herausfallen.

Es sind österreichische Staatsbürger und Staatsbürgerinnen, aber vor allem auch Migranten und Migrantinnen, die aufgrund problematischer Lebensumstände nicht in der Lage sind, in der bestehenden medizinischen Regelversorgung Fuß zu fassen. Betroffen sind Menschen, die nicht imstande sind, sich um einen Arzttermin zu kümmern und diesen einzuhalten, die sich in unserem komplexen Gesundheitssystem nicht zurechtfinden, die es nicht schaffen, sich um eine Krankenversicherung zu bemühen, die ohne rechtmäßige Aufenthaltsgenehmigung im Land leben und die aus Scham und mangelnder Körperhygiene auf einen Arztbesuch verzichten.

Die letzten Jahre zeigen einen starken Trend in Richtung Zweiklassenversorgung im Gesundheitsbereich, der parallel zur gesellschaftlichen Entwicklung entsteht. Steigende Arbeitslosigkeit, vermehrte Teilzeit- und Leiharbeit, Verschuldung und Privatkonkurse, soziale Ausgrenzung und Illegalität sowie die Zugehörigkeit zu einer Minderheitengruppe, können Gründe sein, die zu einer Wechselwirkungen zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit führen. Ein prekäres sozioökonomisches Umfeld steht somit in einem unmittelbaren Zusammenhang mit einem schlechteren Gesundheitszustand und die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen jener Personen, die nicht am öffentlichen Gesundheitssystem teilhaben können steigt (vgl. Paierl/Stoppacher 2010, S.55ff.).

Auf diese Problematik der Versorgungslücken unseres ansonsten sehr sozial aufgebauten Gesundheitssystems wurden engagierte Personen, Einrichtungen und Organisationen vor etwa 15 Jahren, unabhängig voneinander, aufmerksam und versuchen seither hauptsächlich ehrenamtlich, mit vereinten Kräften diese Lücken wieder zu schließen. Sie entwickeln Konzepte, die dazu führen sollen, dass betroffene Menschen die notwendige medizinische Versorgung besser erreichen können. Sie errichten Ambulatorien, suchen die Betroffenen direkt auf der Straße auf oder besuchen sozialpädagogische Hilfseinrichtungen und behandeln die Patienten und Patientinnen vor Ort. Parallel dazu kämpfen sie um die politische Aufmerksamkeit dieses

Problems, damit in näherer Zukunft jede Person, die sich in Österreich aufhält, Zugang zu einer entsprechenden Gesundheitsversorgung hat, wie es die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte bereits seit dem Jahre 1948 fordert.

Das Ambulatorium Marienambulanz Graz ist eine dieser Einrichtungen, die mittels niederschwelliger Angebote an der Schließung dieser Versorgungslücke arbeiten, um jenen, die medizinische Hilfe benötigen, diese auch zukommen zu lassen. Diese Arbeit zeigt, wie das gelingt und mit welchen Herausforderungen Einrichtungen dieser Art zu kämpfen haben.

Der Aufbau der Arbeit umfasst dabei zwei große Teilbereiche; eine theoretische Auseinandersetzung und eine empirischen Untersuchung.

Die theoretische Auseinandersetzung gliedert sich wiederum in drei Schwerpunkten auf. Im ersten Abschnitt wird auf die Wechselwirkung von sozialer Ungleichheit und Gesundheit näher eingegangen und die Aspekte Wohnungslosigkeit sowie Migration im Hinblick auf Gesundheitsprobleme und Barrieren im Gesundheitssystem beleuchtet. Im zweiten Abschnitt werden die Leistungen des österreichischen Gesundheitswesens und die Möglichkeiten eines Krankenversicherungsschutzes aufgezeigt und in weiterer Folge ausgearbeitet, wie sich Barrieren beim Erreichen des Gesundheits- sowie Versicherungssystems ergeben können. Der dritte Abschnitt beschäftigt sich mit der Thematik der Niederschwelligkeit in der Gesundheitsversorgung. Dabei werden die zutreffenden Qualitätskriterien, die Arten niederschwelliger Gesundheitsversorgung und wie eine (Re)integration in das reguläre Gesundheitssystem gelingen kann, beschrieben.

Die Gliederung der empirischen Untersuchung orientiert sich an zwei Forschungszielen:

1. Das erste Ziel umfasst die Darstellung und die Beschreibung einer Einrichtung, in welcher niederschwellige Gesundheitsversorgung angeboten wird.
2. Das zweite Ziel bezieht sich auf die Dimensionen und Qualitätskriterien (vgl. Kap. 2.4.3), durch die eine niederschwellige Gesundheitsversorgung charakterisiert werden kann. Diese sollen in Bezug auf deren Durchführbarkeit in der Praxis näher erörtert werden.

Demzufolge befassen sich der erste Teil der empirischen Untersuchung mit der Beschreibung des Ambulatoriums Caritas Marienambulanz und der zweite Teil mit einer Betrachtung der Qualitätskriterien niederschwelliger Gesundheitsversorgung in der Praxis.

I. THEORETISCHE AUSEINANDERSETZUNG

*„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“
(WHO 1946, S.2).*

2 Gesundheit und Gesundheitsversorgung in Österreich

2.1 Wann spricht man von Gesundheit, wann von Krankheit?

Der Begriff „Gesundheit“ beschreibt eine individuelle Befindlichkeit, einen Zustand, der für jedermann wünschens- und erstrebenswert ist. Für die meisten Menschen definiert sich „Gesundheit“ im Wesentlichen aus der Abwesenheit von Krankheit. Solange eine körperliche und/oder psychische Funktionsunfähigkeit vorhanden ist, sehen die wenigsten einen gesunden Menschen vor sich (vgl. Hurrelmann 2010, S.7). Der Zustand „Krankheit“ ist leichter zu fassen. Jeder Mensch macht im Laufe seines Lebens unterschiedliche Erkrankungen durch, fühlt sich zeitweise elend, bekommt von einem Arzt oder einer Ärztin eine Diagnose erstellt und erhält damit schwarz auf weiß die Bestätigung des Krankheitszustands. *„Als Krankheit wird das Vorliegen von Symptomen und/oder Befunden bezeichnet, die als Abweichung von einem physiologischen Gleichgewicht oder einer Regelgröße (Norm) interpretiert werden können und die auf definierte Ursachen innerer oder äußerer Schädigungen zurückgeführt werden können“* (Schmidt/Unsicker 2003, S.1632).

Unsere Gesundheit aber, die von jedermann so geschätzt wird, die wir uns gegenseitig bei einer Verabschiedung wünschen und für die wir prophylaktisch unsere Ernährung umstellen, das Rauchen aufgeben und ausreichend Bewegung betreiben, entzieht sich häufig unserer Vorstellungskraft. Wann bin ich tatsächlich gesund? Dabei wird übersehen, dass der Übergang zwischen Gesundheit und Krankheit fließend ist und das eine das andere nicht unbedingt ausschließt (vgl. Hurrelmann 2010, S.7).

Gesundheit ist also ein hochkomplexes Phänomen, das nur schwer zu erfassen ist und durch unzählbare physische, psychische und soziale Faktoren beeinflusst wird. Ein Blick in die Geschichte des gesellschaftlichen Verständnisses von Gesundheit zeigt, dass nicht nur Gesundheit sondern auch Krankheit sowie deren Einflussfaktoren sozial konstruiert wurden beziehungsweise werden. Gesundheit und Krankheit wurden über die Zeit zunehmend voneinander getrennt betrachtet. Ausschlaggebend dafür war die philosophische Trennung von Körper und Geist und die Ausdifferenzierung des Medizinsystems. Während Krankheit ein individualisiertes und um jeden Preis zu beseitigendes Übel darstellte, wurde Gesundheit zu einem Lebensziel, das es zu erreichen galt. Nach dem zweiten Weltkrieg mit der Definition von Ge-

sundheit im Gesundheitskonzept der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vollzog sich eine Tendenz in Richtung eines umfassenderen Verständnisses von Gesundheit (vgl. Hafen 2009, S.19): „*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*“ (WHO 1946, S.2).

Die Intention der WHO war es, den Begriff Gesundheit positiv zu besetzen und aufzuzeigen, dass darunter mehr als nur die Abwesenheit von Krankheit verstanden werden kann. Auch sollte das Konzept „Gesundheit“ vom medizinischen Versorgungssystem gelöst werden, wodurch eine Stärkung der Gesundheitspotentiale der Bevölkerung erhofft wurde und eine Reduzierung der immer höheren Summen Geldes, die in die Krankheitsbekämpfung flossen (vgl. Hurrelmann 2010, S.7). Selbst wenn sich die WHO aufgrund ihrer Gesundheitsdefinition einiges an Kritik anhören musste, ist sie bis heute in keiner Weise veraltet oder untauglich geworden. Sie hat nach wie vor eine kraftvolle, überzeugende Wirkung in der Politik, da sie unmissverständlich soziale und gesundheitliche Gerechtigkeit und Verwirklichungschancen fordert (vgl. Franzkowiak/Homfeldt/Mühlum 2011, S.60).

Dieses umfassende Verständnis von Gesundheit wurde auch von Hurrelmann (2010, S.7) in einer Weiterentwicklung der WHO-Definition treffend umschrieben:

„Gesundheit bezeichnet den Zustand des Wohlbefindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich körperlich, psychisch und sozial in Einklang mit den jeweils gegebenen inneren und äußeren Lebensbedingungen befindet. Gesundheit ist nach diesem Verständnis ein angenehmes und durchaus nicht selbstverständliches Gleichgewichtsstadium von Risiko- und Schutzfaktoren, das jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt immer erneut hergestellt werden muss. Gelingt das Gleichgewicht, dann kann dem Leben Freude und Sinn abgewonnen werden, ist eine produktive Entfaltung der eigenen Kompetenzen und Leistungspotentiale möglich und steigt die Bereitschaft, sich gesellschaftlich zu integrieren und zu engagieren“.

Die Erreichung dieses Gleichgewichtsstadiums hängt einerseits von den Voraussetzungen der Person, wie einer guten körperlichen Verfassung und positiven Anlagen, andererseits vom individuellen Gesundheitsverhalten ab. Letzteres wird durch Lebens- und Gesundheitsverhältnisse (kulturell, wirtschaftlich, sozial, ökologisch) geprägt und diese geben vor, „(...) ob es einem Individuum als Gesellschaftsmitglied gelingt, über die notwendigen Voraussetzungen für ‚Gesundheit‘ zu verfügen. Dazu zählen Finanzmittel, Bildung, Nahrung, Arbeit, soziale Sicherheit, Anerkennung und Entspannungsmöglichkeiten“ (ebd. S.8).

Menschen, die am Rande der Gesellschaft leben, sind in vielerlei Hinsicht von schädlichen Gesundheitseinflüssen bedroht. Sei es die ungesunde Lebensführung, wie das Leben auf der Straße, Alkohol- und/oder Drogenabhängigkeit, mangelhafte Ernährung oder die soziale Aus-

grenzung, die betroffene Menschen erfahren müssen. Ebenfalls ist in vielen Fällen ein erschwerter beziehungsweise fehlender Zugang zu Versorgungsangeboten zu beobachten, der zusätzlich ein hohes Risiko für gesundheitliche Probleme birgt. Im nächsten Kapitel wird nun auf das österreichische Gesundheitswesens näher eingegangen und herausgearbeitet werden, ob es Personen gibt, die keinen beziehungsweise einen erschwerten Zugang zu den Leistungen desselben haben. Basierend auf den Gesundheitsverständnissen der WHO (1946) und Hurrelmanns (2010), baut auch diese Arbeit auf einem multidimensionalen Verständnis von Gesundheit auf, welches psychische, physische und sozialstrukturelle Aspekte berücksichtigt.

2.2 Soziale Ungleichheit und Gesundheit

2.2.1 Welche Determinanten beeinflussen unsere Gesundheit?

Wie gesund ein Mensch tatsächlich ist, ist nach Hurrelmann (vgl. 2010, S.8) von verschiedenen Faktoren (Finanzmittel, Bildung, Nahrung, Arbeit, soziale Sicherheit, Anerkennung und Spannungsmöglichkeiten) abhängig.

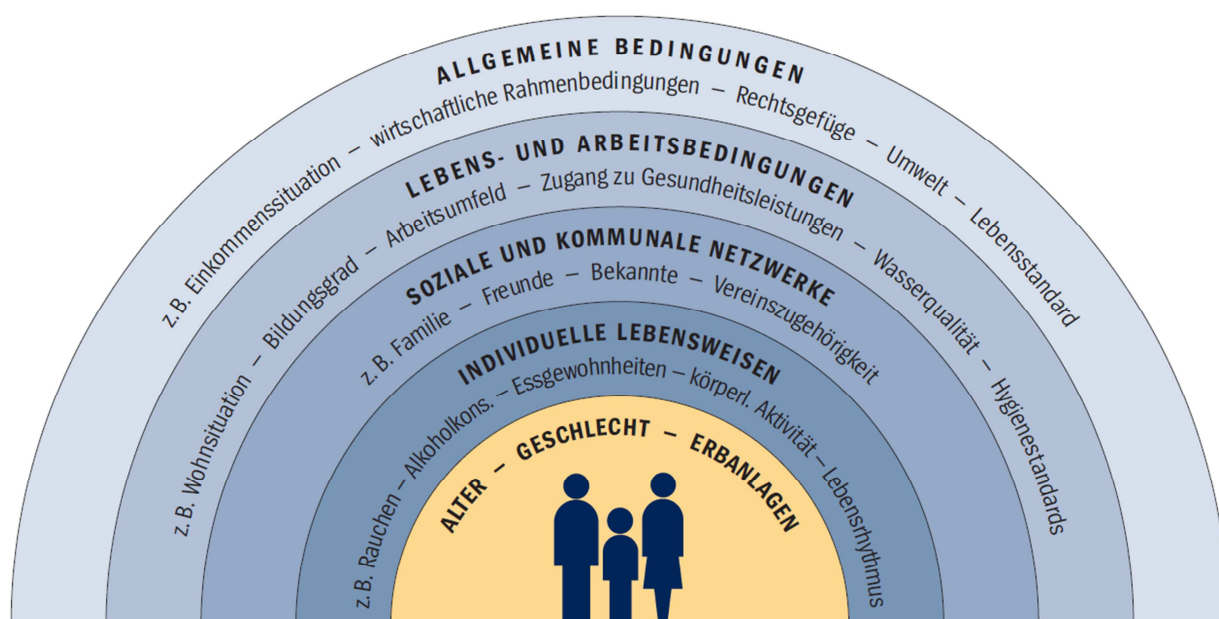
Gesundheit hängt demnach von sozialen Bedingungen ab, die maßgeblich die Gesundheitschancen und damit auch den Gesundheitszustand des/der Einzelnen, sowie ganzer Bevölkerungsgruppen beeinflussen. Gesellschaftliche Einflüsse, die auf die Gesundheit wirken, werden als soziale Gesundheitsdeterminanten bezeichnet. Zu ihnen werden sozioökonomische Faktoren, Umweltbedingungen, Bildungschancen, Lebensstile/Lebensweisen, soziale Unterstützung, die Einbindung in soziale Netzwerke aber auch persönliche Voraussetzungen wie Alter, Geschlecht und ethnische Herkunft gezählt (vgl. Franzkowiak/Homfeldt/Mühlum 2011, S.41).

In den letzten Jahren rückten Forschungen über salutogene Faktoren vermehrt in den Fokus des Interesses, wie etwa die Resilienzforschung. Auch in der Public-Health-Forschung fanden Gesundheitsdeterminanten vermehrt Beachtung. Forschungsergebnisse zu sozialen Determinanten liefern in vielen Fällen die Grundlage für Ansätze in den Bereichen der Gesundheitsförderung und Verhältnisprävention oder für politische Überlegungen. Gesundheitsdeterminanten sind in gesellschaftlichen Strukturen, Lebensbedingungen und dem Gesundheitsverhalten verankert und wirken gegenseitig aufeinander ein. Durch die Interaktion von Risikofakto-

ren und Risikobedingungen kann es auch zur Entstehung von Schutzfaktoren kommen. (vgl. Engelhardt/Kickbusch 2009, S.19).

G. Dahlgren und M. Whitehead (1991) beschäftigten sich mit dem Konzept der Gesundheitsdeterminanten und kreierten ein Modell, das aufgrund seiner Anschaulichkeit heute noch häufig herangezogen wird. In regenbogenartigen Schichten werden die Einflussfaktoren auf die Gesundheit darstellt, wobei die wechselnde Beeinflussung der verschiedenen Schichten und Einflussfaktoren im Vordergrund steht. Durch das Modell werden die wichtigsten Herausforderungen der Forschung im Bereich der Gesundheitsdeterminanten ersichtlich: Wie wirken Faktoren und Ebenen auf einander ein? Wie ist die Wirkung auf das Individuum? Wie ist die Wirkung auf gesamtgesellschaftlicher Ebene? Verändern sich Gesundheitsdeterminanten und wenn ja, inwiefern? Geht ihre Wirkung auch über Generationen hinaus (vgl. Engelhardt/Kickbusch 2009, S.23)?

Abbildung 1: „Regenbogen-Modell“ von Dahlgren/Whitehead



Quelle: Dargestellt von Brandes/Kilian/Köster 2008, S.18.

Eine aktuellere Auflistung der sozialen Gesundheitsdeterminanten wurde von Engelhardt und Kickbusch (vgl. 2009, S.24) erstellt: Sie unterscheiden

- Einkommen und sozialen Status,
- soziale Unterstützung und soziale Netzwerke,
- Bildung und Ausbildung,
- die Teilnahme am Arbeitsmarkt, Arbeit und Arbeitsbedingungen,
- soziale Lebensumwelten,
- physische Lebensumwelten,
- persönliches Gesundheitsverhalten, Gesundheitskompetenz und Bewältigungsstrategien,
- gesunde frühkindliche Entwicklung,
- Gender und das
- kulturelle Umfeld.

Determinanten können sowohl positiv als auch negativ auf die Gesundheit wirken. Ein Mangel im Bereich des sozialen Netzwerkes kann zu einer Gesundheitsbelastung werden, während ein guter Bildungsstand eine wichtige Gesundheitsressource darstellt. Es wirken sowohl strukturelle (z.B. Wohn- und Arbeitsbedingungen), als auch individuelle Determinanten (z.B. das persönliche Gesundheitsverhalten) auf den Menschen ein, wobei auch die Faktoren Geschlecht und Alter berücksichtigt werden müssen (vgl. ebd.).

Wie gesund eine Person ist, hängt außerdem maßgeblich von einem gerechten Zugang zur Infrastruktur ab. Die Infrastruktur umfasst jene gemeinschaftlich produzierten Güter, die das Funktionieren einer Gesellschaft ermöglichen, wie beispielsweise das Bildungssystem, die Energie- und Wasserversorgung, die Kanalisation und Müllabfuhr, arbeitsrechtliche Bestimmungen, das Gesundheitssystem sowie das Sozialversicherungswesen (vgl. Stronegger 2004, S.12).

2.2.2 Was versteht man unter sozialer Ungleichheit bzw. gesundheitlicher Ungleichheit?

„Soziale Ungleichheit“ bezeichnet alle gesellschaftlichen Vor- und Nachteile, mit denen der Mensch konfrontiert ist. Diese ergeben sich aus einer ungleichen Verteilung von Ressourcen, wie etwa die Höhe der Bildung oder des Einkommens sowie vorteilhafte oder unvorteilhafte Lebensbedingungen. Diese (un)vorteilhaften Lebensbedingungen werden üblicherweise in Dimensionen eingeteilt, wobei Bildung, Wohlstand (Geld), Macht und Prestige zu den wichtigsten gezählt werden. Im Unterschied zu den Dimensionen sozialer Ungleichheit, beschreiben die Determinanten sozialer Ungleichheit (vgl. Kap. 2.2.1) gesellschaftliche Stellungen, die grundsätzlich nicht (un)vorteilhaft aber eng mit Vor- oder Nachteilen verknüpft sind (vgl. Hradil 2009, S.36).

Mielck (vgl. 2005, S.8) unterscheidet vertikale und horizontale Merkmale sozialer Ungleichheit. Vertikale Merkmale bewirken eine Umverteilung der Bevölkerung in Oben und Unten. Angaben zum Ausbildungsstand, zum Beruf oder zum Einkommen lassen auf den sozialen Status einer Person schließen und somit die Einordnung in eine hierarchische Skala zu. Neben dem Bildungsstand und dem beruflichen Status wird dem Einkommen eine besondere Gewichtung zugesprochen und Armut häufig als der zentrale Indikator für die vertikale Ungleichheit angesehen. Zusätzlich ist eine Zuordnung einzelner Gruppen innerhalb der Bevölkerung nach Merkmalen, wie Alter, Geschlecht, Nationalität, Familienstand und vielen mehr möglich. Diese werden unter den sogenannten „horizontalen“ Merkmalen sozialer Ungleichheit zusammengefasst. Erst die Kombination der vertikalen Merkmale (Bildung, beruflicher Status, Einkommen) mit den horizontalen Merkmalen (Alter, Geschlecht, Nationalität etc.) erlaubt die Darstellung einer besonders belasteten Bevölkerungsgruppe.

Zur Beschreibung des Zusammenhangs zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit, wurde in den letzten Jahren der Begriff der „gesundheitlichen Ungleichheit“ herangezogen. Darunter wird die Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status der Menschen in einer Gesellschaft verstanden, die dafür verantwortlich ist, wie Gesundheit, Krankheit und die Sterblichkeit der Menschen innerhalb dieser verteilt sind. Gesundheit und Krankheit folgen einem sozialen Gradienten, der die Wahrscheinlichkeit an einer Krankheit zu leiden oder früher zu versterben, abhängig vom Alter und Geschlecht der jeweiligen Person, erhöht (vgl. Brause/Hehlmann/Lierse/Lukas-Nülle/Tiesmeyer 2008, S.11).

Schwierige wirtschaftliche und soziale Lebensumstände haben somit einen maßgeblichen Einfluss auf den Gesundheitszustand. Je weiter unten sich eine Person auf der sozialen Rangskala der Gesellschaft befindet, umso kürzer ist ihre Lebenserwartung und umso höher die Anfälligkeit für Krankheiten. Dabei erstreckt sich das Sozialgefälle über die ganze Gesellschaft und selbst Personen mit mittlerem Einkommen haben ein höheres Risiko zu erkranken als Gutverdienende. Armut, relative Deprivation sowie soziale Ausgrenzung verhindern den Zugang zu Versorgungsangeboten und eine volle Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Diese Ungleichbehandlung belastet die Gesundheit und erhöht die Gefahr auf einen vorzeitigen Tod. Soziale Unterstützung wiederum gibt einen emotionalen und praktischen Rückhalt, der sich gesundheitsfördernd auf den Menschen auswirkt.

Das persönliche Gesundheitsverhalten ist dabei eng mit sozialer und wirtschaftlicher Benachteiligung verbunden. So führt Alkoholabhängigkeit, illegaler Drogengebrauch und Rauchen zu einer Kausalkette, die in beide Richtungen läuft. Die Menschen betäuben das Leiden, das sie aufgrund belastender wirtschaftlicher und sozialer Verhältnissen verspüren, mit dem Konsum eines Suchtmittels, das sie in weiterer Folge nur noch weiter sozial absteigen lässt (vgl. Marmot/Wilkinson 2004, S.10ff.).

Die Tatsache, dass ein niedriger sozialer Status mit einem schlechteren Gesundheitszustand einhergeht, ist in nahezu unzählbaren Studien belegt (vgl. Mielck 2000, 2005). Aktuelle Daten aus Österreich bestätigen dies. So ergab die Analyse der Daten der Gesundheitsbefragung von 2006/2007 einen Zusammenhang zwischen der Einkommenshöhe und dem Gesundheitszustand. Personen mit einem geringeren Einkommen beurteilten ihren subjektiven Gesundheitszustand deutlich seltener mit sehr gut oder gut als Personen, die ein höheres Einkommen vorzuweisen hatten. Auch zeigte sich, dass höher gebildete Personen seltener an chronischen Krankheiten und Schmerzen leiden, sich gesundheitlich besser fühlen und häufiger präventive Maßnahmen in Anspruch nehmen als Personen mit einem niedrigeren Bildungsniveau (vgl. Statistik Austria 2008, S.7f.).

2.2.3 Was sind mögliche Erklärungsansätze gesundheitlicher Ungleichheit?

Erklärungsansätze, die sich mit der gesundheitlichen Ungleichheit beschäftigen, beziehen sich zumeist auf folgende grundlegende Hypothesen: Ein niedriger sozioökonomischer Status ist eine größere Gefährdung für die Gesundheit (Armut macht krank) beziehungsweise ein problematischer Gesundheitszustand wirkt sich negativ auf den sozioökonomischen Status aus (Krankheit macht arm). Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass in Deutschland und somit auch in Österreich der erste Erklärungsansatz wichtiger ist als der zweite (vgl. Mielck 2008, S.21).

Die erste Hypothese, die auch Verhaltenshypothese genannt wird, geht davon aus, dass Personen, die am unteren Ende der Statushierarchie angesiedelt sind, aufgrund geringerer finanzieller Ressourcen, eher in gesundheitsschädlichen Umwelten leben und arbeiten müssen und daher ein größeres Risiko haben zu erkranken. Im Gegensatz dazu vertritt die sogenannte Selektionshypothese die Auffassung, dass alle Personen einem Auswahlprozess unterliegen. Erkrankte Menschen steigen ab, während gesunde Menschen aufsteigen. Allerdings wird davon ausgegangen, dass die Anzahl der von dieser Hypothese betroffenen Personen zu gering ist, um Unterschiede in der Gesundheit beeinflussen zu können (vgl. Hurrelmann/Richter 2009, S.21f.).

Handlungstheoretisch betrachtet, zeigt sich eine Abwärtsspirale beeinflusst durch Armut und Krankheit. Es wird angenommen, dass schlechtere Wohnbedingungen, billigere Ernährung, Unsicherheiten und Sorgen bezüglich des Einkommens oder des Arbeitsplatzes, mangelnder Zugang zu einer gesunden Lebensweise, die Sport, ungestörten Schlaf oder Ratschläge der Gesundheitsfachleuten beinhaltet, im Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand der Person stehen. Armut führt somit zur Notwendigkeit, sich auf krankmachende Arbeits- und Wohnbedingungen einzulassen, wodurch es zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes kommt (vgl. Behrens 2009, S.66f.). In Folge führt dieser wiederum zu einem sozialen Abstiegsprozess der betroffenen Personen (vgl. Steinkamp 1999, S.145).

Ebenfalls diskutiert wird der Einfluss von Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung. Allerdings wird kritisch angemerkt, dass der Zugang und die Qualität der Versorgungsleistungen, so wichtig sie auch für die Behandlung von Krankheiten sein mögen, grundsätzlich wenig Einfluss auf die Entstehung der Krankheiten haben. Auf der anderen Seite stellt sich aber die

Frage, ob Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung nicht zusätzliche Risiken darstellen, die zu einer Ausweitung der sozioökonomischen Unterschiede führen (vgl. Hurrelmann/Richter 2009, S.21).

Die Unterschiede in der individuellen Bezahlbarkeit medizinischer und pflegerischer Versorgung, sind besonders in armen Ländern oder in den USA, wo viele Personen keine Krankenversicherung vorweisen können, von Interesse. Allerdings zeigt sich gerade in Ländern mit einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem, wie Österreich eines hat, dass Personen mit einem höheren Einkommen präventive Angebote ausgiebiger nutzen, als Personen mit einem geringeren Einkommen (vgl. Statistik Austria 2008, S.7f.). Dies kann bedeuten, dass die Angebote so zugeschnitten sind, dass sie die betroffenen Personen nicht erreichen oder andere Gründe, zum Beispiel zusätzliche versteckte Kosten, halten sie von der Nutzung ab (vgl. Behrens 2009, S.67).

2.2.4 Wo kann Ungleichbehandlung in der Versorgung stattfinden?

Die Frage, ob der sozioökonomische Status von Nutzer und Nutzerinnen des Versorgungssystems einen Einfluss auf die Art der Behandlung hat, wurde in einer Übersichtsarbeit mit 32 empirischen Studien von Janßen, Dinger, Grosse Frie, Ommen, Schiffmann (vgl. 2009, S.149ff.) behandelt. Zusammenfassend wurde festgestellt, dass die Versorgung in Deutschland kaum nach sozialer Schicht zu unterscheiden ist. Da aber zwischen einer quantitativen Erhebung über die Inanspruchnahme und einer qualitativen Beurteilung erbrachter Leistungen unterschieden werden muss, kann tatsächlich keine Aussage bezüglich möglicher Unterschiede in der Leistungserbringung hinsichtlich des sozialen Status getroffen werden. Auch liegen keine Forschungsarbeiten vor, die sich mit der Unter-, Über- und Fehlversorgung mit Fokus sozioökonomischen Status oder sich genauer mit der Chancengleichheit und Bedarfsgerechtigkeit beschäftigen (vgl. Brause et al. 2008, S.14).

Unabhängig davon beinhaltet die Grundlage des österreichischen Gesundheitssystems, dass alle Einwohnern und Einwohnerinnen, unabhängig von Alter, Geschlecht, Herkunft, sozialem Status oder Einkommen, das Recht auf die gleiche hochwertige Behandlung haben (vgl. BMG 2010, S.10 und vgl. Kap. 2.3.4). Dieses Recht ist fest in den ethischen Grundlagen der Gesellschaft verankert und spiegelt sich in der medizinischen Versorgung in Form des hippokratischen Eides wider.

Brause et al. (vgl. 2008, S.16f.) unterscheiden Prozesse und Strukturen von Krankenbehandlungen und ordnen diese einer sogenannten „hardware“ und einer sogenannten „software“ zu. So enthält das Versorgungssystem eine Vielzahl von qualitätsgesicherten Strukturen, die sicherstellen, dass alle Personen nach einheitlichen Qualitätskriterien behandelt werden und somit die gleiche hochwertige Behandlung genießen können (hardware). Fehlen wesentliche strukturelle Merkmale des Systems oder entspricht die Qualität einer Einrichtung nicht der der anderen, so liegt eine Ungleichbehandlung vor. Wäre dies der Fall, so würde diese Ungleichbehandlung alle Personen, unabhängig von ihrem sozioökonomischen Status, gleich betreffen und kann nur mittels einer Ausweichung auf eine andere Einrichtung umgangen werden, was möglicherweise dann mit zusätzlichen Kosten verbunden ist. Allerdings birgt eine Fokussierung auf die strukturellen Voraussetzungen von Gleichbehandlung die Gefahr, dass wesentliche weitere Einflussfaktoren missachtet werden. *„Vor dem Hintergrund der Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit wäre es mit Blick auf das Versorgungssystem wert darüber nachzudenken, ob in besonderen sozialen Brennpunkten die Einrichtungsdichte nicht zugunsten besonders vulnerabler Gruppen erhöht werden müsste“* (Brause et al. 2008, S.16).

Auf der anderen Seite finden im Versorgungssystem eine Vielzahl von Prozessen statt, die alle verbalen und nonverbalen Kommunikationsformen umfassen (software). Die nonverbalen Kommunikationen schließen alle Handlungen der Behandlung mit ein und folgen vielfach, ähnlich wie die „hardware“, Qualitätskriterien und Leitlinien. Darin liegt der wesentliche Unterschied zur verbalen Kommunikation, die mit wenigen Ausnahmen (zum Beispiel das Aufnahmegespräch) keinen Qualitätsstandards oder Leitlinien folgt und somit im Ermessen der behandelnden Person liegt, wie die Kommunikation stattfinden kann und soll. In diesem Bereich ist die Gefahr einer Ungleichbehandlung größer als in Bereichen, die Leitlinien gestützt sind (vgl. ebd., S.16f.).

„Die einfache Regel ‘Gleiche Versorgung für alle’ scheint verkürzt und der Komplexität des Geschehens nicht angemessen zu sein. Dem Krankheitsgeschehen moderner Industrienationen kann angesichts eines immer komplexer werdenden Versorgungsbedarf (...) nicht mehr hinreichend mit den Spielregeln einer ‘gleichen, strukturellen Versorgung’ begegnet werden“ (ebd., S.17).

Eine bedarfsgerechte Versorgung hängt heutzutage nicht mehr von der Erkrankung selbst ab, sondern vor allem von den individuellen Eigenschaften der Patientin und des Patienten, wie Alter, Geschlecht, sozialer Status, Schulbildung und zu einem großen Teil die psychosoziale und kommunikative Kompetenz (vgl. ebd.).

Im folgenden Kapitel wird nun näher auf die Gesundheit und die Gesundheitsversorgung zweier ausgewählter Personengruppen eingegangen, die gerade hinsichtlich der psychosozialer und kommunikativen Kompetenz Schwierigkeiten haben und somit in Gefahr laufen, gesundheitlicher Ungleichheit ausgesetzt zu sein.

2.2.5 Obdachlosigkeit/Wohnungslosigkeit und Gesundheit

2.2.5.1 Was versteht man unter Obdachlosigkeit/Wohnungslosigkeit?

Das Wohnen stellt ein existenzielles Bedürfnis der Menschen dar. Menschen, die keine Wohnmöglichkeit besitzen oder die um eine bestehende Wohnmöglichkeit zittern müssen, machen die Komplexität der gesellschaftlichen Bedingungen des Wohnens ersichtlich. Wohnungsnot und Obdachlosigkeit grenzt die Betroffenen auf sehr intensive Art und Weise aus der Gesellschaft aus und kann somit zu den extremsten Formen sozialer Ausgrenzung gezählt werden (vgl. Paegelow 2006, S.8). Dabei können die Ausprägungsformen sozialer Ausgrenzung unterschiedlich in Erscheinung treten. Während Obdachlosigkeit die offensichtlichste Form der Wohnungslosigkeit darstellt, gibt es auch eine unsichtbare Form, die Betroffene umfasst, welche für einen begrenzten Zeitraum bei Bekannten und Freunden/Freundinnen Unterschlupf finden (vgl. BMASK 2012, S.280).

Die Begriffe „Obdachlosigkeit“ und „Wohnungslosigkeit“ werden in der Fachliteratur nicht einheitlich definiert und auch die Verwendung der Begriffe erfolgt auf sehr unterschiedliche Art und Weise, abhängig von Interesse, Zeitkontext oder einer bestimmten Sicht der Dinge (vgl. Paegelow 2006, S.11). Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Wohnungslosenhilfe (BAWO) bezieht sich bei dem Verständnis von Obdachlosigkeit und Wohnungslosigkeit auf die Europäische Typologie (ETHOS- Europaen Typology on Homelessness and Housing Exclusion), welche 2005 von FEANTSA (vgl. 2005, o.S.) dem Europäischen Dachverband der Wohnungslosenhilfe erstellt wurde und wohnungslose Menschen nach ihrer Wohnsituation klassifiziert:

Obdachlosigkeit: Unter dem Begriff „Obdachlosigkeit“ fallen Menschen, die auf der Straße leben, öffentliche Plätze bewohnen und keine eigene Unterkunft besitzen, aber auch Personen, die in Notschlafstellen und niederschweligen Einrichtungen übernachten, weil sie keinen festen Wohnsitz haben.

Wohnungslosigkeit: Im Unterschied dazu leben „wohnungslose“ Menschen in Einrichtungen, die ihnen zwar keine Dauerwohnplätze bieten können, aber zumindest einen Aufenthalt über eine begrenzte Zeitspanne ermöglichen. Betroffene sind unter anderem Frauen, die aufgrund häuslicher Gewalt in Schutzeinrichtungen beherbergt werden, Migranten/Migrantinnen und Asylanten/Asylantinnen, die in Auffangstellen untergebracht sind, oder Personen, die nach einer Haftentlassung keinen ordentlichen Wohnsitz haben.

Des Weiteren wird zwischen einem „*ungesicherten*“ und einem „*ungenügenden*“ Wohnen unterschieden. Menschen, die in „ungesicherten“ Wohnverhältnissen leben, sind von Delogierung bedroht oder wohnen in Wohnungen, in welchen sie beispielsweise Gewaltsituationen ausgesetzt sind. Menschen in „ungenügenden“ Wohnverhältnissen hausen in Wohnungen, die eigentlich für konventionelles Wohnen nicht gedacht sind (Zelte, Wohnwägen) oder die für Wohnzwecke gesperrt und ungeeignet sind, weil sie kurz vor dem Abbruch stehen oder von mehr Menschen als zulässig bewohnt werden.

2.2.5.2 Wer und wie viele Personen sind betroffen?

Das tatsächliche Ausmaß von Wohnungslosigkeit und Obdachlosigkeit wurde in den vergangenen Jahren nur unzureichend erhoben. Daher ist es umso erfreulicher, dass der Sozialbericht 2011/2012 nun erstmals auch Daten „registrierter Wohnungslosigkeit“ dokumentierte. Erfasst wurden jene Betroffenen, die über eine Hauptwohnsitzbestätigung für obdachlose Menschen verfügen oder in einer Einrichtung für wohnungslose Menschen gemeldet sind. Demnach waren im Jahr 2010 mindestens 12.266 Menschen wohnungslos, was eine Zunahme von 8 Prozent im Vergleich zum Jahr 2008 darstellt (vgl. BMASK 2012, S.281).

Auffällig ist, dass im Jahr davor etwa die Hälfte der registrierten Personen, um die 6.000, in den Aufzeichnungen noch nicht erfasst waren, was auf eine erhebliche Dynamik in diesem Bereich hindeutet. Es kann davon ausgegangen werden, dass das Problem Wohnungslosigkeit einen sehr viel weiteren Personenkreis miteinbezieht als ursprünglich angenommen. Der Hauptanteil der registrierten wohnungslosen Menschen ist in großen Städten des Landes anzutreffen. So leben 92 Prozent der Betroffenen in Wien, Graz, Linz, Salzburg und Innsbruck (vgl. ebd., S.281f.). Die wohl wichtigsten Gründe, warum das Leben in der Stadt häufig einem Leben auf dem Land vorgezogen wird, sind einerseits die Anonymität, die in Städten eher gewährleistet ist und andererseits das größere Angebot an Hilfeleistungen und Notschlafstellen. Hilfestellungen in kleinen Dorfgemeinschaften, beispielsweise durch die Pfarren im Ort, wer-

den häufig aus Angst vor Stigmatisierung nicht in Anspruch genommen (vgl. Koch 2010, S.242).

Steiermarkweit standen den Betroffenen im Jahr 2011 24 Einrichtungen zur Verfügung, die Notschlafstellen oder Übergangswohnungen mit insgesamt 1.034 Betten anboten. Jeweils eine Einrichtung befand sich in Unterpremstätten, Bruck an der Mur, Feldbach, Fürstenfeld und Voitsberg. Die restlichen waren in der Stadt Graz angesiedelt. Von den 1.034 Betten wurden somit 979 Betten in der Stadt Graz angeboten und 55 Betten in der restlichen Steiermark (vgl. Amt der Steiermärkischen Landesregierung 2012, S.139f.).

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungshilfe (BAWO) führte anhand von Daten aus der Wohnungslosenhilfe eine Studie durch, die das Ziel hatte jene Menschen zu erfassen, die in Österreich unter Wohnungslosigkeit leiden oder davon bedroht sind. Besonderes Interesse galt dabei der Frage, welche Zielgruppen besonders gefährdet seien (vgl. Ginner/Sedlak/Schoibl/Schoibl/Witek 2009, S.IV). Es zeigte sich, dass die Wohnungslosenhilfe überwiegend von männlichen Betroffenen mittleren Alters in Anspruch genommen wurde. Die Angebote der Notschlafstellen wurden mit knapp 70 Prozent zu einem Großteil von den 19 bis 49-Jährigen genutzt und nur zu 15 Prozent von Betroffenen, die 50 Jahre oder älter waren. Frauen nutzten Angebote der ambulanten Wohnungslosenhilfe und Angebote betreuter Wohnformen weitaus geringer als Männer. Gründe hierfür sind, dass betroffene Frauen eher informelle Bewältigungsstrategien vorziehen und bei Bekannten oder Verwandten Unterschlupf finden, wodurch ihre Wohnungslosigkeit im Verborgenen bleibt. Minderjährige Betroffene waren anteilmäßig bei der ambulanten und stationären Wohnungslosenhilfe eher gering vertreten, nutzten aber zu einem recht großen Anteil die Angebote der Notschlafstellen (17 Prozent) (vgl. ebd., S.82ff.). Im Wiener Sozialbericht 2012 wurde außerdem der Familien- und der Bildungsstand der Klienten und Klientinnen der Wieder Wohnungslosenhilfe dokumentiert. Es zeigte sich, dass mehr als die Hälfte der Betroffenen ledig waren und weitere 30 Prozent geschieden oder verwitwet. Nur 10 Prozent der männlichen Klienten und 22 Prozent der weiblichen Klientinnen waren zur Zeit der Erhebung verheiratet. Der Bildungsstand der Betroffenen lag mit einem Hauptschul- beziehungsweise Lehrabschluss zu 76 Prozent deutlich unter dem der Wiener Bevölkerung. Nur 5 Prozent der Klienten/Klientinnen hatten eine Allgemein höhere Schule (AHS) oder Berufsbildende höhere Schule (BHS) abgeschlossen und nur zwei Prozent besaßen einen Universitätsabschluss (vgl. Aschauer/Ganal/Sirlinger/Stanzl/Steffel/Österreicher 2012, S.197f.).

2.2.5.3 Auswirkungen auf die Gesundheit/Gesundheitsprobleme

Wohnungslosigkeit bedeutet ohne die Privatsphäre und den Schutz einer eigenen Behausung leben zu müssen. Dies beinhaltet weitergedacht, sich vor Witterungen nicht entsprechend schützen zu können, was zu Problemen der Atemwege, der Haut und der Gelenke führen kann. Aber auch mangelnde Möglichkeiten der Körperhygiene, was das Risiko an parasitären Erkrankungen zu leiden erhöht, sowie eine einseitige und unregelmäßige Ernährung, die das Auftreten von Problemen des Verdauungstraktes begünstigt. Durch die fehlenden Rückzugsmöglichkeiten bestehen ein höheres Unfall- und Verletzungsrisiko, die Gefahr gewaltsamen Übergriffen ausgesetzt zu sein und eine ständige Reizüberflutung, die Stressreaktionen hervorrufen kann. Suchtmittel helfen vielen Betroffenen vorübergehend über Isolation, Perspektivlosigkeit und psychische Traumatisierung hinweg, begünstigen aber auch multiple körperliche Schädigungen und psychische Symptome (vgl. MFJFG 2000, S.168).

Die Bedingungen, unter welchen wohnungslose Menschen leben, beeinflussen neben dem Auftreten auch den Verlauf bestimmter Krankheiten. So können etwa Behandlungsempfehlungen des Arztes, wie sich zu schonen oder regelmäßig die verordnete Medizin einzunehmen, nicht eingehalten werden, was eine rasche Heilung behindert und die Gefahr, dass harmlose Erkrankungen zu schweren Komplikationen führen, erhöht (vgl. Schwarzenau 2002, S.1).

Studien zeigen, dass wohnungslose Menschen hauptsächlich an Erkrankungen der Atmungs- und Verdauungsorgane, Herz- und Kreislauf, Skelettsystem, Hautkrankheiten, Zahnbefunde, psychiatrische Erkrankungen und Alkoholismus, sowie Unfallverletzungen und akuten Infektionen leiden (vgl. Paegelow 2006, S.55). Außerdem sind sie deutlich häufiger von körperlichen und seelischen Erkrankungen betroffen als Menschen, die in besser abgesicherten Wohnverhältnissen leben (vgl. Steiger 2012, S.209).

Im Landesgesundheitsbericht von Nordrhein-Westfalen aus dem Jahr 2000 wurden Ergebnisse von acht Studien, die sich mit der gesundheitlichen Situation wohnungsloser Menschen beschäftigen, zusammengefügt und mit allgemeinen Daten der Wohnbevölkerung verglichen (siehe Tabelle 1). Es zeigte sich, dass wohnungslose Menschen zum Teil einer sieben- bis neunfach höhere Häufigkeit ausgesetzt sind an organbezogenen Krankheiten zu erkranken (vgl. MFJFG 2000, S.160).

Tabelle 1: Krankheitsprävalenzen bei alleinstehenden Wohnungslosen

Diagnosegruppe	Ergebnisse vorliegender Studien zur Gesundheit wohnungsloser Menschen	Vergleichsdaten Wohnbevölkerung
	niedrigster und höchster Prävalenzwert in %	
Atemwegserkrankungen	19 – 71	9
Magen-Darm-Erkrankungen	20 – 32	8 - 16
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	22 – 52	18 - 22
Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates	40 – 58	19 - 14
Endokrinologische Erkrankungen	10 – 14	5 - 9
Neurologische Erkrankungen	5 - 11	3 - 5
Hauterkrankungen	8 - 50	3 - 5
Verletzungen	44 - 63	12
Alkoholerkrankungen	55 - 91	2 - 10
Sonstige psychische Erkrankungen	23	19 - 26

Quelle: vgl. MFJFG 2000, S.160 (eigene Darstellung)

Trabert (vgl. 1997, S.28) untersuchte die Gesundheit alleinstehend wohnungsloser Menschen und stellte bei einem Drittel der Personen eine Anhäufung von drei oder mehr Erkrankungen fest, was im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung ein sehr hoher Wert ist. Insgesamt beurteilte er den Gesundheitszustand der Betroffenen als schlecht und sah bei 90 Prozent eine sofortige ärztliche Behandlung als dringend erforderlich.

Eine aktuellere Studie von Kämper, Lübker und Nothbaum (vgl. 2004, S.35ff.) kam zu dem Ergebnis, dass rund 50 Prozent der Klienten und Klientinnen an einer akuten oder chronischen Erkrankung leiden. Weitere acht Prozent der Klienten und Klientinnen wurden als schwerbehindert eingestuft. Auch zeigte sich, dass etwa ein Fünftel der Personen, die akut und chronisch krank oder schwerbehindert sind, nicht in ärztlicher Behandlung sind. Auf mögliche Gründe der mangelnden Inanspruchnahme medizinischer Hilfe, wird im nächsten Kapitel näher eingegangen.

2.2.5.4 Barrieren im Gesundheitssystem

Wie bereits im vorangehenden Kapitel näher ausgearbeitet, sind wohnungslose Menschen aufgrund ihrer Lebensbedingungen in besonderer Weise gesundheitlichen Risiken ausgeliefert. Gründe hierfür sind neben den Lebensumständen auf der Straße und einem fehlenden Krankheitsbewusstsein auch Zugangsbarrieren zu den benötigten ärztlichen Behandlungen (vgl. BZgA 2011, S.211). So können zum Beispiel geregelte Sprechstundenzeiten oder vereinbarte Behandlungstermine aufgrund ihrer weitgehend entstrukturierten Lebensweise nur schwer wahrgenommen werden. Einige Betroffene haben außerdem Schwierigkeiten zu den ärztlichen Einrichtungen zu gelangen, da sie an körperlichen Einschränkungen leiden oder aus Kostengründen auf öffentliche Verkehrsmittel verzichten müssen (vgl. MFJFG 2000, S.169). Ein weiterer Grund kann eine mangelnde Körperhygiene sein, die den Betroffenen von einem Arztbesuch abhält. Unabhängig von den schwierigen Lebensbedingungen ist es vielen wohnungslosen Menschen ein Anliegen, dass sie Ärzte und Ärztinnen nur in einem guten Pflegezustand aufsuchen. Gelingt dies nicht, führen Schamgefühle dazu, dass lieber auf den Arztbesuch verzichtet wird (vgl. Steiger 2010, S.219).

Trabert (vgl. 1997, S.28) erfragte Gründe, die dazu führen, dass sich wohnungslose Menschen gegen eine ambulante ärztliche Hilfe entscheiden. Dabei wurde vielfach eine zu große Hemmschwelle angegeben, die die Betroffenen aufgrund von Schamgefühl und Angst vor einer Abweisung behindert eine Arztpraxis aufzusuchen. Auch wurde ein fehlendes Vertrauen gegenüber den Ärzten und Ärztinnen thematisiert, das anhand negativer Erfahrungen mit dem medizinischen Personal begründet wurde. Einige empfanden die Bürokratie der Inanspruchnahme zu umständlich, die Rezeptgebühren zu hoch oder sahen schlichtweg keine Notwendigkeit.

Auch Steiger (vgl. 2010, S.219) beschäftigte sich mit dem erschwerten Zugang wohnungsloser Menschen zum Gesundheitssystem. Seine Interviewpartner/Interviewpartnerinnen beschrieben zusätzlich zu den bereits genannten Hürden auch Barrieren, die sich durch die Interaktion mit dem medizinischen Personal ergaben. Thematisiert wurde eine mangelhafte Kommunikation mit den Betroffenen, fehlender Respekt, Verletzung von Autonomie, Vorwürfe und Ablehnung bis hin zur Verweigerung der Behandlung durch das medizinische Personal. Als belastend wurden auch die Wartezeiten in den Warteräumen empfunden, da die Betroffenen dort mehr Diskriminierung befürchteten. Bei der Untersuchung von Becker, Kunstmann und Völm (vgl. 2004, S.46) gaben 10 Prozent der Betroffenen eine unfreundliche Behandlung durch das Personal und Diskriminierung im Wartezimmer an.

Reichel und Zechmeister-Koss (vgl. 2012, S.52) beschreiben außerdem eine fehlende Wohnadresse als wesentliche organisatorische Zugangsbarriere. Diese ist grundsätzlich bei jedem Kontakt mit einer Einrichtung des Gesundheitssystems zu nennen, damit Befunde, Abrechnungen oder andere Informationen zugesendet werden können. Kann keine Adresse angegeben werden, stellt dies häufig bereits vor der Inanspruchnahme der Leistung ein organisatorisches Problem dar.

Die soeben ausgearbeiteten Barrieren lassen sich einem subjektiven Bereich, der Gefühle und Ängste der Betroffenen beinhaltet, und einem objektiven Bereich, der in diesem Fall administrative und finanzielle Hürden thematisiert, die den Zugang zum Gesundheitssystem für wohnungslose Menschen erschweren, zuordnen (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Auflistung subjektiver und objektiver Hürden wohnungsloser Menschen

Subjektive Hürden
- Schamgefühl aufgrund mangelnder Körperhygiene - Angst vor negativer Interaktion und Ablehnung - Angst vor Diskriminierung bei langer Wartezeit - negative Erfahrungen bei vorangegangenen Behandlungen - fehlendes Vertrauen in das medizinische Personal
Objektive Hürden
<u>administrative und finanzielle Hürden</u> - fehlender Krankenversicherungsschutz - fehlender Krankenversicherungsnachweis (e-card) - anfallende Kosten (Selbstbehalte) - fehlende Wohnadresse - fehlende finanzielle Mittel für den Transport/Mobilitätseinschränkungen - Schwierigkeiten bei der Vereinbarung und Einhaltung von Behandlungsterminen - Überforderung aufgrund umständlicher Bürokratie - mangelhafte Zeit für Kommunikation und Erklärungen

Quelle: vgl. Steiger 2010, S.219 (eigene Darstellung)

2.2.6 Migration und Gesundheit

2.2.6.1 Was versteht man unter Migration?

Bis heute gibt es keine einheitlich gültige Definition von Migration (vgl. Düvell 2006, S.5). Sozialwissenschaftlich betrachtet, umfasst der Begriff „ (...) *alle Arten von Wanderungen, die zu einer mehr oder weniger dauerhaften Veränderung des Wohnsitzes über Staats- und Verwaltungsgrenzen hinweg führen*“ (Kleinschmidt 2002, S.13). Um Menschen mit Migrationserfahrung von anderen „wandernden“ Menschen, wie Touristen oder Reisenden, abgrenzen zu können, einigt man sich in vielen Fällen auf verbindliche Zeitgrenzen (vgl. ebd., S.14). Beispielsweise unterscheiden die Vereinten Nationen zwischen „long-term“ Migranten/Migrantinnen, die sich 12 Monate und länger in einem anderen Staat aufhalten, und „short-term“ Migranten/Migrantinnen, deren Aufenthalt nicht kürzer als drei Monate und nicht länger als 12 Monate andauert (vgl. United Nations 1998, S.18). Dieses Verständnis von Migration erfasst grundsätzlich alle immigrierten Personen, unabhängig von den Gründen, die sie zu diesem Schritt veranlasst haben.

Ein präziseres Verständnis von Migranten und Migrantinnen vertritt der Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen, indem er zwischen Migranten und Migrantinnen, Flüchtlingen und Asylwerbern und Asylwerberinnen unterscheidet. Unter Migranten und Migrantinnen werden Personen verstanden, die im Gegensatz zu Flüchtlingen ihr Herkunftsland freiwillig verlassen und auch jederzeit dorthin zurückkehren könnten. Es ist der Wunsch nach verbesserten persönlichen Lebensbedingungen, nach Arbeit oder es sind familiäre Gründe, die die Betroffenen zur Migration drängen. Auch wenn einige von ihnen vor einem Leben in extremer Armut und Not flüchten, gelten sie vor dem Gesetz nicht als „Flüchtlinge“ (vgl. UNHCR 2012, S.3). Der häufig verwendete Begriff „Menschen mit Migrationshintergrund“ umfasst einerseits Menschen mit eigenen Migrationserfahrungen, andererseits aber auch deren bereits im Einreiseland geborenen Nachkommen (vgl. Statistisches Bundesamt 2012, S.5).

Personen, die als Flüchtlinge bezeichnet werden, fliehen vor einer Bedrohung im Herkunftsland.

„Als Flüchtling im Sinne dieses Abkommens [Genfer Flüchtlingskonvention– Anm. d. Verf.] ist anzusehen, wer sich aus wohlbegründeter Furcht, aus Gründen der Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder der politischen Gesinnung verfolgt zu werden, außerhalb seines Heimatlandes befindet, und nicht in der Lage ist, sich des Schutzes dieses Landes zu bedienen; oder wer staatenlos ist, sich außer-

halb seines Landes des gewöhnlichen Aufenthaltes befindet und nicht in der Lage oder im Hinblick auf diese Furcht nicht gewillt ist, in dieses Land zurückzukehren“ (Bruckner et al. 2010, S.59).

In Österreich wird mittels eines Asylverfahrens geprüft und festgestellt, ob die antragstellende Person, nun „Asylwerber/Asylwerberinnen“ oder „Asylsuchende“ genannt, tatsächlich schutzbedürftig ist. Kommt es zu einem positiven Abschluss des Verfahrens, verpflichtet sich Österreich, den nun „anerkannten“ Flüchtling Aufenthalt und Unterstützung im Land zu gewähren (vgl. UNHCR 2012, S.3). Menschen, die nicht persönlich verfolgt werden, aber aufgrund bestimmter Umstände, wie Krieg, Traumatisierung etc., ihr Herkunftsland verlassen müssen, haben Anspruch auf „subsidiären Schutz“ und erhalten eine Aufenthaltsberechtigung. Ist die Behörde der Meinung, dass dem Asylwerber/der Asylwerberin in der Heimat keine Gefährdung droht, wird der Asylantrag abgewiesen. Der betroffenen Person wird kein Bleiberecht gewährt und sie muss Österreich verlassen (vgl. ebd., S.9f.).

Wenn trotz eines negativen Bescheides keine Ausreise erfolgt oder Personen während des laufenden Asylverfahrens untertauchen, ist der Aufenthalt in Österreich nicht mehr rechtmäßig und man spricht von „irregulärer Migration“. In Österreich werden fünf Wege, die Personen in die Irregularität führen können, unterschieden (vgl. Europäische Kommission 2009, S.3; Kratzmann/Reyhani 2012, S.85):

- Eine unrechtmäßige Einreise nach Österreich beispielsweise durch Schlepperei oder mit gefälschten Dokumenten.
- Der Ausreiseverpflichtung nach Ablauf der Gültigkeit eines Visums wird nicht nachgekommen.
- Verlust des Aufenthaltstitels aufgrund Nichterfüllung oder Verletzung der Aufenthaltsbedingungen.
- Nach Erhalt einer negativen Entscheidung wird der Ausreiseverpflichtung nicht nachgekommen beziehungsweise Untertauchen von Asylwerber/Asylwerberinnen noch vor der Beendigung des Verfahrens.
- Nichtdurchführbarkeit einer Abschiebung über einen längeren Zeitraum hinweg.

Unabhängig von den sozialen, politischen oder ökonomischen Problemen in den Herkunftsländern, durch die die Betroffenen zu einer Wanderbewegung veranlasst werden, besteht grundsätzlich ein hohes Armuts- und soziales Ausgrenzungsrisiko dieser Bevölkerungsgruppe. Grund dafür sind strukturelle Diskriminierungstatbestände, wie das Aufenthaltsrecht oder der

Arbeits- und Wohnungsmarkt, aber auch die Tatsache, dass Zuwanderung öffentlich häufig als etwas Bedrohliches dargestellt wird (vgl. Paierl/Stoppacher 2010, S.75).

In der folgenden Ausarbeitung werden die soeben definierten Begriffe mit der jeweils ausgearbeiteten Bedeutung verwendet werden. Der Begriff „zugewanderte Personen“ umfasst zusätzlich alle Menschen, die Migrationserfahrung gemacht haben beziehungsweise noch in zweiter Generation davon beeinflusst werden, seien es Migranten und Migrantinnen, Menschen mit Migrationshintergrund, Asylwerber und Asylwerberinnen aber auch Personen, die nicht rechtmäßig in Österreich leben.

2.2.6.2 Wer und wie viele Personen sind betroffen?

Im Jahr 2011 wanderten 130.208 Personen nach Österreich ein. Davon entfielen 15.000 auf zurückkehrende österreichische Staatsangehörige, 72.000 auf EU-Bürger und EU-Bürgerinnen und die restlichen 43.000 auf Personen aus Drittstaaten¹. Personen aus Deutschland gefolgt von Rumänien, Ungarn, Polen und der Slowakei machten den größten Anteil der Zuzüge innerhalb der EU aus. Die Zuwanderer und Zuwanderinnen aus den Drittstaaten kamen zu einem Drittel aus den Staaten des ehemaligen Jugoslawien (Kroatien, Bosnien-Herzegowina, Serbien, Montenegro und Mazedonien) und weitere 3.900 aus der Türkei (vgl. Statistik Austria 2012a, S.34f.).

Insgesamt wurden im Jahr 2011 14.400 Asylanträge gestellt, wobei aber nur 3.572 zu einem positiven Abschluss kamen. Das bedeutet, dass 67 Prozent oder 9.650 Personen Österreich wieder verlassen mussten. Der Großteil der Asylwerber und Asylwerberinnen stammte aus Afghanistan, gefolgt von der Russischen Föderation, Pakistan und Somalia (vgl. ebd., S.36).

Insgesamt lebten Anfang 2012 970.500 Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit in Österreich. Auf längere Sicht betrachtet, zeigt sich eine deutliche Zunahme. Während 1981 der Anteil der Bevölkerung mit ausländischer Staatsbürgerschaft nur 3,8 Prozent betrug, wuchs dieser bis 1994 auf 8,4 Prozent. Heute macht diese Bevölkerungsgruppe 11,5 Prozent der österreichischen Gesamtbevölkerung aus (vgl. Statistik Austria 2012b, S.20). In Graz ist der Anteil noch etwas höher. Anfang Jänner 2012 lebten 43.894 Personen mit ausländischer Staats-

¹ Unter Drittstaatenangehörige werden Personen verstanden, die weder Staatsangehörige eines EU- und EWR-Staates (Europäischer Wirtschaftsraum) noch der Schweiz sind (vgl. Statistik Austria 2012a, S.113).

bürgerschaft in der Stadt, was 16,4 Prozent der Grazer Gesamtbevölkerung sind (vgl. Magistrat Graz 2012, S.15).

Die Berechnungen der „irregulären Migration“² in Österreich beruhen auf Schätzungen, zu deren Grundlage jene Personen herangezogen werden, die mit sozialen Kontrollinstanzen (Polizei) in Kontakt gekommen sind. Diese Daten stellen jedoch nur einen Teilausschnitt der tatsächlichen Zahlen dar und sind daher nicht repräsentativ (vgl. Fuchs et al. 2003, S.73). 2010 wurden insgesamt 16.737 Personen ohne Aufenthaltsgenehmigung in Österreich aufgegriffen. Weitere 3.000 Personen tauchten während des Asylverfahrens unter (vgl. BM.I 2011, S.30). Insgesamt ist ein Rückgang der Aufgriffe zu bemerken. Während im Jahr 2001 noch 48.751 Personen aufgegriffen wurden, waren es 2008 nur mehr 15.019 Personen (vgl. Europäische Kommission 2009, S.2). Jandl (vgl. 2009, S.10) schätzt die Gesamtzahl irregulärer Migranten und Migrantinnen im Jahr 2008 zwischen mindestens 18.439 und höchstens 54.064 Personen ein. Als mittleren Wert gibt er 36.252 Personen an.

Der Großteil der Personen ausländischer Herkunft ist im jüngeren Erwachsenenalter angesiedelt. Während 2012 das Durchschnittsalter der in Österreich geborenen Personen bei 42,2 Jahren lag, war es bei Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft mit 35,3 Jahren wesentlich niedriger. Besonders jung waren Personen mit afrikanischer Herkunft (34,7 Jahre), vor allem wenn sie aus Äthiopien (22,7 Jahre) und Somalia (22,5 Jahre) stammten (vgl. Statistik Austria 2012a, S.28). Der Migrationsbericht aus Deutschland zeigt, dass bei ausländischen Staatsangehörigen der Männeranteil grundsätzlich größer als der Frauenanteil ist (39,6% im Jahr 2011). Besonders groß ist der Männeranteil bei aus Algerien, Kroatien und Slowenien (jeweils rund 77%) stammenden Personen. Ein größerer Frauenanteil ist bei Personen aus Thailand (74,5%) und Kenia (69%) registriert (vgl. BMI 2013, S.35f.). Migranten und Migrantinnen sind einerseits in den höchsten andererseits in den niedrigsten Bildungsschichten überproportional vertreten. 17,2 Prozent der zugewanderten Personen hatten einen akademischen Abschluss vorzuweisen, im Vergleich zu 14,4 Prozent der in Österreich geborenen. Auf der anderen Seite haben 67 Prozent der aus der Türkei stammenden Personen nur einen Pflichtschulabschluss (vgl. Statistik Austria 2012a, S.48).

² Vom Begriff „illegale Migration“ wird Abstand genommen, da weder das Phänomen selbst noch die betroffenen Personen einer generellen Kriminalisierung ausgesetzt werden sollen (vgl. Kratzmann/Reyhani 2012, S.24).

Personen, die ohne österreichische Aufenthaltsberechtigung aufgegriffen wurden, waren mit 82 Prozent überwiegend männlichen Geschlechts. Der Frauenanteil sank von 23 Prozent im Jahr 2008 auf nur mehr 18 Prozent im Jahr 2010. Rund 60 Prozent waren zwischen 18 und 34 Jahre alt und um die 15 Prozent minderjährig (vgl. Kratzmann/Reyhani 2012, S.74f.).

2.2.6.3 Auswirkungen auf die Gesundheit/Gesundheitsprobleme

Bereits vor dem Entschluss einer Auswanderung wird der Gesundheitszustand der Person von sozialen Verhältnissen und den im Herkunftsland vorherrschenden Bedingungen beeinflusst. In vielen Fällen sind es schlechte Lebensbedingungen, Bevölkerungswachstum bei stagnierender Wirtschaftsentwicklung, Gewalt und Missbrauch und eine schlechte medizinische Versorgung, die die Betroffenen zur Migration drängen und ihre Gesundheit beeinflussen. Darauf folgt eine Reise oder gar Flucht, die sich ebenfalls belastend auf den Gesundheitszustand auswirken kann. Angekommen wirken sich psychische Belastungen, wie die Trennung von der Familie, der Erfolgsdruck aber auch die neuen Arbeits- und Lebensbedingungen auf die Gesundheit der Betroffenen aus (vgl. Pammer 2009, S.46). Die zugewanderten Personen haben häufig einen niedrigen sozioökonomischen Status, leben in unvorteilhaften Wohnverhältnissen und verrichten Arbeiten, die sich gesundheitsschädlich auswirken können (vgl. RKI 2008, S.129). Flüchtlinge und Asylwerber und Asylwerberinnen, die aufgrund Kriegserlebnisse oder anderen belastenden Vorkommnissen an Traumatisierung leiden, sind zusätzlich gefährdet (vgl. Statistik Austria 2008, S.83).

Migrationserfahrungen können sich aber auch gesundheitsfördernd auf den Gesundheitszustand auswirken. Zum Beispiel dann, wenn soziale Netzwerke innerhalb der gleichen Ethnie gebildet werden, die als Identitätsanker und somit vorteilhaft auf die Gesundheit der Mitglieder und Mitgliederinnen wirken können. Ebenfalls zu beachten ist, dass zum überwiegenden Anteil Menschen migrieren, die aktiv und gesund sind und oftmals bessere gesundheitliche Voraussetzungen haben (vgl. Razum/Schenk/Zeeb 2008, A.2520).

Die Forschung „Migration und Gesundheit“ des Robert-Koch-Institutes (vgl. RKI 2008, S.129) kam zu dem Ergebnis, dass Menschen mit Migrationserfahrungen erhöhte Gesundheitsrisiken aufweisen. Aufgrund gesundheitsförderlicher Ressourcen ist dennoch kein schlechterer Gesundheitszustand im Vergleich zum Rest der Bevölkerung zu bemerken. Es sind die gleichen Krankheiten, die im Vordergrund stehen, wie bei Menschen ohne Migrationserfahrungen beziehungsweise ohne Migrationshintergrund. Allerdings kann es je nach

Herkunftsland und Migrationserfahrung zu unterschiedlichen Häufigkeiten bei einzelnen Gesundheitsproblemen kommen (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Migration und Gesundheitsprobleme

Erhöhtes Risiko bei:	Erhöhtes Risiko bei selten gewordenen Gesundheitsproblemen, wie:	Spezifische Gesundheitsrisiken:
Erkrankungen des Halte- und Bewegungsapparates (<i>häufig bedingt durch berufsbedingte, starke körperliche Belastungen</i>)	Todesfälle im Zusammenhang mit der Geburt oder im 1. Lebensjahr	Psychosoziale Belastungen durch Trennung von der Familie
Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems	Tuberkulose (<i>sowie weitere Infektionskrankheiten</i>)	Psychosoziale Belastungen durch Fremdenfeindlichkeit
Diabetes	Seltene erbliche Stoffwechselerkrankungen	Politische Verfolgung oder Folter im Herkunftsland
Chronische Erkrankungen der Atemwege (<i>häufig im Zusammenhang mit Rauchen und beruflichen Belastungen</i>)		
Unfälle (<i>häufig Arbeitsunfälle</i>)		
Erkrankungen durch Gebrauch von abhängig machender Substanzen		

Quelle: vgl. RKI 2008, S.129 (eigene Darstellung)

Die Auswertung der Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 zeigt ähnliche Ergebnisse. Das Ausmaß chronischer Erkrankungen ist bei Menschen mit Migrationshintergrund nahezu ident mit den Angaben der restlichen Bevölkerung (58% zu 61%). Aber auch diese Erhebung ergibt, dass Menschen mit Migrationshintergrund bei ausgewählten chronischen Erkrankungen ein höheres Erkrankungsrisiko aufweisen. Für Männer mit Migrationshintergrund besteht eine höhere Wahrscheinlichkeit an Migräne und Kopfschmerzen, chronischen Angstzuständen, Depressionen und Wirbelsäulenbeschwerden zu leiden. Frauen hingegen erkranken häufiger an Diabetes, Bluthochdruck, Arthrose, Arthritis sowie ebenfalls an chronischen Angstzuständen, Depressionen und Wirbelsäulenbeschwerden. Auf der anderen Seite ist das Risiko an einer Allergie zu erkranken nur halb so groß im Vergleich zur restlichen Bevölkerung (vgl. Statistik Austria 2008, S.84f.). Ursache einiger dieser Erkrankungen könnte eine ungesündere Lebensweise sein. Die Befragung ergab, dass Menschen mit Migrationshinter-

grund häufiger an Adipositas leiden und besonders unter den Jugendlichen ist das Rauchen stärker verbreitert (47% zu 30%). Außerdem sind Frauen mit Migrationshintergrund wie auch Männer ab dem 35. Lebensjahr weniger körperlich aktiv (vgl. ebd., S.87ff.).

Große Unterschiede zeigen sich bei der Inanspruchnahme präventiver Angebote. Menschen mit Migrationshintergrund haben seltener einen aufrechten Impfschutz und nutzen seltener Vorsorgeuntersuchungen im Vergleich zum Rest der Bevölkerung. So wurde die Mammographie-Untersuchung bei Frauen ohne Migrationshintergrund zu 70 Prozent und zu 57 Prozent bei Frauen mit Migrationshintergrund durchgeführt (vgl. ebd., S.91f.).

Dies ist auch der Grund warum Menschen mit Migrationshintergrund als „hard-to-reach“ Gruppe bezeichnet werden. Die verringerte Inanspruchnahme, aber auch erhöhte Zugangsbarrieren führen dazu, dass gesundheitsrelevante Angebote erst spät oder gar nicht genutzt werden (vgl. Mayer 2011, S.5). Bauer (vgl. 2005, S.14) beschreibt den Zusammenhang zwischen erhöhten Krankheitsrisiken und mangelnder Erreichbarkeit als „Präventionsdilemma“. Da jene Personen, die die präventiven Angebote am dringendsten benötigen würden, sie nicht in Anspruch nehmen. Von Interesse ist außerdem die bevorzugte Nutzung der Notfallambulanzen von Menschen mit Migrationshintergrund. Pette (vgl. 1998, S.361) beschreibt beispielsweise eine wesentlich höhere Inanspruchnahme der gynäkologischen Notfallambulanz durch Patientinnen nichtdeutscher Herkunft. Auch zeigten sich im Vergleich zu Frauen deutscher Herkunft Unterschiede in der zeitlichen Inanspruchnahme der Untersuchungen. Frauen mit Migrationshintergrund wählten häufiger späte Abendstunden oder das Wochenende für den Klinikbesuch. Auf Gründe, die zu einem erschwerten Zugang zum Gesundheitssystem dieser Bevölkerungsgruppe führen können, wird im nächsten Kapitel näher eingegangen.

2.2.6.4 Barrieren im Gesundheitssystem

Wie bereits im vorangehenden Kapitel herausgearbeitet, nehmen Menschen mit Migrationshintergrund präventive Gesundheitsangebote, wie etwa Vorsorgeuntersuchungen oder Impftermine, in geringerem Maße wahr.

Ursachen dafür sind in vielen Fällen fehlende Kenntnisse bezüglich der Angebote und Möglichkeiten des sozialen Dienstleistungssektor sowie die undurchschaubare Ausdifferenzierung unseres Gesundheitssystems, die zugewanderte Personen leicht überfordert (vgl. Eichler 2008, S.25). Diese Unwissenheit stellt für die Betroffenen eine nur schwer überwindbare Hemmschwelle dar und führt dazu, dass das nötige Angebot bei gesundheitlichen Problemen weniger

effizient erreicht werden kann. Erschwerend kommt hinzu, dass die Informationen erforderlicher Leistungen oft nicht im speziellen an die Bedürfnisse zugewanderter Menschen angepasst werden und daher nur in geringem Maße die interkulturellen Anforderungen einer besseren Erreichbarkeit erfüllen (vgl. Boeckh 2008, S.373).

Geiger/Razum/Ronellenfitsch und Zeeb (vgl. 2004, A.2885) unterscheiden drei Ursachen, die zu einem erschwerten Zugang in der Gesundheitsversorgung führen. An erster Stelle stehen, wie bereits kurz erwähnt, Kommunikationsprobleme (einschließlich Sprachbarrieren und Informationslücken), gefolgt von unterschiedlichen Krankheitskonzepten und dem daraus entstehenden Krankheitsverständnissen und schließlich Erfahrungen, die im Zusammenhang mit der Migration gemacht wurden.

Kommunikationsprobleme ergeben sich einerseits dann, wenn die Patienten oder Patientinnen nur sehr unzureichende Deutschkenntnisse vorweisen können und somit Probleme haben dem Gesprächsverlauf zu folgen. Andererseits können aber auch komplexe Erklärungen und die Verwendung von Fachbegriffen auf Seiten des Personals zu Verständnisproblemen führen (vgl. Bilgin/Knipper 2009, S.71). Außerdem fehlen in vielen Fällen in den Gesundheitseinrichtungen Informationen und Hinweise in unterschiedlichen Sprachen, visuelle Kommunikationshilfen (vgl. Geiger et al. 2004, A.2886) beziehungsweise der Einbezug eines Dolmetsch, die ein Zurechtfinden auch ohne Deutschkenntnisse erleichtern würden. Die Unwissenheit und Verständigungsprobleme können zu Verzögerungen bei der Diagnosestellung und der notwendigen Behandlung oder gar zu Fehl-, Über- und Unterversorgung führen. Die Effizienz der Behandlung wird beeinträchtigt und die Betroffenen gehen unzufrieden nach Hause, was sich wiederum negativ auf den nächsten Besuch in einer Gesundheitseinrichtung auswirken kann (vgl. Eichbauer/Heuermann/Krausbar 2004, S.4).

Auch die unterschiedlichen Gesundheit- und Krankheitskonzepte beeinflussen die Kommunikation und Interaktion mit den Patienten und Patientinnen, wobei das Gesundheitsverständnis der jeweiligen Kultur eine große Rolle spielt. In unserem Kulturkreis baut die Gesundheitsversorgung beispielsweise auf einem naturwissenschaftlich fundierten Ansatz auf, dieser beeinflusst wie wir eine Situation interpretieren, wie wir Symptome darstellen aber auch wie wir die Behandlung und Therapie einer Erkrankung akzeptieren (vgl. Geiger et al. 2004, A.2886). Patienten und Patientinnen aus einem anderen Kulturkreis können die für den westlichen Arzt oder die westliche Ärztin typische Trennung körperlicher und seelischer Probleme oft nicht nachvollziehen. Andererseits ist es aber auch für Ärzte und Ärztinnen unserer Kultur schwer zu verstehen, wenn ein Patient oder eine Patientin der Meinung ist, dass ein Gesundheitsprob-

lem durch den „bösen Blick“ hervorgerufen wurde (vgl. RKI 2008, S.110). Falge und Zimmermann (vgl. 2009, S.18) sind der Meinung, dass den Anbietern und Anbieterinnen gesundheitlicher Leistungen in vielen Fällen die Kompetenz fehlt, dass die von ihnen verwendeten Konzepte hinterfragt und relativiert werden. Nichtsdestotrotz darf man nicht vergessen, dass auch das Personal im Gesundheitswesen mit den Schwierigkeiten, die sich aus Kommunikationsproblemen und ethnokulturellen Missverständnissen ergeben, konfrontiert ist. Allerdings ist zu beachten, dass die daraus entstehenden Nachteile für zugewanderte Menschen um einiges dramatischer und folgenschwerer sind als für die Bereitsteller der Angebote (vgl. Pammer 2009, S.50).

Die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen wird zusätzlich von migrationsspezifischen Erfahrungen geprägt. Im Gesundheitsbericht „Migration und Gesundheit“ des Robert Koch Instituts (vgl. 2008, S.107) werden migrationsspezifische Erfahrungen unter dem weitreichenderen Begriff „strukturelle Vorgaben“ zusammengefasst. Darunter wird zum Beispiel auch der aufenthaltsrechtliche Status einer Person verstanden.

Die Angst, den aufenthaltsrechtlichen Status oder den Arbeitsplatz aufgrund eines Gesundheitsproblems verlieren zu können, führt in einigen Fällen dazu, dass zugewanderte Menschen gar nicht oder erst sehr spät einen Arzt oder eine Ärztin aufsuchen. Dieses Problem betrifft zu einem großen Anteil Personen, die nicht rechtmäßig in Österreich leben (vgl. RKI 2008, S.111). Betroffene fürchten eine Aufdeckung ihres irregulären Aufenthaltsstatus und damit verbunden eine mögliche Abschiebung in ihr Herkunftsland. Aber auch die Unwissenheit über Rechte, wie zum Beispiel das Recht auf Gesundheitsversorgung³, die Überwindung administrativer Hürden (vgl. Karl-Trummer/Novak-Zezula 2011, S.3), der fehlende Krankenversicherungsschutz (vgl. Kap. 2.3.4) sowie negative Erfahrungen, wie Diskriminierungen im Gesundheitsbereich, erschweren und verhindern den Zugang zu einer medizinischen Versorgung (vgl. RKI 2008, S.111). Zusätzlich kann die Schichtzugehörigkeit zu einer Diskrepanz bezüglich der Vorstellungen und Erwartungen der Betroffenen und den tatsächlichen Gegebenheiten führen (vgl. Geiger et al. 2004, A.2886).

In Tabelle 4 werden die soeben erarbeiteten Barrieren wieder dem subjektiven und dem objektiven Bereich zugeordnet.

³ Gemäß dem Kranken- und Kuranstaltengesetz (vgl. KAKuG 1957, §23 Abs.1) darf keiner Person eine unbedingt notwendige erste ärztliche Hilfe in öffentlichen Krankenanstalten verweigert werden.

Tabelle 4: Auflistung subjektiver und objektiver Hürden zugewanderter Menschen

Subjektive Hürden
- mangelhafte Sprachkenntnisse - fehlende Kenntnisse über Angebote und Möglichkeiten im Gesundheitsbereich - Verlustängste (des aufenthaltsrechtlichen Status, des Arbeitsplatzes) - Negative Erfahrungen im Gesundheitsbereich (Diskriminierungen, Fehlversorgung etc.) - Ethnokulturelle Verständigungsprobleme (andere Krankheitsverständnisse) - Diskrepanz bezüglich Erwartungen und Realität
Objektive Hürden
- fehlender Krankenversicherungsschutz - administrative Hürden - komplizierte Ausdifferenzierung unseres Gesundheitssystems - mangelhafte interkulturelle Kompetenz des Personals - Mangel an mehrsprachigem Material (Informationsmaterial, Hinweisschilder etc.) - Schwer verständliche Fachsprache

Quelle: vgl. Geiger/Razum/Ronellenfitsch/Zeeb 2004; RIK 2008; Eichler 2008; Mayer 2011 (eigene Darstellung)

Um wohnungslose und zugewanderte Menschen für eine ärztliche Behandlung besser erreichen zu können, bedarf es einen Abbau der eben besprochenen Hürden. Welche Leistungen das österreichische Gesundheitssystem anbietet und in welcher Form diese eine Hürde für Personen in bestimmten Lebenslagen darstellen kann, wird nun im folgenden Kapitel näher eingegangen.

2.3 Leistungen und Barrieren des österreichischen Gesundheitswesens

Ziel des österreichischen Gesundheitswesens ist es, Personen, die an einer Erkrankung leiden, so zu behandeln, dass diese wieder gesund werden und Personen, die sich einer guten Gesundheit erfreuen, mittels präventiver Maßnahmen so zu unterstützen, dass die Gesundheit erhalten bleibt. Das Gesundheitssystem setzt sich aus den Bereichen Krankenversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention zusammen (vgl. Pöttler 2012, S.22).

2.3.1 Wie erfolgt die Struktur und Aufgabenverteilung?

Die Aufrechterhaltung des österreichischen Gesundheitssystems liegt in der Hand des öffentlichen Dienstes und sieht eine Arbeitsteilung der Entscheidungen zwischen Bund, Ländern, Gemeinden und Sozialversicherungen vor (vgl. ebd.).

Auf Bundesebene zählen der Nationalrat, der Bundesrat und das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen zu den Hauptakteuren. Gesetzesvorschläge werden mehrheitlich ausgehend vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen initiiert und anschließend im Nationalrat und im Bundesrat diskutiert. Die wesentlichen Aufgaben des Bundes werden im Sinne der mittelbaren Bundesverwaltung⁴ weitgehend an die Länder oder in Form der Selbstverwaltung an die Sozialversicherungsträger übertragen. Der Bund ist darüber hinaus für die Bereitstellung einer Aufsichtsbehörde verantwortlich, beschäftigt sich mit dem Vollzug von Gesetzen zur gesundheitlichen Versorgung und trifft Entscheidungen, die Ausbildungsbelange betreffen (vgl. Hofmarcher/Rack 2006, S.35).

„Bundessache ist die Gesetzgebung über die Grundsätze, Landessache die Erlassung von Ausführungsgesetzen und die Vollziehung in folgenden Angelegenheiten: (...)“ (B-VG 1934, Art.12 Abs.1). Wie aus dem Bundes-Verfassungsgesetz ersichtlich, formuliert der Bundesgesetzgeber Grundsätze, die da-

⁴ Unter „mittelbarer Bundesverwaltung“ versteht man, dass jene Angelegenheiten, bei welchen die unmittelbare Vollziehung durch die eigene Bundesbehörden nicht zulässig ist, auf unterer Ebene von Landeshauptfrau oder den Landeshauptmann und die unterstellten Landesbehörden vollzogen werden (vgl. Verwaltungsakademie des Bundes 2012, S.32).

raufhin von den einzelnen Bundesländern durch die Landesgesetzgeber (Landtage) weiter ausgeführt werden. Bei der Gestaltung der Ausführungsgesetze müssen die Länder somit die von Bundesebene vorgegebenen Grundsätze beachten und einhalten. Auch die Vollziehung der Ausführungsgesetze fällt in den Aufgabenbereich der Bundesländer (vgl. Pöttler 2012, S.37f.).

Die Landesregierung stellt die oberste Sanitätsbehörde, folglich gibt es in jeder Landesregierung eine eigene Abteilung für Gesundheit. Diese wird von einem Amtsarzt/einer Amtsärztin geleitet, dem/der sogenannten Landessanitätsdirektor/Landessanitätsdirektorin, der/die für die Bekämpfung meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Impf- und Beratungsstellen und die Führung einer Gesundheitsstatistik verantwortlich ist. Weiters verfügt jede Bezirksverwaltungsbehörde über eine Gesundheitsabteilung, das Gesundheitsamt, das sich dem Aufgabengebiet der Beratungs- und Betreuungsstellen, wie etwa der Schwangerenberatung oder AIDS-Hilfe, widmet. In den Gemeinden sind Gemeinde- beziehungsweise Sprengelärzte und -ärztinnen als Fachorgane vorgesehen zu deren Angelegenheiten etwa die örtliche Gesundheitspolizei zu zählen ist (vgl. Hofmarcher/Rack 2006, S.42). Im Bereich des Sozialversicherungswesens überträgt der Bund die Durchführung der Gesetzesvollziehung den Sozialversicherungsträgern (siehe Abbildung 2), die als Selbstverwaltungskörper⁵ geführt werden.

Abbildung 2: Sozialversicherungsträger

Hauptverband der Sozialversicherungsträger			
Pensionsversicherung	Krankenversicherung		Unfallversicherung
Pensions- versicherungsanstalt	9 Gebiets- krankenkassen	6 Betriebs- krankenkassen	Allgemeine Unfall- versicherungsanstalt
Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft			
Sozialversicherungsanstalt der Bauern			
Versicherung für Eisenbahnen und Bergbau			
Versicherungsanstalt des ös- terr. Notariats	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter		

Quelle: vgl. ÖÄK 2012, o.S. (eigene Darstellung)

⁵ Selbstverwaltung bedeutet, dass der Bund und die Länder bestimmte Bereiche von Personengruppen verwalten lassen, die ein unmittelbares Interesse daran haben (vgl. Hofmarcher/Rack 2006, S.44).

Die Sozialversicherung ist als Pflichtversicherung organisiert und setzt sich aus den Bereichen Krankenversicherung, Pensionsversicherung und Unfallversicherung zusammen (vgl. ebd., S.44f.). Bei welcher Krankenversicherung eine Person schließlich versichert ist, ist vom jeweiligen Dienstgeber/von der jeweiligen Dienstgeberin und dessen/deren Standort abhängig. Beschäftigte, die zum Beispiel in der Privatwirtschaft tätig sind, fallen in den Zuständigkeitsbereich der Gebietskrankenkasse (GKK) des jeweiligen Bundeslandes. Für öffentlich Bedienstete, Beschäftigte bei der Eisenbahn und beim Bergbau, Landwirte/Landwirtinnen sowie Notare/Notarinnen, gibt es eigene Krankenkassen. Selbständige und Unternehmer/Unternehmerinnen werden bei der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA) versichert. Alle Träger der gesetzlichen Sozialversicherung sind im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger vertreten, der sich mit den allgemeinen und gesamtwirtschaftlichen Interessen der Sozialversicherung, der Erbringung zentraler Dienstleistungen für die Sozialversicherungsträger und der Koordinierung des Verwaltungshandelns einzelner Versicherungsträger befasst. Neben der Pflichtversicherung kann jeder Österreicher/jede Österreicherin eine private Zusatzversicherung abschließen (vgl. Pöttler 2012, S.45).

Die unterschiedlichen Zuständigkeiten von Bund, Länder, Gemeinden und Sozialversicherungen im österreichischen Gesundheitswesen, wirken sich auch auf eine sehr komplexe und intransparente Finanzstruktur aus, deren Darstellung das Ausmaß dieser Arbeit sprengen würde.

2.3.2 Welche Leistungen werden vom österreichischen Gesundheitswesen erbracht?

Die Leistungen der österreichischen Gesundheitsversorgung werden aufsuchend in Form von mobilen Diensten, ambulant, etwa durch niedergelassene Ärzte und Ärztinnen und Ambulatorien oder stationär angeboten. Da für die Fragestellung dieser Arbeit vor allem der Bereich der primären und sekundären Gesundheitsversorgung relevant ist, werden Leistungen wie die Langzeitversorgung (beispielsweise im Pflegebereich), die stationäre Langzeitpflege, Behandlungen in der Psychiatrie oder Rehabilitation sowie Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung im Folgenden nicht näher erläutert.

2.3.2.1 Möglichkeiten ambulanter Gesundheitsversorgung

Unter ambulanter Gesundheitsversorgung wird jede Art der diagnostischen und therapeutischen Behandlung verstanden, die keine stationäre Aufnahme in ein Krankenhaus erfordert. Grundsätzlich wird darunter ein Arztbesuch, die Leistung eines Therapeuten/einer Therapeutin, der Besuch einer Spitalsambulanz oder von Gesundheitsdiensten zu Hause verstanden. Die ambulante Versorgung setzt sich aus drei ärztlichen Bereichen zusammen: Den Arztpraxen niedergelassener Ärzte und Ärztinnen, den Spitalsambulanzen und den selbständigen Ambulatorien (vgl. BMGFI 2008, S.7).

2.3.2.2 Niedergelassene Ärzte und Ärztinnen

Die ambulante Gesundheitsversorgung erfolgt in Österreich zunächst mittels frei praktizierender Ärzte und Ärztinnen, die überwiegend in Einzelpraxen tätig sind. Ärzte und Ärztinnen für Allgemeinmedizin, sogenannte Hausärzte und Hausärztinnen, stellen mit den Notfallambulanzen eine der ersten Anlaufstellen des österreichischen Gesundheitswesens dar und haben somit eine „Gatekeeper“-Funktion inne, wodurch sie Überweisungen in Spitalsambulanzen steuern können (vgl. Pöttler 2012, S.131). Aus der Gesundheitsbefragung 2006/2007 (siehe Tabelle 5) wird ersichtlich, dass vier von fünf Österreichern und Österreicherinnen ab dem 16. Lebensjahr innerhalb der letzten zwölf Monate einen Allgemeinmediziner/eine Allgemeinmedizinerin aufgesucht haben, wobei die Häufigkeit mit dem Alter kontinuierlich ansteigt. Frauen besuchten mit 82 Prozent wesentlich öfter einen Allgemeinmediziner/eine Allgemeinmedizinerin als Männer (76 Prozent), die allerdings zahlenmäßig den Frauen in den höheren Altersklassen unterlegen sind. Im regionalen Bereich zeigt sich, dass im Burgenland überdurchschnittlich oft ein Allgemeinmediziner/eine Allgemeinmedizinerin (von 90 Prozent der Bevölkerung) aufgesucht wurde, was durch die ländlichen, dünn besiedelten Regionen erklärbar ist, die eine Erreichbarkeit der Allgemeinmediziner/Allgemeinmedizinerinnen im Vergleich zu Fachärzten/Fachärztinnen begünstigen (vgl. Statistik Austria 2007, S.44).

Tabelle 5: Ambulante Behandlung durch Allgemeinmediziner und Allgemeinmedizinerinnen

Gliederungs- merkmal	Insgesamt	„Wann haben Sie das letzte Mal eine(n) Arzt/Ärztin für Allge- meinmedizin aufge- sucht?“		Insgesamt	Anzahl der Arztbesuche			
		< 12 Mona- te	> 12 Mona- te oder nie		1mal	2mal	3mal	4mal
	in 1.000	in %		in 1.000	in %			
Insgesamt	6.991,9	78,8	21,1	2.533,5	73,7	16,5	3,6	6,2
Alter:								
15 bis unter 60	5.169,0	74,8	25,2	1.474,8	76,3	15,5	3,2	5,0
60 und mehr	1.822,9	90,1	9,9	1.058,7	70,1	17,9	4,1	7,9

Quelle: vgl. Statistik Austria 2007, S.210 (eigene Darstellung)

Im Jahre 2011 waren österreichweit 16.416 niedergelassene Ärzte und Ärztinnen (ohne Zahnärzte und Zahnärztinnen) tätig, darunter 9.882 Fachärzte und Fachärztinnen und 6.488 Allgemeinmediziner und Allgemeinmedizinerinnen. Nur knapp 43 Prozent, beziehungsweise 7.030 der niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen in Österreich, waren mit Vertragsverhältnis als Kassenärzte/Kassenärztinnen tätig (vgl. Statistik Austria 2012, S.70).

Die Arbeiterkammer machte, anhand dieser Zahlen, auf eine sinkende Versorgungsdichte bei Kassenärzten und Kassenärztinnen in Österreich aufmerksam. Während die Zahl der Einwohner und Einwohnerinnen in Österreich stetig zunahm, sank die Zahl der niedergelassenen Ärzte mit Kassenvertrag, wodurch im Jahr 2010 1.098 Einwohner und Einwohnerinnen auf einen Kassenarzt kamen. Die Wartezeiten auf die Termine bei niedergelassenen Fachärzten und Fachärztinnen sowie die Wartezeiten in den Ordinationen von Allgemeinmedizinern und Allgemeinmedizinerinnen sorgten für Diskussionen (vgl. Ärztekammer 2012, o.S.) und führten zu einer zunehmenden Frequentierung der Spitalsambulanzen. Pöttler beschreibt die fehlenden Ansprechpartner und Ansprechpartnerinnen in Form von Hausärzten und Hausärztinnen, die bei auftretenden Beschwerden primär aufgesucht werden sollten, als großes Manko des österreichischen Gesundheitssystems. Dieser/diese „Arzt/Ärztin des Vertrauens“ würde die Patienten und Patientinnen davon abhalten von einem Arzt zum anderen zu jagen („Ärzte-shopping“) und somit dem System viel Geld ersparen (vgl. Pöttler 2012, S.140).

2.3.2.3 Spitalsambulanzen

Knapp 19 Prozent der Österreicher und Österreicherinnen ab 15 Jahren haben in den letzten zwölf Monaten eine Spitals- oder Unfallambulanz aufgesucht. Anders als bei den Besuchen bei Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinerinnen, ist hier kein systematischer Einfluss von Alters- beziehungsweise Geschlechtsgruppen zu bemerken (vgl. Statistik Austria 2007, S.45).

Die Spitalsambulanzen stellen eine wichtige Schnittstelle im österreichischen Gesundheitswesen dar, die in letzter Zeit immer häufiger frequentiert werden. Nach dem Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) sollten die Spitalsambulanzen grundsätzlich der Notfallversorgung (vgl. Pöttler 2012, S.131f.), der fachärztlichen Akutversorgung, der Nachsorgeuntersuchung und der Abklärung besonders schwerer Fälle dienen oder dann aufgesucht werden, wenn die „(...) Anwendung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit solchen Behelfen, die außerhalb der Anstalt in angemessener Entfernung vom Wohnort des Patienten nicht in geeigneter Weise oder nur in unzureichendem Ausmaß zur Verfügung stehen“ (KAKuG 1957, §26 Abs.1) nötig ist.

In den letzten Jahren machte sich der Trend bemerkbar, dass, vor allem in Ballungszentren aber auch in ländlichen Regionen ohne gute ambulante Versorgung, Spitalsambulanzen den niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen vorgezogen werden. Die Patienten und Patientinnen wenden sich mit ihren medizinischen Problemen an die Spitalsambulanzen, ohne im Vorfeld den dafür vorgesehenen niedergelassenen Bereich aufgesucht zu haben. Sie schätzten das All-inklusive-Service rund um die Uhr, wo sofort jede Untersuchung durchgeführt werden kann (vgl. Pöttler 2012, S.137). Pöttler (vgl. ebd.) ist allerdings der Meinung, dass Patienten und Patientinnen bei einem Besuch der Spitalsambulanzen in den Genuss sogenannter „Absicherungsmedizin“ kommen, die zum Teil unnötige Untersuchungen beinhalten und sehr kostenintensiv sind. Im Gegensatz zu den selbständigen Ambulatorien, stellen die Leistungsfelder der Spitalsambulanzen keine Gefahr einer Konkurrenzsituation zu den niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen dar.

2.3.2.4 Selbständige Ambulatorien

Selbständige Ambulatorien sind Krankenanstalten, die von unterschiedlichen Trägern, beispielsweise Einzelpersonen wie Ärzten/Ärztinnen oder Sozialversicherungen, geführt werden. Auch sie unterliegen aus rechtlicher Sicht dem Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) und fallen damit unter das Bedarfsprüfungsverfahren auf Länderebene oder der sanitären Aufsicht des Bundes. Für den Betrieb eines Ambulatoriums ist eine Bewilligung der zuständigen Landesregierung notwendig. Die Aufgabenbereiche sind mit jenen praktizierender Ärzte und Ärztinnen zu vergleichen. Grundsätzlich geht es um die Untersuchung und Behandlung von Personen, die keine stationäre Krankenhausbehandlung bedürfen (vgl. Hofmarcher/Rack 2006, S.134). Der Unterschied zu den niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen wird im Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz formuliert: *„Einrichtungen, die eine gleichzeitige Behandlung von mehreren Personen ermöglichen und deren Organisation der einer Anstalt entspricht, sind nicht als Ordinationsstätten von Ärzten oder Zahnärzten anzusehen“* (KAKuG 1957, §2 Abs.3).

Die Größe der selbständigen Ambulatorien variiert von kleinen Einrichtungen mit wenigen Beschäftigten bis hin zur großen Einrichtung, die z.B. spitalsähnliche Leistungen, wie ambulantes Operieren, anbietet. Zum Teil werden sie auch gemeinsam mit Hotels oder Kurheimen geführt, wo die Patienten und Patientinnen über eine längere Zeitspanne hinweg behandelt werden. Die selbständigen Ambulatorien verfügen in der Regel über festgelegte Öffnungszeiten und Terminvereinbarungen, wodurch sie sich grundlegend von den Spitalsambulanzen unterscheiden, die eine ambulante (Notfall-)Versorgung 24 Stunden anbieten. Sie verfügen über Kassenverträge, werden auf Wahlarztbasis in Anspruch genommen oder von den Patienten und Patientinnen selbst bezahlt. 2006 gab es in Österreich 755 selbständige Ambulatorien, wobei diese eher in den Städten, zu 70 Prozent in den Landeshauptstädten, und in tourismusintensiven Regionen und Kurorten angesiedelt sind. Davon befanden sich 66 in Graz (vgl. BMGFI 2008, S.7ff.).

Eine davon ist das Ambulatorium Caritas Marienambulanz in Graz, das eine medizinische Erst- und Grundversorgung für Menschen anbietet, die aus unterschiedlichen Gründen das Angebot des österreichischen Gesundheitswesens nicht annehmen können oder wollen. Menschen, die über keinen Versicherungsschutz verfügen oder die Schwelle zu Einrichtungen des regulären Gesundheitssystems nicht erreichen. Auf die Gründe, die zu einem fehlenden Versicherungsschutz führen können, wird im Kapitel 2.3.4 näher eingegangen.

Auf eine primäre Behandlung, häufig in Form einer ambulanten Gesundheitsversorgung, kann bei entsprechender medizinischer Indikation eine stationäre Behandlung folgen. Diese wird somit der sekundären Gesundheitsversorgung zugeordnet.

2.3.2.5 Krankenanstalten als stationäre Gesundheitsversorgung

Eine stationäre Gesundheitsversorgung beschreibt die Versorgung über eine längere Zeitspanne in einer Krankenanstalt und schließt somit die Unterbringung und Verpflegung der Patienten und Patientinnen mit ein (vgl. Preusker 2010, S.420).

„(1) Unter Krankenanstalten (Heil- und Pflegeanstalten) sind Einrichtungen zu verstehen, die
1. zur Feststellung und Überwachung des Gesundheitszustandes durch Untersuchungen,
2. zur Vornahme operativer Eingriffe,
3. zur Vorbeugung, Besserung und Heilung von Krankheiten durch Behandlung,
4. zur Entbindung,
5. für Maßnahmen medizinischer Fortpflanzungshilfe oder
6. zur Bereitstellung von Organen zum Zweck der Transplantation bestimmt sind.
(2) Ferner sind als Krankenanstalten auch Einrichtungen anzusehen, die zur ärztlichen
Betreuung und besonderen Pflege von chronischen Kranken bestimmt sind“ (KAKuG 1957, §1 Abs.1f.).

Die Spitalslandschaft in Österreich ist sehr komplex und vielfältig. Grundsätzlich können vier Krankenanstaltstypen unterschieden werden: Allgemeine Krankenanstalten versorgen alle Patienten und Patientinnen ohne spezieller Berücksichtigung des Geschlechts, des Alters oder der Art der ärztlichen Betreuung. Sonderkrankenanstalten behandeln Personen mit bestimmten Erkrankungen, Personen bestimmter Altersstufen oder für bestimmte Zwecke (zum Beispiel Kur- und Rehabilitationseinrichtungen). Sanatorien bieten den Patienten und Patientinnen durch eine gehobene Ausstattung eine bessere Verpflegung und Unterkunft an. Pflegeanstalten für chronisch kranke Menschen behandeln Personen, die eine ärztliche Betreuung und besondere Pflege benötigen. Im Versorgungssektor wird unter der Akutversorgung, Krankenanstalten, die eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 18 Tagen oder weniger aufweisen, und Krankenanstalten, die keine Akutversorgung anbieten, unterschieden (vgl. BMGFI 2008a, S.8).

Die österreichischen Krankenanstalten weisen eine vielfältige Trägerstruktur auf und werden öffentlich geführten Krankenanstalten, privat-gemeinnützigen Krankenanstalten, die teilweise über Öffentlichkeitsrechte verfügen, und privat-gewinnorientierte Krankenanstalten zugeordnet. Krankenanstalten mit Öffentlichkeitsrecht unterliegen einem gesetzlichen Versorgungs-

und Aufnahmegebot und erhalten gesetzlich vorgeschriebene Subventionen. Private gewinnorientierte Krankenanstalten können, im Unterschied zu den öffentlichen, Aufnahmen auch ablehnen (vgl. Hofmarcher/Rack 2006, S.136f.).

Aus der Gesundheitsbefragung 2006/2007 wird ersichtlich, dass jede/jeder fünfte Österreicher/Österreicherin ab dem 16. Lebensjahr, innerhalb der letzten zwölf Monate, eine oder mehr Nächte im Krankenhaus verbracht hat (vgl. Statistik Austria 2007, S.200). Im Vergleich zum europäischen Durchschnitt weist Österreich damit eine höhere Anzahl an Spitalsaufenthalten auf als andere Länder. Bereits Mitte der 1980er Jahre wurden ein Abbau von Betten im Akutversorgungsbereich und eine weitgehende Auslagerung der Gesundheitsversorgung in den ambulanten und extramuralen Bereich angestrebt (vgl. Statistik Austria 2012, S.72). Tatsächlich hat sich die Anzahl der Akutbetten in den letzten Jahren verringert und auch die Dauer der Krankenhausaufenthalte hat abgenommen. Das, obwohl es grundsätzlich seit den 1990er Jahren zu einem starken Anstieg der stationären Aufenthalte um 62 Prozent kam, der allerdings größten Teils auf den Auf- und Ausbau von Rehabilitationseinrichtungen zurückzuführen ist (vgl. ebd., S.212).

Die Entlassungsrate, die Aufenthaltstage pro Kopf sowie die durchschnittliche Aufenthaltsdauer sind stark vom Alter und Geschlecht abhängig. Grundsätzlich ist ein starker Anstieg mit zunehmendem Alter zu bemerken. Bei näherer Betrachtung der Geschlechtsunterschiede zeigt sich, dass die Entlassungsrate der Frauen insgesamt zwar höher als die der Männer ist, dies aber nur die Altersgruppe der 15 bis 50 Jährigen betrifft. Ab einem Alter von 50 Jahren sind die Frauen deutlich seltener und kürzer im Spital als die gleichaltrigen Männer (vgl. ebd., S.72ff.).

Wie aus dem Online-Verzeichnis des Bundesministeriums für Gesundheit ersichtlich, gibt es in der Steiermark derzeit 53 Krankenanstalten, wovon sich 14 in Graz befinden (vgl. BMG 2012, o.S.).

Der Vorliebe der Österreicher und Österreicherinnen bei einem gesundheitlichen Problem vorrangig die teurere Variante eines Spitalsbesuchs anstelle niedergelassener Ärzte und Ärztinnen aufzusuchen, liegt in der Unbekümmertheit, die ein Einbezug in das Versicherungssystem mit sich bringt. Doch nicht alle sind in der Lage diesen Versicherungsschutz zu genießen.

2.3.3 Wer ist wo krankenversichert?

Im Leben jedes Menschen kann es zu Veränderungen kommen, die seine Stellung in der Gesellschaft bedrohen, wie Krankheit, Alter oder Arbeitslosigkeit. Ein Großteil dieser Menschen ist nicht in der Lage, die finanziellen Belastungen in solchen Fällen selber zu tragen und auch familienrechtliche Unterhaltsansprüche, zum Beispiel der Eltern oder Großeltern gegenüber den Kindern, können keinen ausreichenden Schutz bieten. Aus diesem Grund ist es Aufgabe des Staates, dass Betroffene nicht sich selbst überlassen werden und ihnen durch bestimmte Leistungen ausreichend Unterstützung geboten wird. Diese Absicherungen der Bevölkerung können grob in drei Sicherungssysteme unterteilt werden (vgl. Grillberger/Pfeil 2012, S.1f.).

Bei der *Sozialversicherung* fasst der Gesetzgeber Personengruppen zu einer Risikogemeinschaft zusammen und verpflichtet diese die Finanzierung der Leistungen durch Beiträge selbst mitzutragen. Tritt nun bei einem Mitglied der Risikogemeinschaft ein gesetzlich umschriebenes Risiko auf, so hat es nun Anspruch auf die erforderliche Leistung (vgl. ebd., S.2).

Dem Prinzip der *Solidarität* folgend, kommt es damit im Zuge der Pflichtversicherung zu einem Ausgleich zwischen schutzbedürftigen Personen und Personen, die sich zurzeit in einer stabilen Situation befinden, beispielsweise den einkommensstarken und einkommensschwachen oder den erwerbstätigen und arbeitslosen Personen (vgl. BMG 2010, S.7).

Auch bei der *Versorgung* ist der Sicherungsfall gesetzlich festgelegt. In diesem Fall werden die Leistungen nicht durch Beiträge sondern durch allgemeine Steuermittel finanziert und nur an Personen ausgezahlt, die eine besondere Leistung oder ein Opfer für die Allgemeinheit erbracht haben, wie beispielsweise die Kriegsopferversorgung oder Beamtenpensionen. Im Gegensatz zu den Leistungen der Sozialversicherung und der Versorgung hat bei der *Fürsorge*, worunter die bedarfsorientierte Mindestsicherung fällt, die individuelle Bedürftigkeit der Leistungsberechtigten einen zentralen Stellenwert. Wenn Personen ihre materiellen Lebensbedürfnisse nicht selbständig befriedigen können, erhalten sie Versorgungsleistungen, die von Steuergeldern finanziert werden. Diese drei Sicherungsarten können nicht komplett den jeweiligen Systemen zugeordnet werden, so sind beispielsweise in der Sozialversicherung auch Elemente der Versorgung oder der Fürsorge enthalten (vgl. Grillberger/Pfeil 2012, S.2f.).

2.3.3.1 Pflichtversicherung bei Erwerbstätigkeit

Wie bereits erwähnt (vgl. Kap. 2.3.3), ist unter einer Sozialversicherung der Zusammenschluss aller Beteiligten, nach gesetzlicher Anordnung, zu einer Risikogemeinschaft zu verstehen. Diese sogenannte Pflichtversicherung schließt den größten Teil der Bevölkerung mit ein, da auch Angehörige der Versicherten miteinbezogen werden können. Das Sozialversicherungsrecht knüpft in erster Linie an die Erwerbstätigkeit an, wobei es inhaltliche und organisatorische Unterschiede zwischen den verschiedenen Formen der Erwerbstätigkeit gibt (vgl. ebd., S.15). Diese sind in unterschiedlichen Gesetzen verankert.

Versicherte Personen nach dem *Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz* (ASVG) sind Dienstnehmer und Dienstnehmerinnen (Arbeiter/Arbeiterinnen und Angestellte), Personen mit freien Dienstverträgen, Lehrlinge, Heimarbeiter und Heimarbeiterinnen, zu Ausbildungszwecken nach abgeschlossener Hochschulausbildung beschäftigte Personen und gewisse Gruppen den Dienstnehmern/Dienstnehmerinnen gleichgestellten selbständig Erwerbstätigen (z.B. freie Dienstverträge).

Unter das *Beamten- Kranken- und Unfallversicherungsgesetz* (B-KUVG) fallen pragmatisierte Beamte und Beamtinnen des Bundes, der Länder und der Gemeinden, Vertragsbedienstete und Gemeindevertreter und –vertreterinnen (z.B. Bürgermeister oder Bürgermeisterinnen).

Das *Gewerblichen-Sozialversicherungsgesetz* (GSVG) regelt die Versicherung für selbständig Erwerbstätige in der gewerblichen Wirtschaft und neue Selbständige⁶.

Unter das *Bauern- Sozialversicherungsgesetz* (BSVG) fallen selbständig Erwerbstätige in der Land- und Forstwirtschaft und im Betrieb mitarbeitenden Familienangehörige sowie deren Ehepartner und Ehepartnerinnen.

Das *Notarversicherungsgesetz* (NVG) umfasst schließlich Notare und Notarinnen sowie Notariatskandidaten und -kandidatinnen.

Im Jahr 2011 wurden 6,543.564 beitragsleistende Versicherte gezählt, wobei rund 88 Prozent auf die Krankenversicherung der Unselbständigen und 12 Prozent auf die Krankenversiche-

⁶ Personen, die aufgrund einer betrieblichen Tätigkeit steuerrechtlich Einkünfte aus selbständiger Arbeit erzielen, werden als „neue Selbständige“ zusammengefasst. Darunter fallen unter anderem selbständig Erwerbstätige, die mangels Wirtschaftskammermitgliedschaft nicht nach den Bestimmungen für Gewerbetreibende versichert sein können, wie z.B. Vortragende, Künstler, Journalisten und Schriftsteller, oder freie Dienstnehmer (vgl. WKO 2012, S.1).

rung der Selbständigen entfielen. Bezieher und Bezieherinnen von Pensionen nach dem ASVG, GSVG und BSVG sowie von Ruhe- und Versorgungsgenüssen im Anschluss an ein öffentlich-rechtliches Dienstverhältnis, fallen ebenfalls in die Pflichtversicherung der Sozial- und somit auch der Krankenversicherung (vgl. Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger 2012, S.28f.).

Neben den beitragsleistenden Personen können auch deren Angehörige mitversichert werden, sollten diese ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben und nicht selbst krankenversichert sein, ohne dass sie zusätzliche Beiträge zahlen müssen. Dazu zählen Ehegatte und Ehegattin, eingetragene Partner und Partnerinnen sowie eheliche und legitimierte Kinder oder Wahlkinder. Unter „Angehörige“ fallen außerdem uneheliche Kinder der männlichen Versicherten, wenn die Vaterschaft festgestellt ist und Stiefkinder oder Enkel, wenn sie mit dem/der Versicherten ständig in Hausgemeinschaft leben, sowie Pflegekinder (vgl. ASVG 1955, §123 Abs.1-2). Auch nicht verwandte Personen, die seit mindestens zehn Monaten mit der versicherten Person in einem gemeinsamen Haushalt leben, haben Anspruch auf eine Mitversicherung (vgl. ebd., §123 Abs.7).

Die Mitversicherung war bislang stets beitragsfrei. Nur bestimmte erwachsene mitversicherte Angehörige, die weder Kinder haben noch Betreuungspflichten ausüben, haben seit 1. Jänner 2001 einen Zusatzbeitrag zu entrichten (vgl. Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger 2013, S.39).

Personen, die soziale Leistungen, wie das Arbeitslosengeld oder die Notstandshilfe beziehen, sowie Personen, die Weiterbildungsgeld, Pensionsvorschüsse, Überbrückungshilfen, Übergangsgeld nach Altersteilzeit und Beihilfen zur Deckung des Lebensunterhalts erhalten, fallen unter das Arbeitslosenversicherungsgesetz (AIVG) und sind dadurch krankenversichert. Ihnen und ihren mitversicherten Angehörigen stehen die gleichen Leistungen zu, wie Personen, die aufgrund eines Dienstverhältnisses versichert sind (vgl. AMS Österreich 2013, o.S.). Seit 2010 ist eine sozialversicherungsrechtliche Absicherung auch für jene Personen gestattet, die angesichts der Anrechnung des Einkommens des Lebenspartners/der Lebenspartnerin keinen Anspruch auf Notstandshilfe gehabt hätten (vgl. BMASK 2012, S.55).

Für Personen, die ihren Präsenz-/Ausbildungsdienst beim Bundesheer entrichten, sind im Falle ärztlicher Betreuung und Überwachung in erster Linie Militärärzte/-ärztinnen zuständig. Diese bestimmen, ob die Behandlung in heereigenen Sanitätseinrichtungen oder in privaten Krankenanstalten stattfinden soll. Wird in der dienstfreien Zeit ein anderer Arzt/eine andere

Ärztin aufgesucht, so wird kein Kostenersatz erstattet, ausgenommen wenn dies aufgrund einer schriftlichen Genehmigung des Truppenarztes erfolgte. Mitversicherte Angehörige, bleiben während des Präsenz-/Ausbildungsdienstes weiterhin bei der zuständigen Krankenkasse versichert oder werden neuerdings versichert, wenn vor Antritt des Dienstes kein Versicherungsschutz bestanden hat (vgl. BMLV 2012., o.S.).

Zivildienstleistende, werden nach dem Zivildienstgesetz (ZDG) bei der zuständigen Gebietskrankenkassa kranken- und unfallversichert. Die Beiträge werden von den Rechtsträgern (Einrichtungen), bei welchen der/die Zivildienstler/Zivildienstlerin tätig ist, übernommen und betragen im Jahr 2013 34,16 EUR im Monat. Die Mitversicherungen von Angehörigen ist möglich (vgl. Österreichische Sozialversicherung 2012, o.S.).

Für die ärztliche Betreuung und Behandlung von Häftlingen hat die Vollzugsbehörde, gemäß dem Strafvollzugsgesetz (StVG), Sorge zu tragen. Die Kosten der medizinischen Versorgung werden somit vom Bundesministerium für Justiz (BMJ) übernommen. Grundsätzlich sieht die Vollzugsordnung die ärztliche Betreuung durch einen ärztlichen Dienst und einen psychiatrischen Dienst vor. Da Häftlinge nicht in die Sozialversicherung fallen, hat das BMJ den deutlich höheren Privatpatiententarif zu entrichten. Außerdem bestehen bei regelmäßig benötigten medizinischen Leistungen vertragliche Vereinbarungen mit Fachärzten und Fachärztinnen. Da die Ausgaben in den vergangenen Jahren beträchtlich gestiegen sind (2000: 29,34 Mill. EUR, 2010: 73,76 Mill. EUR), wurde nach alternativen Behandlungsmöglichkeiten gesucht. So wurden seit Anfang 2011 die Einrichtungen des Heeresspitals zu ambulanten Untersuchungen und Behandlungen herangezogen. Überlegungen, die den generellen Einbezug der Häftlinge in das Krankenversicherungssystem betrafen, wurden nicht weiter verfolgt, da dies zu keinen Kostenersparnissen führen würde (vgl. Rechnungshof 2012, S.75ff.).

2.3.3.2 Freiwillige Selbstversicherung

Personen, die ihren Wohnsitz im Inland haben und nicht in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, haben die Möglichkeit Selbstversicherung abzuschließen. Allerdings müssen selbstversicherten Personen und ihre Angehörigen erst sechs Monaten abwarten, ehe sie Leistungen aus der Krankenversicherung in Anspruch nehmen können. Diese Wartezeit entfällt, wenn die Person in den unmittelbar vorangegangenen zwölf Monaten mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher mindestens sechs Wochen durchgehend in Österreich oder einem anderen EU-Mitgliedstaat versichert war. Auf Barleistungen, wie Kranken- oder Wochengeld besteht kein Anspruch. Die Selbstversicherung kostet 369,72 EUR im Monat, wobei der Betrag unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Verhältnisse des Versicherten herabgesetzt werden kann (vgl. Österreichische Sozialversicherung 2013, o.S.).

Kommt es zu einem Zahlungsrückstand, so muss der/die Versicherte aus der Selbstversicherung ausscheiden. Ein neuerlicher Antrag ist daraufhin erst nach einem Ablauf von sechs Monaten wieder möglich (vgl. ASVG 1955, §16 Abs.6). Geringfügig Beschäftigte⁷ haben die Möglichkeit eine freiwillige Selbstversicherung um 54,59 EUR monatlich abzuschließen. In diesem Fall hat der/die Selbstversicherte, ausgenommen möglicher mitversicherter Angehöriger, auch einen Anspruch auf Barleistungen (vgl. ebd., o.S.).

Ordentlich Studierende an österreichischen Universitäten, Fachhochschulen-Studiengängen und anderen höheren Schulen sowie Personen, die sich auf ein Hochschulstudium vorbereiten oder zur Studienberechtigungsprüfung zugelassen sind, haben ebenfalls die Möglichkeit zu einem begünstigten Studentenbeitrag von monatlich 51,55 EUR eine Krankenversicherung abzuschließen. Voraussetzung dafür ist, dass der/die Studierende die Studienrichtung nicht öfter als zweimal wechselt, die Gesamtstudiendauer nicht um mehr als vier Semester überschreitet oder vor dem gegenwärtigen Studium bereits ein Hochschulstudium abgeschlossen hat (die Ausnahme sind Doktoratstudien). Auf Barleistungen besteht in diesem Falle kein Anspruch (vgl. ebd., o.S.).

⁷ „Unter geringfügiger Beschäftigung versteht man ein Beschäftigungsverhältnis, dessen Entgelt die Geringfügigkeitsgrenze nicht übersteigt. Diese beträgt im Jahr 2013 € 386,80 monatlich bzw. € 29,70 täglich“ (WKO Wirtschaftskammern Österreichs 2013, S.1).

2.3.3.3 Krankenversicherungsschutz im Rahmen der Bedarfsorientierten Mindestsicherung

Mit 1. Dezember 2010 trat die Bedarfsorientierte Mindestsicherung in Kraft, die ein Gesamtpaket aus mehreren sozialen Maßnahmen des Bundes und der Länder darstellt und unter anderem die Bezieher und Bezieherinnen in die gesetzliche Krankenversicherung miteinbezieht. In den Jahren davor erfolgte der Krankenversicherungsschutz im Rahmen der Sozialhilfe. Die Bedarfsorientierte Mindestsicherung unterstützt jene Menschen, die für ihren Lebensunterhalt aus eigener Kraft nicht aufkommen können. Mit der Leistungshöhe, die im Jahr 2012 für alleinstehende Leistungsempfänger und Leistungsempfängerinnen und Alleinerziehende Personen 773 EUR und für (Ehe)Paare 1.160 EUR ausmachte, wird der notwendige monatliche Bedarf an Nahrung, Kleidung, Körperpflege, Heizung und Strom, Hausrat und andere persönliche Bedürfnisse, wie angemessene soziale und kulturelle Teilhabe oder Wohnbedarf gedeckt. Der Anspruch auf die Bedarfsorientierte Mindestsicherung ist dann gegeben, wenn keine ausreichende finanzielle Absicherung durch andere Einkünfte oder Vermögen bestehen. Auch wird der vorrangige Einsatz der eigenen Arbeitskraft gefordert, sofern nicht Ausnahmen, wie beispielsweise Betreuungspflichten gegenüber Kindern unter drei Jahren oder pflegenden Angehörigen bestehen. Bei Verweigerung einer zumutbaren Arbeit, kann die Leistung auf bis zur Hälfte gekürzt und in Ausnahmefällen sogar gestrichen werden (vgl. BMASK 2012, S.149f.).

„Die Schaffung der gesetzlichen Krankenversicherung für nicht in diesem Zweig versicherte MindestsicherungsempfängerInnen gilt als großer sozialpolitischer Fortschritt, den die BMS (Bedarfsorientierte Mindestsicherung) mit sich gebracht hat“ (ebd., S.150f.). Mit der Bedarfsorientierten Mindestsicherung haben die Bezieher und Bezieherinnen ohne krankenversicherungsrechtliche Absicherung Anspruch auf eine Krankenversicherung. Die betroffenen Personen werden von den Ländern zur gesetzlichen Krankenversicherung angemeldet und erhalten eine e-card. Mit August 2011 waren 38.501 Personen von den Ländern in die gesetzliche Krankenversicherung integriert worden (vgl. ebd., S.151).

Der Jahresdurchschnitt von 2011 betrug 32.628 Bezieher und Bezieherinnen, die auf Grundlage der Verordnung gemäß § 9 ASVG⁸ in die gesetzliche Krankenversicherung einbezogen waren. Davon waren 49 Prozent der Personen männlich und 51 Prozent weiblich. 90 Prozent der mitversicherten Angehörigen waren zwischen 0 und 19 Jahren alt (vgl. ebd., S.151).

Nach dem Steiermärkischen Mindestsicherungsgesetz (StMSG 2010, §4 Abs.2) müssen folgende persönliche Voraussetzungen gegeben sein, um die Bedarfsorientierte Mindestsicherung zu erhalten:

„österreichische Staatsbürgerinnen/Staatsbürger und deren Familienangehörige, die über einen Aufenthaltstitel 'Familienangehöriger' gemäß § 47 Abs. 2 des Niederlassungs und Aufenthaltsgesetzes (NAG) verfügen;

Personen, die über ein gemeinschaftsrechtliches Aufenthaltsrecht gemäß §§ 84 und 85 des Fremdenpolizeigesetzes 2005 (FPG) oder gemäß §§ 51 bis 54a und 57 NAG verfügen;

Asylberechtigte gemäß § 3 Asylgesetz 2005 und subsidiär Schutzberechtigte gemäß § 8 Asylgesetz 2005, die keine Leistungen nach dem Steiermärkischen Betreuungsgesetz geltend machen können;

Personen mit einem Aufenthaltstitel 'Daueraufenthalt – EG' oder 'Daueraufenthalt – Familienangehöriger' gemäß §§ 45 und 48 NAG;

Personen mit einem Aufenthaltstitel gemäß § 49 NAG“.

Bergmann, Riesenfelder und Sorger (vgl. 2012, S.8f.) beschäftigten sich in einer Studie mit den Auswirkungen der Einführung der Bedarfsorientierten Mindestsicherung auf die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben und beschrieben die Problemlagen der Bezieher und der Bezieherinnen. Dem Großteil der Betroffenen wurde aufgrund einer oder mehrerer gleichzeitig bestehender Problemlagen die Teilnahme am Arbeitsmarkt erschwert, weshalb sie die Unterstützung der Bedarfsorientierten Mindestsicherung benötigen. Gründe dafür waren eine große Distanz zum Arbeitsmarkt, das Fehlen von Tagesstrukturen, Suchtproblematiken, keine oder mangelnde Deutschkenntnisse, physische und psychische Erkrankungen, Schuldenproblematiken, prekäre und instabile Wohnverhältnisse, sozial prekäre Situationen und ein fehlendes oder problematisches Beziehungsumfeld, alleinerziehende Personen mit fehlender Kinderbetreuung und fehlende Mobilität.

⁸ „Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales kann nach Anhörung der in Betracht kommenden Interessenvertretungen und des Hauptverbandes (§31) Gruppen von Personen, die keinem Erwerbe nachgehen oder als Grenzgänger in einem benachbarten Staat unselbständig erwerbstätig sind und einer gesetzlichen Pflichtversicherung für den Fall der Krankheit nicht unterliegen, aber eines Versicherungsschutzes bedürfen, durch Verordnung in die Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz einbeziehen, wenn der Einbeziehung nicht öffentliche Rücksichten vom Gesichtspunkt der Sozialversicherung entgegenstehen. Die Verordnung bedarf der Zustimmung des Hauptausschusses des Nationalrates“ (ASVG 1955, §9).

2011 besuchten 1.756 Personen die Ordinationen der Marienambulanz. 989 Personen oder 56 Prozent davon waren durchgehend oder zumindest zeitweise versichert. Die restlichen 767 Personen oder 43 Prozent allerdings gaben an durchgehend unversichert zu sein (vgl. Ambulatorium Caritas Marienambulanz 2013). Auch wenn mit der Bedarfsorientierten Mindestsicherung oder anderen Versicherungsarten ein Teil der betroffenen Personen erreicht wird, gibt es noch immer Personen, die keinen Versicherungsschutz aufweisen können.

2.3.4 Gibt es Personen ohne Krankenversicherungsschutz?

„Das wichtigste Grundprinzip des österreichischen Gesundheitssystems ist, allen Einwohnerinnen und Einwohnern – unabhängig von Alter, Geschlecht, Herkunft, sozialem Status oder Einkommen – das gleiche Recht auf hochwertige Gesundheitsversorgung zu gewährleisten“ (BMG 2010, S.10).

Wie bereits erwähnt waren im Jahr 2011 rund 8,4 Millionen Menschen, beziehungsweise 99,9 Prozent der österreichischen Bevölkerung, versichert (vgl. Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger 2012, S.27). Ein positiver Trend zeigt sich auch im Vergleich der vergangenen Jahre. So waren im Jahr 2010 um die 99,3 Prozent (Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger 2011, S.30) der Bevölkerung in Österreich krankenversichert und im Jahre 2007 98,7 Prozent (vgl. Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger 2008, S.25).

Dies würde auf der anderen Seite bedeuten, dass 0,1 Prozent der in Österreich registrierten Personen oder rund 8.430 keinen Krankenversicherungsschutz vorweisen kann. In Graz sind, nach dieser Berechnung, 265 Personen nicht krankenversichert.

Fuchs, Oberzaucher und Schmied (vgl. 2003, S.79) führen Ursachen an, die den Krankenversicherungsschutz gefährden können. An erster Stelle werden dabei *gesetzliche Regelungen* genannt, die Versicherungslücken begünstigen. Dazu ist die sechsmonatige Wartefrist zu Beginn einer Selbstversicherung zu zählen oder ein Zahlungsverzug der selbigen, der zu einer Beendigung der Versicherung führt und erst einen neuerlichen Antrag nach Ablauf von sechs Monaten erlaubt (vgl. Österreichische Sozialversicherung 2012, o.S. und vgl. Kap. 2.3.3.2). In diesen Fällen bleiben die betroffenen Personen meist ohne Krankenversicherungsschutz.

Ein weiterer Grund ist ein *Informationsmangel* über gesetzliche Grundlagen und Ansprüche. Beispielsweise ist es den Beziehern und Bezieherinnen von Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe oft nicht bewusst, dass ein Versäumen des Kontrolltermins beim Arbeitsmarktservice zum

Verlust der Ansprüche und somit auch zum Aussetzen der Sozialversicherung führen kann (vgl. AIVG 1977, §49 Abs.1-2). „*Zur Sicherung des Anspruches auf den Bezug von Arbeitslosengeld beziehungsweise Notstandshilfe hat sich der Arbeitslose wöchentlich mindestens einmal bei der nach seinem Wohnort zuständigen regionalen Geschäftsstelle unter Vorweisung der Meldekarte persönlich zu melden*“ (ebd.). Eine niedrige Bildung und vor allem Personen mit mangelnden Deutschsprachkenntnissen haben besondere Schwierigkeiten an benötigte Informationen zu kommen.

Durch *persönliche und psychische Probleme* oder andere *massive Lebenskrisen* kann eine erfolgreiche Selbstorganisation verhindert werden und die Krankenversicherung rückt, da andere Sorgen im Vordergrund stehen, auf der persönlichen Prioritätenskala nach hinten. Die betroffenen Personen sind dann häufig nicht in der Lage die erforderlichen Behördengänge zu bewältigen. Alkohol- und Drogenabhängigkeit können diesen Zustand verstärken. Betroffene sind vielfach obdachlose Personen (vgl. Fuchs et al. 2003, S.79). Aber auch aus der Haft entlassene Personen, die mit den organisatorischen Anforderungen überfordert sind, können aus dem Versicherungsschutz herausfallen (vgl. Konopitzky 2007, o.S.). Trabert (vgl. 2013a, o.S.) spricht dieses Problem im Zuge des Kongresses Armut und Gesundheit in Berlin an. An Diabestes oder Epilepsie erkrankte Menschen würden aus der Haft entlassen werden, ohne dass die Behandlung der Erkrankung und die Versorgung durch die notwendigen Medikamente sichergestellt ist. Die Betroffenen, die auf die medizinische Versorgung angewiesen sind, haben häufig Schwierigkeiten bei der Antragstellung, weshalb zu einer Verzögerung des Versicherungsschutzes kommt.

Andere können aus *finanziellen Gründen* die Zahlungen der Beiträge für eine Selbstversicherung nicht mehr aufbringen, empfinden aber die Kontaktaufnahme mit dem Sozialamt als demütigend und vermeiden diese deshalb (vgl. ebd.). Von den geringfügig Beschäftigten hatten 2009 nur 15,3 Prozent eine freiwillige Selbstversicherung abgeschlossen. Neben der Inanspruchnahme einer Versicherung auf anderem Wege (zum Beispiel einer Mitversicherung), geben 13 Prozent der Befragten an, dass die Beitragshöhe zu hoch sei. Weitere 44 Prozent sind der Meinung, unter ihnen auffallend viele Migranten und Migrantinnen, nichts von der Möglichkeit einer freiwilligen Selbstversicherung gewusst zu haben (vgl. Riesenfelder/Schelepa/Wetzel 2011, S.128ff.). Schwierigkeiten bereiten außerdem die hohen Nachzahlungen säumiger Versicherungsbeiträge. Wenn Versicherungsbeiträge über einen gewissen Zeitraum nicht beglichen wurden, beziehungsweise wenn es zu einer Lücke in der Versicherung kam, müssen die fehlenden Beiträge rückwirkend beglichen werden, ehe ein Einbezug in die Versicherung wieder

möglich ist. Die säumigen Beiträge können sich dann zu solch immensen Summen summieren, dass diese nicht beglichen werden können (vgl. Trabert 2013, S.52).

Der *Wegfall einer Mitversicherung* betrifft vor allem Studenten und Studentinnen, die das Studium abgeschlossen haben oder deren Mitversicherung bei den Eltern mit dem vollendeten 27. Lebensjahr endet (vgl. ASVG 1955, §123 Abs.4) und die sich nicht um eine Weiterversicherung bemühen. Treffen kann es auch Frauen, die aufgrund einer Scheidung die Mitversicherung mit dem Ehemann verloren haben und aus Unwissenheit keine Selbstversicherung abschließen (vgl. Fuchs et al. 2003, S.82).

Arbeitslose ohne Leistungsanspruch. Arbeitslose, die weder eine Leistung aus der Arbeitslosenversicherung noch eine andere Beihilfe zur Deckung des Lebensunterhalts erhalten, sind bis zur Aufnahme einer Beschäftigung, dem Abschluss einer Selbstversicherung oder Mitversicherung ohne Krankenversicherungsschutz (vgl. AMS 2013, o.S.). Dies kann beispielsweise junge Menschen treffen, die sich noch nicht genug Versicherungsmonate erarbeitet haben, um Anspruch auf Arbeitslosenunterstützung und damit auf eine Krankenversicherung haben (vgl. Fuchs et al. 2003, S.82).

Personen, die *keine österreichische Aufenthaltsberechtigung* besitzen, haben im Regelfall keine Krankenversicherung. Es kommt auch zu keinen Bemühungen ihrerseits, da die Gefahr einer Aufdeckung zu groß wäre und mit der Aufdeckung folglich auch ein Landesverweises einhergehen würde. Somit gestaltet die Erstellung einer quantitativen Erfassung der betroffenen Personen als äußerst schwierig (vgl. ebd., S.73). Schätzungen zufolge hielten sich im Jahr 2008 36.252 Personen nicht rechtmäßig im Land auf (vgl. Jandl 2009, S.10 und vgl. Kap. 2.2.6.2). Dabei handelte es sich größtenteils um Personen, die während des Asylverfahrens untertauchten, trotz eines negativen Asylbescheides das Land nicht verließen, unrechtmäßig einreisten oder nach einem abgelaufenen Aufenthaltstitel oder Visum das Land nicht verlassen haben.

2.3.5 Wie könnten Personen ohne Krankenversicherungsschutz erreicht werden?

Wie schon in der Einleitung erwähnt, ist das Recht auf einen Lebensstandard, der Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich ärztlicher Versorgung sowie das Recht auf Sicherheit im Falle von Krankheit im Artikel 25 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte verankert (vgl. 1948, Art.25).

Betrachtet man also den Anspruch auf medizinische Versorgung und das Recht auf Sicherheit bei Krankheit als Grundrecht, so müssten alle Österreicher und Österreicherinnen Zugang zu einer Krankenversorgung und damit im weiteren Sinne zu einem Krankenversicherungsschutz haben.

Uwe Decker (vgl. 2013, o.S.), der in seiner „Praxis ohne Grenzen“ Menschen ohne Krankenversicherung in Bad Segeberg/Deutschland behandelt, forderte im Rahmen des 18. Kongresses „Armut und Gesundheit“ eine Grundversicherung für alle.

Eine Möglichkeit, wie dies erreicht werden könnte, wäre die Entkoppelung der Krankenversicherung mit der Erwerbstätigkeit. In Großbritannien beispielsweise beruht das Gesundheitswesen auf dem Grundsatz der Gleichbehandlung. Allen Bewohnern und Bewohnerinnen, unabhängig ob reich oder arm, wird damit der gleiche Zugang zu medizinisch notwendigen Leistungen garantiert (vgl. ESS-Europe.de 2006, o.S.). Auch Fuchs et al. (vgl. 2003, S.93) thematisiert die Entkoppelung von Versicherung und Erwerbstätigkeit. Er ist der Meinung, dass allen Personen eine Pflichtversicherung gewährt werden sollte, die die österreichische Staatsbürgerschaft vorweisen können beziehungsweise sich längerfristig legal im Land aufhalten. Allerdings werden nach dieser Auffassung Personen ohne österreichische Staatsbürgerschaft und ohne rechtmäßige Aufenthaltsgenehmigung nicht berücksichtigt.

Für Betroffene, die trotz einer Entkoppelung der Versicherung von der Erwerbstätigkeit keinen Versicherungsschutz vorweisen könnten, müsste jederzeit rückwirkend der kostenlose Einbezug in die Versicherungsgemeinschaft möglich sein, auch nachdem die vorerst nichtversicherte Person die Leistungen eines Arztes oder eine Ärztin in Anspruch genommen beziehungsweise eine medizinische Einrichtung aufgesucht hat. Diese Änderung des Versicherungswesens setzt an der Wurzel unseres Gesundheitssystems an und ist daher sehr komplex.

Für die Konkretisierung dieser Vorstellung wären die Meinungen und Vorschläge zahlreicher Experten und Expertinnen vonnöten.

Setzt man weniger weitreichend an und stellt sich die Frage, wie die restlichen rund 8.430 registrierten Personen ohne Krankenversicherungsschutz zuzüglich der schätzungsweise 36.000 Personen (vgl. Kap. 2.3.4), die sich ohne Aufenthaltsberechtigung in Österreich befinden, mitbezogen werden könnten, lassen sich weitere, etwas leichter durchführbare Ideen formulieren. Bei näherer Betrachtung der im vorangehenden Kapitel ausgearbeiteten Gründe für einen fehlenden Krankenversicherungsschutz, die da

- gesetzliche Regelungen,
- Informationsmangel,
- persönliche und psychische Probleme und Lebenskrisen,
- finanzielle Gründe,
- Wegfall einer Mitversicherung,
- fehlende Leistungsansprüche oder
- keine österreichische Aufenthaltsberechtigung wären,

zeigt sich, dass sich diese nicht immer genau zuordnen lassen und ineinander fließen. So ist der Informationsmangel auch ein Problem von Personen, die zum Beispiel vom Wegfall der Mitversicherung oder die Unwissenheit über Möglichkeiten einer Selbstversicherung bei geringfügiger Beschäftigung betroffen sind.

Mittels einer besseren Aufklärung und Beratung könnte für einige Betroffene der Verlust des Krankenversicherungsschutzes verhindert werden. Die Änderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen, die einen fehlenden Leistungsanspruch oder bei Zahlungsverzug den Zugang zur Krankenversicherung verzögern, liegt allerdings in der Hand der Gesetzgebung. Dennoch könnten mit einer guten Aufklärung, beispielsweise bei Abschluss der freiwilligen Selbstversicherung und dem Aufzeigen von Alternativen, die Probleme, die diese gesetzlichen Regelungen mit sich bringen, umgangen werden. Wichtig wäre dabei, dass diese Aufklärung auch in verschiedenen Sprachen als Broschüre oder in mündlicher Form erfolgt. Eine ähnliche Vorgehensweise wäre auch bei dem Verlust des Krankenversicherungsschutzes infolge des Versäumens der Kontrolltermine beim Arbeitsmarktservice denkbar. Vielen Betroffenen ist es nicht bewusst, dass mit dem Verlust der Leistungen des Arbeitsmarktservice auch der Verlust der Versicherung einhergeht. Auch an dieser Stelle könnte die Aufklärung weiter ausgebaut werden und in mehreren Sprachen stattfinden.

Für Studenten und Studentinnen, die das 27. Lebensjahr vollendet haben beziehungsweise Frauen nach der Scheidung, die aus der Mitversicherung herausfallen, wäre die Aufklärung über den Sachverhalt mittels einer Art Warnung per Brief hilfreich. Ähnlich der Information, die vom Finanzamt bei drohendem Verlust der Kinderbeihilfe versendet wird, könnte auch in diesem Fall ein Hinweis mit der baldigen Endigung des Versicherungsverhältnisses und den Möglichkeiten einer Weiterversicherung (zum Beispiel freiwillige Selbstversicherung für Studenten und Studentinnen) den Betroffenen weiterhelfen.

Für geringfügig Beschäftigte, die sich aus Kostengründen gegen eine freiwillige Selbstversicherung entschieden haben, wäre die Möglichkeit einer Aufsplitterung von Kranken- und Pensionsversicherung zu überlegen. Bei alleiniger Krankenversicherung würde sich für die Betroffenen ein wesentlich geringer monatlicher Betrag ergeben, als bei der Kombination beider Versicherungen, der dadurch besser leistbar wäre (vgl. Fuchs et al. 2003, S.97).

Personen, die aufgrund psychischer Probleme beziehungsweise individueller Lebenskrisen nicht aus eigener Kraft die organisatorischen Voraussetzungen eines Versicherungsschutzes bewältigen können, könnten mittels einer Rückwirkung der Krankenversicherung besser ins Gesundheitssystem einbezogen werden. Nach dem Besuch in einer Krankenanstalt beziehungsweise bei einem niedergelassenen Arzt oder einer Ärztin, könnte die notwendige Hilfe für die Bewältigung der behördlichen Wege organisiert und somit auch der Krankenversicherungsschutz hergestellt werden und die ärztliche Behandlung im Nachhinein beglichen werden.

Für arbeitslose Personen, die keinen Anspruch auf eine Leistung haben, gäbe es die Möglichkeit die Krankenversicherung und den Leistungsanspruch zu entkoppeln. Dadurch wäre die Versicherung nicht mehr an eine Leistung des Arbeitsmarktservices gebunden und Personen, die keinen Anspruch auf finanzielle Leistungen haben, weil sie zum Beispiel nicht genug Versicherungsmonate vorweisen können, hätten zumindest den Anspruch auf einen Krankenversicherungsschutz.

Die Eingliederung in das Gesundheitssystem von Personen, die keine Aufenthaltsgenehmigung für Österreich haben, gestaltet sich schon wesentlich schwieriger. Doch betrachtet man die rund 1,2 Millionen Euro Schaden, die seit 2005 aufgrund missbräuchlicher Verwendungen der e-card, in vielen Fällen durch die Weitergabe an nicht versicherte Personen, entstanden sind (vgl. ÖÄZ 2011, o.S.), müsste eine effizientere Lösung zu finden sein. Eine Möglichkeit wäre, die Ausstellung einer sogenannten „sozialen“ e-card. Jeder niedergelassene Arzt oder

jede niedergelassene Ärztin beziehungsweise jede Ambulanz könnte eine dieser Karten in Verwahrung halten. Würde nun eine Person ohne Krankenversicherung und/oder mit dem Wunsch nach einer anonymen Behandlung medizinische Versorgung benötigen, könnte diese e-card zum Einsatz kommen.

In Deutschland wird bezüglich dieses Problems die Einführung eines „anonymen Krankenscheins“ diskutiert. Das Konzept des Büros für medizinischen Flüchtlingshilfe Berlin (vgl. 2009, S.3f.) sieht vor, dass besagte Krankenscheine nach einer Datenerhebung und einer Bedürftigkeitsprüfung, die unter Schweigepflicht stattfindet, in Gesundheitsämtern des öffentlichen Gesundheitswesens unter ärztlicher Leitung vergeben werden könnten. Die Abrechnung würde anonym über das Sozialamt erfolgen. Leider konnte dieses Konzept bislang noch nicht durchgesetzt werden (vgl. Lang-Lendorff 2010, o.S.).

Rückblickend ist zu sagen, dass es noch immer Personen gibt, wenn auch nur wenige, die aus unserem ansonsten sehr gut funktionierenden Gesundheitssystem herausfallen. Es sind zu einem Großteil Personen, die bereits mit schwierigen sozialen Situationen und Lebenslagen zu kämpfen haben. Dieser Zustand ist gerade auch deshalb problematisch, weil es Personen trifft, die ohnehin aufgrund der schlechteren sozialen Lage einen schlechteren Gesundheitszustand zu erwarten haben. Niederschwellige Angebote haben das Ziel betroffene Personen wieder in das Gesundheitssystem zu integrieren, vorhandene Hürden und Barrieren abzubauen und den Zugang zu nötige Hilfeleistungen zu erleichtern.

2.4 Niederschwelligkeit in der Gesundheitsversorgung

2.4.1 Was versteht man unter Niederschwelligkeit?

Der Begriff „Niederschwelligkeit“ beziehungsweise der synonym verwendete Begriff „Niedrigschwelligkeit“ findet im Fachvokabular der Sozialen Arbeit häufig Anwendung. Besonders in den Arbeitsbereichen der Suchthilfe, Wohnungslosenhilfe, Jugendarbeit und der Familienhilfe ist man in vielen Fällen um einen niederschweligen Zugang bemüht (vgl. Redemeyer 2011, S.22).

Eine einheitliche Definition von „Niederschwelligkeit“ gibt es bislang noch nicht. Die Hochschule für Soziale Arbeit Zürich versteht unter Niederschwelligkeit *„(...) dass die Anforderungen zur Aufnahme, zur Teilnahme oder zum Verbleib in einer sozialen Einrichtung niedrig angesetzt sind. Dies drückt sich aus durch preisgünstige oder kostenlose Angebote, durch die Standortwahl, durch weitbemessene Toleranz gegenüber verschiedenen Wohn- und Lebensformen“* (Infostelle o.J., S.27).

Genauso wenig wurden grundlegende Qualitätskriterien oder Standards niederschwelliger Arbeit formuliert (vgl. Kap. 2.4.2). Die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (vgl. Eitel/Schoibl 1999, S.43) versteht unter Niederschwelligkeit beispielsweise Hilfsangebote, die an die Bedürfnisse der Klienten und Klientinnen flexibel angepasst wurden und den Verzicht von Hürden und Zugangsvorleistungen. *„Ziel von Niederschwelligkeit ist es, rasch und unbürokratisch auf akute Bedürfnisse reagieren und konkrete lebenspraktisch wirksame Hilfen setzen zu können“* (ebd.).

Grundsätzlich kann ein „niederschwelliges“ Angebot in der Sozialen Arbeit von einem „hochschwelligem“ beziehungsweise „höberschwelligem“ unterschieden werden, wobei die Bezeichnung „schwellenlos“ im sozialen Bereich keinerlei Anwendung findet. Die „Schwelle“ stellt somit bildlich betrachtet ein unterschiedlich großes Hindernis zwischen Betroffenen und Leistungserbringung dar, welches den Zugang zu einem Hilfsangebot charakterisiert. Ist ein Angebot „niederschwellig“, so kann grundsätzlich immer von geringen Zugangsbedingungen ausgegangen werden (vgl. Mayrhofer 2012, S.146f.). Niederschwellige Hilfsangebote sind im Unterschied zu hochschwelligen Angeboten nicht an Erwartungen bezüglich einer Verhaltensänderung von Seiten der Klienten und Klientinnen geknüpft (vgl. Stark 2011, S.200), was als große Hürde in der Inanspruchnahme der Leistungen empfunden werden kann. Dies zeigte sich beispielsweise in der traditionellen Drogenhilfe, wo der Wille zur Abstinenz eine Grund-

voraussetzung für die Inanspruchnahme darstellte, während die Akzeptanz der Abhängigkeit und Möglichkeiten zur Verbesserung gesundheitlicher und sozialer Lebensbedingungen nicht als unterstützenswert empfunden wurden. Infolge dieser Voraussetzung konnte die Drogenhilfe nur wenige Hilfesuchende erreichen, was zu einer zunehmend gesundheitlichen und sozialen Verelendung unter den Betroffenen führte (vgl. Schneider 2000, S.13). Im Gegensatz zu diesen hochschwelligsten Leistungen sollen niederschwellige Angebote jene Klienten und Klientinnen erreichen, die eben jene Zugangskriterien nicht erfüllen können beziehungsweise mit den Voraussetzungen der Inanspruchnahme überfordert sind. Die Vielseitigkeit möglicher Barrieren, die den Zugang zu Leistungen erschweren beziehungsweise verhindern können, wurde bereits anhand der Problematiken der Wohnungslosigkeit und der Migration aufgezeigt (vgl. Kap. 2.2.5, 2.2.6).

Neben der Intension, die Inanspruchnahme einer Hilfeleistung zu erleichtern, stehen vor allem aufsuchende niederschwellige Angebote vor der Herausforderung, dass ein entsprechender Zugang zu den Betroffenen gefunden wird. Ein Großteil der Klienten und Klientinnen wird vom Hilfesystem oder anderen sozialen Systemen nicht erfasst und ist dadurch nur schwer zu erreichen (vgl. Mayrhofer 2012, S.151f.). Mayrhofer (vgl. ebd.) beschreibt zu dieser Thematik die Wichtigkeit einer engen Koppelung mit dem Gesundheitssystem. Wenn niederschwellige Einrichtungen auch medizinische Versorgung anbieten, beispielsweise die Drogenberatung, kann der Kontakt zu den Betroffenen einerseits über medizinische Leistungen, andererseits über sozialpädagogische Leistungen versucht werden und somit eine bessere Erreichbarkeit gewährleistet werden.

2.4.2 Qualitätskriterien von Niederschwelligkeit

Seit Ende der 1970er Jahre gibt es in Österreich Einrichtungen, die Angebote auf niederschwelliger Basis anbieten (vgl. Schoibl 2011, S.1). Dennoch wurden bislang keine allgemein gültigen Kriterien, die ein niederschwelliges Angebot erfüllen sollte, formuliert (vgl. Mayrhofer 2012, Muche/Oehme/Schröer 2010, Redemeyer 2011). Muche, Oehme, Schröer (vgl. 2010, S.9) sind der Meinung, dass „Niederschwelligkeit“ kein einheitlich fachliches Konzept darstellen kann und Kriterien deshalb in Bezug auf das jeweilige Handlungsfeld formuliert werden sollten. Auch Redemeyer (vgl. 2011, S.29f.) betrachtet Niederschwelligkeit als ein aktives Gestaltungsvorhaben, das die Formulierung unterschiedlicher inhaltlicher, sozialer, räumlicher

und zeitlicher Dimensionen sowie Qualitätskriterien entsprechend der Zielgruppe vorsieht. Die Bedeutung von Niederschwelligkeit unterscheidet sich demnach je nach Zielgruppe und Art des Angebots voneinander.

Dennoch lassen sich grundsätzliche Qualitätskriterien finden, die niederschwellige Arbeit erfüllen sollte. Diese lassen sich jeweils einer zeitlichen, einer räumlichen, einer inhaltlichen und einer sozialen Dimension zuordnen.

Räumliche Niederschwelligkeit bezieht sich auf Voraussetzungen, die für die Erreichbarkeit, den Zutritt und die Akzeptanz der gewünschten Hilfeleistung verantwortlich sind. Dabei spielen die Lage, wo die Hilfeleistung angeboten wird, die Gestaltung der Räumlichkeiten aber auch Regeln beziehungsweise Verbote, die mit der Nutzung der Räume verbunden sind, eine große Rolle. Besonders aufsuchende oder nachgehende Hilfeleistungen, wie die rollende Ordination der Marienambulanz, (vgl. Kap. 5.1.3.2.2) die Betroffene in deren unmittelbaren Lebensumfeld aufsuchen, erleichtern den Klienten und Klientinnen den Zugang beträchtlich (vgl. Mayrhofer 2012, S.162ff.). Auch Hartmann (vgl. 2008, S.4) beschreibt die Alltagsnähe des Angebots als besonders wichtig. Die Inanspruchnahme der Hilfeleistung ohne zusätzliche Belastungen der Klienten und Klientinnen sei erstrebenswert.

Unter *zeitlicher Niederschwelligkeit* wird der Zeitfaktor als Hindernis bei der Inanspruchnahme einer Hilfeleistung verstanden, den es möglichst zu vermeiden beziehungsweise zu verringern gilt. Es geht dabei um Voraussetzungen, die an die Klienten und Klientinnen bezüglich der Einhaltung einer Zeitstruktur (etwa genaue Öffnungszeiten) oder dem Vorhandensein einer Zeitdisziplin (Vereinbarungen von Terminen) gestellt werden (vgl. Mayrhofer 2012, S.160). Eine gute niederschwellige Erreichbarkeit ist beispielsweise durch unbegrenzte Öffnungszeiten zu erreichen. Ist dies nicht durchführbar, sollten die Öffnungszeiten möglichst an die Bedürfnisse, das heißt dem Alltag und dem Lebensrhythmus der Zielgruppe, angepasst werden (vgl. Redemeyer 2011, S.26f.).

Niederschwelligkeit in inhaltlicher bzw. sachlicher Hinsicht bedeutet, dass Klienten und Klientinnen unabhängig von ihrer Problemlage bzw. Lebenslage (z.B. Wohnungslosigkeit) Zugang zu angebotenen Hilfeleistung finden und nicht eigens eine auf ein bestimmtes Problem spezialisierte Einrichtungen aufsuchen müssen. Eine niederschwellige Hilfeleistung sollte somit für jeden/jede offen sein, was allerdings in der Praxis, beispielsweise aufgrund Konfliktbeziehungen zwischen Personengruppen oder Fördermittel, die an eine bestimmte Zielgruppe gebunden sind, in vielen Fällen schwer durchführbar ist. Inhaltliche Niederschwelligkeit umfasst aber

auch die Akzeptanz der persönlichen Verfassung der Klienten und Klientinnen. Demnach sollte der Einfluss bewusstseinsverändernder Substanzen bei der Inanspruchnahme von Leistungen keinen Hindernisgrund darstellen (vgl. Mayrhofer 2012, S.166ff.). Klienten und Klientinnen, die eine niederschwellige Leistung konsumieren, müssen vergleichsweise geringe Verbindlichkeit eingehen (vgl. Redemeyer 2011, S.26). „*Niederschwelligkeit hinsichtlich der zu erreichenden Erfolge beziehungsweise Ziele kann bedeuten, dass hier keine hohen Anforderungen und Erwartungen an die KlientInnen gerichtet werden beziehungsweise die Leistungsbeanspruchung nicht an das Erreichen bestimmter Ziele und Erfolge gebunden ist*“ (Mayrhofer 2012, S.169). Hilfreich für die Senkung von Zugangsschwellen können ein vernetztes Hilfesystem und die Kooperation verschiedener Angebote sein (vgl. ebd.).

Die *soziale Dimension von Niederschwelligkeit* bezieht sich auf den Umgang mit den Klienten und Klientinnen. Als wichtiges Merkmal wird häufig das Zugeständnis auf Anonymität und Vertraulichkeit genannt, das zu geringeren Sorgen hinsichtlich eventueller Kontrollen und Zwangsmaßnahmen führt und damit zu einer höheren Freiwilligkeit bei der Inanspruchnahme der Angebote (vgl. ebd., S.170f.). Für viele Betroffene ist der Aspekt der Anonymität deshalb besonders wichtig, weil sie sich aufgrund ihrer persönlichen beziehungsweise familiären Probleme schämen und Schuld- oder Versagensgefühle haben (vgl. Hartmann 2008, S.5). Soziale Niederschwelligkeit bedeutet auch, dass Barrieren, die durch eine problembehaftete Kommunikation entstehen, abgebaut werden, beispielsweise durch die Unterstützung von Dolmetschern und Dolmetscherinnen. Verbunden damit ist ein ausreichendes Verständnis der kulturellen Hintergründe der Klienten und Klientinnen mit Migrationshintergrund, welches allerdings in jeglichem Leistungsangebot, unabhängig wie nieder- beziehungsweise hochschwierig dieses ist, vorausgesetzt sein sollte (vgl. Mayrhofer 2012, S.175f.).

Bei näherer Betrachtung einer ausgewählten niederschwellig arbeitenden Einrichtung, beispielsweise dem Ambulatorium Marienambulanz, können diese vier Dimensionen als Qualitätskriterien die Umsetzbarkeit der Niederschwelligkeit aufzeigen.

2.4.3 Qualitätskriterien von Niederschwelligkeit in der Gesundheitsversorgung

Betrachtet man die soeben ausgearbeiteten Qualitätskriterien im Hinblick auf Niederschwelligkeit in der Gesundheitsversorgung, lassen sich je nach Dimension folgende Kriterien formulieren.

Tabelle 6: Kriterien einer niederschweligen Gesundheitsversorgung

Dimensionen	Kriterien für Niederschwelligkeit
Räumliche Dimension	- Erreichbarkeit des Angebotes - Gestaltung der Räumlichkeiten - Hausregeln und Verbote
Zeitliche Dimension	- Öffnungszeiten - Terminvereinbarungen - Wartezeiten
Inhaltliche Dimension	- Zielgruppenoffenheit - Akzeptanz der persönlichen Verfassung - Verbindlichkeiten - Kooperationen
Soziale Dimension	- Anonymität und Vertraulichkeit - Kommunikation und Sprachbarrieren - Kulturelle Sensibilität

Quelle: Von Cranach/Egger/Schmidt 2006; Hartmann 2008; Mayrhofer 2012; Redemeyer 2011 (eigene Darstellung)

Die tatsächliche Durchführbarkeit einiger dieser Kriterien scheint allerdings in der Praxis aufgrund fehlender Ressourcen nur schwer realisierbar zu sein. Zur Gewährleistung eines „rund um die Uhr“ zur Verfügung stehenden Angebotes, wie es Notfallambulanzen anbieten, muss ein ausreichend großes, qualifiziertes Personalkontingent vorhanden sein, auf das zurückgegriffen werden kann. Zudem sind zusätzlich Mehrkosten zu erwarten, die in vielen Fällen nur schwer zu decken sind. Im Ambulatorium Marienambulanz arbeiten beispielsweise, mit Aus-

nahme einiger Personen, die für die Leitung verantwortlich oder auf Honorarbasis angestellt sind, alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen ehrenamtlich. Es sind Ärzte und Ärztinnen, Krankenpfleger und Krankenschwestern, Dolmetscher und Dolmetscherinnen, ein Physiotherapeut, eine Diätologin und einige mehr, die im Jahr 2012 1.667 Stunden ehrenamtlich tätig waren (vgl. Ambulatorium Caritas Marienambulanz 2013). Da der Großteil der ehrenamtlichen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen außerdem hauptberuflich in ihrer Berufssparte tätig sind, ist es nur schwer vorstellbar, ausreichend qualifiziertes ehrenamtliches Personal zu finden, um beispielsweise Nacht- beziehungsweise Wochenenddienste besetzen zu können. Zu überlegen wäre eventuell eine Ausdehnung der Ordinationszeiten, soweit dies realisierbar ist und diese dann auch entsprechend frequentiert werden.

Hausregeln und Verbote stellen zu einem gewissen Anteil immer eine Hürde für die Klienten und Klientinnen dar. Andererseits tragen diese auch dazu bei, dass ein gewisser Grad an Sicherheit für alle Beteiligten sichergestellt werden kann. Dies betrifft vor allem Verbote verbalen, psychischer und physischer Gewalt oder Waffen- und Alkoholverbote. Im Vorfeld sollte allerdings die Sinnhaftigkeit der Regeln beziehungsweise Verbote überprüft werden (vgl. Stark 2011, S.205). Im medizinischen Bereich ist außerdem ein gewisses Maß an Hygiene unbedingt einzuhalten, welches durch den Einlass von Hunden oder anderen Haustieren in bestimmten Bereichen gefährdet werden kann.

Das Thema Sicherheit ist auch bei der Akzeptanz der persönlichen Verfassung der Klienten und Klientinnen zu beachten. Hierbei gilt es abzuwiegen, inwieweit die Verfassung des Patienten oder der Patientin für die eigene Sicherheit und die Sicherheit anderer Beteiligten ein Problem darstellen könnte. Auch wenn schlimmstenfalls einer Person die nötige Behandlung untersagt bleibt, steht der Schutz der eigenen Gesundheit an erster Stelle. Niederschwelligkeit ist somit immer auch eine Gradwanderung und ein Abwiegen zwischen der Entscheidung einer Person in bedenklicher Verfassung Zugang zu gewähren und andererseits sich selbst sowie andere Beteiligte durch diese Entscheidung zu gefährden.

Wie die Umsetzbarkeit der soeben besprochenen Kriterien im Besonderen beim Ambulatorium Marienambulanz funktioniert, wird im empirischen Teil dieser Arbeit näher erläutert werden (vgl. Kap. 5.2).

2.4.4 Wie nieder- bzw. hochschwellig ist der Zugang zu Einrichtungen des österreichischen Gesundheitssystems?

Um den Zugang zu der benötigten Gesundheitsleistung möglichst niederschwellig zu gestalten, könnten die soeben ermittelten Kriterien als Richtwerte herangezogen werden. Österreichische Patienten und Patientinnen haben in der Regel die Möglichkeit auf der Suche nach Erstversorgung zwischen niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen und Spitalsambulanzen zu wählen. Wie bereits angesprochen, entscheiden sich beispielsweise Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur restlichen Bevölkerung bevorzugt für eine Behandlung im Krankenhaus (vgl. Kap. 2.2.6.3). Zugleich ist generell bei der österreichischen Bevölkerung eine zunehmende Frequentierungen der Spitalsambulanzen zu bemerken (vgl. Kap. 2.3.2.2).

Betrachtet man nun die vier Dimensionen, in welchen niederschwellige Gesundheitsversorgung stattfindet anhand Einrichtungen des regulären Gesundheitssystems (niedergelassene Ärzte/Ärztinnen und Spitalsambulanzen), lassen sich Hürden aber auch Details, die eine einfachere Erreichbarkeit unterstützen, ermitteln.

Interessant ist in diesem Zusammenhang auch die Frage, inwieweit die Gründe, die zu der eben beschriebenen bevorzugten Inanspruchnahme bestimmter Einrichtungen führen, mit einer unkomplizierteren Erreichbarkeit und der, im Vergleich zu anderen Leistungen, eher zutreffenden Niederschwelligkeit zu erklären sind.

2.4.4.1 Wie niederschwellig erfolgt der Zugang zu niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen?

Betrachtet man die Voraussetzungen und Verbindlichkeiten, die an den Besuch eines niedergelassenen Arztes/einer niedergelassenen Ärztin geknüpft sind, mit den Kriterien niederschwelliger Gesundheitsversorgung, so sind unterschiedliche Barrieren zu bemerken. So sind die Wartezeiten, sollte es sich nicht gerade um einen Privatarzt/eine Privatärztin handeln, zu meist recht lang, wodurch sich häufig eine große Anzahl von Patienten und Patientinnen im engen Wartezimmer befinden. In unserer Gesellschaft wird außerdem bei einem Arztbesuch ein gewisses Maß an Körperhygiene und die Einhaltung bestimmter Verhaltensweisen erwartet. Es sollte beispielsweise im Warteraum nicht telefoniert werden. Die Wartenden sollten sich leise unterhalten, ruhig sitzen bleiben und geduldig warten. Die Einhaltung dieser Normen kann einigen Personen Schwierigkeiten bereiten. Aber auch die Vereinbarung von Terminen, die Voraussetzung für den Besuch vieler Fachärzten und Fachärztinnen sind, sowie die Einhaltung derselben, kann eine Hürde darstellen. Problematisch ist dabei, dass die Termine in einigen Fällen erst mehrere Wochen nach der Terminvereinbarung stattfinden, was für bestimmte Personen eine unüberschaubare Zeitspanne bedeutet.

Die Öffnungszeiten finden in der Regel unter der Woche montags bis freitags von sieben bis 18 Uhr statt, wobei viele Ärzte und Ärztinnen entweder vormittags oder nachmittags ein paar Stunden (z.B. 8:30-12:00) und in Ausnahmefällen vormittags und nachmittags ordinieren (z.B. 8:30-12:00 und 16:00-18:00). Zwischen den Einheiten bleibt der Großteil der Praxen, wie auch an Wochenenden, Feiertagen oder nach 18 Uhr, geschlossen. Die Öffnungszeiten variieren in einigen Fällen täglich.

Grundsätzlich gehören die Vorlage der e-card und die Angaben des aktuellen Versicherungsunternehmens zu den Voraussetzungen, um in die Sprechstunde des Arztes/der Ärztin zu gelangen. In den meisten Praxen wird nur Deutsch, wenn erwünscht vielleicht auch noch Englisch, gesprochen. Informationsmaterial oder Hinweisschilder in anderen Sprachen sind rar.

Positiv auf die Inanspruchnahme niedergelassener Ärzte und Ärztinnen könnte sich die Lage der Arztpraxen auswirken. In der Stadt ist der nächste praktische Arzt oft nur wenige Gehminuten vom Wohnsitz entfernt. Suchen die Patienten und Patientinnen bei Beschwerden immer den gleichen Arzt/die gleiche Ärztin auf, so kann sich ein Vertrauensverhältnis entwickeln und eventuelle Barrieren leichter überwunden werden. Allerdings kann die damit verlorene Anonymität auch wieder ein Hindernis darstellen.

2.4.4.2 Wie niederschwellig erfolgt der Zugang zu Spitalsambulanzen?

Im Vergleich zu den niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen haben Spitalsambulanzen 24 Stunden sieben Tage die Woche geöffnet. Grundsätzlich ist keine Terminvereinbarung notwendig. Allerdings ist auch hier häufig mit langen Wartezeiten vor der Behandlung und vollen Warteräumen zu rechnen. Vielen Patienten und Patientinnen ist die Lage des Krankenhauses und Möglichkeiten der Erreichbarkeit bereits bekannt, wodurch sie sich im Vorfeld keine Informationen bezüglich der Anfahrt und beispielsweise der Parksituation einholen müssen.

Auch im Krankenhaus wird bei der Anmeldung die e-card verlangt und es ist ein Datenblatt auszufüllen. Dieses Datenblatt liegt allerdings in mehreren Sprachen auf.

Selbst wenn der Patient/die Patientin versichert ist, kann das Ausfüllen des Datenblattes Schwierigkeiten bereiten, wenn beispielsweise bei einer Mitversicherung nach der Sozialversicherungsnummer der Person gefragt ist, zu welcher die Mitversicherung besteht oder aufgrund von mangelnden Deutschkenntnissen die Fragen nicht verstanden werden. Sprachbarrieren dürften in einem Krankenhaus geringer sein, da das Personal im Krankenhaus eher auf fremdsprachige Patienten und Patientinnen eingestellt ist und ihnen eventuell mehr Hilfsmaterialien zur Verfügung stehen oder auf Dolmetscher und Dolmetscherinnen zurückgegriffen werden kann.

Da im Krankenhaus Patienten und Patientinnen aus den unterschiedlichsten sozialen Schichten behandelt werden, ist die Akzeptanz der persönlichen Verfassung von Seiten der anderen Patienten und Patientinnen größer als beispielsweise bei einem privaten Arzt/einer privaten Ärztin. Auch ist der Besuch einer Spitalsambulanz aufgrund der Größe der Einrichtung und des wechselnden Personals anonymere als der Besuch beim Hausarzt, der sich gleich in der Nähe des Wohnsitzes befindet.

Eine mögliche Hürde bei einem Krankenhausbesuch kann die Größe eines Krankenhauses und damit einhergehende Unüberschaubarkeit, die den Besucher/die Besucherin leicht überfordern kann. Aber auch negativen Assoziationen, die einige Personen aufgrund schlechter Erfahrungen und individueller Ängste mit einem Krankenhaus verknüpfen, können den Patienten/die Patientin daran hindern eine Spitalsambulanz aufzusuchen.

Bei näheren Betrachtung der Kriterien, die eine niederschwellige Gesundheitsversorgung leisten sollte, wird ersichtlich, dass die Spitalsambulanzen wesentlich niederschwelliger und somit für Personen, die aus unterschiedlichen Gründen nur schwer Zugang zu Gesundheitsleistung

gen finden, leichter zu erreichen sind. Im Bereich der niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen sollte allerdings noch einmal zwischen Allgemeinmediziner/Allgemeinmedizinerinnen und Fachärzten/Fachärztinnen unterschieden werden, da die Inanspruchnahme der Leistungen praktischer Ärzte/Ärztinnen aufgrund längerer Öffnungszeiten und ohne die Notwendigkeit einer Terminvergabe, einfacher erscheint. Dennoch sollten eventuelle Zugangsprobleme in Spitalsambulanzen wie auch in Praxen niedergelassener Ärzte und Ärztinnen thematisiert und bestehende Barrieren abgebaut werden. Als Vorbild dafür könnten Einrichtungen, wie das Ambulatorium Marienambulanz, herangezogen werden, die mit ihrer niederschweligen Gesundheitsversorgung auch jene Menschen erreichen, die ansonsten ohne Behandlung bleiben würden.

2.4.5 Was versteht man unter niederschwelliger medizinischer Grundversorgung?

Wie bereits aus den vorangehenden Kapiteln ersichtlich, gibt es im gesundheitlichen Versorgungssystem in Österreich Lücken beziehungsweise Barrieren, die dazu führen, dass bestimmte Personen aus unserem Gesundheitssystem herausfallen. Damit den betroffenen Personen dennoch die notwendige Behandlung und Versorgung zu Teil wird, wird in Deutschland und Österreich niederschwellige medizinische Versorgung auf unterschiedliche Art und Weise angeboten, die das Ziel verfolgen, bestehende Versorgungslücken und Barrieren zu überwinden.

Ausgangspunkt für die Gründung niederschwelliger medizinischer Versorgungsmöglichkeiten, waren gesundheitliche Probleme wohnungsloser Menschen, die bereits seit Anfang der 1970er Jahre diskutiert wurden. Erste Konzepte einer niederschweligen gesundheitlichen Versorgung für wohnungslose Menschen entstanden daraufhin in den 1990er Jahren. Der Arzt und Sozialpädagoge Gerhard Trabert setzte sich in Mainz als einer der Ersten für die medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen ein und entwickelte das „Mainzer Modell“, das Vorbild für Einrichtungen in anderen Städten war und noch immer ist (vgl. Paegelow 2006, S.55). Mit dem Begriff „medical Streetwork“, der erstmals 1998 auf dem 101. Deutschen Ärztetag in Köln in diesem Zusammenhang auftauchte, wird die klassische „Komm-Struktur“ in der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen, der Patient/die Patientin kommt zum Arzt/zur Ärztin, in Frage gestellt und eine „Geh-Struktur“ gefordert, in welcher auch der Arzt die Patienten und Patientinnen aufsucht (vgl. Trabert 2002, S.85). *„Ein niederschwelliges medizinisches Versor-*

gungsangebot ‚vor Ort‘, innerhalb sozialer Brennpunkte, Wohnungsloseneinrichtungen, Drogenberatungsstellen, Arbeitsämtern usw. ist notwendig. Dies sollte interdisziplinär durch eine enge Zusammenarbeit von Sozialarbeit und Medizin geschehen“ (Trabert 2013, S.53).

Mittlerweile gibt es bereits in vielen Städten in Deutschland und Österreich Einrichtungen, die eine niederschwellige medizinische Versorgung anbieten. Diese werden von Institutionen der freien Wohlfahrtsverbände, wie der Caritas, von Gesundheitsämtern, als Schwerpunktpraxen niedergelassener Ärzte und Ärztinnen oder in Kooperation mit anderen Einrichtungen, zum Beispiel Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, geführt. Auch wenn die konzeptionellen Überlegungen über die inhaltliche Strukturierung dazu in vielen Fällen unabhängig zueinander erfolgten, sind in nahezu allen Modellen Übereinstimmungen zu finden (vgl. Trabert 2002, S.84):

- Die medizinische Versorgung wird „vor Ort“ angeboten. Darunter ist der Erstkontakt auf der Straße zu zählen, beispielsweise durch mobile Ambulanzen, aber auch das Angebot von Sprechstunden. Diese werden an sozialen Brennpunkten angeboten oder an soziale Hilfseinrichtungen angeschlossen.
- Es wird die Notwendigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Medizin, Pflege und Sozialarbeit betont.
- Eine besondere Bedeutung wird der Vernetzung mit bestehenden Versorgungs- und Betreuungseinrichtungen, wie Sozialämtern, Krankenhäusern, Arztpraxen, Beratungsstellen, zugesprochen, wobei in vielen Fällen die medizinische Versorgung in sozialpädagogisch orientierte, betroffenenzentrierte Betreuungskonzepte eingegliedert wird (vgl. ebd., S.84f.).

2.4.5.1 Das Konzept des „Mainzer Modells“

Anhand des „Mainzer Modells“ von Gerhard Trabert soll nun ein Konzept einer niederschweligen gesundheitlichen Versorgung näher erläutert werden, wobei zu beachten ist, dass sich dieses Modell vordergründig auf die medizinische Versorgung und Erreichbarkeit wohnungsloser Menschen bezieht.

Trabert, der als Sozialarbeiter in einem Krankenhaus auf die gesundheitlichen Probleme wohnungsloser Menschen und deren schlechte medizinische Betreuung aufmerksam wurde, verfolgte diese Problematik auch während seines Medizinstudiums weiter und schrieb seine Dissertation über die gesundheitliche Situation wohnungsloser Menschen (vgl. Trabert 1995). Seiner Meinung nach kann eine wirksame Gesundheitsfürsorge für wohnungslose Menschen nur in sorgfältig geplanter Zusammenarbeit mit Sozialarbeitern und Sozialarbeiterinnen erfolgen, durch welche die Kontaktaufnahme zu den betroffenen Personen stattfindet (vgl. Davíðsdóttir 2003, S.45).

Das „Mainzer Modell“ baut auf fünf Versorgungsbausteine auf (vgl. Trabert 2013, S.54ff./vgl. Trabert 2006):

1. Ambulante medizinische Sprechstunde innerhalb einer stationären Einrichtung der Wohnungslosenhilfe.

Die Sprechstunden finden regelmäßig in zwei Wohnheimen für Wohnungslose statt, wodurch auch eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den dort beschäftigten Sozialarbeitern und Sozialarbeiterinnen gegeben ist. Wohnungslose Personen mit schlechtem Gesundheitszustand, die aufgrund unzureichender medizinischen Indikation nicht für eine Krankenhausbehandlung in Frage kommen und deren Leben auf der Straße aber eine erhebliche Gesundheitsgefährdung darstellt, können gegebenenfalls längerfristig in einem der Wohnheime aufgenommen werden.

An dieser Stelle ist anzumerken, dass es in anderen Städten bereits sogenannte „Krankenwohnungen“ gibt, die diese Lücke im Versorgungssystem schließen und betroffenen Personen die Möglichkeit bieten sich in Ruhe auszukurieren (vgl. Kap. 2.4.6.3).

2. Ambulante medizinische Sprechstunde, integriert in einer ambulanten Beratungsstelle der Wohnungslosenhilfe.

Bestimmte Personen meiden stationäre Institutionen der Wohnungslosenhilfe und suchen ausschließlich ambulante Betreuungsstellen auf, wie zum Beispiel Teestuben. In Mainz

findet daher zweimal wöchentlich eine ärztliche Sprechstunde in einer Beratungsstelle für wohnungslose Personen statt.

3. *Mobile medizinische Versorgung, die wohnungslose Menschen auf der Straße aufsucht und eine Erstversorgung vornimmt.* Mit der mobilen Sanitätsstation, dem sogenannten Arztmobil, können wohnungslose Menschen direkt auf der Straße aufgesucht und versorgt werden. Damit werden auch Betroffene erreicht, die selbst die Hürde zu den anderen niederschwelligen Angeboten nicht schaffen.
4. *Medizinische und pflegerische Betreuung schwerstkranker pflegebedürftiger wohnungsloser Menschen.* Für Betroffene, die schwerkrank und pflegebedürftig sind, wird in Kooperation mit einer stationären Wohnungsloseneinrichtung, einer ambulanten medizinischen Versorgungseinrichtung, unter teilweisen Einbezug eines ambulanten Hospizes und mit der Einführung eines Notrufsystems ein ärztlich-pflegerisches Versorgungskonzept angeboten.
5. *Kooperation mit dem sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes und einer Tagesklinik für psychisch Kranke.* Psychische Erkrankungen betreffen wohnungslose Menschen in höherem Maße, weshalb eine gute Vernetzung bestehender Versorgungsstrukturen notwendig ist. Von Bedeutung ist dabei die Behandlungsmöglichkeit in einer niederschwelligen medizinischen Einrichtung mittels eines Psychiaters/einer Psychiaterin sicherzustellen.

Zurzeit arbeitet Trabert mit dem von ihm mitgegründeten Verein „Armut und Gesundheit“ an der Realisierung einer Poliklinik, die vergleichsweise mit dem Ambulatorium Marienambulanz unterschiedliche Ordinationen vereint und das niederschwellige medizinische Versorgungsangebot ergänzen soll (vgl. Wagenknecht 2012, o.S.).

2.4.6 Auf welche Arten kann eine niederschwellige Gesundheitsversorgung stattfinden?

Niederschwellige medizinische Versorgung kann, wie aus dem Konzept des „Mainzer Modells“ ersichtlich wird, auf unterschiedliche Arten erfolgen. Auch diese Vielseitigkeit stellt ein wichtiges Kriterium in der Erreichbarkeit bestimmter Zielgruppen dar. Grundsätzlich können die unterschiedlichen medizinischen Versorgungsangebote einer ambulanten medizinischen Versorgung, einer aufsuchenden medizinischen Versorgung und einer stationären medizinischen Versorgung zugeordnet werden, wobei es allerdings auch zu Mischformen kommt.

2.4.6.1 Niederschwellige ambulante medizinische Versorgung

Die ambulante medizinische Versorgung im niederschweligen Bereich kann man sich wie den Besuch einer Arztpraxis oder, je nach Größe der Einrichtung, eines Ambulatoriums vorstellen. An die Inanspruchnahme der Versorgung sind nur wenige Voraussetzungen geknüpft, wie in einigen Fällen die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Zielgruppe. Die Behandlung findet immer am gleichen Ort, einer Wohnung oder einem Haus, in Form von Sprechstunden statt. Der Standort sollte dabei für das Klientel leicht zu erreichen sein und sich bestenfalls in der Nähe anderer Hilfeleistungen, wie z.B. Essensausgaben oder Notschlafstellen, befinden. Die Öffnungszeiten finden entsprechend der Frequentierung zu fixen Zeiten ein- bis mehrmals pro Woche statt. Abhängig von der Größe der Einrichtung werden neben einer allgemeinmedizinischen Ordination auch noch Sprechstunden anderer Fachbereiche, wie etwa eine Sprechstunde in der Gynäkologie oder Psychiatrie, angeboten.

Das „neunerhaus“ in Wien bietet beispielsweise seit Januar 2013 in der sogenannten „Arztpraxis“ montags, dienstags, donnerstags und freitags jeweils drei Stunden täglich allgemeinmedizinische Versorgung für wohnungslose und obdachlose Menschen „wie beim Hausarzt“ an. Außerdem steht den wohnungslosen Menschen eine Zahnarztpraxis zur Verfügung sowie eine tierärztliche Versorgungsstelle (vgl. neunerhaus 2013, o.S.).

AmberMed, ebenso eine Einrichtung in Wien, die von der Diakonie Flüchtlingsdienst ins Leben gerufen wurde, bietet medizinische Versorgung in einer allgemeinmedizinischen Ordination sowie in fachärztlichen Ordinationen nach Terminvereinbarung an. Der Schwerpunkt wird hier vor allem auf die Sprachbarrieren bei fehlenden Deutschkenntnissen gesetzt, weshalb an

jedem Ordinationstag anderssprachige Dolmetscher und Dolmetscherinnen zur Verfügung stehen (z.B. Montag /Bulgarisch, Mittwoch/Chinesisch) (vgl. AmberMed 2013, o.S.).

In Innsbruck plante die Caritas und das Tiroler Rote Kreuz ebenfalls die Errichtung einer Ambulanz für Menschen ohne Versicherung, die bereits im März diesen Jahres eröffnet hätte werden sollen. Nachdem der Gesundheitslandesrat Bernhard Tilg die versprochenen jährlichen 60.000 Euro wieder zurückgezogen hat, ist das Projekt derzeit auf Eis gelegt (vgl. Nindler 2013, o.S.).

In Graz ist an dieser Stelle das Ambulatorium Marienambulanz zu nennen, das täglich eine allgemeinmedizinische Versorgung sowie jeweils einmal wöchentlich eine sozialpsychiatrische Ordination, eine Diabetes- und Hypertonicoordination (erhöhter Blutdruck), eine Frauenprechstunde aber auch Patienten- und Patientenschulungen bei Diabetes und Hypertonie anbietet. Außerdem bestehen Kooperationen zu Fachärzten und Fachärztinnen sowie zu medizinischen Instituten in ganz Graz, die unentgeltlich ihre Leitungen auch Menschen ohne Krankenversicherung zur Verfügung stellen (vgl. Caritas Graz-Seckau 2013, o.S.). Auf nähere Inhalte des Ambulatoriums Marienambulanz wird im empirischen Teil dieser Arbeit (vgl. Kap. 5.1) eingegangen.

2.4.6.2 Niederschwellige aufsuchende medizinische Versorgung

Die aufsuchende medizinische Versorgung kann auf zwei verschiedene Arten erfolgen. Einerseits suchen Ärzte/Ärztinnen die Patienten/Patientinnen direkt auf der „Straße“ auf und bieten medizinische Erstversorgung, beispielsweise in einer mobilen Sanitätsstation (einem Kleinbus oder Rettungswagen), an. Andererseits besuchen die Ärzte und Ärztinnen Hilfseinrichtungen, wie etwa Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, und halten dort Sprechstunden ab. In den meisten Fällen wird ihnen dafür ein Raum als Ordination zur Verfügung gestellt, der eine vertrauliche Atmosphäre erlaubt.

Die mobile Sanitätsstation besucht üblicherweise soziale Brennpunkte der Stadt und bietet die medizinische Erstversorgung gleich „vor Ort“ an. Sie findet, wie grundsätzlich alle niederschweligen medizinischen Versorgungsangebote, immer zur gleichen Zeit am gleichen Ort statt. Die Regelmäßigkeit in der Betreuung schafft Vertrauen und führt dazu, dass betroffene Personen die Hürde der Inanspruchnahme leichter überwinden können.

In Graz bietet das Ambulatorium Marienambulanz aufsuchende medizinische Versorgung durch die „rollende Ordination“, eine Ambulanz, die jeweils mittwochs bestimmte Plätze in Graz besucht. Außerdem wird eine medizinische Beratung und Betreuung im Caritas Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich sowie eine sozialpsychiatrische aufsuchende Betreuung angeboten (vgl. Caritas Graz-Seckau 2013, o.S.; vgl. Kap. 5.1.3.2).

In Wien ist der Louisebus der Caritas unterwegs, der montags bis freitags an bestimmten Plätzen in der ganzen Stadt Patienten und Patientinnen behandelt (vgl. Caritas 2013, o.S.). Zusätzlich sucht das Team „neunerhausarzt“ Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe auf und bieten dort regelmäßig Sprechstunden an (vgl. neunerhaus 2013, o.S.).

2.4.6.3 Niederschwellige stationäre medizinische Versorgung

Für wohnungslose Menschen, „(...) *die zu krank sind, um auf der Straße zu leben, aber nicht behandlungsbedürftig genug sind, um im Krankenhaus zu bleiben*“ (Schaeffer/Wingenfeld 2011, S.453) gibt es, allerdings bislang nur in Deutschland, sogenannte Krankenwohnungen. Diese schließen die Lücke zwischen einer ambulanten Versorgung, die in vielen Fällen aufgrund der Lebensbedingungen der Klienten/Klientinnen unzureichend ist, und der Versorgung in einem Krankenhaus (vgl. ebd.). Ziel des Aufenthaltes in einer Krankenwohnung ist die Wiederherstellung der Gesundheit und die Milderung beziehungsweise die Verhütung von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen (vgl. Lutz/Simon 2007, S.143). Mit der Krankenwohnung haben wohnungslose Menschen somit die Möglichkeit, sich, bei schlechter körperlicher Verfassung, für ein paar Tage in einem Bett auszukurieren.

Voraussetzung für die Inanspruchnahme eines Platzes in der Krankenwohnung ist eine ärztliche Verordnung, die die medizinische und pflegerische Notwendigkeit sowie die Aufenthaltsdauer festlegt. Die pflegerischen Tätigkeiten werden in vielen Fällen von einem ambulanten Pflegedienst durchgeführt (vgl. Diakonisches Werk 2013, o.S.). Als Beispiele für Krankenwohnungen ist die Krankenwohnung „Die KuRVe“ (vgl. ebd.) in Hannover oder die Krankenstube für Obdachlose in Hamburg (vgl. Caritasverband für Hamburg e. V. 2013, o.S.) zu nennen, die sich allerdings hauptsächlich auf wohnungslosen und/oder drogenabhängigen Personen spezialisieren.

In Graz werden kranke und pflegebedürftige VinziDorf Bewohner in der Krankenstube „VinziMed“ betreut und von einer Ärztin behandelt. Die Einrichtung beinhaltet einen Behand-

lungsraum und drei Krankenzimmer für insgesamt sechs Personen (vgl. Vinzenzgemeinschaft Graz 2013, o.S.).

Personen, die keine Krankenversicherung vorweisen können, aber eine Behandlung in einem Krankenhaus aufgrund ihres schlechten Gesundheitszustands benötigen, werden von einigen Krankenhäusern kostenlos ambulant und auch stationär behandelt. In Wien ist in diesem Zusammenhang vor allem das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder zu nennen, welches jedes Jahr tausende nichtversicherte Personen ambulant und einige hunderte Personen stationär behandelt (vgl. Pichler 2012, o.S.).

2.4.7 Die (Re)integration betroffener Personen in das reguläre Gesundheitssystem

Mit der Bereitstellung einer niederschweligen gesundheitlichen Versorgung soll kein gesondertes System am Rande des regulären Gesundheitssystems geschaffen werden, weshalb die (Re)integration der betroffenen Personen in die medizinische Regelversorgung ein wichtiges Ziel der niederschweligen Gesundheitsversorgung ist. In dieser Abhandlung wird der Begriff „(Re)integration“ verwendet, da er die Bedeutung „Integration“ und „Reintegration“ miteinbezieht. Dies erscheint notwendig, da die Zielgruppe der niederschweligen Gesundheitsversorgung sehr heterogen ist, wodurch einige Personen erstmalig ins Regelsystem des Gesundheitswesens integriert und andere wiederum reintegriert werden sollen.

Auch Trabert betont (vgl. Davíðsdóttir 2003, S.50), dass mit dem Mainzer Modell kein unabhängiges Gesundheitsversorgungssystem für wohnungslose Menschen geschaffen werden soll. Vielmehr soll auf die Problematik der gesundheitlichen Situation und Versorgung wohnungsloser Menschen aufmerksam gemacht werden, damit auch auf politischer Seite ein Bewusstsein für diese Problematik geschaffen wird und Angebote zur Verfügung gestellt werden, die für die betroffenen Personen von Nutzen sind. Das Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2006, §2 Abs.1) formuliert dazu: *„Mobile Dienste haben die Aufgabe, wohnungslose Menschen dort aufzusuchen, wo sie sich aufhalten, Kontakt herzustellen und eine medizinische Erstversorgung zu leisten. Ein wesentlicher Arbeitsauftrag ist darüber hinaus die Vermittlung in medizinische Regelversorgung (Reintegration), wo immer dies möglich ist.“*

Zusätzlich zeigt sich die Notwendigkeit einer (Re)integration darin, dass niederschwellige Ärzte und Ärztinnen im Zuge der Behandlungen immer wieder an ihre Grenzen stoßen. Gründe dafür sind, dass es „auf der Straße“ lebenden Personen oft nicht möglich ist die therapeutischen Empfehlungen umzusetzen (vgl. Flick/Röhnsch 2008, S.263) oder dass bestimmte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nötig wären, die den Ärzten und Ärztinnen der niederschweligen Gesundheitsversorgung nicht zu Verfügung stehen.

Kunstmann (vgl. 2009, S.103) unterscheidet hinsichtlich des Begriffs „(Re)integration“ eine politische und eine fachliche Intention. Politisch betrachtet soll mit der (Re)integration in das reguläre Gesundheitssystem eine zweitklassige Versorgungsebene verhindert werden, da damit das Recht auf eine reguläre medizinische Versorgung untergraben werden könnte und die Sorge besteht, dass betroffene Menschen aufgrund bestehender Sonderdienste immer weiter aus dem Regelsystem heraus gedrängt werden. Fachlich erhofft man sich, dass betroffene Personen wieder Zugang zu der adäquaten und umfassenden medizinischen Versorgung des Regelsystems erhalten, da diese, trotz aller Bemühungen, eine niederschwellige medizinische Versorgung meist nicht bieten kann.

Grundsätzlich erleichtert die Nutzung niederschwelliger Versorgungsangebote die (Re)integration in das bestehende Gesundheitssystem, wäre diese nicht *„(...) durch die gravierenden Einschnitte im Sozialsystem sowie die Entsolidarisierung im Gesundheitssystem mit einer zunehmenden Bürokratisierung und der Einführung von finanziellen Zuzahlungen deutlich erschwert (...)“* (Trabert 2013, S.56)“ worden. Somit kann (Re)integration prinzipiell nur dann erfolgen, wenn alle Patienten und Patientinnen über einen Zugang zum regulären Gesundheitssystem verfügen. Das bedeutet für Österreich, dass alle hier lebenden Personen, seien es österreichische Staatsbürger oder irreguläre Migranten und Migrantinnen, ins Versicherungswesen eingebunden werden müssten und ihnen damit ein uneingeschränkter Zugang zum österreichischen Gesundheitswesen gewährt wird. Da dies nicht der Fall ist (vgl. Kap. 2.3.4) betrifft die Frage „auf welche Art und Weise der Übergang von einer niederschweligen zu einer höherschweligen Gesundheitsversorgung gelingen kann“, solange nicht eine Änderung der Gesetzeslage diskutiert wird, nur Personen, die im Besitz einer Krankenversicherung sind, was etwa die Hälfte der Nutzer und Nutzerinnen niederschwelliger Gesundheitsversorgung ausmacht.

2.4.7.1 Wie kann der Übergang von einer niederschwelligen zu einer höherschwelligen gesundheitlichen Versorgung gelingen?

„Niederschwelligkeit“ bedeutet unter anderem, dass Patienten und Patientinnen, die eine niederschwellige medizinische Versorgung in Anspruch nehmen, mit möglichst geringen Verbindlichkeiten rechnen müssen. Folglich stellt selbst das unverbindliche Anbieten einer höherschwelligen Leistung im Hinblick auf die Niederschwelligkeit des Handelns ein Dilemma dar, denn nach Mayrhofer (vgl. 2012, S.193) ist an jedes Angebot auch eine entsprechende Erwartung geknüpft. Somit ergibt sich die Schwierigkeit Vorschläge so zu übermitteln, dass sie einerseits möglichst keine Erwartungen transportieren und damit unverbindlich bleiben und andererseits aber trotzdem als bestehende Möglichkeit wahrgenommen werden.

Eine zentrale Ressource, die den Übergang zu einer höherschwelligen Einrichtung unterstützt, ist das Vertrauen zur behandelnden Person, das infolge der niederschwelligen gesundheitlichen Versorgung idealerweise aufgebaut werden konnte. Da dieses Vertrauensverhältnis eher personenbezogen als systembezogen ist, bleibt der Übergang zu einer Einrichtung des Regelsystems dennoch ein besonders kritischer Moment, der auch immer die Gefahr eines Kontaktabbruchs mit sich bringt (vgl. ebd., S.198).

Wie schwer der Übergang in ein höherschwelliges Regelsystem zu bewältigen ist, zeigt der Evaluationsbericht über die medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen in Nordrhein-Westfalen (vgl. Kunstmann 2009, S.104f.). Demnach konnten nur insgesamt 12 Patienten und Patientinnen von 4.057, das sind 0,3 Prozent, definitiv in das Regelsystem (re)integriert werden. Einmalige Weitervermittlungen zu medizinischen Diensten der Regelversorgung wurden allerdings vergleichsweise häufig genutzt. So erfolgten etwa 344 Überweisungen (8,5 Prozent) in stationäre Einrichtungen oder in 10 Prozent der Fälle zu niedergelassenen Fachärzten und Fachärztinnen.

Einige Möglichkeiten, wie die Weitervermittlung zu höherschwelligen Einrichtungen dennoch unterstützt und erleichtert werden könnten, wie bildlich gesehen an die zu hoch liegenden Schwellen „Rampen“ gelegt werden können, werden von Mayrhofer (vgl. 2012, S.198f.) dargestellt:

- Patienten und Patientinnen werden direkt an einen persönlichen Ansprechpartner/Ansprechpartnerin in der neuen Einrichtung übermittelt, wodurch das bereits be-

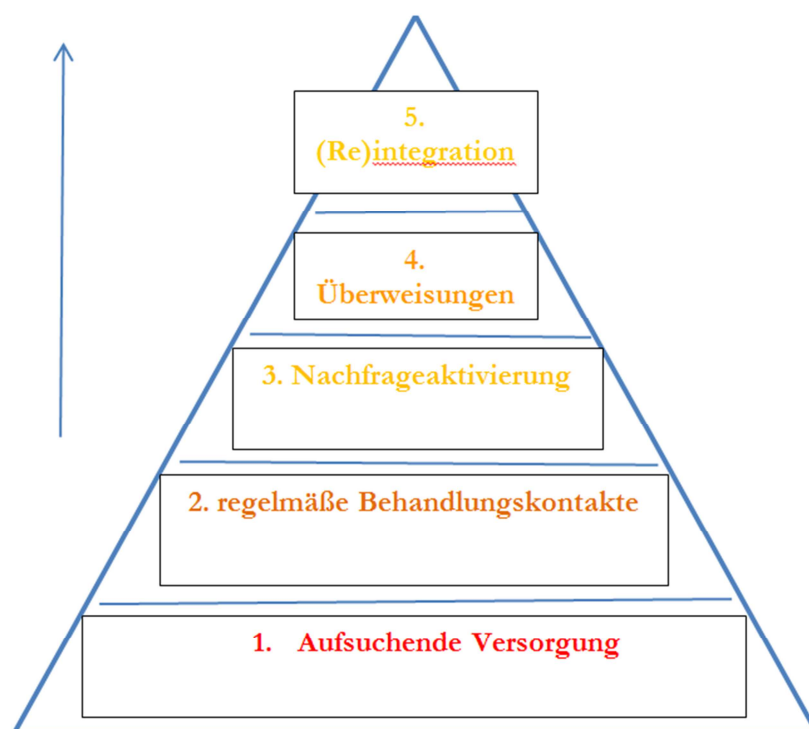
stehende Vertrauen der niederschweligen Einrichtung und deren Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen auf die höherschwellige Einrichtung übertragen werden soll.

- Wird der Patient oder die Patientin zu Einrichtungen des regulären Gesundheitssystems begleitet, können die Regeln des neuen Settings von einer bereits bekannten, vertrauten Person erklärt werden und verlieren dadurch idealerweise an Bedrohlichkeit.
- Wenn der Patient oder die Patientin im Vorhinein mit den Erwartungen, die bei dem Besuch einer Einrichtung des Regelsystems an ihn/sie herangetragen werden, vertraut gemacht wird, können unerwartete Anforderungen, die zu Überforderung führen, reduziert und der Besuch dadurch leichter bewältigt werden.
- Da hohe und rigide Anforderungen in einer höherschwelligen Einrichtung die Interaktion zwischen Einrichtungsmitarbeiter/Einrichtungsmitarbeiterin und Patient/Patientin belasten können, kann der Versuch unternommen werden, diese den systembedingten Vorschriften zuzuschreiben, damit sie nicht persönlich genommen und als Schikane an der eigenen Person interpretiert werden.

Eine wertvolle Rampe zu Einrichtungen des regulären Gesundheitssystems könnte auch die Tatsache sein, dass niederschwellige Gesundheitsversorgung in den meisten Fällen ehrenamtlich von Ärzten und Ärztinnen durchgeführt wird. Viele unter ihnen sind hauptberuflich als niedergelassene Ärzte und Ärztinnen oder in Krankenanstalten tätig. Nachdem die Patienten und Patientinnen einige Ärzte und Ärztinnen über die niederschwellige Behandlung kennengelernt und Vertrauen zu ihnen gefasst haben, dürfte die Hürde, dieselben in ihrer Arztpraxis aufzusuchen, bereits wesentlich geringer sein.

Kunstmann (vgl. 2009, S.105f.) entwickelte ein fünfstufiges Zielmodell der medizinischen Versorgung, allerdings nur für wohnungslose Menschen, das aufeinander aufbauende Teilziele formuliert, die schrittweise, abhängig vom jeweiligen Status der Person, anzustreben sind. Dieses Modell kann exemplarisch für die gesamte Klientel der niederschweligen Gesundheitsversorgung herangezogen werden:

Abbildung 3: Zielmodell der (Re)integration in das reguläre Versorgungssystem



Quelle: vgl. Kunstmann 2009, S.106 (eigene Darstellung)

Wie in Abbildung 3 ersichtlich, steht als erster Schritt die Kontaktaufnahme und Erreichung der betroffenen Zielgruppe mittels der Angebote einer aufsuchenden niederschweligen Gesundheitsversorgung im Vordergrund. Durch die regelmäßige Präsenz und Ansprache der Hilfsangebote kommt es im zweiten Schritt zu einer Verstetigung der Behandlungskontakte, die nun im dritten Schritt dazu führen soll, dass es zu einem Wechsel vom Anbieten der Behandlungen hin zum Nachfragen nach Behandlungen durch die betroffenen Personen selbst kommt. Im vierten Schritt werden erste punktuelle Überweisungen an weiterbehandelnde Fachärzte und Fachärztinnen durchgeführt, die schließlich idealerweise in der (Re)integration der betroffenen Personen im regulären Gesundheitssystem mündet (vgl. ebd., S.105f.).

Anhand dieses Modells kann erahnt werden, wie wichtig das Angebot einer niederschweligen Gesundheitsversorgung auch für die (Re)integration betroffener Personen in das österreichische Gesundheitswesen ist.

II. EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG

„Niederschwelliger Zugang heißt für mich, dass jeder kommen kann, dass nicht unbedingt eine Vorbereitung notwendig ist, dass eben keine Versicherung notwendig ist, dass keine E-Card notwendig ist, keine Überweisung, kein Krankenschein, dass die Leute von der Straße weg kommen können, dass sie sich nicht vorbereiten müssen, dass sie nicht einen Termin ausmachen müssen, dass es wurscht ist, wie sie drauf sind“ (I, 3).

3 Forschungsziele

Nachdem im theoretischen Teil dieser Arbeit auf die soziale Ungleichheit und ihre Wirkung auf die Gesundheit eingegangen, die Leistungen und Barrieren des österreichischen Gesundheitswesens aufgezeigt und schließlich der Aspekt der Niederschwelligkeit in der Gesundheitsversorgung herausgearbeitet wurde, soll der empirische Teil dieser Arbeit anhand eines Beispiels Auskunft geben, wie niederschwellige Gesundheitsversorgung in der Praxis funktionieren kann.

Um ein möglichst umfassendes und perspektivenreiches Bild der niederschweligen Gesundheitsversorgung zu erhalten, wurden zwei Forschungsziele formuliert:

- 1 Das erste Ziel umfasst die Darstellung und die Beschreibung einer Einrichtung, in welcher niederschwellige Gesundheitsversorgung angeboten wird.
- 2 Das zweite Ziel bezieht sich auf die Dimensionen und Qualitätskriterien (vgl. Kap. 2.4.3), durch die eine niederschwellige Gesundheitsversorgung charakterisiert werden kann. Diese sollen in Bezug auf deren Durchführbarkeit in der Praxis näher erörtert werden.

Als niederschwellig arbeitende Gesundheitseinrichtung wurde das Ambulatorium Caritas Marienambulanz in Graz ausgewählt, das seit 1999 jenen Menschen eine medizinische Erst- und Grundversorgung anbietet, die keine Krankenversicherung haben, keine österreichische Aufenthaltsberechtigung besitzen oder aber versichert sind und aus verschiedenen Gründen, wie Alkohol und Drogenabhängigkeit, dem Wunsch nach Anonymität, schlechten Erfahrungen, fehlendem Wissen, sprachlichen Barrieren und sozialer Ungleichheit die Schwelle in das öffentliche Gesundheitswesen nicht überwinden können (vgl. Caritas Graz-Seckau 2013, o.S.).

4 Forschungsdesign

Zur Beantwortung der eben genannten Ziele wurde eine Methodentriangulation gewählt. Der Begriff „Triangulation“ umfasst nach Flick (2011, S.12), dass ein Forschungsgegenstand von zwei oder mehr Perspektiven betrachtet wird, wodurch Erkenntnisse auf unterschiedlichen Ebenen gewonnen werden. Um die Perspektiven einnehmen zu können, ist die Verwendung verschiedener Methoden und/oder unterschiedlich gewählter theoretischer Zugängen notwendig.

„Triangulation beinhaltet die Einnahme unterschiedlicher Perspektiven auf einem untersuchten Gegenstand oder allgemeiner: bei der Beantwortung von Forschungsfragen. Diese Perspektiven können sich in unterschiedlichen Methoden, die angewandt werden, und/oder unterschiedlichen gewählten theoretischen Zugängen konkretisieren, wobei beides wiederum mit einander in Zusammenhang steht bzw. verknüpft werden sollte. Weiterhin bezieht sie sich auf die Kombination unterschiedlicher Datensorten jeweils vor dem Hintergrund der auf die Daten jeweils eingenommenen theoretischen Perspektiven. Diese Perspektiven sollten so weit als möglich gleichberechtigt und gleichermaßen konsequent behandelt und umgesetzt werden. Durch die Triangulation (etwa verschiedener Methoden oder verschiedener Datensorten) sollte ein prinzipieller Erkenntniszuwachs möglich sein, dass also bspw. Erkenntnisse auf unterschiedlichen Ebenen gewonnen werden, die weiter reichen, als es mit einem Zugang möglich wäre“ (ebd).

Eine Triangulation unterschiedlicher Methoden sei nach Flick (2011, S.49) dann aufschlussreich, wenn aufgrund gewonnener sich ergänzender Ergebnisse ein umfassenderes und auch vollständigeres Bild des untersuchten Gegenstandes entsteht.

In dieser Erhebung setzt sich die Triangulation aus einer Dokumentenanalyse, einem problemzentrierten Experten-/Expertinneninterview sowie einer teilnehmenden Beobachtung zusammen. In der folgenden Beschreibung des Forschungsdesigns wird nun näher auf die Datenerhebung mittels Erhebungsinstrumente, die jeweilige Datenaufbereitung und das Auswertungsverfahren der Ergebnisse eingegangen.

4.1 Dokumentenanalyse

Da seit dem Jahr 2005 jährlich ein Jahresbericht erscheint, der in unterschiedlicher Ausprägung Informationen bezüglich des Ambulatoriums Caritas Marienambulanz sowie Daten und Statistiken enthält, war es naheliegend auf diesen Informationspool zurückzugreifen. Zu diesem Zweck bot sich das Erhebungsdesign der Dokumentenanalyse an. Lamnek (2010, S.456)

beschreibt diese, wie folgt: *„Mit der Dokumentenanalyse werden Schriftstücke, wie Akten, Formulare usw., mit einem festen standardisierten Kategorienschema untersucht. Die mit den Erhebungsarbeiten betrauten Personen suchen in jedem einzelnen Dokument nach Ausprägungen vordefinierter Variablen“*. Mayring (vgl. 2002, S.47) führt in Anlehnung an Ballstaedt (1987) weiter aus, dass die Materialvielfalt, die zur Analyse gewählt werden kann, sehr weitreichend sei, was den großen Vorteil der Dokumentenanalyse ausmache. Auch eigne sich diese Methode besonders, wenn es sich um das Erfassen von zurückliegenden Ereignissen handle, wie dies bei der Darstellung und Beschreibung des Ambulatoriums Caritas Marienambulanz der Fall ist. Die Durchführung und Auswertung der Dokumentenanalyse fand in Anlehnung an Mayring (2010) statt.

4.1.1 Durchführung und Aufbereitung

Als Ausgangsmaterial wurden die Jahresberichte von 2005 bis 2012 herangezogen, die sich jeweils der Beschreibung der Einrichtung, Darstellungen der Leistungen und Projekte, jährlichen Besonderheiten und aktuellen Zahlen und Statistiken widmeten. Leider wurden in den ersten Jahren des Bestehens der Marienambulanz noch keine Jahresberichte herausgegeben, weshalb sich die Ergebnisse der Analyse nur auf die zurückliegenden acht Jahre beziehen. Nach einem ersten überblicksmäßigen Vergleich der Berichte, die, trotz ihrer Unterschiedlichkeit hinsichtlich des Layouts, vergleichbare Informationen enthielten wurde ein Kategoriensystem erarbeitet. Dieses orientierte sich an dem Ziel ein möglichst umfassendes Bild von den Grundsätzen, den Leistungen und den Gegebenheiten des Ambulatoriums Marienambulanz aufzuzeigen, um einen Eindruck zu bekommen, wie niederschwellige medizinische Betreuung funktionieren kann. Die Kategorien bezogen sich auf das Leitbild und die Ziele der Einrichtung, auf die Nutzer und Nutzerinnen (Alter, Geschlecht, Nationalität, Versicherungsstatus) und auf die Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen, sowie die verschiedenen Ordinationen und die aufsuchenden medizinischen Leistungen mit den Unterkategorien Beschreibung, Inhalte, Frequenz, Kooperationen und Öffnungszeiten.

Nun wurden die Jahresberichte entsprechend der jeweiligen Kategorie genau durchgesehen und die gewünschten Informationen aber auch Veränderungen im Vergleich zu anderen Jahresberichten in einer Excel-Tabelle vermerkt und ins MaxQDA eingefügt, wodurch elf Dokumentenprotokolle (D1–D11) entstanden. Dadurch konnte ein guter Überblick geschaffen und die für diese Arbeit relevanten Informationen, Daten und Auffälligkeiten herausgefiltert

werden. In vielen Fällen blieben die Informationen bezüglich der Kategorien vergleichbar. Änderungen gab es mitunter in den Formulierungen. So wurden die Inhalte der Ordinationen beispielsweise in ausformulierter oder aufgelisteter Form angeführt. Häufig waren Ergänzungen zu beobachten.

Bei der Auswertung und Verschriftlichung der Ergebnisse wurde der Fokus auf die Zusammenfassung des Materials gelegt. Mayring (2010, S.65) schreibt dazu: *„Ziel der Analyse ist es, das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist“*. Vor allem die Jahresberichte 2009 bis 2011 lieferten in vielen Fällen eine übersichtliche Darstellung der einzelnen Kategorien, deren Informationen bereits in den vorangehenden Jahresberichten angeführt wurden, weshalb sie, auch aufgrund ihrer Aktualität, häufig zitiert wurden. Aufgrund der erhaltenen Informationen, gelang eine grundlegende Beschreibung und Darstellung der Einrichtung.

4.2 Das problemzentrierte Experten- und Expertinneninterview

Mit dem problemzentrierten Experten- und Expertinneninterview wurde der Blick auf die fachliche Perspektive des Forschungsgegenstandes gelenkt.

Das problemzentrierte Experten- und Expertinneninterview findet in der empirischen Sozialforschung häufig Anwendung und wird sowohl als eigenständiges Verfahren als auch im Zusammenhang einer Methodentriangulation eingesetzt (vgl. Meuser/Nagel 2009, S.465). Das Anwendungsgebiet eignet sich vor allem dort, wo einerseits schon einiges über den Gegenstand bekannt ist und andererseits eine spezifische Fragestellung im Fokus des Interesses steht (vgl. Mayring 2002, S.70).

Welche Person für ein Experten- und Expertinneninterview ausgewählt wird, ist abhängig vom jeweiligen Forschungsinteresse. Meuser und Nagel (2009, S.470) verstehen unter einem Experten/einer Expertin eine Person, die *„(...) in irgendeiner Weise Verantwortung trägt für den Entwurf, die Ausarbeitung, die Implementierung und/oder die Kontrolle einer Problemlösung und damit über einen privilegierten Zugang zu Informationen über Personengruppen, Soziallagen, Entscheidungsprozesse, Politikfelder usw. verfügt“*.

Mit dem Einsatz eines Interviewleitfadens wird eine bessere Vergleichbarkeit der gewonnenen Daten ermöglicht. Er stellt das Gerüst des Interviews dar, das die zentralen Aspekte des anvi-

sierten Problems beinhaltet. Mit dieser Orientierungshilfe wird die Übersichtlichkeit während des Gesprächsverlaufs unterstützt, wobei es dem Interviewer/der Interviewerin offen steht in welcher Reihenfolge die Fragen gestellt werden (vgl. Mayer 2013, S.37; vgl. Mayring 2002, S.67).

4.2.1 Durchführung und Aufbereitung

In Anbetracht des Forschungsinteresses dieser Arbeit, wurde das problemzentrierte Experten-/Expertinneninterview mit der ehemaligen organisatorischen Leitung der Marienambulanz geführt, die bereits von Beginn an am Aufbau und später an der Entwicklung der Ambulanz mitwirkte.

Die Kontaktaufnahme erfolgte telefonisch und die Terminvereinbarung unkompliziert. Das 60 Minuten lange Interview orientierte sich an dem im Vorfeld erstellten Interviewleitfaden und wurde digital aufgezeichnet. Der Fokus der Fragen wurde dabei auf die Kriterien niederschwelliger Gesundheitsversorgung, welche im bereits im theoretischen Teil herausgearbeitet wurden (vgl. Kap. 2.4.3), gelegt. Entsprechend diesen wurde der Interviewleitfaden, neben einer Einstiegs- und einer Abschlussfrage, in vier Abschnitte gegliedert: der räumlichen Dimension, der zeitlichen Dimension, der inhaltlichen Dimension und der sozialen Dimension. Erfragt wurden nun die einzelnen Kriterien, die den verschiedenen Dimensionen zugeordnet wurden, wie im Anbetracht der zeitlichen Dimension Öffnungszeiten, Terminvereinbarungen und Wartezeiten. Der Interviewleitfaden stellte sich als äußerst hilfreich in Bezug auf die Übersichtlichkeit der Fragen während des Interviews dar. Da die Reihenfolge der Themengebiete dem Gespräch angepasst wurde und deshalb nicht entsprechend dem Interviewleitfaden stattfand, konnte mittels Ankreuzen der gestellten Fragen bzw. einer abschließenden Kontrolle sichergestellt werden, dass alle Themengebiete behandelt wurden.

Nach der Transkription des Interviews wurden das Interview ins MaxQDA übernommen und die einzelnen Datensätze dem Codesystem, das sich ebenfalls auf die Kriterien niederschwelliger Gesundheitsversorgung bezog, zugeordnet.

4.1 Teilnehmende Beobachtung

Mit der teilnehmenden Beobachtung wurde die Perspektive der Erhebung auf das Alltagsleben, der alltäglichen Praxis, in der Marienambulanz gelenkt. *„Das maßgebliche Kennzeichen der teilnehmenden Beobachtung ist der Einsatz in der natürlichen Lebenswelt der Untersuchungspersonen“* (Lamnek 2010, S.499). Es handelt sich dabei um eine grundlegende sozialwissenschaftliche Methode, die häufig in Kombination mit anderen Forschungsmethoden, wie in diesem Fall mit der Dokumentenanalyse und dem Expertinneninterview, angewendet wird. Die (teilnehmende) Beobachtung erlaubt es Forscher und Forscherinnen die ihn interessierenden Personen, Gruppen und Verhaltensweisen wissenschaftlich abgesichert in deren Lebenswelt zu verstehen (vgl. ebd., S.502). Im Unterschied zur Alltagsbeobachtung, die meist beliebig stattfindet, folgt die systematische oder wissenschaftliche Beobachtung einem genauen Beobachtungsplan. Dieser gibt vor, was zu beobachten ist und was unwesentlich ist, ob bzw. in welcher Weise das Beobachtete gedeutet werden darf, wo und wann die Beobachtung durchgeführt wird und schließlich wie das Beobachtete protokolliert wird (vgl. Bortz/Döring 2006, S.263). Dabei ist zu beachten, dass die Beobachtung lokalen Begrenzungen (es wird nur der Raum erreicht, der durch das menschliche Ohr und Auge erfasst wird) und zeitlichen Begrenzungen (es kann immer nur ein Ausschnitt aus dem gesamten sozialen Geschehen erfasst werden) unterliegt (vgl. Lamnek 2010, S.503f.).

Im Vorfeld haben die Forscher und Forscherinnen zwischen einer offenen Beobachtung, wo sie ausdrücklich als Beobachter und Beobachterinnen auftreten, und einer verdeckten Beobachtung, wo sie sich nicht zu erkennen geben, zu wählen. Außerdem ist die Entscheidung zu treffen, ob es sich um eine teilnehmende oder nicht teilnehmende Beobachtung (der Forscher/die Forscherin begibt sich oder begibt sich nicht in das soziale Feld) handeln soll und ob sie standardisiert, mittels festgelegten Beobachtungskategorien, oder nicht standardisiert ablaufen soll.

„Die strukturierte oder standardisierte Beobachtung arbeitet mit einem vorab festgelegten theoretischen Beobachtungsschema und fixierten Beobachtungskriterien, die als Raster auf das beobachtbare Verhalten angelegt werden. Die unstrukturierte Beobachtung ist hingegen offen für die Verhältnisse und deren Entwicklungen im sozialen Feld“ (Lamnek 2010, S.514).

Bortz und Döring (vgl. 2006, S.270) thematisieren außerdem die halbstandardisierte Beobachtung, die offene Kategorien oder Fragen enthält, die angeben, worauf während der Beobachtung geachtet werden soll.

4.1.1 Durchführung und Aufbereitung

In der vorliegenden Erhebung wurde die Form einer offenen, teilnehmenden und halbstandardisierten Beobachtung gewählt. Als erster Schritt wurde dazu ein Beobachtungsraster erstellt, der die forschungsrelevanten Kategorien umfasste. Dieser orientierte sich, wie auch schon das Experten-/Expertinneninterview, an den Kriterien niederschwelliger Gesundheitsversorgung, die bereits im Theorieteil (vgl. Kap. 2.4.3) ausgearbeitet wurden. Die beobachteten Ereignisse wurden den entsprechenden Kategorien zugeordnet.

Zusätzlich wurden das Datum, die Zeit, die Dauer, der Ort sowie die anwesende Personen notiert.

Die Tage, an welchen die Erhebung stattfinden sollte, wurden im Vorhinein mit der organisatorischen Leitung der Marienambulanz abgesprochen und ausgewählt. Insgesamt wurden an vier Beobachtungstagen zwölf Beobachtungsprotokolle, B1 bis B12 erstellt. Das Beobachtungsfeld umfasste den Anmeldungsraum (B2, B3, B6), die Ordinationen Nr. 1 und Nr. 2 (B1, B4, B5, B7, B8, B9), wobei darauf geachtet wurde, dass möglichst unterschiedliche Ärzte und Ärztinnen begleitet wurden, die in der Allgemeinmedizinischen Ordination, der Sozialpsychiatrischen Ordination und der Frauensprechstunde ordinierten sowie die Rollende Ambulanz (B10, B11, B12), die Patienten und Patientinnen im Ressidorf, Vinziness, Augartenpark, Jakominiplatz und Hauptbahnhof behandelte.

Bei dieser Erhebung wurde die Form der Ereignisstichprobe gewählt, da diese Form im Gegensatz zur Zeitstichprobe darauf verzichtet die beobachteten Ereignisse zeitlich strukturiert zu protokollieren, sondern vielmehr feststellt, ob bzw. wie oft die beobachteten Ereignisse auftreten (vgl. Bortz/Döring 2006, S.270). Die Beobachtungseinheiten orientierten sich damit an den Ereignissen, in diesem Fall hauptsächlich den Patienten- und Patientinnenkontakten. *„Die Beobachtungseinheiten sind nicht schematisch standardisiert und fixiert. Stattdessen entwickeln sie sich flexibel und modifizierbar aus dem Beobachtungsprozess im Feld“* (Lamnek 2010, S.537). Wenn der letzte Patient oder die letzte Patientin die Ordination verlassen hatte, wurde auch die Beobachtung abgeschlossen. Die gesamte Beobachtung umfasst 17 Stunden und 16 Minuten.

Das Protokollieren der Beobachtungsergebnisse erfolgte unmittelbar nach der durchgeführten Beobachtung, da die Zeitspanne zwischen Beobachtung und Aufzeichnung möglichst kurz sein sollte. Während der Beobachtung wurden als Gedächtnisstütze Notizen gemacht. Es wurden jene Phänomene notiert, die zu einer Erweiterung des Erkenntnisinteresses führen (vgl. ebd., S.562ff.).

Wie bereits die Transkription des Interviews, wurden auch die Beobachtungsprotokolle ins MaxQDA übernommen und die einzelnen Datensätze dem Codesystem zugeordnet.

5 AUSWERTUNG DER ERGEBNISSE

Die Auswertung der erhobenen Datensätze gliedert sich, den Forschungszielen entsprechend, in zwei große Schwerpunkte auf:

Im ersten Teil der empirischen Auseinandersetzung wird das Ambulatorium Graz Marienambulanz portraitiert und grundlegende Informationen übermittelt, wie in diesem Fall niederschwellige Gesundheitsversorgung in der Praxis funktioniert.

Im zweiten Teil wird auf die Dimensionen und Qualitätskriterien, die eine niederschwellige Gesundheitsversorgung charakterisieren können, eingegangen und diese in Bezug auf deren Durchführbarkeit in der Praxis näher erörtert werden.

5.1 Beschreibung des Ambulatoriums Caritas Marienambulanz

5.1.1 Entstehung und Entwicklung

Das Ambulatorium Caritas Marienambulanz, das der Einfachheit halber in Folge auch nur „Marienambulanz“ genannt werden wird, versteht sich als niederschwellige Gesundheitseinrichtung für Menschen, die Schwierigkeiten haben Zugang zum bestehenden Gesundheitssystem zu finden (vgl. Anderwald/Bruckner/Sprenger 2009, S.226).

Um einen Eindruck von der Entstehung und Entwicklung der Marienambulanz über die 14 Jahre ihres Bestehens zu bekommen, wird einleitend ein Blick auf den historischen Aspekt der Marienambulanz gelenkt. Da dieser Aspekt in der Literatur nur in geringem Ausmaß behandelt wurde, bezieht sich der folgende kurze Überblick auf das Buch „Gesundheit hat Bleiberecht“ von Rásky (Hrsg.), wo die Autoren Anderwald, Bruckner und Sprenger (vgl. 2009) auf die Geschichte der Marienambulanz ausführlich eingehen.

Die Wurzeln der Marienambulanz wurden im November 1996 gelegt, als der damals schon pensionierter Allgemeinmediziner Franz Schwarz Besuchern und Besucherinnen des Caritas Marienstüberl⁹ eine regelmäßige und kostenlose medizinische Betreuung zukommen ließ. Parallel dazu behandelte eine Kollegin von ihm in ihrer Praxis Menschen, die keine Krankenversicherung vorweisen konnten. Mit der großen Anzahl an Flüchtlingen aus dem Kosovo, Ende der 1990er Jahre, der Zunahme von Asylwerber und Asylwerberinnen aus Afrika und der beträchtlichen Summe nichtversicherter Österreicher und Österreicherinnen, stieg der Bedarf an einer niederschwelligen medizinischen Versorgung stetig.

Die Konsequenz daraus mündete in der Eröffnung der Marienambulanz, einer damals 44m² großen Ordination in den Räumlichkeiten der Barmherzigen Schwestern (Mariengasse 12) mit der Caritas Diözese Graz-Seckau als Trägerin. Eine psychiatrische Krankenschwester, die über vier Jahre lang die einzige hauptamtliche Mitarbeiterin bleiben wird, organisierte den Umbau und die Einrichtung und bald konnten erste Kooperationen mit Fachärzten und Fachärztinnen eingegangen werden. Diese behandelten und behandeln nichtversicherte Patienten und Patientinnen aus der Marienambulanz auf ehrenamtlicher Basis. Rechtlich wurde die Marienambulanz in den ersten Jahren als Zweitordination der/des jeweiligen ärztlichen Leiters/Leiterin geführt und, aufgrund des großen Bedarfs, auch nach der sechsmonatigen Bedarfsermittlungsphase von der Ärztekammer, dem Gesundheitsamt Graz und vom Land Steiermark geduldet.

Da diese Organisationsform der Marienambulanz aber immer wieder an ihre Grenzen stieß und auch die Ärztekammer auf eine rasche Änderung des „Duldungsstadiums“ drängte, wurde an der Idee gebastelt, die Marienambulanz als Ambulatorium zu führen. Um dies realisieren zu können, war eine Änderung der Raumsituation notwendig. Entsprechende Räumlichkeiten wurden schließlich von der Caritas Graz-Seckau im Sozialzentrum der Keplerstraße 82 zur Verfügung gestellt. Im November 2005 lag die Betriebsbewilligung für das Ambulatorium Caritas Marienambulanz vor und mit Jänner 2006 wurde die Marienambulanz gemäß dem Steiermärkischen Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) als Ambulatorium anerkannt. Zeitgleich konnte ein Leistungsvertrag mit der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse vereinbart werden, sodass Leistungen, die versicherte Personen konsumieren, mit einem jährlichen Pauschalbetrag beglichen wurden.

⁹ Das Caritas Marienstüberl versteht sich als Mittagstisch und Begegnungsstätte für Menschen, die am Rande der Gesellschaft leben (vgl. Caritas Graz-Seckau 2013a, o.S.).

Eine weitere Finanzierungsmöglichkeit ergab sich außerdem durch den Steirischen Gesundheitsfond. Nach intensiven Vorbereitungen wurde im Mai 2007 von der Gesundheitsplattform Steiermark beschlossen, dass der Marienambulanz Mittel, die für Krankenhaus entlastende Maßnahmen zur Verfügung stünden, bewilligt werden. Mit diesem Geld konnte schließlich ein Kernteam (ärztliche Leitung, Vertretung, organisatorische Leitung und medizinische Assistenz) finanziert werden.

Die Angebote der Marienambulanz wuchsen stetig. Seit Oktober 2001 werden Patienten und Patientinnen, die selbst Schwierigkeiten haben die Marienambulanz zu erreichen, einmal wöchentlich an ausgewählten Orten in Graz von der „Rollenden Ambulanz“ aufgesucht und medizinisch betreut. Ausschlaggebend dafür war die übel riechende Hauterkrankung einer jungen gehörlosen Frau, die aus Scham selbst die Marienambulanz nicht aufsuchen wollte. Zusätzlich werden seit 2002 und 2003 sozialpsychiatrisch aufsuchende Leistungen, eine sozialpsychiatrische Ordination, eine Diabetessprechstunde, eine aufsuchende medizinische Betreuung in den Bereichen Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich und seit 2005 eine Hypertonieordination angeboten. Seit 2007 gibt es auch eine Frauensprechstunde, die Schulungen und frauenspezifischen Beratungen zu Schwangerschaft sowie medizinischen Problemstellungen und Verhütung thematisiert.

Im Juni 2013 siedelte das gesamte Sozialzentrum, also auch die Marienambulanz, in die Mariengasse 24. Die neuen Räumlichkeiten sind um einiges größer und neu renoviert, wovon hoffentlich die Patienten und Patientinnen, aber auch alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen profitieren werden.

5.1.2 Leitbild und Ziele

Die Analyse der Jahresberichte der Marienambulanz zeigt, dass sich das Leitbild der Einrichtung seit seiner ersten Formulierung im Jahresbericht von 2007 nur bedingt geändert hat. Es lautet:

„Ziel der Marienambulanz ist es, für Menschen ohne Versicherung sowie für Versicherte, die die Schwelle in das bestehende Gesundheitssystem nicht überwinden können, eine unbürokratische und rasche medizinische Erst- und Grundversorgung zu gewährleisten“ (D1, 6).

In den Jahren von 2008 bis 2011 wurde außerdem hinzugefügt:

„Die Schwelle zu medizinischer Hilfe wird minimiert, um die Zielgruppen rascher zu erreichen, Erkrankungen zu erkennen und den PatientInnen damit Leiden zu ersparen, sowie spätere kostenpflichtige Behandlungen zu vermeiden. Es geht um die Form der Prophylaxe im Gesundheitsbereich für eine PatientInnen-Randgruppe. Um Früherkennung von Krankheit bei Personen, die sonst eher keine Praxis aufsuchen“ (D1, 7).

Das Ziel und die Inhalte der Arbeit wurden kontinuierlich über die Jahre ergänzt und konkretisiert. Während in den Jahresberichten von 2005 und 2006 bereits erste Ziele und Inhalte angeführt wurden, wurden diese im Jahresbericht 2007 weiter ausgeführt und blieben dann, abgesehen von Änderungen in der Formulierung, bis heute vergleichbar. Im Jahresbericht 2012 wurden die Inhalte nicht mehr mittels Aufzählungspunkten aufgelistet, sondern minimal verändert zu einem Text ausformuliert. Im Folgenden wird die Auflistung der Ziele und Inhalte aus den Jahresberichten 2008, 2009, 2010 und 2011 (D1, 10) angeführt:

- *Beachtung kultureller Aspekte und eines ganzheitlichen biopsychosozialen Behandlungsansatzes*
- *Vorbeugung und Früherkennung von Krankheiten*
- *Information und Aufzeigen von psychosozialen Komponenten in der Krankheitsentstehung für Randgruppen*
- *Aufmerksamkeit auf Vorsorge, Therapie und Nachsorge*
- *Entwicklung von Standards für medizinische Versorgung in der Muttersprache unter Einbeziehung der kulturellen Hintergründe*
- *Bildung eines Gesundheitsbewusstseins in der Zielgruppe durch*
 - *Förderung von Ressourcen*
 - *Gesundheitsinformation*
 - *Beseitigung von Ängsten*
 - *Bewusstmachung von Risiken*
- *Integrierte Schulungen von fremdsprachigen PatientInnen in der Muttersprache*
- *Psychosoziale Begleitung und vertrauensbildende Maßnahmen*
- *Soziale Reintegration und Integration in das bestehende Gesundheitssystem*
- *Vernetzung mit anderen niederschwelligen medizinischen Einrichtungen*
- *Abstimmung der Aktivitäten mit Stakeholdern, dadurch bedarfsgerechtere, qualitativ hochwertigere, effektivere, effizientere, und vor allem gerechtere Gesundheitsversorgung für die Zielgruppe*
- *Gewährleistung der allgemein-medizinischen und sozial-psychiatrischen nachgehenden Versorgung für Menschen, für die sogar die Schwelle in die Marienambulanz noch immer zu hoch ist*

5.1.3 Welche Leistungen bietet die Marienambulanz an?

Die Leistungen der Marienambulanz setzen sich, wie bereits kurz erwähnt, aus Ordinationen, die in den Räumlichkeiten der Marienambulanz angeboten werden, sowie einer aufsuchenden, nachgehenden medizinischen Betreuung und Beratung und Schulungen zusammen.

5.1.3.1 Ordinationen

5.1.3.1.1 Allgemeinmedizinische Ordination

Die allgemeinmedizinische Ordination bildet das Kernstück der Marienambulanz und wird seit dem Bestehen der Einrichtung angeboten. Eine besondere Herausforderung stellt die Auseinandersetzung mit den häufig schwierigen Lebensumständen der Patienten und Patientinnen, ihrer kulturellen Andersartigkeit und den verschiedenen Sprachkompetenzen dar. Die Inhalte der allgemeinmedizinischen Ordination sind sehr vielfältig.

In den Jahresberichten 2008 bis 2011 (D2, 6) werden sie wie folgt angeführt:

- *Abklärung des Status und der Versicherungsfrage*
- *Muttersprachliche Behandlung unter Beiziehung von Dolmetsch*
- *Aufklärung über Ablauf der medizinischen Betreuung und Wartezeit*
- *Organisation von notwendigen Leistungen für Nichtversicherte*
- *Interventionen für Versicherungsmöglichkeiten*
- *Im Bedarfsfall Organisation von Schlafplätzen*
- *Kurzanamnese, Befunde einholen*
- *Check von Blutzucker, Blutdruck, Temperatur und Harn*
- *Blutabnahme bei Bedarf*
- *Versorgung und Wundversorgung nach den neuesten Standards*
- *Umfassende Schmerzbehandlung (Reizstrom, medikamentös, psychologisch)*
- *EKG¹⁰, Blutzuckermessungen, 24-Stunden-Blutdruckmessung, Spirometrie¹¹*
- *Labordiagnostik, Diagnostik, Verordnungen und Ordnungspläne*
- *Behandlung mit Medikamenten, Schulungen und Aufklärung mit Umgang damit*

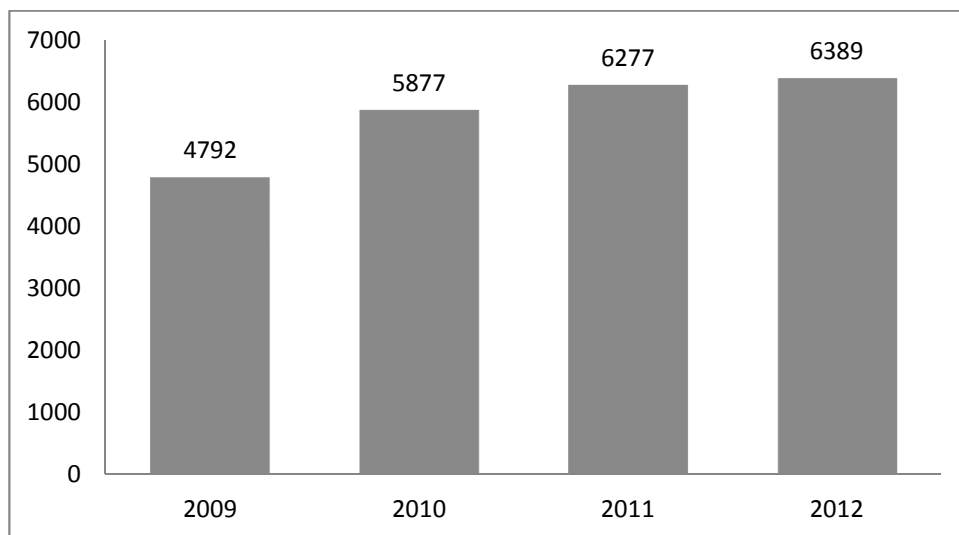
¹⁰ Elektrokardiogramm – apparative Aufzeichnung der elektrischen Aktivität des Herzens (vgl. Heinroth/Werdan 2004, S.571).

¹¹ Messung der Lungenvolumina und Ventilationsgrößen (vgl. Reuter 2004, S.2006).

- Ausführliche Gespräche und psychologische Begleitung
- Mutter-Kindpassuntersuchungen
- Gesundenuntersuchung zur Früherkennung und Vorbeugung von Krankheiten
- TBC¹², HIV- oder auch Hepatitis-Untersuchungen
- Impfungen
- Integrierte PatientInnenschulungen
- Diagnostik und Therapieeinleitung von Tropenkrankheiten
- Informationsveranstaltungen im Bereich Ernährung, Hygiene, Infektionskrankheiten
- Dokumentation, Koordinationsarbeit bei Überweisungen

Seit 2006 werden die Öffnungszeiten der allgemeinmedizinischen Ordination mit Montag bis Freitag von 12 bis 14 Uhr angegeben. Diese Zeiten dürften auch schon in den vorangehenden Jahren gegolten haben. Kooperationen bestehen zu niedergelassenen Fachärzten und Fachärztinnen sowie zu Krankenhäusern und medizinischen Institutionen. Die allgemeinmedizinische Ordination wird täglich von etwa 20 bis 30 Patienten und Patientinnen aufgesucht, deren Durchschnittsalter bei 32 Jahre liegt. Hinsichtlich der Kontakte, die in den Jahren 2005 bis 2012 stattgefunden haben, wurde erst seit 2009 zwischen den einzelnen Ordinationen unterschieden. Es zeigt sich eine deutliche Zunahme über die Jahre, wie in Abbildung 4 dargestellt.

Abbildung 4: Anzahl der Kontakte der allgemeinmedizinischen Ordination



Quelle: Jahresberichte Ambulatorium Caritas Marienambulanz 2009 – 2012 (eigene Darstellung)

¹² Tuberkulose

5.1.3.1.2 Sozialpsychiatrische Ordination

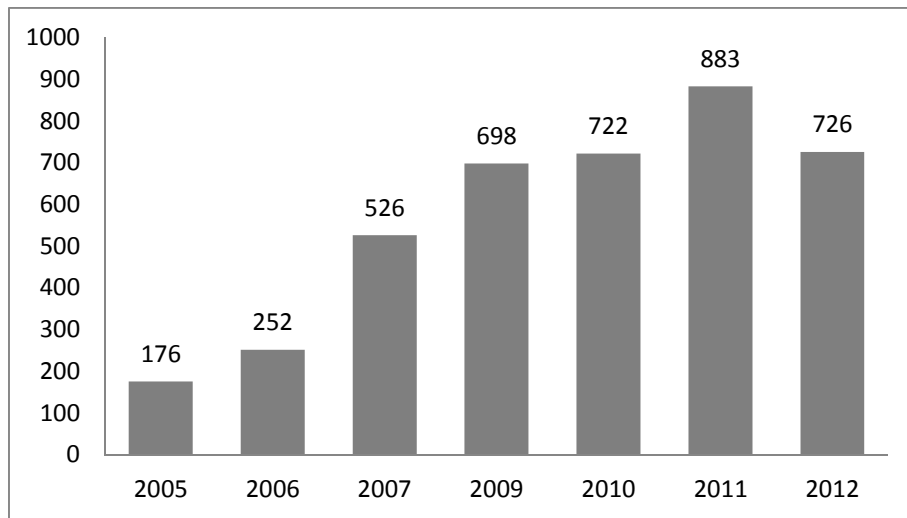
Zusätzlich wird seit 2003 eine sozialpsychiatrische Ordination angeboten. Ihr Angebot richtet sich an Menschen, welche aufgrund schwerer Traumatisierungen und/oder anderen belastenden Einwirkungen an psychischen Problemen und Erkrankungen leiden. Besonders berücksichtigt werden dabei die psychologischen und psychosomatischen Ursachen, die zur Entstehung der Erkrankung beitrugen, sowie die Stigmatisierung durch die Erkrankung, die je nach Herkunft und Kultur der Patienten und Patientinnen unterschiedlich zu betrachten ist. Da der aktuell behandelnde Arzt fünf Sprachen spricht, gelingt es, vielen Patienten und Patientinnen in ihrer Muttersprache zu begegnen. Die Inhalte der sozialpsychiatrischen Ordination wurden über die Jahre ergänzt und seit 2008 (D3, 6) wie folgt dargestellt:

- *Krisenintervention, verbale Intervention*
- *Anamnese, Familienanamnese*
- *Medikamentöse Therapie*
- *Psychosoziale Maßnahmen*
- *Kontrolle und Begleitung*
- *Miteinbezug der Lebenssituation und Vermittlung von Psychotherapie*
- *Das Prinzip der Normalisierung ist ein wichtiger Teil des psychiatrischen Gespräches*
- *Behandlung in den Sprachen Russisch, Englisch, Französisch, Albanisch und Kroatisch durch multiprofessionellen Facharzt und Dolmetsch*

Seit 2005 wurden die Öffnungszeiten der sozialpsychiatrischen Ordination immer weiter ausgedehnt. Während in den Jahren 2005/2006 jeden Donnerstag von 11:15 bis 13:15 und 2007 von 9:00 bis 12:00 und von 12:30 bis 15:30 ordiniert wurde, ist die sozialpsychiatrische Ordination seit 2008 donnerstags von 9:00 bis 16:00 durchgehend geöffnet. Es werden die Kooperationen zur Landesnervenklinik Sigmund Freud, zu psychosozialen Beratungszentren, Bundesasylämter, dem Flüchtlingsbüro des Landes Steiermark und dem Verein Omega sowie anderen NGOs genannt.

Auch in der sozialpsychiatrischen Ordination kann eine Zunahme der Behandlungskontakte festgestellt werden, (siehe Abbildung 5) die nur im Jahr 2012 auf das Niveau von 2011 zurückging. Allerdings muss an dieser Stelle angemerkt werden, dass die angegebenen Kontakte auch immer von der Präsenz des Arztes/der Ärztin, der/die die Spezialambulanz führt, abhängig ist. Die Anzahl der Urlaubs- oder Krankenstandstage beeinflusst somit auch die Anzahl der Patienten-/Patientinnenkontakte.

Abbildung 5: Anzahl der Kontakte in der sozialpsychiatrischen Ordination



Quelle: Jahresberichte Ambulatorium Caritas Marienambulanz 2005 – 2012, ausgenommen 2008 (eigene Darstellung)

5.1.3.1.3 Diabetes-Ordination

Nachdem sich in den ersten Jahren zunehmend der Bedarf an Angeboten für chronisch erkrankte Menschen gezeigt hatte, wurde 2002 die Diabetes¹³-Ordination eingeführt. Es sind vor allem Menschen an der Armutsgrenze bzw. aus anderen Kulturen und Nationalitäten, die Schwierigkeiten mit dem Verstehen und Befolgen der medizinischen Behandlungsanweisungen und der Integration der Erkrankung in ihr Leben haben. Die Angaben der Inhalte werden in den Jahresberichten 2010 und 2011 (D4, 10) wie folgt angeführt:

- *Prävention von Komplikationen des Diabetes Mellitus*
- *Gewährleistung einer zeitgemäßen Diagnostik und Therapie*
- *Abklärung und Vorbeugung von makro- und mikropathologischen Spätschäden*
- *Augenmerk auf diabetische Nephropathie¹⁴, Neuropathie¹⁵ und das diabetische Fußsyndrom (DFS)*
- *Blutdruck-, Augen-, Fuß- und Stoffwechseluntersuchungen*
- *Funktionelle (FIT), konventionelle- und prandiale (PIT) Insulin-Therapie*
- *Integrierte muttersprachliche Diabetesschulen*

¹³ Unter Diabetes Mellitus, auch Zuckerkrankheit genannt, wird eine chronische Störung der Verwertung von Glucose im Stoffwechsel verstanden (vgl. Reuter 2004, S.479).

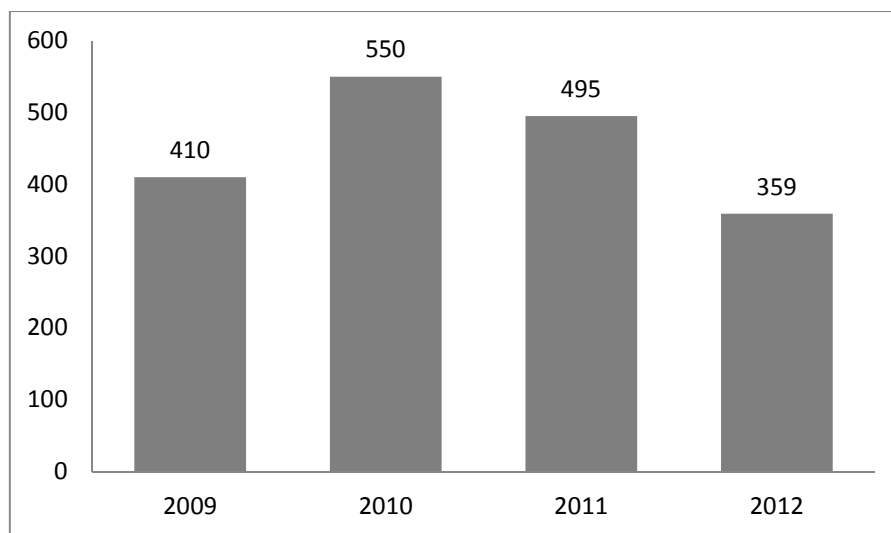
¹⁴ Nierenerkrankung, Nierenschädigung (vgl. ebd., S.1477).

¹⁵ Nicht-entzündliche Nervenerkrankung (vgl. ebd., S.1497).

Die Diabetes-Ordination findet monatlich ein bis zwei Mal je nach Bedarf und Vereinbarung statt. Die Öffnungszeiten wurden in den ersten Jahren mit montags von 16 bis 18 und seit 2011 mit dienstags von 12 bis 13 Uhr angesetzt. Kooperationen bestehen zu niedergelassenen Hausärzten und Hausärztinnen sowie zu einem orthopädischen Schuster für Patienten und Patientinnen, die an dem diabolischen Fußsyndrom infolge der Erkrankung leiden.

Im Unterschied zu den anderen Ordinationen, wie in Abbildung 6 ersichtlich, ist hier ein Rückgang der Patienten- und Patientinnenkontakte zu bemerken.

Abbildung 6: Anzahl der Kontakte in der Diabetes-Ordination



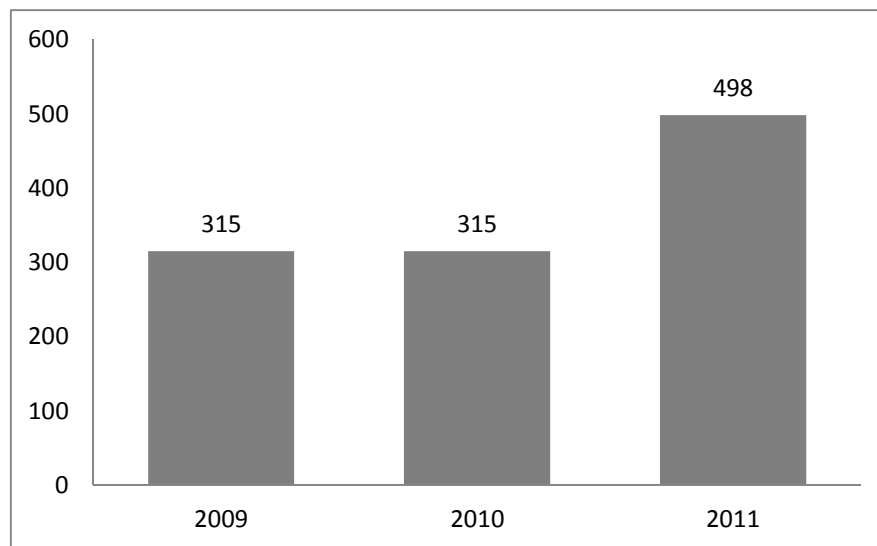
Quelle: Jahresberichte Ambulatorium Caritas Marienambulanz 2009 – 2012 (eigene Darstellung)

5.1.3.1.4 Hypertonieordination

Wie die Diabetes-Ordination unterstützt auch die Hypertonieordination Patienten und Patientinnen, die an einer chronischen Erkrankung leiden; in diesem Fall an Bluthochdruck. In vielen Fällen können bereits die besonderen Lebensumstände, in welchen sozial benachteiligte Menschen leben, die Ursache für die Entstehung von Herz-Kreislauserkrankungen sein. Daher werden in der Erstellung der Diagnose, während der Therapie, bei Schulungen und der weiteren Begleitung der Patienten und Patientinnen ein besonderes Hauptaugenmerk auf das Lebensumfeld und die Lebensumstände der Betroffenen gelegt. Die Hypertonieordination fand in den Jahren 2005 und 2006 alle zwei Wochen statt. 2007 wurden die Öffnungszeiten auf einmal wöchentlich (Montag 12 Uhr) ausgeweitet. Kooperationen bestehen zu niedergelassenen Fachärzten und Fachärztinnen, Krankenhäuser sowie zu diversen NGOs.

Hinsichtlich der Frequentierung der Hypertonieordination liegen in diesem Fall leider nur vergleichbare Zahlen der Jahre 2009 bis 2011 vor, siehe Abbildung 7. Bemerkenswert bezüglich dieser Betrachtung ist das Plus von 183 Patienten- und Patientinnenkontakten vom Jahr 2010 zum Jahr 2011.

Abbildung 7: Anzahl der Kontakte in der Hypertonieordination



Quelle: Jahresberichte Ambulatorium Caritas Marienambulanz 2009 – 2012 (eigene Darstellung)

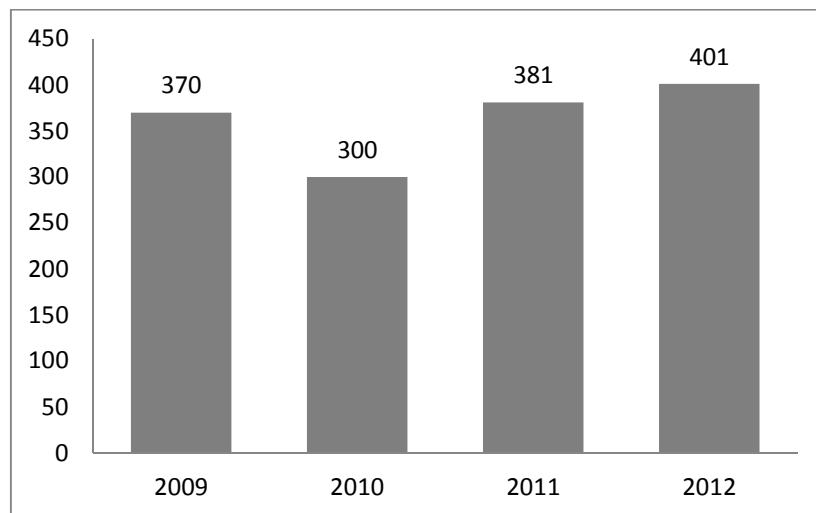
5.1.3.1.5 Frauensprechstunde

Seit Juni 2007 findet jeweils dienstags von 10 bis 12 Uhr eine Frauensprechstunde statt, die Beratung und Betreuung zu frauenspezifischen Themen anbietet. Als Ansprechpersonen stehen eine Hebamme, eine Ärztin für Allgemeinmedizin und zweimal die Monat eine Gynäkologin zur Verfügung. Die Inhalte, wie in den Jahresberichten 2009 bis 2011 dargestellt, sind sehr weitreichend (D6, 10):

- *Gesundheitsvorsorge*
- *Schwangerschaftsbegleitung, Geburtsvorbereitung*
- *Mutter-Kind-Pass Untersuchungen*
- *Babyuntersuchungen*
- *Familienplanung*
- *Vorbereitung für Arztgespräche, medizinische Untersuchungen, allgemeine Beratung*
- *Nachgehende Beratungen in Wohnheimen und Organisationen wie z. B. Danaida*
- *Organisation von Entbindungen im LKH – auch für Nichtversicherte*

Des Weiteren bestehen Kooperationen zum Caritas-Beratungszentrum für Schwangere und zu Frauenärztinnen. Hinsichtlich der Anzahl der Behandlungskontakte in den letzten Jahren ist mit Ausnahme von 2010 eine stetige Zunahme zu beobachten, wie in Abbildung 8 ersichtlich.

Abbildung 8: Anzahl der Kontakte in der Frauensprechstunde



Quelle: Jahresberichte Ambulatorium Caritas Marienambulanz 2009 – 2012 (eigene Darstellung)

5.1.3.2 Nachgehende Arbeit und Schulungen

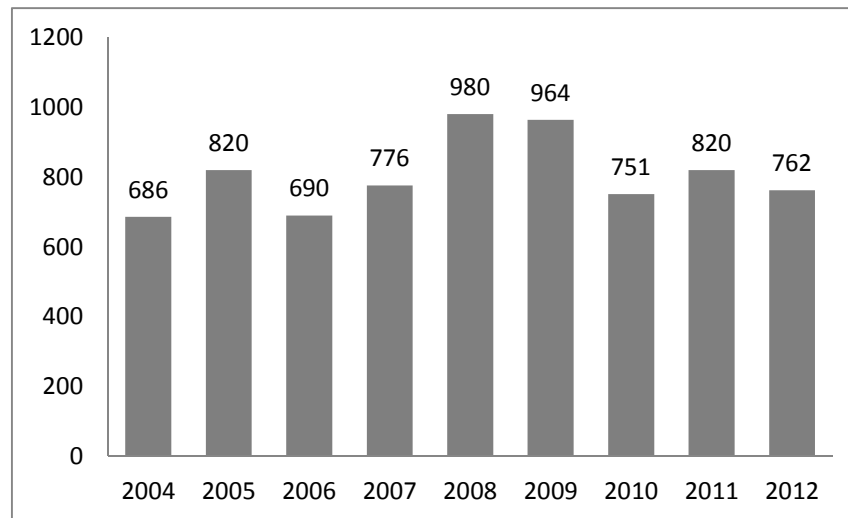
5.1.3.2.1 Medizinische Beratung im Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich

Das Projekt der medizinischen Beratung im Caritas Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich gehört seit April 2003 zu den Leistungen der Marienambulanz. Das Angebot richtet sich an Personen, die Drogen konsumieren beziehungsweise bereits abhängig sind und aufgrund fehlenden Vertrauens nur unzureichende Kontakte zu Ärzten und Ärztinnen haben. Aus Schamgefühl wird der praktische Arzt/die praktische Ärztin erst spät oder nur in akuten Not-situationen kontaktiert, wodurch die notwendige medizinische Versorgung verwehrt bleibt. Die Inhalte der medizinischen Beratung im Caritas Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich beziehen sich auf das Schaffen von Bewusstsein im Sinne eines „Safer Use“, welches sich auf die Ansteckungsgefahr, auf den Schutz vor Ansteckungen, auf Informationen über vorhandene Infektionen und Therapiemöglichkeiten bezieht. Weiters werden kostenlose Impfungen, Beratungen der Klienten und Klientinnen mit gesundheitlichen Problemen, Hepatitis- und HIV-Testungen sowie Hepatitisberatungen durchgeführt.

In den ersten Jahren wurde die Beratung und Behandlung zweimal die Woche angeboten. Seit 2008 stehen am Montag und am Dienstag von 12 bis 14 Uhr, wie auch am Freitag von 10 bis 12 Uhr ein Arzt/eine Ärztin zur Verfügung. Kooperationen bestehen zu den Landeskrankenhäusern Hörgas, Graz und Graz-West, zum Ambulatorium Marienambulanz, zur Steirischen Aidshilfe, dem Gesundheitsamt der Stadt Graz, der Landessanitätsdirektion und zum Hygiene Institut.

Die Frequenz der Kontakte blieb, abgesehen von einer Zunahme in den Jahren 2008 und 2009, weitgehend konstant, wie in Abbildung 9 dargestellt.

Abbildung 9: Anzahl der Kontakte in der medizinischen Beratung im Caritas Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich



Quelle: Jahresberichte Ambulatorium Caritas Marienambulanz 2004 – 2012 (eigene Darstellung)

5.1.3.2.2 Rollende medizinische Beratung und Betreuung

Für Menschen, die aus unterschiedlichen Gründen, wie Scham, Unfähigkeit oder Ängste, nicht in der Lage sind niedergelassene Ärzte und Ärztinnen, eine Ambulanz oder auch das Ambulatorium Marienambulanz aufzusuchen, bietet die „Rollende“ eine allgemeine Grundversorgung an. Zu den Inhalten gehört das frühzeitige Erkennen von Befindlichkeitsstörungen, wie Atemwegsinfekte, Hautinfektionen oder Brandverletzungen, das Vermeiden von stationären Einweisungen durch frühzeitige Behandlung, die Verhinderung von Chronifizierung sowie das Durchbrechen von Infektionsketten.

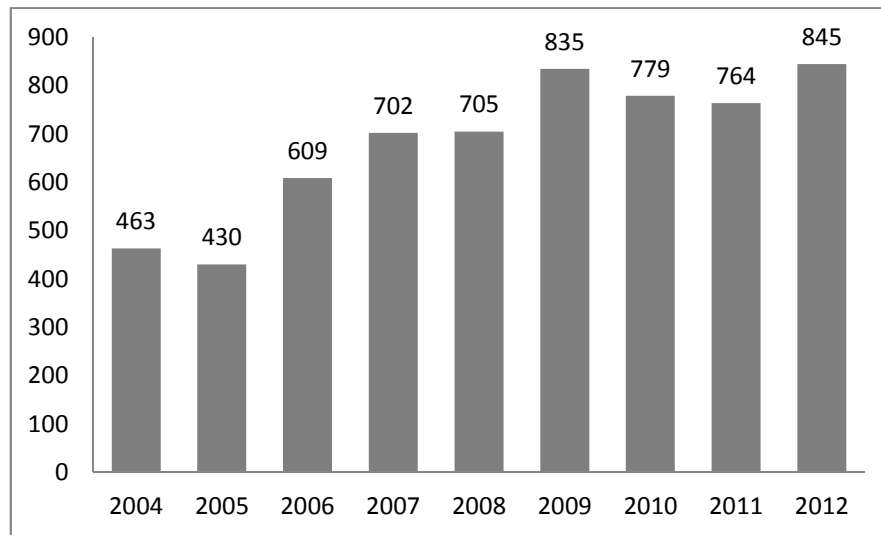
Die „Rollende“ medizinische Beratung und Betreuung wird immer zur selben Zeit, jeden Mittwoch zwischen 17 und 21 Uhr, und an denselben Orten und Plätzen angeboten. Durch die Kontinuität der Besuche erfahren die Patienten und Patientinnen die Wichtigkeit der eigenen Person und fassen im Idealfall wieder Vertrauen zu Ärzten und Ärztinnen. Die frequentierten Orte und Plätze haben sich seit 2005 nur gering verändert. So wurde beispielsweise bis zu seiner Auflösung im Jahr 2008 das Abbruchhaus in der Kärntner Straße Nr. 1 aufgesucht, das von 15 bis 45 teils unversicherten „Punks“ bewohnt wurde.

Im Jahresbericht 2011 wird folgender Einzugs- beziehungsweise Versorgungsbereich angegeben (D8, 12):

- **Vinzinest** – eine Notschlafstelle der Vinzenzgemeinschaft
- **Ressidorf** – Containerdorf (Stadt Graz – Caritas)
- **Wohnhaus Team ON** – Rankengasse
- **ausgesuchte Plätze** (Hauptbahnhof, Augarten, Jakominiplatz) und
- **individuelle, spontane Besuche** (z.B. Abbruchhäuser, Freilage)

Kooperationen bestehen zu niedergelassenen Ärzten/Ärztinnen und Fachärzten/Fachärztinnen, Krankenhäusern und Ambulanzen. Die Anzahl der Kontakte hat sich in den vergangenen Jahren, wie in der folgenden Abbildung dargestellt, auf einem hohen Niveau eingependelt.

Abbildung 10: Anzahl der Kontakte der Rollenden medizinischen Beratung und Betreuung



Quelle: Jahresberichte Ambulatorium Caritas Marienambulanz 2004 – 2012 (eigene Darstellung)

5.1.3.2.3 Sozialpsychiatrisch aufsuchende Arbeit

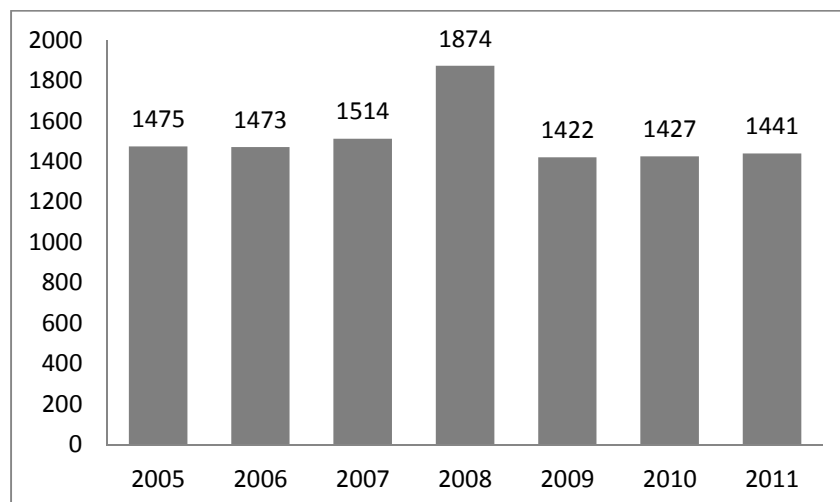
Die sozialpsychiatrisch aufsuchende Arbeit betreut Personen in Notschlafstellen und Wohnversorgungseinrichtungen für Asylwerber und Asylwerberinnen der Caritas, die mit psychischen und psychiatrischen Problemen zu kämpfen haben. Diese Menschen sind einerseits bereits in Folge einer psychischen Erkrankung in den sozialen Randgruppenbereich gerutscht, andererseits sind sie besonders gefährdet an einem psychiatrischen Leiden zu erkranken, da viele mit Belastungen und Herausforderungen nicht adäquat umgehen können. Besonders wichtig in der Betreuung ist, wie schon bei der „rollenden“ medizinischen Beratung, die Kontinuität. Häufig führt erst ein aufgebautes Vertrauensverhältnis dazu, dass der Patient/die Patientin eine Krankheitseinsicht entwickelt und einer Therapie zustimmt. Die Inhalte der sozi-

alpsychiatrisch aufsuchenden Arbeit sind, wie in den Jahresberichten 2009 bis 2011 angegeben, sehr vielfältig (D9, 8):

- *Früherkennung und Intervention bei psychischen Krisen und Erkrankungen durch aufsuchende psychiatrische Betreuung*
- *Kontinuität und Prinzip der Normalisierung*
- *Intervention bei akuten Krisen*
- *Erstellen von Notfallplänen*
- *Organisation von begleitenden sozialpsychiatrischen Maßnahmen*
- *Förderung von Eigenverantwortung*
- *Beratungsgespräche u. Begleitung in schwierigen Situationen*
- *Entwicklung eines gemeinsamen Umgangs mit psychisch auffälligen und kranken Menschen*
- *Weiterbildung und Schulung – kontinuierliche Anpassung der erarbeiteten Strategien*
- *Berichte, Dokumentation*
- *Rufbereitschaft*
- *Organisation von Untersuchungen und Behandlungen*
- *Befunde, Arztbriefe, Gutachten*
- *Sozialmedizinische und allgemeinmedizinische Beratung und Weitervermittlung*
- *Team- und Fallbesprechungen*

Kooperationen bestehen zu Einrichtungen der Caritas, betreuende Hausärzte/Hausärztinnen und Fachärzte und Fachärztinnen, OMEGA und andere relevante Vereine in Graz, zur Landesnervenklinik Sigmund Freud (LSF), zu Polizei, Rettung und Behörden, zu allgemeinen Krankenhäusern sowie Beratungszentren. Die Anzahl der Kontakte blieb seit 2005, wie in Abbildung 11 ersichtlich, mit Ausnahme einer Abweichung im Jahr 2008, sehr konstant:

Abbildung 11: Anzahl der Kontakte der sozialpsychiatrisch aufsuchenden Arbeit



Quelle: Jahresberichte Ambulatorium Caritas Marienambulanz 2005 – 2011 (eigene Darstellung)

5.1.3.2.4 Patienten und Patientinnenschulungen

Seit 2007 werden für Patienten und Patientinnen, die an Diabetes mellitus und/oder an arterieller Hypertonie leiden, Einzel- und Gruppenschulungen angeboten. Einen zentralen Stellenwert nimmt dabei die Berücksichtigung der Sprachkompetenz, am besten in der Muttersprache, ein, wodurch eine Verbesserung des Informationsstandes über die Erkrankung erhofft wird. Menschen, die sich in prekären sozioökonomischen Situationen befinden, fällt es oft schwer den Umgang mit der chronischen Erkrankung an ihre Lebensumstände anzupassen, weshalb in den Schulungen die momentanen finanziellen und strukturellen Lebensumstände berücksichtigt werden. Außerdem wird versucht die Patienten und Patientinnen in das „Disease Management Program - Therapie aktiv“ zu integrieren. Kooperiert wird mit dem Joanneum Research, dem Forum Qualitätssicherung der Diabetologie Österreichs (FQSD-Ö), niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen, der Österreichischen Diabetesgesellschaft (ÖDG) und Non-Profit-Organisationen und Vereinen.

Die Inhalte der Patienten- und Patientinnenschulungen wurden in den Jahresberichten 2009 bis 2011 wie folgt angeführt (D10, 9):

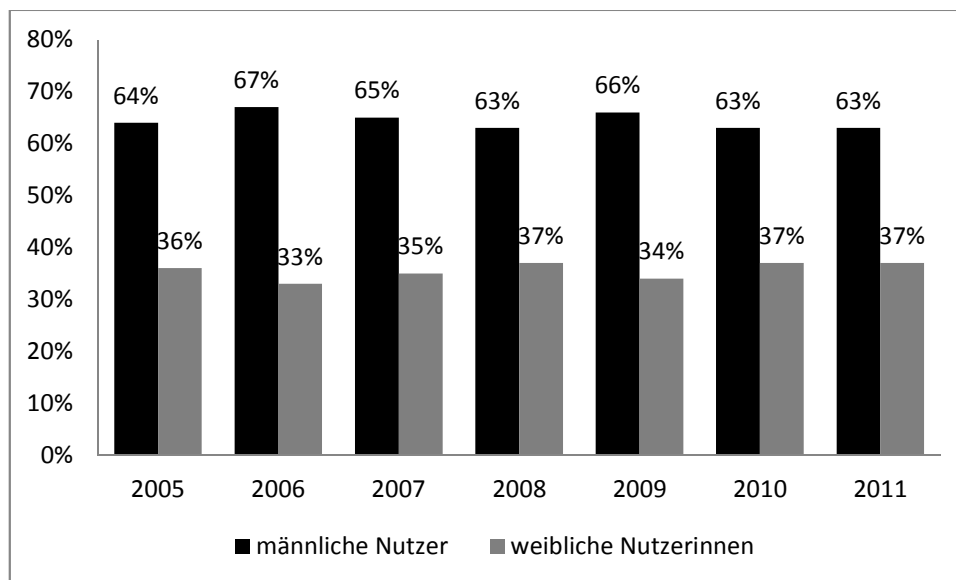
- *Einzel- und Gruppenschulungen für PatientInnen mit chronischen Erkrankungen wie Diabetes mellitus und arterieller Hypertonie*
- *Achten auf die Sprachkompetenz – muttersprachliche Schulung*
- *Mitentwicklung von muttersprachlichem Schulungsmaterial*
- *Berücksichtigung von Ernährungsgewohnheiten im Herkunftsland*
- *Begleitung und Austausch*
- *Verbesserung des Informationsstandes über chronische Erkrankungen in der Zielgruppe*

5.1.4 Wer sind die Nutzer und Nutzerinnen?

Betrachtet man die Zahlen und Statistiken der Jahresberichte genauer, lassen sich einige Informationen bezüglich der Nutzern und Nutzerinnen der Marienambulanz herausfiltern.

Ein interessantes Detail zeigt sich in der Tatsache, dass der Anteil der Männer in den Ordinationen, mit nahezu zwei Drittel aller Patienten- und Patientinnen, einen wesentlich höheren Stellenwert einnimmt als der der Frauen. Auch hat sich diese Relation über die Jahre, wie in Abbildung 12 dargestellt, weitgehend nicht verändert.

Abbildung 12: Geschlechterverteilung der Nutzer und Nutzerinnen in den Ordinationen



Quelle: Jahresberichte Ambulatorium Caritas Marienambulanz 2005 – 2011 (eigene Darstellung)

Aber auch in den Projekten der aufsuchenden medizinischen Betreuung wurde eine wesentlich höhere Anzahl von männlichen Patienten registriert, wie etwa 2012 in der „Rollenden Ambulanz“, deren Leistungen zu 80 Prozent von Männern und nur zu 20 Prozent von Frauen in Anspruch genommen wurden. Dieses Verhältnis konnte auch im Zuge der Beobachtung festgestellt werden: „Nur drei der 13 Patienten und Patientinnen im Vinzine sind Frauen“ (B11, 52).

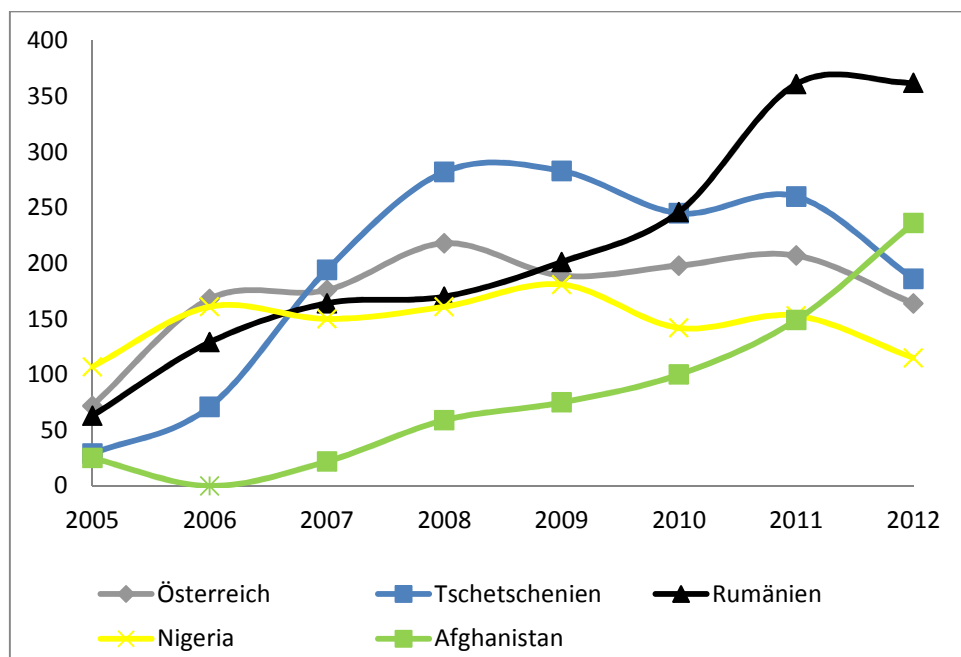
Grund hierfür könnte eine generelle Männerlastigkeit innerhalb der angesprochenen Zielgruppe sein. Beispielsweise ist der Männeranteil bei ausländischen Staatsangehörigen grundsätzlich größer als der Frauenanteil. Außerdem sind 82 Prozent der Personen, die ohne österreichische Aufenthaltsberechtigung aufgegriffen werden, männlichen Geschlechts (vgl. Kap. 2.2.6.2) und

auch unter wohnungslosen Menschen sind häufiger Männer anzutreffen (vgl. Kap. 2.2.5.2). Der Anteil der Kinder bewegte sich in den Jahren 2006 bis 2011 in den Ordinationen zwischen 9 und 13 Prozent.

Das Durchschnittsalter der Patienten und Patientinnen der allgemeinmedizinischen Ordination lag, wie im Jahresbericht 2012 erwähnt, bei 32 Jahren und beschreibt damit eine sehr junge Patientengruppe.

Diese Patientengruppe setzt sich außerdem aus einer Vielzahl von unterschiedlichen Nationen zusammen. Die folgende Darstellung (siehe Abbildung 13) zeigt den quantitativen Verlauf der fünf Nationen, deren Angehörige über die Jahre die Leistungen der Marienambulanz am häufigsten in Anspruch genommen haben.

Abbildung 13: Darstellung der Nationen



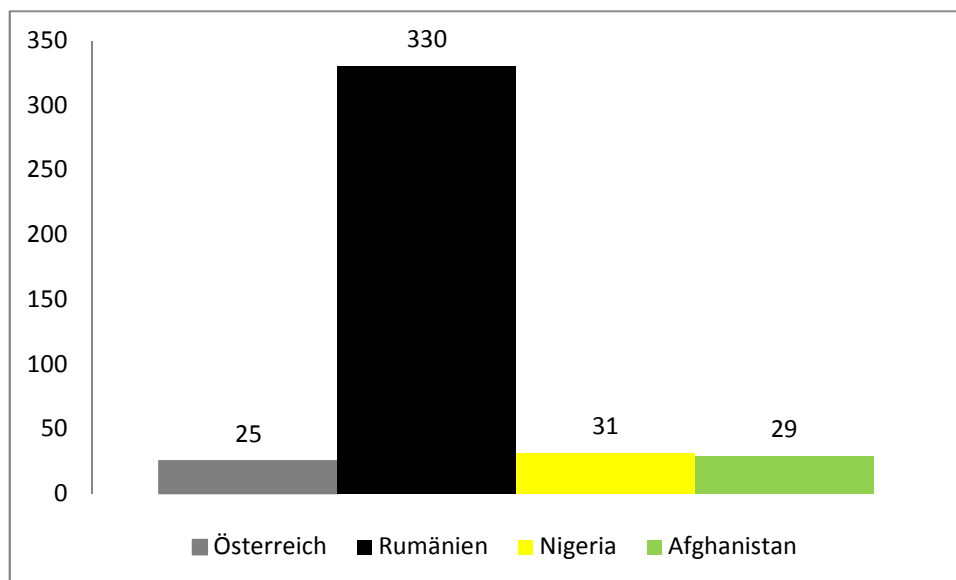
Quelle: Jahresberichte Ambulatorium Caritas Marienambulanz 2005 – 2012 (eigene Darstellung)

Dabei fällt auf, dass Nutzer und Nutzerinnen österreichischer Staatsbürgerschaft über die Jahre einen eher geringen Stellenwert innehaben. Während der Anteil der Österreicher und Österreicherinnen in den Jahren 2005 bis 2008 noch an erster beziehungsweise zweiter Stelle gereiht wurde, machten sie in den letzten Jahren nur mehr Platz drei der Nutzer und Nutzerinnen aus. Seit 2009 sind es vor allem in Österreich lebende Patienten und Patientinnen aus Rumänien, Tschetschenien und Afghanistan, die mit stetiger Zunahme die Angebote der Ma-

rienambulanz in Anspruch nehmen. Die Besuche der nigerianischen Staatsbürger- und Staatsbürgerinnen, die 2005 noch den Großteil der Patienten und Patientinnen ausmachten, blieb über die Jahre relativ konstant und nimmt heute eine eher untergeordnete Rolle ein.

Aus Rumänien stammen die meisten Personen ohne Versicherungsschutz. Von 1.666 Gesamtnutzer und –nutzerinnen im Jahr 2012 waren insgesamt 771 Personen, beziehungsweise 46 Prozent, immer oder zeitweise ohne Krankenversicherung. Im Jahr 2011 hatten sogar 50 Prozent der Nutzer und Nutzerinnen immer oder zeitweise keinen Krankenversicherungsschutz. Von den durchgehend unversicherten 695 Personen im Jahr 2012 stammten 330 oder 47 Prozent aus Rumänien, siehe Abbildung 14.

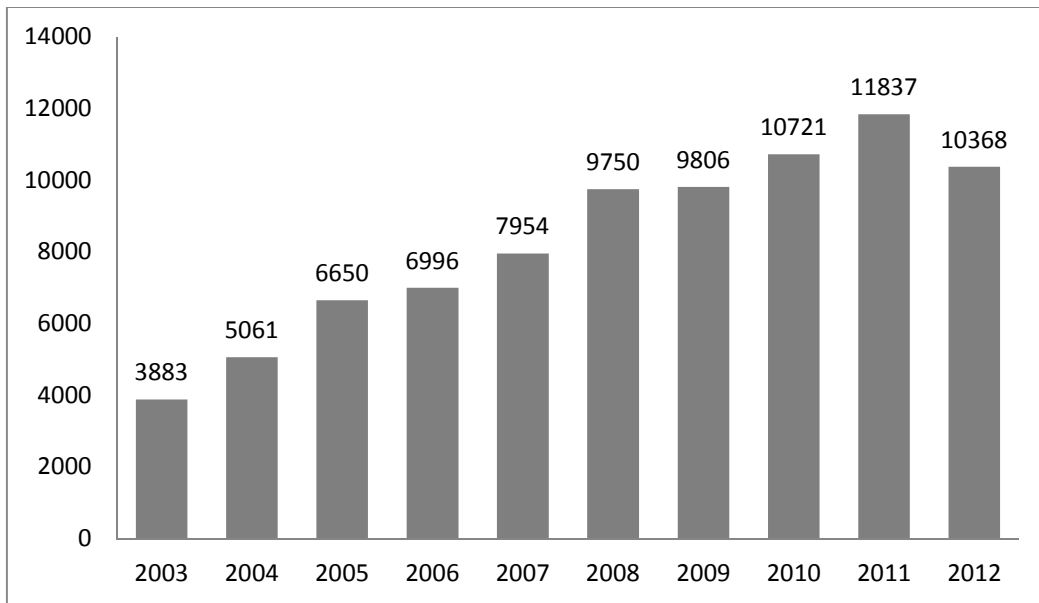
Abbildung 14: Darstellung der nicht versicherten Personen nach Nationen



Quelle: Jahresbericht Ambulatorium Caritas Marienambulanz 2012 (eigene Darstellung)

Es zeigt sich, dass österreichische Staatsbürger und Staatsbürgerinnen mit nur 25 Personen oder 3,6 Prozent nur einen äußerst geringen Anteil der nichtversicherten Personen ausmachen und daher grundsätzlich gut in das österreichische Versicherungssystem integriert sein dürften. Weiters wäre es interessant zu erfahren, wie viele der 330 rumänischen Patienten und Patientinnen keine österreichische Aufenthaltsberechtigung besitzen und zu den ca. 36.000 Personen in Österreich gezählt werden können (vgl. Kap. 2.3.4), die aus diesem Grunde keinen Krankenversicherungsschutz vorzuweisen haben.

Insgesamt nahm die Inanspruchnahme aller Projekte der Marienambulanz, mit Ausnahme eines Rückgangs im Jahr 2012, stetig zu (siehe Abbildung 15).

Abbildung 15: Anzahl der Kontakte aller Projekte der Marienambulanz

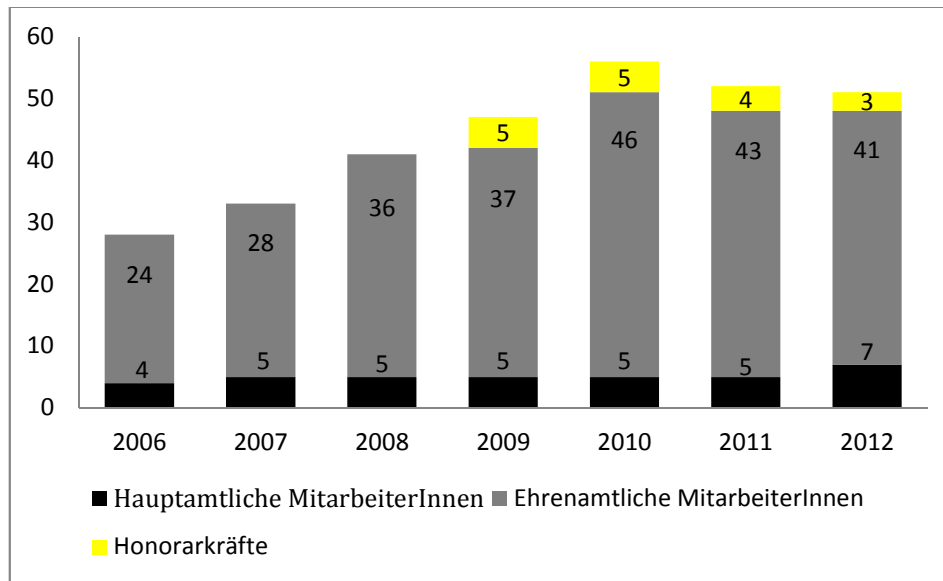
Quelle: Jahresberichte Ambulatorium Caritas Marienambulanz 2005 – 2011 (eigene Darstellung)

Mit dieser steigenden Frequentierung lässt sich der Bedarf an einer niederschweligen medizinischen Betreuung und den Leistungen der Marienambulanz nicht von der Hand weisen.

5.1.5 Wer sind die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen?

Die Anzahl der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen hat sich seit 2005 stetig erhöht und mit 2010 mehr als verdoppelt. Dies ist vor allem auf das Pool der ehrenamtlichen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zurückzuführen, die im Jahr 2012 rund 80 Prozent der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen ausmachten. Auch die Anzahl der hauptamtlich beschäftigten Mitarbeiterinnen, die unter anderem eine ärztliche und eine organisatorische Leitung beinhalten, konnte von vier im Jahr 2006 auf sieben im Jahr 2012 aufgestockt werden. Seit 2009 sind außerdem drei bis fünf Personen als Honorarkräfte angestellt, siehe Abbildung 16.

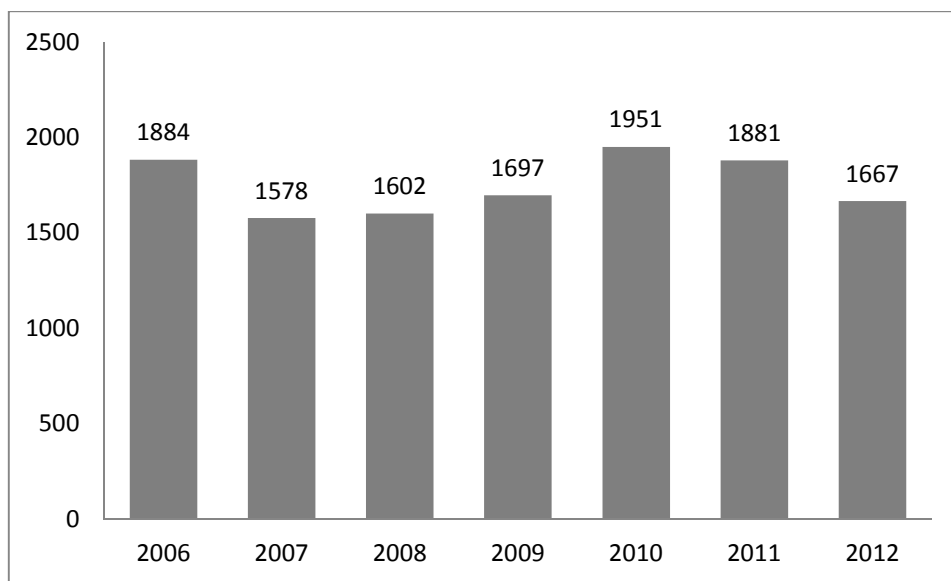
Abbildung 16: Anzahl der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen



Quelle: Jahresberichte Ambulatorium Caritas Marienambulanz 2006 - 2012 (eigene Darstellung)

Ein Großteil der ehrenamtlichen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen setzt sich aus Ärzten und Ärztinnen, Krankenschwestern und Dolmetscherinnen zusammen. Zusätzlich bieten aber auch ein Physiotherapeut, ein Masseur und eine Diätologin ehrenamtlich ihre Leistungen an. Insgesamt wurden in den Jahren 2006 bis 2012, wie in Abbildung 17 dargestellt, zwischen 1578 und 1951 ehrenamtliche Stunden geleistet.

Abbildung 17: Ehrenamtlich geleistete Stunden

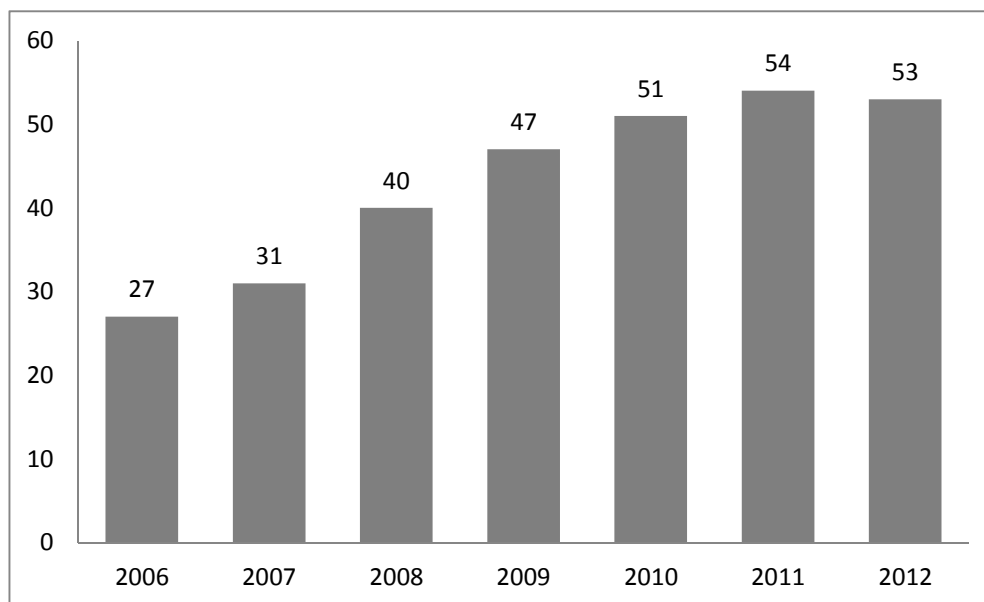


Quelle: Jahresbericht Ambulatorium Caritas Marienambulanz 2012 (eigene Darstellung)

Auch wenn die Anzahl der ehrenamtlichen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen über die Jahre anstieg, blieb das Ausmaß der geleisteten Stunden relativ konstant.

Neben den ehrenamtlichen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen bestehen auch wesentliche Kooperationen zu niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen, Krankenhäusern, Apotheken, medizinischen Instituten, Vereinen, Fachabteilungen der steiermärkischen Landesregierung und einigen mehr, die bei Bedarf kostenlos ihre Leistungen für Patienten und Patientinnen der Marienambulanz anbieten. Auch in diesem Fall konnte die Anzahl der Kooperationen von 2006 mit 27 Kooperationen bis 2011 mit 54 Kooperationen verdoppelt werden (siehe Abbildung 18).

Abbildung 18: Anzahl der Kooperationen



Quelle: Jahresberichte Ambulatorium Caritas Marienambulanz 2006 - 2012 (eigene Darstellung)

An dem Ausmaß der ehrenamtlich geleisteten Stunden wird ersichtlich, wie wesentlich die ehrenamtlich geleistete Arbeit für die Aufrechterhaltung der Angebote ist. Wenn alle ehrenamtlich geleisteten Stunden entsprechend finanziert werden würden, müsste mit einem, im Vergleich zu heute, um ein Vielfaches größeren Finanzierungsrahmen gerechnet werden. Andererseits sollte ein Projekt, dessen Bedarf unbestreitbar ist, entsprechend unterstützt werden.

5.2 Betrachtung der Qualitätskriterien niederschwelliger Gesundheitsversorgung am Ambulatorium Marienambulanz

Anhand der erhobenen Daten aus Dokumentenanalyse, Interview und teilnehmenden Beobachtung soll in diesem Kapitel aufgezeigt werden, inwieweit die theoretisch erarbeiteten Qualitätskriterien der Praxis in der Marienambulanz entsprechen, ob Ergänzungen notwendig sind und in welchen Bereichen Niederschwelligkeit zur Herausforderung wird.

Wie im theoretischen Teil ausgearbeitet (vgl. Kap. 2.4.2), gibt es weder eine einheitliche Definition des Begriffes „Niederschwelligkeit“, noch wurden grundlegende Qualitätskriterien formuliert. Auch im Bereich der Gesundheitsversorgung wird man eine Erläuterung bezüglich der Bedeutung von Niederschwelligkeit vergeblich suchen. Umso wichtiger erscheint der Blick in die Praxis.

Als Einstieg in die Thematik wurde zu Beginn des Interviews die Frage gestellt, was „Niederschwelligkeit“ in der Gesundheitsversorgung für den Interviewpartner/die Interviewpartnerin bedeute:

„In erster Linie war es damals und auch heute noch der Zugang. Niederschwelliger Zugang heißt für mich, dass jeder kommen kann, dass nicht unbedingt eine Vorbereitung notwendig ist, dass eben keine Versicherung notwendig ist, dass keine E-Card notwendig ist, keine Überweisung, kein Krankenschein, dass die Leute von der Straße weg kommen können, dass sie sich nicht vorbereiten müssen, dass sie nicht einen Termin ausmachen müssen, dass es wurscht ist, wie sie drauf sind. Sprich, es kann der Alkoholiker völlig zu genauso kommen, wie der Drogenabhängige bzw. der, der die Sprache überhaupt nicht versteht und sich einfach überhaupt nicht auskennt im Gesundheitssystem in Österreich, was ja mittlerweile schon ziemlich eine Voraussetzung ist, wenn du eine Gesundheitsversorgung beanspruchen willst. Also in erster Linie auf den Zugang. In zweiter Linie natürlich auch auf die Versorgung, du bist nicht versichert und bekommst aber deine Medikamente, bzw. es gibt für dich das gleiche Angebot wie in den hochschwelligen Einrichtungen auch wenn du jetzt anders bist als die, die versichert sind und woanders herkommst“ (I, 3).

5.2.1 Räumliche Dimension von Niederschwelligkeit

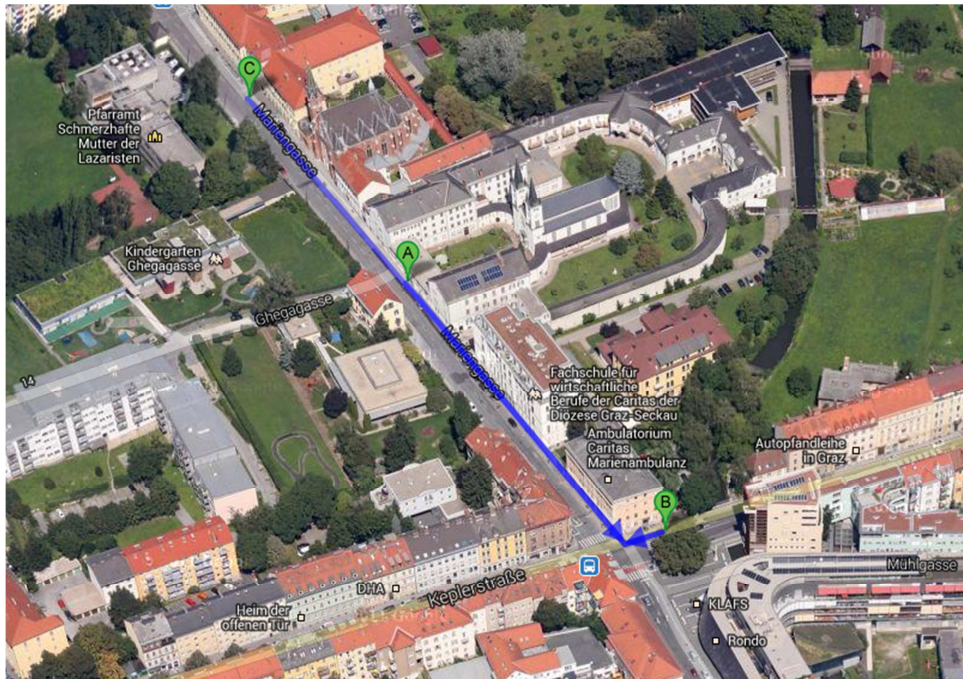
Niederschwelligkeit in räumlicher Hinsicht umfasst Voraussetzungen, die für die Erreichbarkeit, den Zutritt und die Akzeptanz der angebotenen Gesundheitsleistung verantwortlich sind. Demnach befassen sich die zugeordneten Qualitätskriterien mit einer unkomplizierten Erreichbarkeit der Leistung, mit einer bedarfsgerechten Gestaltung der Einrichtung und mit räumlichen Bedingungen, die an eine Inanspruchnahme geknüpft sind, wie Hausordnungen und Verbote (vgl. Kap. 2.4.2).

5.2.1.1 Erreichbarkeit des Angebotes

Die Erreichbarkeit einer Leistung kann in vielerlei Hinsicht eine große Hürde in der Inanspruchnahme darstellen. Ein Hindernis kann dabei beispielsweise die Finanzierbarkeit der Anreise sein, wenn der Patient/die Patientin das erforderliche Ticket für die Benützung des öffentlichen Verkehrs nicht bezahlen kann. Aber auch ein körperliches Gebrechen kann die Anreise zu der angebotenen Leistung erschweren oder gar verhindern. Eine optimale Form, im Sinne der Niederschwelligkeit, stellt die aufsuchende oder nachgehende Hilfeleistung dar, die im unmittelbaren Lebensumfeld der Betroffenen angeboten wird. Somit ist die Alltagsnähe ein äußerst wertvolles Kriterium.

Der Standort der Marienambulanz befindet sich zurzeit in der Keplerstraße 82/1 in 8020 Graz. Mitte Juni 2013 wird das gesamte Sozialzentrum und damit auch die Marienambulanz zu ihrem neuen Standort in der Mariengasse 24 übersiedeln. Dieser ist nur 260 Meter oder einen Fußweg von drei Minuten vom jetzigen Standort entfernt und sollte daher, in Bezug auf die Anreise, keinen großen Unterschied mit sich bringen. Interessant ist auch die Tatsache, dass sich alle drei Standorte, an welchen die Marienambulanz bis dato angesiedelt war (der erste Standort befand sich in der Mariengasse 12), innerhalb einer Distanz von 260 Meter zueinander befinden (siehe Abbildung 19: Standorte der Marienambulanz).

Abbildung 19: Standorte der Marienambulanz



Quelle: Google Maps vom 08.06.2013, A = Mariengasse 12, B = Keplerstraße 82, C = Mariengasse 24

Die Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln ist vor allem durch die Nähe zum Hauptbahnhof gegeben, der nur 500 Meter vom Standort „Keplerstraße“ und 700 Meter vom Standort „Mariengasse 24“ entfernt ist. Angebunden wird dieser außerdem durch die Buslinien 63, 58 und 53, wobei die Linie 63 und 58 nur am Marienplatz halten und dann der Keplerstraße folgen, während die Linie 53 in die Mariengasse einbiegt und mit der Haltestelle „Kleiststraße“ fast unmittelbar vor dem Standort „Mariengasse 24“ hält. Wesentlich komplexer, wenn man körperliche Schwierigkeiten mit dem Überwinden längerer Distanzen hat, stellt sich allerdings die Anreise vom Jakominiplatz dar. Die unkomplizierteste Anreise erfolgt mit den Straßenbahnlinien 1, 3, 6, 7 bis zur Haltestelle Esperantoplatz/Arbeiterkammer, wobei nun ein 600 Meter langer Fußweg bis zur Mariengasse 24 überwunden werden muss. Ansonsten ist die Mariengasse nur mittels Umsteigen zu erreichen.

Im Interview wird der Standort als sehr passend geschildert, da sich dieser in der Nähe sozialer Brennpunkte, wie dem Volksgarten, dem Lendplatz und dem Griesplatz befindet. Auch wird die Nähe zum Hauptbahnhof betont: *„Ja, der Standort ist super da. Das sind Ballungszentren Gries und Lend. Der Bahnhof ist in der Nähe. Der Volksgarten ist in der Nähe, der Lendplatz, der Griesplatz. Also wir sind wirklich ein Ballungszentrum und von daher ist es absolut gut, dass der Standort da ist“* (I, 62).

Hervorzuheben ist auch der Aspekt, dass sich die Marienambulanz innerhalb des Sozialzentrums Caritas befindet. Dieses bietet mit Wasch- und Duschmodlichkeiten, einer Essensausgabe (Marienstüberl) bis hin zur Sozial-, Migranten- und Migrantinnenberatung, Schuldnerberatung und Rechtsberatung, Möglichkeiten der Basisversorgung und Beratungen an (vgl. Caritas Steiermark 2013, o.S.). Diese Vielzahl an Hilfeleistungen unter einem Dach kann auch die Hürde der Inanspruchnahme der Ordinationen der Marienambulanz verringern. Einerseits kennt der Besucher/die Besucherin bereits das Sozialzentrum und findet, weil er/sie bereits eine andere Hilfeleistung in Anspruch genommen hat, leichter den Weg. Andererseits bewirkt die Tatsache, dass mehrere Bedürfnisse unter einem Dach befriedigt werden können, dass der Patient/die Patientin erst einmal auf die Einrichtung aufmerksam wird.

Die aufsuchende bzw. nachgehende Betreuung besucht bestimmte Einrichtungen, Orte und Plätze, wo die Betroffenen vermehrt anzutreffen sind. Auch wenn den Patienten und Patientinnen auf diese Art in vielen Fällen die Anreise erspart bzw. erleichtert wird, ist darauf zu achten, dass die Leistung immer zur selben Zeit am selben Ort angeboten wird und durch die Kontinuität ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden kann. Neben den Besuchen in den Notschlafstellen ist besonders das Zusammentreffen der Rollenden Ambulanz mit dem Vinzibus hinsichtlich der Erreichbarkeit der Patienten und Patientinnen wesentlich. *„Wir treffen um 20:00 im Augartenpark ein. Der Vinzibus, dem wir von nun an folgen, ist noch nicht da. Etwa zehn Personen warten bereits. Nach fünf Minuten fährt der Bus vor“* (B12, 19). Die Betroffenen finden sich an den gewohnten Orten ein, um ihren Hunger zu stillen und haben daraufhin die Möglichkeit ein medizinisches Problem von einem Arzt/einer Ärztin untersuchen und behandeln zu lassen.

Wie aus der Beobachtung ersichtlich, stellt sich in einigen Fällen die Erreichbarkeit zu den niedergelassenen Ärzten- und Ärztinnen oder anderen Einrichtungen, zu welchen Kooperationen bestehen, als schwierig dar: *„Ein Patient kommt einen Zahnarzttermin abholen. Der Zahnarzt befindet sich allerdings in Deutschfeistritz. Der Patient (...) stellt die Frage, wie er denn da hinkommen solle. Es wird ihm erklärt, dass er zum Bahnhof gehen müsse, dort eine Karte lösen und dann drei Stationen mit dem Zug fahren müsse. Als der Patient erfährt, dass der Termin erst in zwei Wochen ist und er genügend Zeit hat die Anreise zu organisieren, wirkt er erleichtert“* (B2, 18).

Wenn beispielsweise bereits alle Termine niedergelassener Fachärzten und Fachärztinnen in Graz vergeben sind, bekommen die Patienten und Patientinnen nur noch Termine außerhalb von Graz. Um diese Hürde zu verringern, gibt man sich in der Marienambulanz viel Mühe den

Patienten und Patientinnen die Anreise zu erklären. Oft bekommen sie auch einen Ausdruck der Route, die über Google Maps dargestellt wurde, mit:

- „Ein Patient bekommt einen Termin bei einem niedergelassenen Arzt. Um diesen leichter zu finden, wird die Route in Google Maps eingegeben und das Ergebnis ausgedruckt und mitgegeben“ (B6, 9).
- „Eine Patientin mit Versicherung kann sich in einem Orthopädie-Bedarf-Geschäft Strümpfe auf Kosten der GKK holen. Auch hier wird ein in der Nähe liegendes Geschäft über das Internet herausgesucht und die Route zur Veranschaulichung ausgedruckt“ (B6, 10).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Hürde der Erreichbarkeit eines Angebotes nur bedingt genommen werden kann. Es können beispielsweise Standorte gewählt werden, die sich in der Nähe sozialer Brennpunkte befinden, wodurch von einer größeren Anzahl Adressaten und Adressatinnen in dieser Region ausgegangen werden kann. Damit ergibt sich eine unkompliziertere Erreichbarkeit für die Mehrzahl der Besucher und Besucherinnen. Alle betroffenen Personen werden wohl nie erreicht werden können. Die Herausforderung in diesem Bereich besteht somit darin, dass mittels einer bedachten Wahl der Standorte, ausreichenden Informationen sowie Hilfsmittel und Hilfestellungen die Erreichbarkeit der Leistungen für möglichst viele Patienten und Patientinnen erleichtert werden.

5.2.1.2 Gestaltung der Räumlichkeiten

Auch die Gestaltung der Räumlichkeiten, in welchen eine Leistung angeboten wird, kann Einfluss auf die Inanspruchnahme haben. Um Niederschwelligkeit hinsichtlich der räumlichen Gestaltung zu erreichen, müssen die Bedürfnisse der Patienten und Patientinnen kennengelernt und bei der Gestaltung der Räume berücksichtigt werden. Diese sollten beispielsweise eine entsprechende Privatsphäre bei Anmeldung, Untersuchung und Behandlung erlauben, einen Warteraum haben, der nicht zu beengend ist und genügend Sitzplätze bietet, eine ausreichende Anzahl Sanitäranlagen zur Verfügung stellen oder auch durch freundliche Farben und einer ansprechenden Möblierung Vertrauen erwecken.

Betrachtet man den Standort „Keplerstraße“ genauer, kann der Großteil der soeben genannten Kriterien als erfüllt angesehen werden. Die Räume sind lichtdurchflutet. Die gelbe Farbe an den Wänden wirkt einladend und freundlich. Vom Warteraum aus führt eine Tür zu den

Sanitäranlagen (siehe Abbildung 20) und die Ordinationen sind nicht einsichtig, sodass die Privatsphäre der Patienten und Patientinnen gewahrt bleibt.

Abbildung 20: Warteraum mit Zugang zu den sanitären Anlagen (Keplerstraße)



Auch im Interview wird die Frage, ob sich die Gestaltung der Räumlichkeiten auf die Inanspruchnahme auswirke und dies mit ein Grund ist warum immer mehr Patienten und Patientinnen die Ambulanz aufsuchen, bestätigt: *„Natürlich. Das trägt dazu bei. Ich kann mich erinnern, am Anfang war unsere Busch-Ambulanz, wie wir gesagt haben, auf 40m². Das war die ehemalige Ausspeisung der Barmherzigen Schwestern in der Mariengasse 12. Die Schwestern haben uns eine Wand aufgestellt in ihrem Ausspeisungsraum, damit wir einen Warteraum haben. Da war ein Tisch mit 15 Sesseln. In diesem zweiten Raum, der mit einem Vorhang abgetrennt war, war mein Bereich, Organisation, Koordination, Aufnahme alles (...). Es hat nur ein Patientenkleo gegeben, auf das wir auch gehen hätten sollen. Also es war eine Busch-Ambulanz. Und es war natürlich schon ein Sch... aber wir haben es ja nicht gewusst. Damals waren wir froh, dass wir überhaupt so etwas haben“ (I, 74).*

Ein interessanter Aspekt, der bei der Beobachtung ersichtlich wurde, war, dass trotz Warteraum immer wieder Patienten und Patientinnen im Flur direkt vor der Ordinationstür warteten. *„Etwa acht Personen warten nicht im Warteraum, sondern direkt vor der Behandlungstür. Wenn ein Patient/eine Patientin den Behandlungsraum verlässt, drängen sie in den Raum“ (B4, 18).* Grund dafür könne einerseits die Größe des Warteraumes sein, der nur begrenzt Platz bietet und entsprechend der Anzahl der Patienten und Patientinnen größer ausfallen müsste oder aber die Sorge,

dass sich ein Patient/eine Patientin trotz Nummernvergabe vordrängen könne. Die neuen Räumlichkeiten in der Mariengasse 24, in welchen die Marienambulanz ab Mitte Juni 2013 zu finden ist, sind um einiges größer und bieten mehr Möglichkeiten. Es wäre interessant zu erheben, ob der neue, größere Warteraum das Warten im Flur abwenden wird.

Eine niederschwellige Gestaltung dieses Qualitätskriteriums stellt rückblickend betrachtet, solange ausreichend Ressourcen (z.B. Räumlichkeiten, Finanzierbarkeit) zur Verfügung stehen, eine bewältigbare Aufgabe für die niederschwellige Gesundheitsversorgung dar. Barrieren, die sich aus der Gestaltung der Räumlichkeiten ergeben, kann somit gut entgegengewirkt werden. Unsicherheitsfaktoren in diesem Sinne sind die ganz persönlichen, individuellen Vorlieben und Abneigungen jedes einzelnen Besuchers, die in der Gestaltung der Räumlichkeiten nicht berücksichtigt werden können.

5.2.1.3 Hausregeln und Verbote

Jede Hausregel und jedes Verbot kann auch immer eine Hürde in der Inanspruchnahme einer Hilfeleistung darstellen. Sei es das Verbot des Rauchens, das einen starken Raucher/eine starke Raucherin bei der Vorstellung einen längeren Zeitraum ohne Zigarette auskommen zu müssen von einem Besuch abhält oder die Sorge, wer in der Zwischenzeit auf ein geliebtes Haustier aufpassen wird. Nichtsdestotrotz ist die Vorgabe einiger grundlegender Regeln essentiell, da diese für alle Anwesenden, solange sie sinnvoll und nachvollziehbar sind, auch Sicherheit bedeuten (vgl. Kap. 2.4.3).

Bei einem Besuch der Marienambulanz (Keplerstraße 82) sind drei Verbote deutlich ersichtlich. Zwei Verbotshinweise befinden sich bereits an der Eingangstür des Sozialzentrums und gelten somit für das gesamte Haus. Die Verbote sind mittels Aufkleber an die Türe angebracht und untersagen bildlich dargestellt den Zigarettenkonsum im Haus und den Einlass von Haustieren.

Der Eingang zur Marienambulanz befindet sich im ersten Stock. Hier wurde neben anderen Informationen auch ein Aufkleber angebracht, der symbolisch das Telefonieren mit dem Handy untersagt. Derselbe befindet sich noch einmal auf der Tür des Warteraumes.

Weitere Informationen bezüglich Hausregeln und Verbote werden aus dem Interview gewonnen: *„Also, es gibt ganz klar eine Hausordnung, eine Ambulanz-Hausordnung, die muss es geben, die ist vorgeschrieben. Es gibt natürlich in dieser Hausordnung klare Regeln und Verbote und wir haben versucht,*

diese Hausordnung in einigen Sprachen ganz klar aufzuhängen, wobei es natürlich schwierig ist, wenn zwar nicht oft, aber doch relativ häufig Menschen dabei sind, die nicht Lesen und Schreiben können oder die nur Kyrillisch können und unsere Schrift nicht und du musst es ihnen dann halt erklären. Aber die muss es geben“ (I, 78).

Die angesprochene Hausordnung befindet sich, allerdings nur in deutscher Sprache, auf einer Pinnwand im Gang unmittelbar neben dem Ordinationsraum 1. Daneben ist die Ambulatoriums-Anstaltsordnung des Landes Steiermark ausgehängt. Die Hausordnung stellt einen Anhang der Ambulatoriums-Anstaltsordnung dar (vgl. Land Steiermark 2013, o.S.) und umfasst folgende Punkte:

- 1.) Die Anordnungen der Ärzte und des Personals sind zu beachten.*
- 2.) Im Ambulatorium ist für Sauberkeit zu sorgen, die Patienten müssen gewaschen zur Behandlung kommen, da ansonsten aus hygienischer Sicht die Behandlung nicht durchgeführt werden kann.*
- 3.) Die Ambulatoriumszeiten richten sich nach den vom Rechtsträger vorgegebenen Betriebszeiten.*
- 4.) Das Rauchen im gesamten Ambulatoriumsbereich ist untersagt.*
- 5.) Der Genuss alkoholischer Getränke ist den Patienten während des Aufenthaltes im Ambulatorium untersagt.*
- 6.) Beschwerden medizinischer Art von den Patienten werden vom ärztlichen Leiter bzw. dem Vertreter nur persönlich oder schriftlich entgegengenommen. Alle übrigen Beschwerden sind an den Rechtsträger zu richten.*

Auf den ersten Blick erscheint vor allem Punkt 2 der Hausordnung hinsichtlich eines niederschweligen Angebotes als widersprüchlich. Eine niedere Schwelle bedeutet, dass möglichst geringe Voraussetzungen an die Inanspruchnahme geknüpft werden. Einer Person aufgrund eines ungewaschenen Zustandes den Zugang zur medizinischen Versorgung zu untersagen (vgl. Kap. 2.4.3), widerspricht dem Grundgedanken einer niederschweligen Leistung. Wobei an dieser Stelle gesagt werden muss, dass der Begriff „ungewaschen“ großen Handlungsspielraum offen lässt und jeder selbst entscheiden kann, was darunter verstanden wird.

Die Frage, ob die Hausordnung eine Hürde für Patienten- und Patientinnen darstellen würde, wurde im Interview verneint: *„Nein. Ganz sicher nicht. Nein, weil da die wesentlichen Punkte drinnen stehen, dass man die Einrichtung nicht kaputt macht, dass man sich so verhält, dass andere nicht gefährdet sind. Da fühlt sich keiner eingeschränkt. Aber es ist gut, dass es sie gibt, weil du kannst, in einem Fall von Aggressivität, darauf hinweisen“ (I, 80).* Aus der Aussage wird zusätzlich erkennbar, dass die Hausordnung eher selten Anwendung finden dürfte, da die interviewte Person nicht explizit über die Inhalte Bescheid zu wissen scheint.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass in diesem Bereich ein Interessenskonflikt zwischen der Ambulatoriums-Anstaltsordnung und einer niederschweligen Arbeitsweise ersichtlich wird. Es zeigt sich, dass in der Formulierung der Hausordnung der Ambulatoriums-Anstaltsordnung die Kriterien einer niederschwellig arbeitenden Einrichtung nicht gänzlich berücksichtigt werden. Demzufolge befinden sich die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in dem Bedrängnis die Vorschriften der Hausordnung widerstandslos zu befolgen oder selber zu entscheiden, welche Vorgabe sinnvoll erscheint und welche nicht. Jeder Patient/jede Patientin, der/die beispielsweise aufgrund eines ungewaschenen Zustandes abgelehnt wird, hat anderweitig möglicherweise keine Chance mehr die notwendige medizinische Behandlung zu bekommen. Um diesem Dilemma zu entgehen, müsste eine neue Fassung der Hausordnung formuliert werden, die die Arbeitsweise niederschwellig arbeitender Einrichtungen berücksichtigt.

5.2.2 Zeitliche Dimension von Niederschwelligkeit

Neben räumlichen Aspekten kann auch der Zeitfaktor eine Hürde für die Patienten und Patientinnen darstellen. Dies betrifft besonders Personen, die ohnehin Schwierigkeiten haben eine Zeitstruktur einzuhalten, wie etwa genaue Öffnungszeiten, oder Probleme mit der Zeitdisziplin haben, wenn es beispielsweise um das Einhalten von Terminen geht. Die optimale Niederschwelligkeit in zeitlicher Hinsicht würde eine Einrichtung bieten, die 24-Stunden am Tag geöffnet hat, keine Terminvergaben notwendig macht und wo es keine Wartezeiten gibt. Da dies in Realität aus finanziellen und organisatorischen Gründen wohl nicht verwirklichtbar ist, sollten die Öffnungszeiten, die Struktur der Terminvergaben und die Wartezeiten möglichst an die Bedürfnisse der Patienten und Patientinnen angepasst werden (vgl. Kap. 2.4.2, 2.4.3).

5.2.2.1 Öffnungszeiten

Niederschwelligkeit in Anbetracht der Öffnungszeiten bedeutet diese so zu gestalten, dass sie an den Alltag und den Lebensrhythmus der Zielgruppe angepasst werden.

Die Dokumentenanalyse der Jahresberichte (vgl. D2-D10) ergab, dass es zwischen 2005 und 2012 bei sechs der neun angebotenen Leistungen zu einer Ausdehnung der Öffnungszeiten kam. Besonders das Ausmaß der Sozialpsychiatrischen Ordination wuchs stetig. Während die

Ordination im Jahr 2005 einmal pro Woche von 11:15 bis 13:15 angeboten wurde, werden seit 2008 jeden Donnerstag von 9 bis 16 Uhr Patienten und Patientinnen behandelt. Alle fünf Ordinationen haben über die Mittagszeit geöffnet und, abgesehen von individuell vergebenen Terminen, öffnet die Marienambulanz frühestens um 9 Uhr.

Die Frage, aus welchen Überlegungen sich die Gestaltung der Öffnungszeiten ergab, wurde auch im Interview näher erörtert, wobei dabei ein neuer, bisher nicht berücksichtigter Faktor angesprochen wurde: *„Die Marienambulanz ist in erster Linie auf die Arbeit von Ehrenamtlichen aufgebaut. Die Hauptamtlichen, die ärztliche Leiterin und die Vertretung, die ja hauptamtlich sein müssen, können alle nur einen Tag abdecken. Angefangen hat das aber mit einer Stunde Ordination täglich. Da wir ja nur ehrenamtliche Ärzte gehabt haben bis 2006 und die Ordination nur von Ehrenamt abgewickelt wurde, neben der eigentlichen Brotarbeit dieser Ärzte und Ärztinnen, hast du nicht mehr machen können. Das hat sich irgendwie so gehalten und wenn du jetzt die Zeiten ausdehnen willst, dann brauchst du mehr Ärzte und vor allem kannst du es nicht mehr ehrenamtlich erwarten, aber nachdem das Prinzip auf Ehrenamtlichkeit beruht ist das schwierig. Also da müsste der Gesundheitsbereich Geld in die Hand nehmen“* (I, 60).

In dieser Aussage spiegeln sich die organisatorischen Schwierigkeiten wieder, wie die Möglichkeiten, die der Pool ehrenamtlicher Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen erlaubt, mit den Bedürfnissen der Patienten und Patientinnen vereinbart werden können. Niedergelassene Ärzte und Ärztinnen, die hauptamtlich in eigenen Praxen tätig sind, halten diese in der Regel über die Mittagszeit geschlossen (vgl. Kap. 2.4.4.1), weshalb die ehrenamtliche Tätigkeit vorwiegend in dieser Zeitspanne stattfinden kann. *„Ja also, von dem Zeitlichen her ist das (...) natürlich auch wieder abhängig vom Ehrenamt der Ärzte und Ärztinnen, weil die meistens selber Ordinationen am Vormittag oder Nachmittag haben und grad mal über Mittag können“* (I, 62).

Die Frage, ob die Öffnungszeiten auch für die Patienten- und Patientinnen als bedarfsgerecht erscheinen, wurde bejaht: *„Auf alle Fälle besser über die Mittagszeit, wo die meisten Ärzte eh schon zu haben oder zu machen bzw. erst am Nachmittag wieder anfangen und auch im Sinne des Kulturdenkens. Da viele die Nacht zum Tag machen und bis lang in den Tag hinein schlafen, ist die Zeit gerade passend“* (I, 62).

Allerdings wird aus dem Interview und auch im Zuge der Beobachtung ersichtlich, dass in einigen Bereichen die Öffnungszeiten ausgedehnt werden müssten, um ein bedarfsgerechtes Angebot gewährleisten zu können. *„Erstens braucht die Marienambulanz wahrscheinlich noch mehr Ordinationszeiten und dadurch aber auch noch mehr Personal. Das Angebot könnte ohne weiteres ausgedehnt werden, was jetzt die Frauensprechstunde und die Psychiatrie angeht. Sich mehr Zeit für die Facharztordinationen, Diabetes und Hypertonie bzw. auch Schulungen nehmen zu können. Mehr Zeit... in dem Sinn*

müsste man das sicher noch ausdehnen“ (I, 55). Diese Aussage deckt sich auch mit den Ergebnissen der Beobachtung:

- *„Um kurz vor neun Uhr warten bereits um die 15 Personen vor der Eingangstür“ (B6, 14).*
- *„Es wünschen mehr Patienten und Patientinnen eine Nummer, um zum Arzt vorgelassen zu werden, als zu vergeben sind“ (B6, 15).*
- *„Auch wenn die Öffnungszeiten der Sozialpsychiatrischen Ordination grundsätzlich von 9:00 bis 16:00 sind, ist die Untersuchung des letzten Patienten erst um 17:20 abgeschlossen“ (B8, 17).*

Rückblickend zeigt sich, dass Niederschwelligkeit im Bereich der Öffnungszeiten eine Frage der vorhandenen Ressourcen ist. Je mehr Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zur Verfügung stehen, umso ausgedehnter lassen sich die Öffnungszeiten der Angebote organisieren. Herausfordernd in diesem Bereich stellt sich die Vereinbarkeit der Ehrenamtlichkeit der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit einer bedarfsgerechten Gestaltung der Öffnungszeiten dar. Glücklicherweise wird gerade die Mittagszeit als den Bedürfnissen der Adressaten und Adressatinnen entsprechend empfunden, die sich auch hinsichtlich der verfügbaren Zeiten ehrenamtlicher Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen als leicht realisierbar offenbart.

5.2.2.2 Terminvereinbarungen

Das Einhalten von Terminen kann einigen Patienten und Patientinnen Schwierigkeiten bereiten und eine unüberwindbare Hürde darstellen. Die Tatsache, dass keine Terminvereinbarung für die medizinische Betreuung vorausgesetzt wird, ist somit ein wesentliches Kriterium der niederschweligen Gesundheitsversorgung.

Auf die Frage, wie viele Patienten und Patientinnen ohne Probleme vereinbarte Termine einhalten können und wie viele nicht, antwortete die interviewte Person: *„Ich würde sagen, meiner Erfahrung nach, zu 80 bis 85 Prozent ja. Der Rest schafft es nicht. Die Wichtigkeit Termine einzuhalten ist, was ganzwitzig ist, bei vielen Völkern einfach überhaupt nicht da. Da ist überhaupt kein Verständnis dafür“* (I, 37). Das würde bedeuten, dass 15 bis 20 Prozent der Patienten und Patientinnen zwar in der Lage sind die Ordinationen der Marienambulanz zu besuchen, die ohne Termin aufgesucht werden können, aber Schwierigkeiten haben weitere Terminvereinbarungen einzuhalten.

Der Blick in die Praxis zeigt, dass in bestimmten Bereichen die Vergabe von Terminen notwendig sein und auch Vorteile mit sich bringen kann, solange der Patient/die Patientin kein akutes Problem hat. Niederschwelligkeit bedeutet beispielsweise auch, dass Sprachbarrieren überwunden werden oder die Wartezeiten möglichst kurz gehalten werden. Spricht nun ein Patient/eine Patientin nur schlecht Deutsch, so kann mit einer Terminvereinbarung garantiert werden, dass bei der Untersuchung ein Dolmetscher/eine Dolmetscherin zur Verfügung steht und der Patient/die Patientin nicht warten muss. *„Wenn der Patient mit einem Problem kommt, wo man sagen kann, das hat aber jetzt ohne weiteres Zeit bis Morgen oder Übermorgen, dann kannst du natürlich sagen: ‘Kommen sie mit einem Dolmetscher wieder’ oder wir schauen, dass wir einen Dolmetsch da haben. Das haben wir natürlich auch gemacht. Beziehungsweise ist es ja auch so, dass wir für die Patienten, das ist eine der Hauptaufgaben in der Koordinierung, dass wir die Termine mit den Fachärzten draußen ausmachen und dass wir da auch schauen, dass ein Dolmetsch dabei ist“* (I, 33).

Niederschwelligkeit in diesem Sinne ist somit auch wieder abhängig von den vorhandenen Ressourcen und der Finanzierbarkeit, denn wenn zu jeder Zeit ein Dolmetscher/eine Dolmetscherin für jede Sprache zur Verfügung stehen würde und die Ordinationszeiten so ausgelegt wären, dass es zu keiner Wartezeit mehr kommen würde, könnte wohl von einer optimalen niederschweligen Gesundheitsversorgung gesprochen werden. Solange dieser optimale Zustand nicht erreicht ist, kann die Terminvergabe aber die Hürde der Inanspruchnahme erleichtern.

Dies wurde auch im Zuge der Beobachtung ersichtlich. Jeder Patient/jede Patientin bekommt bei der Anmeldung in der Marienambulanz eine Nummer. Patienten und Patientinnen, die zur Sozialpsychiatrischen Ordination kommen, erhalten außerdem, aufgrund des großen Andrangs, eine angeheftete Uhrzeitangabe. *„Auf die Nummern der Sozialpsychiatrischen Ordination wird zusätzlich ein Notizzettel mit einer Uhrzeit geklebt. Um 9:20 sind bereits alle 14 Nummern und somit alle Termine für heute bis 16 Uhr vergeben“* (B6, 17). Der Patient/die Patientin holt sich somit um neun Uhr den Termin für beispielsweise 14 Uhr ab. Er oder sie muss also später wiederkommen, erspart sich aber durch den angegebenen Termin eine lange Wartezeit. Aus dieser Situation wird ersichtlich, wie notwendig an gewissen Stellen eine Ausdehnung des Angebotes wäre, damit weiterhin niederschwellig gearbeitet werden kann.

Auch der Zugang zu niedergelassenen Fachärzten- und Fachärztinnen erfolgt mittels Terminvergabe. Die Marienambulanz vereinfacht die Hürde zwar, indem sie die Termine für die Patienten und Patientinnen vereinbart, ihnen bei Bedarf einen Dolmetscher/eine Dolmetscherin zur Seite stellen (siehe vorherigen Interviewausschnitt) oder die Anreise genau erklären, doch die Hürde der tatsächlichen Inanspruchnahme können sie nicht nehmen.

Patienten und Patientinnen, die weder in der Lage sind die Ordinationen der Marienambulanz aufzusuchen noch anderweitige Möglichkeiten der medizinischen Betreuung nutzen, unabhängig von der Notwendigkeit einer Terminvereinbarung, wird die aufsuchende medizinische Betreuung angeboten.

- *„Ein Patient hat schon seit zwei Jahren eine offene Wunde. Im Krankenhaus würde man diese Wunde mit 2-3 Stichen verschließen, aber er gibt an, dass er es nicht schaffe dorthin zu gehen. Vielmehr nimmt er in Kauf, dass die Wunde sich entzünden könnte und dass er sie regelmäßig verbinden muss“* (B12, 24).
- *„Ein Patient leidet an einer Hauterkrankung. Er solle einmal in die Marienambulanz kommen und sich einen Termin bei einem Hautfacharzt/einer Hautfachärztin abholen. Er bekommt eine Wegbeschreibung zur Marienambulanz mit. Der Arzt bemerkt nach der Behandlung, dass der Patient wohl nicht in die Ambulanz gehen werde“* (B12, 28).

Aus den vorangehenden Beispielen wird ersichtlich, dass die Hürde der Terminvereinbarungen, selbst bei der aufsuchenden medizinischen Betreuung, nur bedingt genommen werden kann. Gründe hierfür sind einmal mehr fehlende Ressourcen, die aufgrund des hohen Patientenandrangs in einzelnen Bereichen eine Terminvergabe notwendig machen oder spezielle

Leistungen, die über die medizinische Erst- und Grundversorgung hinausgehen und daher von der Marienambulanz nicht angeboten werden können. Dazu zählen beispielsweise die Leistungen von Spezialisten/Spezialistinnen oder Untersuchungen und Behandlungen, die aufgrund bestimmter Instrumentarien und Möglichkeiten nur ein Krankenhaus durchführen kann. Unterstützend agiert die Marienambulanz, indem sie die Termine bei den Kooperationspartnern und –partnerinnen für die Patienten und Patientinnen vereinbart. Die tatsächliche Inanspruchnahme des Termins würde allerdings weitere Hilfestellungen, wie telefonische Erinnerungen oder die Bereitstellung einer Begleitperson, erfordern.

5.2.2.3 Wartezeiten

Niederschwelligkeit in Bezug auf die Wartezeiten bedeutet, dass diese nicht vorhanden sind bzw. möglichst kurz gehalten werden.

Die Frage, wie lange die Patienten und Patientinnen durchschnittlich auf ihre Behandlung warten müssen, wurde auch im Interview gestellt: *„Es ist unterschiedlich. Es kommt natürlich darauf an, was die Leute haben oder wie es mit dem Dolmetsch funktioniert, aber sie müssen sich schon darauf einstellen, dass sie ... die Ordination wird um zwölf Uhr aufgesperrt und der Arzt beginnt meistens eh relativ gleich um zwölf. Um zwei wird sie zugesperrt und dann wird einfach abgearbeitet. Das kann manchmal bis um halb fünf dauern. Dann warten sie schon relativ lang. Aber das ist bei uns Österreichern auch. Du hast keine Chance. Ich mein, wenn der Arzt jetzt einen Fall hat, der ihn eine halbe, dreiviertel Stunde kostet, dann kostet er das“* (I, 82).

Im Zuge der Beobachtung zeigte sich, dass verbunden mit der Wartezeit auch Ungeduld und Aggression zum Thema wird: *„Etwa acht Personen warten nicht im Warteraum sondern direkt vor der Behandlungstür. Wenn ein Patient den Behandlungsraum verlässt, drängen sie in den Raum. Erst durch ein bestimmtes „Nein, später!“ verlassen sie den Behandlungsraum wieder“* (B4, 18).

Auch im Interview wird diese Problematik aufgegriffen:

- *„Dass die Leute natürlich ungeduldig werden und da auch sehr viel an Aggression entsteht, weil sie oft nicht verstehen können, dass man halt akute Fälle vornehmen muss oder dass man eine schwangere Frau und ein kleines Kind vornimmt, ist klar. Das haben wir aber auch ausgehängt im Wartezimmer, wer da vorgenommen wird und warum. Oft lesen sie es nicht. Manchmal gibt es darüber Diskussionen, auch Aggression“* (I, 82).

- „Wir haben eine Untersuchung einmal gemacht zu der Patientenzufriedenheit (...) da war dieses Thema des Wartens auch einer der wichtigsten Punkte und ich weiß ja wie es mich ärgert, wenn ich beim Arzt sitze und nur warte. Blöde versessene Zeit, aber das ist einfach eine Realität auch bei uns. Dann verstehen die Patienten es oft nicht, wenn parallel Ordinationen laufen. Das ist eh meistens nur der Donnerstag. Da laufen die Psychiatrie-Ordination und die normale parallel zu Mittag“ (I, 84).

Mit der Vergabe der Nummern, die auf einem A5 großen Karton gedruckt wurden und deshalb auch von den anderen Patienten und Patientinnen gut gesehen werden können, ist die Möglichkeit gegeben, Streitigkeiten bezüglich der Reihenfolge zu schlichten und den Überblick zu bewahren. Auch hilft es den Patienten- und Patientinnen sich selbst zu organisieren: „Die Patienten und Patientinnen haben sich je nach Nummer in einer Reihe aufgestellt. Jeweils der Patient/die Patientin mit der nächsten Nummer steht direkt vor der Ordinationstüre“ (B5, 22).

Indirekt ist die Thematik der Wartezeiten eng mit dem Aspekt der Terminvereinbarung, der Öffnungszeiten und dem der vorhandenen Ressourcen verbunden (vgl. Kap. 5.2.2.2). Termine verringern die Wartezeit, stellen aber andererseits wieder eine eigene Hürde dar. Ausreichende Ressourcen, wie beispielsweise genug Personal, um die Ordinationszeiten insoweit auszudehnen, dass sich die Patienten und Patientinnen besser aufteilen und somit die Wartezeiten verkürzt werden, sowie Geldmittel, um die zusätzlichen Leistungen zu begleichen, würde auch die Wartezeiten verringern.

5.2.3 Inhaltliche bzw. sachliche Dimension

Die inhaltliche Dimension von Niederschwelligkeit bezieht sich auf die Lebenslage in der sich die Patienten und Patientinnen befinden. Diese sollte, unabhängig von der Art und Weise der Problemlage, keinesfalls eine Hürde für die Inanspruchnahme darstellen. In einer niederschweligen Einrichtung kann jeder Patient/jede Patientin die angebotene Leistung in Anspruch nehmen, abgesehen von der Zielgruppe, zu welcher er/sie zugeordnet wird, und seiner/ihrer körperlichen Verfassung. Mit Hilfe eines vernetzten Hilfesystems und Kooperationen zu anderen Leistungen wird die Zugangsschwelle weiter gesenkt (vgl. Kap. 2.4.2). Im Fall der niederschweligen Gesundheitsversorgung sind das Krankenhäuser, Apotheken, Fachärzte und Fachärztinnen, medizinischen Institute, Vereine, Fachabteilungen der steiermärkischen Landesregierung und einige mehr (D12, 6). Niederschwelligkeit in diesem Sinne bedeutet

auch, dass der Patient/die Patientin, unabhängig von seiner/ihrer finanziellen Situation, kostenlosen Zugang zu den benötigten Untersuchungen, Medikamente und Therapien bekommt.

5.2.3.1 Zielgruppenoffenheit

Die Zielgruppenoffenheit ist ein wesentliches Kriterium der Niederschwelligkeit. Jede Person, unabhängig von ihrer aktuellen Lebenslage, ihres Alters, ihres Geschlechts, ihres kulturellen und religiösen Hintergrundes hat Zugang zu Leistungen.

Das in den Jahresberichten 2007 bis 2012 formulierte Ziel der Marienambulanz, beinhaltet auch eine Beschreibung der Zielgruppe: *„Ziel der Marienambulanz ist es, für Menschen ohne Versicherung sowie für Versicherte, die die Schwelle in das bestehende Gesundheitssystem nicht überwinden können, eine unbürokratische und rasche medizinische Erst- und Grundversorgung zu gewährleisten“* (D1, 3). Das bedeutet, dass jeder Mensch ohne Versicherung bzw. jeder Mensch mit Versicherung, der die Schwelle zu Leistungen des herkömmlichen Gesundheitssystems nicht überwinden kann, die Leistungen der Marienambulanz in Anspruch nehmen kann.

Im Interview wurde die Frage, ob jeder Patient/jede Patientin, der/die Leistungen der Marienambulanz in Anspruch nehmen möchte, diese auch bekommt, folglich beantwortet: *„Das muss so sein in der Gesundheitsversorgung, weil wir sind ja versorgungspflichtig. Ja. Also es ist völlig egal wer kommt. Er muss eine medizinische Erst- und Grundversorgung bekommen, wobei unsere Zielgruppe natürlich die Menschen sind, die nicht versichert sind bzw. die Menschen, die einen erschwerten Zugang haben zum Gesundheitssystem. Das ist sehr wohl ein Augenmerk, dass das die Zielgruppe ist aber behandelt muss jeder werden. Du darfst niemanden abweisen“* (I, 5).

Diese Darstellung kann durch die Ergebnisse der Beobachtung bestätigt werden. Während des gesamten Beobachtungszeitraumes wurde kein Patient/keine Patientin abgewiesen (vgl. B1-B12).

Allerdings wurde im späteren Interviewverlauf angemerkt, dass Personen, die erkennbar in der Lage sind, die Leistungen des herkömmlichen Gesundheitswesens in Anspruch zu nehmen, nach der Behandlung nahegelegt wird, sich anderweitig versorgen zu lassen: *„(...) wenn man realisiert, dass sich der Patient die medizinische Versorgung sehr wohl leisten kann, weil er arbeitet und und... Das ist oft vorgekommen. Da musst du natürlich dann einen Riegel verschieben. Dann musst du sagen 'Sie können sich Gesundheit anders leisten. Sie verdienen. Schauen sie, dass sie sich eine Versicherung zahlen'“* (I, 72).

Dennoch wird jeder Patient/jede Patientin mit einem akuten Problem unabhängig, ob er/sie der angeführten Zielgruppe entspricht, versorgt: *„Nur der kommt dann halt das nächste Mal wieder mit dem akuten Geschehen und du kannst ihn wieder nicht abweisen. Das ist ein schwieriges Thema“* (I, 72).

Es zeigt sich, dass die Zielgruppenoffenheit in der medizinischen Versorgung auch aufgrund des Ärztegesetzes (vgl. ÄrzteG 1998, §49 Abs.1) gegeben ist, wodurch alle Ärzte und Ärztinnen verpflichtet sind, jeden Patienten/jede Patientin eine Behandlung zukommen zu lassen.. Demnach ist von einer Zielgruppenoffenheit in der niederschweligen Gesundheitsversorgung auszugehen.

5.2.3.2 Akzeptanz der persönlichen Verfassung

Die Akzeptanz der persönlichen Verfassung bezieht sich auf den physischen und psychischen Zustand, in welchem sich der Patient/die Patientin befindet, wenn er die Leistungen der Marienambulanz beansprucht. Während in höherschwelligen Einrichtungen ein Patient/eine Patientin aufgrund seines/ihrer Alkoholisierungsgrades oder mangelnder Körperhygiene abgewiesen werden kann, wird in einer niederschwelligen Gesundheitseinrichtung jeder/jede behandelt.

Dieser Aspekt wurde auch im Interview auf die Frage, was unter niederschwelliger Gesundheitsversorgung verstanden wird, als wesentliches Kriterium genannt: *„(...) dass die Leute von der Straße weg kommen können, dass sie sich nicht vorbereiten müssen, dass sie nicht einen Termin ausmachen müssen, dass es wurscht ist, wie sie drauf sind. Sprich es kann der Alkoholiker völlig zu genauso kommen wie der Drogenabhängige bzw. der, der die Sprache überhaupt nicht versteht und sich einfach überhaupt nicht auskennt im Gesundheitssystem in Österreich (...)“* (I, 3).

Diese Herangehensweise wird aufgrund der Ergebnisse der Beobachtung bestätigt: *„Ein Patient kommt schwer alkoholisiert zur Anmeldung und schläft im Warteraum ein. Er wird nicht geweckt, weil befürchtet wird, dass er sonst die Marienambulanz verlassen könnte, obwohl er dringend eine Behandlung benötigen würde. Bei Aufrufen seines Namens ist er nicht mehr anwesend“* (B9, 38). Auch ist ein Unterschied zwischen den Patienten und Patientinnen der Ordinationen und jenen der Rollenden Ambulanz erkennbar. Während die Patienten und Patientinnen der Ordination großteils gepflegt und im nüchternen Zustand erscheinen, *„Alle neun Patienten und Patientinnen, die heute in der Allgemeinmedizinischen Ordination behandelt werden, wirken gepflegt und sind, soweit erkennbar, nicht alkoholisiert“* (B9, 26), sind die Patienten und Patientinnen der Rollenden Ambulanz, die direkt von

der Straße bzw. von der Notunterkünften zur Behandlung kommen, in vielen Fällen in einem ungepflegteren Zustand und auch alkoholisiert: „Bei zwei der vier Patienten der Notschlafstelle ist eine leichte Alkoholisierung zu bemerken“ (B10, 23).

Auf die Frage, ob es Situationen gibt, in welchen ein Patient/eine Patientin aufgrund der persönlichen Verfassung nicht behandelt wird, wird diese bejaht: „Ja also bei aggressivem Verhalten und das haben wir doch auch einige Male gehabt. Ich muss dazu sagen, dass 99 Prozent der Fälle trotzdem behandelt wurden und werden. Bei diesem einen Prozent kann es manchmal wirklich sein, dass er im Vorfeld schon so aggressiv ist, dass du nichts mehr machen kannst, dass du gar keinen Zugang mehr zu ihm hast bzw. der Zugang für dich selber lebensgefährlich wird. Aber das gibt es eigentlich relativ selten, muss man sagen“ (I, 15).

Auch gibt es Patienten und Patientinnen, die aus Unzufriedenheit mit der Behandlung bzw. weil sie sich ein bestimmtes Medikament erwartet hatten, ein aggressives Verhalten entwickeln. In besonders schwierigen Fällen musste auch einmal die Polizei geholt werden: „Das, was wir schon gehabt haben, war, dass wir die Polizei einschalten mussten und wir Patienten von der Station verweisen mussten. Aber das war meistens nachdem der Patient seine Behandlung bekommen hat. Nur hat ihm die Behandlung nicht gepasst. Er wollte was anderes. Das ist manchmal bei Drogenabhängigen. Sie wollen einfach mehr Stoff. Sie wollen gezielt das haben. Das ist manchmal auch bei Ausländern, für die das Medikament zum Fetisch wird“ (I, 19).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Akzeptanz der persönlichen Verfassung einen wichtigen Stellenwert bei den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Marienambulanz einnimmt. Eine Herausforderung stellt dieses Qualitätskriterium dann dar, wenn aufgrund eines aggressiven Verhaltens die eigene Gesundheit bedroht wird, wobei in solchen Fällen die eigene Sicherheit einer niederschwelligen Arbeitsweise vorzuziehen ist.

5.2.3.3 Verbindlichkeiten

Nach Redemeyer (vgl. 2011, S.26) sollten für die Klienten und Klientinnen mit der Nutzung niederschwelliger Leistungen keine oder nur geringe Verbindlichkeiten verbunden sein. Während sich diese Verbindlichkeiten, wie bei Mayrhofer (vgl. 2012, S.169), auf Anforderungen und Erwartungen hinsichtlich zu erreichender Erfolge und Ziele beziehen können, sind in der niederschwelligen Gesundheitsversorgung auf Seiten der Patienten und Patientinnen eher formale Voraussetzungen relevant.

Die einzige erkennbare Verbindlichkeit für Patient und Patientin, die im Zuge des Interviews und der Beobachtung ersichtlich wurde, ist die Angabe des Namens und persönlicher Daten, die bei der Anmeldung in der Marienambulanz erhoben werden. Kommt der Patient/die Patientin das erste Mal, werden die Angaben dieses Patienten/dieser Patientin in der Patienten/-innenkartei gespeichert: *„Am Anmeldungs Fenster wird nach einem Ausweis gefragt, ist dieser nicht vorhanden, schreiben die Patienten, wenn der Name schwer verständlich ist, diesen selber auf ein Stück Papier. Es werden auch andere Formulare, wie Meldezettel, Arztbriefe etc. zur Ausweisung gereicht. Gibt ein Patient/eine Patientin fehlerhafte Daten an, so kann dies nicht nachgeprüft werden. Der Name wird im Computer eingegeben und geprüft, ob die Daten des Patienten schon vorhanden sind. Ansonsten wird noch nach Adresse, Geburtsdatum etc. gefragt. Daraufhin wird von jedem Patienten/jeder Patientin der aktuelle Versicherungsstatus geprüft“* (B2, 23).

Die Gründe dafür wurden im Interview näher erläutert: *„Ja da können wir nicht niederschwellig arbeiten. Das geht nicht. Niederschwellig würde jetzt bedeuten, wir brauchen keine Daten und wir behandeln einfach anonym, aber das kannst du im Gesundheitssystem nicht machen. Wir sind ein offizielles Ambulatorium nach dem Steiermärkischen Krankenanstaltengesetz. Wir müssen uns an diese Regeln halten und das müssen die Patienten auch einsehen“* (I, 46). Bei der Frage der Anonymität steht auch immer die Absicherung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Marienambulanz im Vordergrund, die im medizinischen Bereich unumgänglich ist. Auf diese Thematik wird im Kapitel 5.2.4.1 näher eingegangen.

Anders als der Besuch der Ordinationen in der Marienambulanz, müssen die Patienten und Patientinnen der Rollenden Ambulanz keine persönlichen Daten angeben. In diesem Bereich erfolgt der Zugang ohne jegliche Verbindlichkeiten: *„Niederschwelligkeit in dem Sinn kannst du draußen machen, das machen wir mit der Rollenden. Auch in der Rollenden verlangen wir einen Vornamen und, wenn sie uns einen falschen Namen angeben, ist das in dem Fall auch unwichtig, das Alter und das Herkunftsland. Damit wir ein bisschen was haben“* (I, 46). Die Dokumentation des Namens, des Geschlechts, der Nationalität sowie der Symptome, Diagnose und Medikamente dient der Verlaufskontrolle der Ärzte und Ärztinnen. Diese haben dadurch die Möglichkeit nachzuverfolgen, ob der Patient/die Patientin bereits von einem Kollegen/einer Kollegin untersucht wurde, inwieweit sich die Symptome verändert haben, welche Diagnose damals gestellt wurde und welche Medikation verabreicht wurde. Dieses Vorgehen wurde auch im Zuge der Beobachtung ersichtlich: *„Grundsätzlich sind keine Bedingungen für die Nutzung zu erkennen. Es wird zwar nach dem Namen gefragt und dieser sowie die Nationalität, das Geschlecht, die Symptome/Diagnose und die mitgegebenen Medikamente dokumentiert. Dies hat aber den Sinn, dass die anderen Ärzte gegebenenfalls nach-*

schauen können, ob der Patient/die Patientin schon einmal untersucht wurde bzw. welche Medikamente er/sie schon einmal mitbekommen hat. Der Versicherungsstatus wird nicht erfragt“ (B10, 31). Eine Alternative zu diesem Vorgehen könnte der Krankenpass für wohnungslose Menschen darstellen, wie er vom Caritasverband Osnabrück (vgl. 2009, o.S.) aufgelegt wurde. Dieser Pass soll eine Krankenakte zum Mitnehmen darstellen, wo die gesamte Krankengeschichte der jeweiligen Person vermerkt ist.

Neben den Verbindlichkeiten, die sich an Patienten und Patientinnen richten, sind auch welche erkennbar, die im Sinne der Niederschwelligkeit von den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen erwartet werden. Wie bereits in Kapitel 5.2.3.1 angesprochen, ist jeder Arzt/jede Ärztin nach dem Ärztegesetz (vgl. ÄrzteG 1998, §49 Abs.1) verpflichtet, jeden Patienten/jede Patientin ohne Unterschied der Person nach bestem Wissen und Gewissen und nach dem neuesten Stand der ärztlichen Wissenschaft zu behandeln. Auch im Interview wurde der Aspekt der „Gleichheit“ in der Versorgung als wichtiges Kriterium von Niederschwelligkeit genannt: *„(...) du bist nicht versichert und bekommst aber deine Medikamente z.B. bzw. es gibt für dich das gleiche Angebot wie in den hochschwelligten Einrichtungen, auch wenn du jetzt anders bist als die, die versichert sind, und woanders herkommst“ (I, 3).* Wenn ein Patient/eine Patientin eine Versicherung hat, bekommt er/sie ein Rezept mit den benötigten Medikamenten mit. Ist kein Versicherungsstatus vorhanden, werden die Medikamente direkt von den Ärzten und Ärztinnen mitgegeben:

- *„Von sechs Patienten und Patientinnen bekommen vier gratis ein Medikament mit“ (B4, 28).*
- *„Zwei der zehn Patienten und Patientinnen haben eine Versicherung und bekommen ein Rezept für das benötigte Medikament bzw. die benötigten Medikamente mit“ (B5, 38).*

Auch im Zuge der Behandlungen durch die Rollende Ambulanz, wo kein Versicherungsstatus geprüft wird, werden die benötigten Medikamente kostenlos zur Verfügung gestellt: *„Im Vinzinst bekommen 12 von 13 Patienten und Patientinnen ein Medikament mit. Ein Patient würde eine spezielle Salbe benötigen, die im Medikamentenkoffer nicht zu finden ist. Er soll nächste Woche wiederkommen und sich die Salbe abholen“ (B11, 34).*

Abschließend kann gesagt werden, dass die optimale niederschwellige Arbeit im Sinne der Verbindlichkeiten in der Rollenden Ambulanz stattfindet, wo keine Bedingungen an die Nutzung der Leistung geknüpft werden. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass es in der medizinischen Versorgung bestimmte Bereiche gibt, wo Niederschwelligkeit aufgrund der eigenen Absicherung nur im begrenzten Rahmen stattfinden kann. Dies wird auch im Kapitel

Anonymität und Vertraulichkeit (vgl. Kap. 5.2.4.1) ersichtlich, dass den Umgang mit Daten und persönlichen Angaben weiterführend behandelt.

5.2.3.4 Kooperationen

Um das Leistungsspektrum der Marienambulanz auszudehnen bzw. notwendige Untersuchungen, Behandlungen und Hilfeleistungen den Patienten und Patientinnen anbieten zu können, bestehen zu Krankenhäusern, Apotheken, Fachärzten und Fachärztinnen, medizinischen Instituten, Vereinen, Fachabteilungen der steiermärkischen Landesregierung und vielen mehr Kooperationen. Diese Kooperationen erlauben beispielsweise, dass für einen Patienten/eine Patientin, der/die an Zahnschmerzen leidet, ein Zahnarzttermin ausgemacht oder ein Patient/eine Patientin mit Kopfverletzungen ein Schädelröntgen angeboten werden kann. Niederschwelligkeit in diesem Bereich bedeutet, dass den Patienten und Patientinnen ein gut vernetztes System aus Hilfeleistungen und Kooperationen zu Verfügung gestellt wird, dass die Bedürfnisse der Klienten und Klientinnen abdeckt.

In der Marienambulanz bestanden erste Kooperationen bereits von Beginn an: *„Es war irrsinnig spannend im Aufbau 1999, da ich von Anfang an gleich sieben Fachärzte und Fachärztinnen dabei gehabt habe. Ein medizinisches Labor, die Aidshilfe unter anderem und fünf Fachärzte, wobei ich da einfach angerufen habe, erzählt habe, was wir machen, ob sie sich vorstellen könnten, da mitzumachen. Und dann hat sich etwas entwickelt wie ein Schneeballsystem“* (I, 37).

Trotz der bestehenden 53 Kooperationspartner im Jahr 2012 (D12, 7) zeigen sich Bereiche, wo sich der bestehende Bedarf nur schwer mit den Angebotsmöglichkeiten abdecken lässt. Betroffen sind davon die Fachrichtungen Zahnarzt und Frauenarzt. Selbst wenn die Anzahl der verfügbaren Zahnärzte und Zahnärztinnen im Vergleich zu anderen Fachrichtung überdurchschnittlich ist, ist die Nachfrage so groß, dass sich der Bedarf nur schwer abdecken lässt: *„Dort, wo wir uns ein bisschen schwer tun, das sind die Zahnärzte. Wir haben jetzt Zahnärzte, aber die sind fast alle außerhalb von Graz (...). Da haben wir uns relativ schwer getan. Relativ schwer getan haben wir uns auch bei Frauenärzten. Wir haben zwar Frauenärztinnen, drei an der Zahl mittlerweile, aber natürlich musst du die Termine überall beschränken“* (I, 37).

Die Problematik des nur schwer abzudeckenden Bedarfes im Zahnarztbereich, zeigte sich auch im Zuge der Beobachtung:

- „Ein Patient klagt über Zahnschmerzen und möchte einen Zahnarzttermin. Die Ärztin erklärt ihm, dass für diesen Monat bereits alle Zahnarzttermine vergeben wurden und sie keine mehr zur Verfügung habe. Er solle Ende des Monats noch einmal kommen, dann könne er sich einen Termin für Juni holen. Da im Raum Graz auch die Junitermine bereits vergeben wurden, muss er dann allerdings nach Deutschfeistritz zum Zahnarzt fahren“ (B4, 25).
- „Ein Patient benötigt dringend einen Zahnarzttermin. Von der Anmeldung aus wird bei einer Zahnärztin angerufen und um einen Notfalltermin gebeten, da eigentlich schon alle Termine vergeben waren. Der Patient darf sofort vorbeikommen“ (B5, 32).

Um den Bedarf nach zahnmedizinischer Versorgung zu decken, wäre eine Ausdehnung des Angebotes sinnvoll. So könnte, wie etwa im „neunerhaus“ in Wien (vgl. Kap. 2.4.6.1), die Einrichtung einer Zahnarztpraxis überlegt werden oder die Einführung eines „Zahnmobiles“, das, am Beispiel von Hamburg und Hannover, Menschen in Armutssituationen aufsuchend zahnmedizinisch behandelt (vgl. Zahnmobil Hannover 2013, o.S.; vgl. Caritasverband für Hamburg e.V. 2013, o.S.). Wobei zu berücksichtigen ist, auch in diesem Fall für die Realisierung dieser Idee ausreichend Ressourcen vorhanden sein müssten.

Neben den schwer abzudeckenden medizinischen Bereichen, wird im Interview auch die Herausforderung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Marienambulanz angesprochen, sensibel und bedacht mit den bestehenden Kooperationen umzugehen, um diese nicht zu verlieren: „Ich mein, du kannst ihnen nicht einfach 25 Leute hinschicken. Und das war auch immer eine meiner Aufgaben und die Aufgabe der ärztlichen Leiterin, zu schauen, dass man sie nicht überfordert, dass man im Gespräch mit ihnen bleibt und dass man ihnen auch immer wieder dankt für dieses Mittun“ (I, 37). Darunter fällt auch die Aufklärung bezüglich der Schwierigkeiten, die Patienten und Patientinnen der Marienambulanz mitunter beispielsweise mit dem Einhalten von Terminen haben und der Appell an ihr Verständnis: „Die Wichtigkeit Termine einzuhalten ist, was ganz witzig ist, bei vielen Völkern einfach überhaupt nicht da. Da ist überhaupt kein Verständnis dafür. Überhaupt nicht. Natürlich sind dann die Fachärzte draußen, die gratis für die Marienambulanz arbeiten und gratis die Leute versorgen, oft sauer. Oft ist es das fehlende Verständnis. Es bedarf auch viel, viel Arbeit und immer wieder, dass man die Kollegen draußen, die Fachkräfte draußen, schult. Dass sie Schulungen kriegen in diesem kulturellen Verständnis von Menschen. Damit sie das dann auch leichter handhaben können und Miteinbauen in ihre Konzepte. Es sind natürlich auch manche Ärzte abhandengekommen, die dann gesagt haben, da spiel ich nicht mehr mit. Das zipft mich einfach an“ (I, 35).

Eine zusätzliche Herausforderung für die Patienten und Patientinnen, wie bereits im Kapitel 5.2.1.1 und den vorherigen Interviewabschnitten angesprochen, stellt auch die Erreichbarkeit der Angebote der Kooperationspartner/-partnerinnen dar. Drei der vier Zahnärzte und Zahnärztinnen, zu welchen eine Kooperation besteht, sind außerhalb von Graz angesiedelt und daher relativ kompliziert zu erreichen, wenn kein Auto zur Verfügung steht und öffentliche Verkehrsmittel benützt werden müssen.

Nichtsdestotrotz ist es bemerkenswert, wie viele Kooperationen über die Zeit gewonnen werden konnten, die alle ehrenamtlich ihre Zeit und Leistungen zur Verfügung stellen und im Sinne der Niederschwelligkeit ein weitreichendes, miteinander vernetztes System an Leistungen ermöglichen. Erst aufgrund der Kooperationen kann sichergestellt werden, dass die Patienten und Patientinnen niederschwelliger Leistungen den gleichen Versorgungsstandard genießen, wie Nutzer und Nutzerinnen des herkömmlichen Gesundheitssystems. Eine Herausforderung in diesem Bereich stellt die Gewährleistung der Leistungen dar, da niederschwellige medizinische Einrichtungen, wie auch die Marienambulanz, größtenteils auf die Bereitschaft der Kooperationspartner angewiesen sind die Patienten und Patientinnen ehrenamtlich zu behandeln.

5.2.4 Soziale Dimension

Die soziale Dimension niederschwelliger Gesundheitsversorgung bezieht sich auf den Umgang mit den Patienten und Patientinnen. Hervorgehoben werden dabei die Aspekte von Anonymität und Vertraulichkeit, die Überwindung von Sprachbarrieren sowie das Verständnis und die Akzeptanz kulturell bedingter Einstellungen und Verhaltensweisen (vgl. Kap. 2.4.2).

5.2.4.1 Anonymität und Vertraulichkeit

Das Kriterium der Anonymität und Vertraulichkeit nimmt im Sinne eines niederschweligen Zugangs einen wesentlichen Stellenwert ein. Im Vordergrund steht dabei die Vermittlung von Sicherheit. Die Patienten und Patientinnen erhalten mit dem Zugeständnis von Anonymität und Vertraulichkeit die Sicherheit, dass kein Zugriff anderer Instanzen erfolgen wird oder dass andere Personen persönliche Informationen erhalten könnten, die Schamgefühle auslösen würden (vgl. Kap. 2.4.2).

Wie bereits im Kapitel „Verbindlichkeiten“ (vgl. Kap. 5.2.3.3) angeschnitten, ist gerade der Aspekt der Anonymität und Vertraulichkeit in der medizinischen Versorgung schwer zu erfüllen. Auf die Frage, wie reagiert wird, wenn ein Patient/eine Patientin den Wunsch äußert anonym behandelt zu werden, wurde im Interview geantwortet: *„Das funktioniert nicht. Das geht nicht, weil wir diese Daten aufnehmen müssen. Wir müssen eine Abfrage bei der Gebietskrankenkasse machen mit Namen und Geburtsdatum, ob er versichert ist oder nicht. Das geht nicht. Es braucht ja nur irgendetwas passieren, dann sind wir dran. Und dann kannst du die Ambulanz zusperren wegen so einem Fall“* (I, 50). Besonders die eigene Absicherung steht in diesem Falle der Niederschwelligkeit im Wege. Die Absicherung erfolgt mittels einer ausführlichen Dokumentation jedes Patientenkontaktes. Kommt es nun zu einer Situation (wie im nächsten Interviewabschnitt beschrieben), wo sich die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen vor Gericht verteidigen müssen, kann mittels Dokumentation ihre Unschuld bewiesen werden: *„Du musst dich als Arzt auch absichern. Was wir gepredigt haben mit den Dokumentationen. Es ist so wichtig, dass du dokumentierst und gut dokumentierst und nachvollziehbar dokumentierst. Ich kann mich erinnern, wir haben eine Frau gehabt, die HIV positiv war, eine Afrikanerin, deren Freund oder Lebenspartner ein Österreicher war und wir haben sie aufgeklärt. Wir haben das ganze Prozedere gemacht. Nach einem halben Jahr war sie schwanger und hat das Baby verloren. Die Klinik draußen ist draufgekommen, dass sie HIV hat. Sie hat denen gesagt, sie war in der Marienambulanz, hat einen HIV-Test machen lassen und da hat man ihr gesagt, dass alles in Ordnung ist und ihr Mann wollte uns klagen oder der Partner. Wir haben aber beim ersten HIV-Test schon angefangen HIV-Protokolle zu führen, wo wirklich alles von Erstgespräch bis zum Codewort und Zweitgespräch, Übergabe, alles genauestens dokumentiert ist“* (I, 52).

Auch wenn dem Aspekt der Anonymität in der Marienambulanz nur bedingt nachgekommen werden kann, wird den Patienten und Patientinnen hinsichtlich der Vertraulichkeit versichert, dass die Daten nicht weitergereicht werden: *„Zum einen klären wir sie auf, dass diese Daten, da wir ja eine Schweigepflicht haben, in der Ambulanz bleiben müssen. Die Ambulanz nicht verlassen dürfen. Zum anderen erklären wir, dass es uns ja auch nicht interessiert, ob der jetzt einen legalen Aufenthaltsstatus hat oder nicht. Das interessiert uns nicht. Im Vordergrund ist einfach seine Erkrankung“* (I, 48).

Im Zuge der Beobachtung wurde dieser Aspekt nur bedingt sichtbar. In allen beobachteten Fällen wurden die Daten bereitwillig ohne erkennbares Zögern angegeben: *„Der Name wird zumeist ohne Bedenken angegeben. Im Vinzineist reichen sie uns häufig ihren Ausweis“* (B10, 34). Als einer misshandelten Frau eine Fotodokumentation der Verletzungen angeboten wird und sie diese ablehnt, wird darauf verzichtet: *„Der Patientin wird eine Fotodokumentation der Narben, die in Folge*

schwerer Misshandlungen durch den Partner entstanden seien, nahegelegt. Sie wird mehrmals gefragt, von verschiedenen Personen, lehnt diese aber entschieden ab. Worauf keine Fotos gemacht werden“ (B9, 32).

Rückblickend betrachten scheinen die Patienten und Patientinnen, die die Marienambulanz besuchen, keine Probleme mit der Weitergabe ihrer Daten zu haben. Sie dürften das Vertrauen haben, dass sensibel mit Daten und Informationen umgegangen wird. Allerdings kann nicht beurteilt werden, inwiefern Patienten und Patientinnen aus diesem Grunde der Marienambulanz fernbleiben.

5.2.4.2 Kommunikation und Sprachbarrieren

Die deutsche Sprache bzw. die fehlenden Kenntnisse dieser stellen besonders für Personen ausländischer Herkunft eine große Hürde dar. Hinzu kommt der Fachjargon, der im medizinischen Bereich Verwendung findet, und der zusätzlich zu Verständnisproblemen führen kann. In niederschwellig arbeitenden Gesundheitseinrichtungen sollte dieser Barriere so gut als möglich entgegengewirkt werden. Dies kann in Form von Dolmetscher und Dolmetscherinnen, Informationsmaterial in unterschiedlichen Sprachen oder visuellen Kommunikationshilfen geschehen (vgl. Kap. 2.2.6.4).

Aus der Beobachtung, wie auch aus dem Interview, wird ersichtlich, welch einen großen Stellenwert der Abbau von Sprachbarrieren in der Marienambulanz innehat aber auch die Schwierigkeiten, die sich daraus ergeben. In der Marienambulanz waren im Jahr 2012 fünf Dolmetscherinnen ehrenamtlich tätig (D11, 13). Im Jahr 2013 soll erneut das Hauptaugenmerk auf die Gewinnung Dolmetscher und Dolmetscherinnen gelegt werden: *„Gerade in diesen Bereich, in Dolmetsch, wollen wir wieder ein Hauptaugenmerk setzen und das mal auf Schiene bringen“ (I, 29).* Zusätzlich können bis zu zwölf Sprachen durch die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Teams abgedeckt werden: *„Wir können auf viel zu wenige Dolmetscher zurückgreifen, sag ich jetzt einmal. Wir haben das Glück, dass wir eine Multi-Kulti-Ambulanz auch vom Team her sind. Wir haben immer bis zu zwölf Sprachen selber abdecken können“ (I, 29).*

Schwierigkeiten bereitet die Tatsache, dass nicht immer alle Dolmetscher/Dolmetscherinnen und damit alle Sprachen zur Verfügung stehen. Eine niederschwellige Gesundheitseinrichtung verfolgt beispielsweise auch die Kriterien, dass jeder Patient/jede Patientin ohne Terminvereinbarung zu den Öffnungszeiten erscheinen kann. Als Mitarbeiter und Mitarbeiterin weiß man im Voraus nicht, welcher Patient/welche Patientin die Leistungen der Marienambulanz in

Anspruch nehmen wird, welche Sprachen er oder sie sprechen und ob ein Dolmetscher/eine Dolmetscherin gebraucht wird: „Ein sehr großes Problem ist, dass diese zwölf Sprachen ja nicht immer zur Verfügung standen. Da wo wir echt ein Problem hatten, das ist jetzt ein bisschen weniger worden, ist Rumänisch. Die Rumänen sind ganz, ganz stark vertreten v.a. bei den Nichtversicherten durch die Süd-Ost-Aufmachung der EU. Dann Russisch, wobei wir uns da mittlerweile wesentlich leichter tun. Wir haben einen Russisch sprechenden Psychiater. Wir können im Team der Caritas bei den Regionalbetreuern auf Leute zurückgreifen, wo man zumindest übers Telefon dolmetschen kann, wenn man die Person schon nicht da hat jetzt (...). Es war immer ein Thema. Wir sind nie sprachlos gewesen, aber es hätte immer besser sein können (I, 29).

Wie aus dem oberen Interviewabschnitt ersichtlich, wird man in einem Zustand der Sprachlosigkeit erfinderisch. Wenn kein entsprechender Dolmetscher/keine entsprechende Dolmetscherin vor Ort zur Verfügung steht, wird auch einmal über das Telefon gedolmetscht, Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen aus dem Haus kontaktiert oder der Patient/die Patientin hat Kenntnisse in einer anderen Sprache, für die gerade ein Dolmetscher/eine Dolmetscherin anwesend ist:

- „Eine Frau kommt zur Anmeldung, die nur ungarisch spricht. Telefonisch wird eine Mitarbeiterin des Sozialzentrums, die in einer anderen Abteilung des Hauses arbeitet, angerufen und es wird angefragt, ob sie kurz Zeit hätte, um zu dolmetschen. Sie kommt herauf und dolmetscht bei der Anmeldung und Untersuchung“ (B2, 31).
- „Nachdem die rumänische Dolmetscherin die Patientin schon etwas früher verlassen muss, da sie eine andere Patientin zu einem Termin begleiten muss, zeigt sich, dass die Patientin auch ein bisschen italienisch kann“ (B9, 34).

Wie bereits in Kapitel 5.2.2.2 angesprochen, erleichtert die Vergabe fixer Termine die Organisation eines Dolmetschers/eine Dolmetscherin beträchtlich.

In einigen Fällen organisieren sich die Patienten/Patientinnen ein Familienmitglied, einen Freund/eine Freundin oder einen Bekannten/eine Bekannte, die sie beim Besuch begleiten und übersetzten. Auch andere Patienten oder Patientinnen übersetzten für ihre Landsleute:

- „Eine Patientin bringt eine Freundin als Dolmetscherin mit, die alles übersetzt“ (B1, 37).
- „Ein afghanischer Mann übersetzt für zwei Landsleute“ (B3, 28).

- „Ein Patient aus Afghanistan spricht Pashtu. Für diese Sprache gibt es nur wenige Dolmetscher/Dolmetscherinnen. Ein anderer Patient, der zu spät gekommen ist und keinen eigenen Termin mehr bekommen hat, kann die Sprache und übersetzt für ihn“ (B7, 33).
- „Ein Patient versteht zu wenig Deutsch, um die Fragen des Arztes beantworten zu können. Der vorherige Patient kann seine Sprache ein wenig und übersetzt. Als dieser nicht mehr weiter weiß, wird ein anderer Bewohner des Vinzinests geholt, der die Sprache des Patienten besser spricht“ (B11, 47).

So hilfreich übersetzende Angehörige auch sein mögen, so kommt es immer wieder vor, dass in die Worte des Patienten/der Patientin hineininterpretiert wird und die Aussage dann verzerrt wiedergegeben wird. Dies ist vor allem im medizinischen Bereich nicht unbedenklich: „Und es war auch häufig so, dass die Leute dann ihre Angehörigen mitgenommen haben und diese dann für sie sprechen lassen. Da hat man halt dann die Gefahr des Interpretierens und des 'Was redest du denn so blöd, du hast es doch anders gespürt oder das hab ich ja anders wahrgenommen, das sag ich jetzt anders, das ist ja nicht so'. Also die Gefahr ist dann auch immer präsent“ (I, 31).

Neben der Notwendigkeit eines Dolmetschers/einer Dolmetscherin, wird in der Marienambulanz auch auf andere Hilfsmittel zurückgegriffen. An der Eingangstür zur Marienambulanz beispielsweise sind Informationen, wie Öffnungszeiten und andere Hinweise, in mehreren Sprachen angebracht und zum Teil mit Bildern versehen, die eine klopfende Hand bzw. eine Uhr mit der entsprechenden Zeit zeigen, wie in Abbildung 21 ersichtlich. Weiters befindet sich in der Anmeldung eine Mappe, in welcher Worte und Sätze, die im medizinischen Bereich häufig Anwendung finden, in den verschiedensten Sprachen angeführt sind (vgl. B2, 8).

Abbildung 21: Eingangstür zur Marienambulanz (Keplerstraße)



Aber auch in anderen Bereichen zeigten sich die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Marienambulanz erfinderisch, wenn es um das Überwinden von Verständnisproblemen geht. So wurde in einigen Fällen mit Zeichensprache gearbeitet oder Informationen aufgezeichnet:

- „Eine Patientin soll sich während ihrer Schwangerschaft vor Röteln schützen und Personen, die diese Erkrankung haben, meiden. Damit sie sich über die Erkrankung in ihrer Sprache informieren kann, wird ihr das Wort "Röteln" in Englisch und in Deutsch auf einen Zettel aufgeschrieben“ (B1, 38).
- „Eine Patientin deutet bei der Aufnahme auf ihren Hals und dann auf ihren Sohn. Eine Mitarbeiterin ahmt Husten nach. Die Frau schüttelt den Kopf“ (B2, 33).
- „Die Ärztin erklärt der Mutter des Patienten, wie das Medikament einzunehmen ist. Sie nimmt die Spritze aus der Packung und zieht die benötigte Menge (ohne Inhalt) auf, damit die Mutter weiß wie viel 3ml sind“ (B4, 36).

Um die Barriere der Sprache ganz abbauen zu können, müsste allerdings jederzeit auf Dolmetscher/Dolmetscherinnen für alle erdenklichen Sprachen zurückgegriffen werden können. Dass dies in Realität aufgrund fehlender Ressourcen äußerst schwer durchführbar ist, versteht sich von selbst. Daher lässt sich im Sinne der Niederschwelligkeit nur das Ziel verfolgen, mög-

lichst viele Dolmetscher/Dolmetscherinnen und Sprachen gleichzeitig abzudecken und mittels einer großen Auswahl an zur Verfügung stehenden Hilfsmitteln, Kommunikationsproblemen Sprachbarrieren entgegenzuwirken.

5.2.4.3 Kulturelle Sensibilität

2011 wurden in den Ordinationen der Marienambulanz 1.756 Patienten und Patientinnen aus 80 Nationen betreut und behandelt. Den größten Anteil nahmen dabei die Patienten und Patientinnen aus Rumänien ein, gefolgt von Patienten und Patientinnen aus Tschetschenien, aus Österreich, Nigeria und Afghanistan (D11, 13).

Niederschwellige Gesundheitsversorgung bedeutet hinsichtlich dieser multikulturellen Zielgruppe einerseits, dass die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen über kulturelle und religiöse Verhaltensweisen und die unterschiedlichen Gesundheits- und Krankheitskonzepte Bescheid wissen. Andererseits bringt sie auch die Herausforderung mit sich, dass mit Sensibilität und Behutsamkeit auf kultur- bzw. religionsbedingte Anschauungen und Konflikte reagiert wird.

Besonders die im westlichen Kulturkreis typische Trennung körperlicher und seelischer Probleme ist für Patienten und Patientinnen aus anderen Kulturkreisen oft nur schwer nachvollziehbar. Auf der anderen Seite stellt die oft magische Betrachtungsweise von Gesundheit- und Krankheit, wie sie in anderen Kulturen vorherrscht, für die westlichen Ärzte und Ärztinnen eine Herausforderung dar (vgl. Kap. 2.2.6.4).

Diese Schwierigkeit wurde auch im Zuge des Interviews angesprochen:

- „Das ist irrsinnig schwierig. Also da haben wir schon Dinge erlebt z. B. Afrikaner, die denken, wir trinken ihnen ihr Blut oder wir verkaufen ihr Blut, also völlig komische Dinge manchmal. Auf der anderen Seite auch wieder, dass wir wirkliche Götter sind, wo wir Österreicher längst nicht mehr daran glauben. Außer vielleicht, dass es noch am Land vereinzelt Personen gibt, die glauben, dass der Doktor in Weiß ein Gott in Weiß ist. Die Menschen aus anderen Kulturen, die von irgendwas geheilt werden, die haben manchmal einen anderen Zugang. Der Arzt ist jetzt der Herrgott“ (I, 23).
- „Ja, das ist das Magische, das Mystische, das Schamanentum, das Heilertum. Das sind natürlich alles Sachen, die man auch mitbedenken muss, wenn man mit Ausländerinnen und Ausländern arbeitet und sie betreut in der Gesundheit“ (I, 25).

- „Oder Afrikaner, die, wenn du ihnen gesagt hast, dass der Blutbefund bei den Leberwerten nicht ganz passt, was aber harmlos ist und wo man einfach ein Leberenzym gibt, sich am Boden hingelegt und gestrampelt haben. Einer, kann ich mich erinnern, hat wie ein kleines Kind geschrien und gemeint, dass er jetzt sterben muss. Oder auch Musliminnen, die selber nicht reden dürfen, wo nur der Mann redet“ (I, 23).

Derartige Hergänge konnten im Zuge der Beobachtung nicht festgestellt werden. Dies liegt wohl daran, dass diese eher selten auftreten und die Beobachtungszeit dafür zu kurz war. Beobachtbar war, dass einigen männlichen Patienten die Untersuchung durch eine Ärztin unangenehm zu sein schien, was einerseits an einem natürlichen Schamgefühl, andererseits aber auch an der Stellung der Frau in anderen Kulturen liegen könnte:

- „Einem Patienten scheint es sichtlich unangenehm zu sein, dass er von einer Frau untersucht wird. Er zieht nur sehr zögerlich und nach mehrmaliger Aufforderung sein T-Shirt für das Abhören hoch. Die Ärztin bleibt sehr bestimmt“ (B9, 26).
- „Einem Patienten ist es sichtlich unangenehm sich auszuziehen. Die medizinische Assistentin und ich verlassen den Raum“ (B5, 31).

Niederschwelligkeit an dieser Stelle würde wohl bedeuten, dass die Patienten und Patientinnen jederzeit zwischen einem Arzt und einer Ärztin wählen können, was allerdings wieder die Frage der vorhandenen Ressourcen aufwirft. Immerhin befindet sich bei der Eingangstür der Marienambulanz eine Pinnwand, wo die ordinierenden Ärzte- und Ärztinnen sowie Mitarbeiter- und Mitarbeiterinnen für den aktuellen Tag mit Fotos angeschlagen werden. Handelt es sich bei einem Patienten/einer Patientin nicht um einen medizinischen Notfall, so kann dieser/diese bei der Anmeldung nachfragen, an welchen Tagen wieder ein Arzt oder eine Ärztin ordiniert und dann wiederkommen. Frauen und Kinder haben außerdem die Möglichkeit am Dienstagvormittag, noch bevor die allgemeinmedizinische Ordination geöffnet wird, sich behandeln zu lassen: „Vor 12 Uhr werden am Dienstag nur Frauen und Kinder eingelassen“ (B2, 11).

Rückblickend kann gesagt werden, dass, soweit es die vorhandenen Ressourcen erlauben, auf die kulturell bedingten Anschauungen und Verhaltensweisen eingegangen wird. Dennoch erscheinen Weiterbildungen und Schulungen in diesem Bereich unumgänglich, um entsprechend reagieren und agieren zu können.

5.3 Diskussion der Ergebnisse

Eine zusammenfassende Betrachtung der ausgewerteten Inhalte zeigt die Vielschichtigkeit durch welche Niederschwelligkeit und damit auch die niederschwellige Gesundheitsversorgung definiert werden kann. Das von der österreichischen Bundesarbeitsgemeinschaft für Wohnungslosenhilfe formulierte Ziel von Niederschwelligkeit lautet: *„Ziel von Niederschwelligkeit ist es, rasch und unbürokratisch auf akute Bedürfnisse reagieren und konkrete lebenspraktisch wirksame Hilfen setzen zu können“* (Eitel/Schoibl 1999, S.43). Diese Zielformulierung lässt auf eine weit weniger komplexere Durchführbarkeit schließen, als dies in der Praxis beobachtbar war.

Aus der Beschreibung der Einrichtung sowie der Betrachtung zu den Qualitätskriterien niederschwelliger Gesundheitsversorgung wird ersichtlich, dass Niederschwelligkeit weit mehr ist als ein Zustand, den es zu erreichen gilt. Vielmehr ist es *ein dynamischer Prozess*, der rund um die Uhr die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen einer Einrichtung mit niederschwelligen Gesundheitsangeboten herausfordert. Als Prozess ist Niederschwelligkeit deshalb zu bezeichnen, da sich Niederschwelligkeit, wie aus der Zielbeschreibung ersichtlich ist, an die Bedürfnisse der Patienten und Patientinnen orientiert und diese sehr vielseitig sind. Erschwerend kommt hinzu, dass der Bereich der niederschwelligen Gesundheitsversorgung, dem Qualitätskriterium der Zielgruppenoffenheit entsprechend, von Personen und Personengruppen aus den unterschiedlichsten Lebens- und Problemlagen frequentiert wird. Daraus ergeben sich eine sehr hohe Klientenbandbreite und eine Fülle an Bedürfnissen, welchen es im Sinne der Niederschwelligkeit zu begegnen gilt.

Anhand der Erörterung der Qualitätskriterien wurde die Komplexität von Niederschwelligkeit erkennbar. Jedes einzelne Kriterium, und wahrscheinlich ließen sich noch zusätzliche finden, kann im Sinne des Prozesses als Gradwanderung zwischen „niederschwellig“ und „nicht niederschwellig“ gesehen werden. Beispielsweise kann das Kriterium „Erreichbarkeit des Angebotes“ noch so durchdacht und die Wahl des Standortes bzw. der aufzusuchenden Orte auf sorgfältigste Art und Weise geschehen, es wird immer Betroffene geben, die am anderen Ende der Stadt wohnen. Für diese Personen gilt, auch wenn sie Adressaten/Adressatinnen des niederschwelligen Angebotes sind, dass die Wahl des Standortes nicht optimal und die benötigte Leistung schwer zu erreichen ist.

Nun kann man natürlich sagen, dass Niederschwelligkeit in einer optimalen, für alle sehr gut erreichbaren Form nicht funktionieren kann, weil es unmöglich ist, den Bedürfnissen aller Be-

troffenen gerecht zu werden. Dem ungeachtet zeigt sich gerade hier der obengenannte Prozess, in dem niederschwellige Leistungen zwischen den Skalenenden „niederschwellig“ und „nicht niederschwellig“ angesiedelt werden können.

Doch wann kann nun von einer niederschweligen Leistung gesprochen werden und wann darf diese so benannt werden? Kann bereits ein Angebot, das unbürokratisch auf akute Bedürfnisse reagiert, von sich behaupten, dass es niederschwellig arbeitet?

Meiner Meinung nach, nein. Wenn Niederschwelligkeit als Prozess betrachtet wird, so muss bei einer niederschwellig arbeitenden Einrichtung die Intention gegeben sein, auf der Skala der Niederschwelligkeit in Richtung „niederschwellig“ zu liegen. Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von niederschweligen Einrichtungen sollten danach streben, alle erkennbaren Hürden und Barrieren für die Klienten, sofern es die Ressourcen erlauben, möglichst rasch zu beseitigen oder die entsprechenden Prozesse in Gang zu setzten. Somit muss im Mittelpunkt einer niederschwellig arbeitenden Gesundheitseinrichtung nicht nur allein der gesundheitsschaffende Aspekt, sondern immer auch das Bemühen um die Bedürfnisse der Patienten und Patientinnen und die Aufmerksamkeit auf mögliche Barrieren stehen.

Rückblickend auf die Auswertung der Ergebnisse am Beispiel des Ambulatoriums Marienambulanz lässt sich diese Grundintention in allen Bereichen erkennen. Aus den Qualitätskriterien niederschwelliger Gesundheitsversorgung, die erörtert wurden, sowie der Beschreibung der Einrichtung wird der Stellenwert ersichtlich, den der Einfluss der Niederschwelligkeit in allen Bereichen einnimmt. Jeder Bereich umfasst Bemühungen, die sich nach den Bedürfnissen der Patienten und Patientinnen richten und ihnen den Zugang zu den Leistungen erleichtern. Seien es die Öffnungszeiten, die entsprechend dem Bedarf immer wieder angepasst werden oder Sprachbarrieren, die mittels Dolmetscher und Dolmetscherinnen bzw. anderer, oft kreativer, Hilfsmittel überwunden werden müssen.

Grenzen, Schwierigkeiten und Herausforderungen ergeben sich dann, wenn Niederschwelligkeit aufgrund gewisser Vorschriften, organisatorischer Unvereinbarkeiten, der rechtlichen Absicherung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen oder fehlender Ressourcen nicht im erwünschten Ausmaß durchführbar ist. Besonders der Zugriff auf ausreichende Ressourcen hat einen großen Einfluss darauf, wie niederschwellig eine Leistung aufgebaut und angeboten werden kann. Je mehr Mittel zur Verfügung stehen, umso niederschwelliger kann das Angebot in nahezu allen Qualitätskriterien schließlich sein.

5.4 Ausblick

Um den Bereich der niederschweligen Gesundheitsversorgung mit ausreichend Ressourcen versorgen zu können, muss die Notwendigkeit der Niederschwelligkeit im Gesundheitsbereich ins Bewusstsein der verantwortlichen Personen gebracht werden. Bis jetzt sind es die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, Kooperationspartner und caritative Einrichtungen, die diese Notwendigkeit erkannt haben und die mit vereinten Kräften an einer Entschärfung dieser Versorgungslücke arbeiten und den betroffenen Patienten und Patientinnen in den meisten Fällen auf ehrenamtlicher Basis ihre Dienste anbieten. Im Mittelpunkt steht dabei das Ziel, Gesundheit für jeden Menschen zugänglich zu machen.

Grundsätzlich verfolgt das österreichische Gesundheitswesen ein ähnliches Ziel. Personen, die an einer Erkrankung leiden, sollen so behandelt werden, dass sie wieder gesund werden und Personen, die sich einer guten Gesundheit erfreuen, mittels präventiver Maßnahmen so unterstützen werden, dass die Gesundheit erhalten bleibt (vgl. Pöttler 2012, S.22). Auch entsprechend dieser Zielformulierung stellt der Mensch das zentrale Element dar, dessen Gesundheitszustand es zu behandeln und unterstützen gilt. Entsprechend dieser Zielformulierung stellt das Gesundheitswesen eine Vielzahl von Leistungen zur Verfügung, auf welche die Bevölkerung zugreifen kann. Während die Inanspruchnahme dieser Leistungen dem überwiegenden Teil der Bevölkerung keine Schwierigkeiten bereitet, gibt es Menschen, die keinen Zugang finden. Es sind Menschen, die am Rande unserer Gesellschaft leben und deren Gesundheit ohnehin aufgrund belastender Lebensumstände bedroht ist. Ihre Erkrankungsrate ist weit höher als die der restlichen Bevölkerung.

Doch anstatt diesen Menschen mittels einer umfassenden Gesundheitsversorgung ausreichend Unterstützung zukommen zu lassen, finden gerade jene, die eine medizinische Betreuung so notwendig bräuchten, keinen Zugang zum österreichischen Gesundheitssystem. Einerseits gehören sie zu den schätzungsweise 44.430 Personen (vgl. Kap. 2.3.4), die noch nicht in unser Versicherungswesen einbezogen werden konnten und die erforderliche ärztliche Leistung auch nicht bar bezahlen können. Andererseits haben gerade jene Menschen, selbst wenn sie einen Krankenversicherungsschutz vorweisen können, große Probleme die Schwelle zu Einrichtungen des regulären Gesundheitswesens zu erreichen und bleiben daher unbehandelt, was wiederum zu einem immer schlechter werdenden Allgemeinzustand der betroffenen Personen führt.

Daher erscheint es unbedingt notwendig, dass der Aspekt der Niederschwelligkeit auch im regulären Gesundheitssystem Einzug hält. Die Qualitätskriterien, die zu Niederschwelligkeit im Gesundheitsbereich führen, sollten in allen Einrichtungen beachtet, überdacht und eventuell angepasst werden. Die Erfahrungswerte, die die Marienambulanz während ihres 14-jährigen Bestehens sammeln konnte, können eine wertvolle Grundlage für die Etablierung der unterschiedlichen Aspekte niederschwelliger Gesundheitsversorgung in Österreich darstellen. Auch im Interview wurde diese Notwendigkeit angesprochen:

„Wenn man sich die Entwicklung unserer Gesellschaft anschaut, wäre es sinnvoll, wenn man das Gesundheitssystem von niederschwellig bis hochschwellig aufstellen würde. Es sollte diese Zugänge geben, weil es einfach diese Menschen immer geben wird. Die hat es immer gegeben und die wird es immer geben. Armut ist etwas, was es seit Jahrtausenden gibt, wo noch nie wirklich ein Kraut dagegen gewachsen ist. Die Barmherzigen Brüder machen über viele Jahrzehnte die Behandlung von unversicherten Personen. Selbst dieses Problem hat es schon immer gegeben und wird es auch immer geben. Je schneller und steiler ein System wird, umso mehr Menschen fallen einfach hinaus“ (I, 86).

Erst wenn Niederschwelligkeit im regulären Gesundheitssystem zu einem Qualitätskriterium wird, werden auch jene Personen die Schwelle übertreten können, die jetzt auf die Leistungen der Marienambulanz und den guten Willen vieler ehrenamtlicher Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen angewiesen sind.

Quellenverzeichnis

Literaturverzeichnis

Ambulatorium Caritas Marienambulanz (2013): Jahresberichte 2005 bis 2012. Ausgaben 2007 bis 2011 online abrufbar: <http://www.caritas-steiermark.at/hilfe-einrichtungen/fuer-menschen-in-not/gesundheit/marienambulanz/downloads/> [16.01.2013].

AmberMed (2013): Angebote. Online: <http://www.amber-med.at/amber/angebote> [19.03.2013].

AMS - Arbeitsmarktservice Österreich (2013): Krankenversicherung. Online: http://www.ams.at/sfa/14080_18642.html [01.01.2013].

Amt der Steiermärkischen Landesregierung (2012): Sozialbericht 2009-2010. Graz.

Anderwald, Christine/Bruckner, Cornelia Bernadette/Sprenger, Martin (2009): Geschichte des Ambulatoriums Caritas Marienambulanz. In: Rásky, Éva (Hrsg.): Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG. S. 226-238.

Aschauer, Alexandra/Ganal, Ursula/Sirlinger, Gerald/Stanzl, Peter/Steffel, Bettina/Österreicher, Sonja (2012): Wiener Sozialbereich 2012. Geschäftsgruppe Gesundheit und Soziales. In: Magistratsabteilung 24 (Hrsg.): Wiener Sozialpolitische Schriften. Band 6. Wien.

Ärzttekammer (2012): Sinkende Versorgungsdichte. Immer weniger Kassenärzte in Österreich bei steigender Einwohnerzahl. Online: www.aerzttekammer.at [18.12.2012].

Ballstaedt, Steffen-Peter (1987): Zur Dokumentenanalyse in der biographischen Forschung. In: Jüttemann, Gerd/Thomae Hans (Hrsg.): Biographie und Psychologie. Wiesbaden: Springer Verlag. S. 203-214.

Bauer, Ullrich (2005): Das Präventionsdilemma. Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Becker, Hinnerk/Kunstmann, Wilfried/Völlm, Birgit (2004): Prävalenz körperlicher Erkrankungen, Gesundheitsverhalten und Nutzung des Gesundheitssystems bei wohnungslosen Männern: eine Querschnittuntersuchung. In: Sozial- und Präventivmedizin. Jg. 49, H. 1, S. 42–50.

Behrens, Johann (2009): Meso-soziologische Ansätze und ihre Bedeutung für die Soziologie sozialer Ungleichheit. In: Hurrelmann, Klaus/Richter, Matthias (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2. Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. S. 55-77.

Bergmann, Nadja/Riesenfelder, Andreas/Sorger, Claudia (2012): Auswirkungen der Einführung der bedarfsorientierten Mindestsicherung auf die Wiedereingliederung der LeistungsbezieherInnen ins Erwerbsleben. L&R Sozialforschung. Online: http://www.lrsocialresearch.at/files/EB_Evaluierung_BMS_%2823%29.pdf [29.12.2012].

Bilgin, Yasar/Knipper, Michael (2009): Migration und Gesundheit. Online: http://fss.plone.uni-giessen.de/fss/faculties/f11/facilities/histormed/downloads/studie-migration-gesundheit-2009/file/kas_16451-544-1-30.pdf [11.02.2013].

Büros für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin (2009): Konzeptpapier Anonymer Krankenschein. Online: http://www.medibuero.de/attachment/39b520617b75d0e45fa5eb4f5da202aa/774614bb6a414f83bfe802ba97ef3a37/09-10-06_Konzept_AnonymisierterKrankenschein_aktualisiert.pdf [10.03.2013].

BMASK - Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2012): Sozialbericht 2011-2012. Ressortaktivitäten und sozialpolitische Analysen. Wien.

BMG - Bundesministerium für Gesundheit (2010): Das Österreichische Gesundheitssystem. Zahlen – Daten – Fakten. Wien.

BMG - Bundesministerium für Gesundheit (2012): Online-Verzeichnis für Krankenanstalten. Online:
http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Krankenanstalten/Krankenanstalten_Online_Verzeichnis/ [22.12.2012].

BMGFJ - Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (2008): Selbstständige Ambulatorien in Österreich. Wien.

BMGFI - Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (2008a): Krankenanstalten in Österreich. Hospitals in Austria. Wien.

BMI - Bundesministerium des Innern (2013): Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung. Migrationsbericht 2011. Online: http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Migrationsberichte/migrationsbericht-2011.pdf?__blob=publicationFile [07.02.2013].

BM.I - Bundesministerium für Inneres (2011): Illegale Migration. In: Öffentliche Sicherheit. Das Magazin des Innenministeriums. Jg. 2011, H. 09-10, S. 30.

BMLV - Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport (2012): Ärztliche Betreuung. Online: http://www.bmlv.gv.at/rekrut/soziales/rek_soc_arzt.shtml [13.01.2013].

Boeckh, Jürgen (2008): Migration und soziale Ausgrenzung. In: Boeckh, Jürgen/Huster, Ernst-Ulrich/Mogge-Grotjahn, Hildegard (Hrsg.): Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Bortz, Jürgen/Döring, Nicola (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 4. Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Brandes, Sven/Kilian, Holger/Köster, Monika (2008): Die Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung. Handlungsfelder, Akteure und Qualitätsentwicklung. In: GGW (Gesundheit und Gesellschaft- Wissenschaft), Jg. 8, H. 2, S. 17-26.

Brause, Michaela/Hehlmann, Thomas/Lierse, Meike/Lukas-Nülle, Martina/Tiesmeyer, Karin (Hrsg.) (2008): Soziale Ungleichheit – der blinde Fleck in der Gesundheitsversorgung. In: Der blinde Fleck. Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung. Bern: Verlag Hans Huber. S. 11–21.

Bruckner, Réne/Hudsky, Dietmar/Marth, Thomas/Taucher, Wolfgang/Vogl, Matthias (2010): Fremdenrecht. 4. Auflage. Wien: neuer wissenschaftlicher Verlag.

BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.)(2011): Gesundheitsförderung konkret, Band 5. Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen. 5. Auflage. Köln.

Caritas (2013): Louisebus. Kostenlose medizinische Betreuung. Online: <http://www.caritas-wien.at/hilfe-einrichtungen/menschen-in-not/wohnungslos/mobile-angebote/louisebus/> [24.03.2013].

Caritas Graz-Seckau (2013): Ambulatorium Caritas Marienambulanz. Online: <http://www.caritas-steiermark.at/hilfe-einrichtungen/fuer-menschen-in-not/gesundheit/marienambulanz/> [19.03.2013].

Caritas Graz-Seckau (2013a): Mittagstisch und Begegnungsstätte. Online: <http://www.caritas-steiermark.at/hilfe-einrichtungen/fuer-menschen-in-not/wohnen-essen/marienstueberl/> [01.05.2013].

Caritas Graz-Seckau (2013b): Sozialzentrum – Informationsstelle, Erstkontakt. Online: <http://www.caritas-steiermark.at/hilfe-einrichtungen/fuer-menschen-in-not/beratung-und-hilfe/sozialzentrum-informationsstelle-erstkontakt/> [10.06.2013].

Caritasverband für Hamburg e. V. (2013): Krankenstube für Obdachlose. Tätigkeitsbericht 2011. Online: <http://www.caritas-hamburg.de/14727.html> [19.03.2013].

Caritasverband für Hamburg e. V. (2013a): Zahnmobil. Online: <http://www.caritas-hamburg.de/45681.html> [24.06.2013].

Caritasverband Osnabrück (2009): Bundesweit einmalig: Krankenpass für Wohnungslose. Online: <http://www.teilhabeinitiative.de/64550.html#bundesweit> [08.07.2013].

Dahlgren, Göran/Whitehead, Margaret (1991): Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Online: <http://www.framtidsstudier.se/wp-content/uploads/2011/01/20080109110739filmZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf> [13.12.2012].

Davíðsdóttir, Sigrún (2003): Fallstudie 3. Das Mainzer Modell: Versorgung der Obdachlosen vor Ort. In: Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.): Gesundheitssysteme stellen sich der Armut. Dänemark.

Diakonisches Werk - Stadtverband Hannover (2013): Die Krankenwohnung „Die KuRve“. Online: http://www.diakonisches-werk-hannover.de/zbs_angebote_fuer_wohnungslose/wohnungslosenhilfe_in_hannover/krankenwohnung_die_kurve.html [19.03.2013].

Düvell, Franck (2006): Europäische und internationale Migration. Einführung in historische, soziologische und politische Analysen. Hamburg. LIT Verlag.

Eichbauer, Hans/Heuermann, Andrea/Krausbar, Pia (2004): Gelebte Integration im Krankenhaus. Pilotprojekt zur Verbesserung der interkulturellen Kommunikation und Betreuung im Krankenhaus am Beispiel der gynäkologische-geburtshilflichen Abteilung des Hanusch-Krankenhauses. Wien, Abschlussbericht.

Eichler, Katja Johanna (2008): Migration, transnationale Lebenswelten und Gesundheit. Eine qualitative Studie über das Gesundheitshandeln von Migrantinnen. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Eitel, Gerhard/Schoibl, Heinz (1999): Grundlagenerhebung zur Wohnungslosensituation in Österreich. Online: http://www.bawo.at/fileadmin/user_upload/public/Dokumente/Publikationen/Grundlagen/20070607104823_Grundlagenerhebung_98_1.pdf [21.02.1913].

Engelhardt, Katrin/Kickbusch, Ilona (2009): Das Konzept der Gesundheitsdeterminanten. In: Meyer, Katharina (Hrsg.): Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008. Bern: Hans Huber Verlag. S. 19-33.

ESS-Europe.de – Europavergleich der Sozialsysteme (2006): Das Gesundheitssystem - Krankenversicherungs-Wesen Großbritanniens. Online: http://www.ess-europe.de/europa/krankenversicherung_england.htm [10.03.2013].

Europäische Kommission (2009): Irreguläre Migration in Österreich. Clandestino Forschungsprojekt. Das Zählen des Unzählbaren: Daten und Trends in Europa. Online: <http://clandestino.eliamcp.gr/wp-content/uploads/2009/11/austria-policy-brief-august-09-in-german1.pdf> [03.02.2013].

Falge, Christiane /Zimmermann, Gudrun (Hrsg.) (2009): Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems. Baden- Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

FEANTSA (2005): ETHOS - European Typology on Homelessness and Housing Exclusion. Online: http://www.feantsa.org/spip.php?action=acceder_document&arg=217&cle=2d5e5c59ff85725077752fda7903b4a9718a47ae&file=pdf%2Fen.pdf&lang=en [30.07.2013].

Flick, Uwe/Röhnsch, Gundula (2008): Gesundheit auf der Straße. Gesundheitsvorstellungen und Umgang mit Krankheit im Kontext von Jugendobdachlosigkeit. Weinheim: Juventa Verlag.

Flick, Uwe (2011): Triangulation. Eine Einführung. 3. Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Franzkowiak, Peter/Homfeldt, Hans G./Mühlum, Albert (2011): Lehrbuch Gesundheit. Weinheim: Beltz Juventa Verlag.

Fuchs, Martin/Oberzaucher, Nicola/Schmied, Gabriele (2003): Quantitative und qualitative Erfassung und Analyse der nicht-krankenversicherten Personen in Österreich. Wien.

Geiger, Ingrid/Razum, Oliver/Ronellenfitsch, Ulrich/Zeeb, Hajo (2004): Gesundheitsversorgung von Migrant*innen. In: Deutsches Ärzteblatt. Jg. 101, H. 43, A 2882-2887.

Ginner, Sepp/Sedlak, Franz/Schoibl, Angela/Schoibl, Heinz/Witek Jenni (2009): Wohnungslosigkeit und Wohnungslosenhilfe in Österreich. Wohnungslosenerhebung 2006-2007-2008. Wien.

Grillberger, Konrad/Pfeil, Walter J. (2012): Österreichisches Sozialrecht. 9. Auflage. Wien: Verlag Österreich GmbH.

Hafen, Martin (2009): Mythologie der Gesundheit. Zur Integration von Salutogenese und Pathogenese. 2. Auflage. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.

Hartmann, Mirjam (2008): Frühe Hilfen für Schwangere und Familien – Anforderungen an Angebotsgestaltung, niedrigschwellige Zugänge und interdisziplinäre Kooperation. Ausarbeitung im Rahmen des Praxistages Integration und Gesundheit der Friedrich-Ebert-Stiftung am 28.06.2008 in Berlin. Online: http://www.fes.de/integration/pdf/080626_Hartmann.pdf [23.02.2013].

Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger (2008): Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2008. Online: http://www.epilepsie.at/uploads/handbuch_der_oesterreichischen_sozialversicherung_-_2008.pdf [26.12.2012].

Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger (2011): Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2011. Online: www.ihs.ac.at/publications/lib/handbuch_2011.pdf [16.12.2012].

Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger (2012): Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2012. Online: http://www.bva.at/mediaDB/847251_788530_Handbuch_der_oesterreichischen_Sozialversicherung.pdf [25.07.2013].

Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger (2013): Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2013. Online:

http://www.hauptverband.at/mediaDB/788530_Handbuch_der_oesterreichischen_Sozialversicherung.pdf [29.05.2013].

Heinroth, Konstantin/Werdan, Karl (2004): Elektrokardiogramm. In: Reuter, Peter: Springer Lexikon Medizin. Berlin: Springer-Verlag. S. 571-579.

Hofmarcher, Maria M./Rack, Herta M. (2006): Gesundheitssysteme im Wandel. Österreich. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Hradil, Stefan (2009): Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil? In: Hurrelmann, Klaus/Richter, Matthias (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2. Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. S. 35 – 55.

Hurrelmann, Klaus (2010): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. 7. Auflage. Weinheim: Juventa Verlag.

Hurrelmann, Klaus/Richter, Matthias (Hrsg.) (2009): Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen. In: Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2. Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. S. 13 - 35.

Infostelle (o.J.): Glossar. Begriffsdefinitionen für das Sozialwesen von A-Z. Online: http://www.infostelle.ch/user_content/editor/files/glossar.pdf/glossar.pdf [06.07.2013].

Jandl, Michael (2009): A multiplier estimate of the illegally resident third-country national population in Austria based on crime suspect data. Hamburg Institute of International Economics. Database on Irregular Migration. Working paper No. 2. Online: http://irregular-migration.net//typo3_upload/groups/31/4.Background_Information/4.7.Working_Papers/WP2-2009_Jandl_MultiplierEstimate_IrregularMigration_Austria2.pdf [05.02.2013].

Janßen, Christian/ Dinger, Hanna/Grosse Frie, Kirstin/Ommen, Oliver/Schiffmann, Lars (2009): Der Einfluss von sozialer Ungleichheit auf die medizinische und gesundheitsbezogene Versorgung in Deutschland. In: Hurrelmann, Klaus/Richter, Matthias (Hrsg.): Ge-

sundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2. Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. S. 149-167.

Kämper, Andreas/Lübker, Susanne/Nothbaum, Norbert (2004): Problemlagen der Hilfesuchenden in der Wohnungslosenhilfe. Online: http://www.evangelische-obdachlosenhilfe.de/index.php/forschung.html?file=tl_files/evo/Forschung/Problemlagenstudie/GOE-Bericht_Problemlagen_Wohnungslose.pdf [26.01.2013].

Karl-Trummer, Ursula/Novak-Zezula, Sonja (2011): Health Care in Nowhereland. Improving services for undocumented migrants in the EU. Projektergebnisse und Empfehlungen: Online: <http://www.amber-med.at/sites/default/files/files/Gesundheitssystem%20im%20Nowhereland%20-%20deutsche%20Zusammenfassung.pdf> [15.02.2013].

Kleinschmidt, Harald (2002): Menschen in Bewegung: Inhalte und Ziele historischer Migrationsforschung. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

Koch, Andreas (2010): Städtische und ländliche Armut im Vergleich. In: Hahn, Sylvia/Lobner, Nadja/Sedmak, Clemens (Hrsg.): Armut in Europa 1500-2000. Innsbruck: Studienverlag. S. 222-245.

Konopitzky, Natasa (2007): Krank ohne Krankenversicherung. Online: <http://derstandard.at/2977939> [09.03.2013].

Kratzmann, Katerina/Reyhani, Adel-Naim (2012): Praktische Maßnahmen zur Reduzierung irregulärer Migration in Österreich. Online: http://medienservicestelle.at/migration_bewegt/wp-content/uploads/2012/09/IBIB_IrregularMigrationEMN.pdf [05.02.2013].

Kunstmann, Wilfried (2009): Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen in Nordrhein-Westfalen. Evaluation des Umsetzungskonzeptes. Abschlussbericht. Online: www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/gesundheit/Evaluationsbericht.pdf [27.03.2013].

Lamnek, Siegfried (2010): Qualitative Sozialforschung. 5. Auflage. Weinheim: Beltz Verlag.

Land Steiermark (2013): Ambulatoriums-Anstaltsordnung. Online: http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/dokumente/11679558_74837114/d894e04c/Amb_oAOuHO-061010.pdf [11.06.2013].

Lang-Lendorff, Antje (2010): Krank ohne Namen. Online: <http://www.taz.de/!62267/> [10.03.2013].

Lutz, Ronald/ Simon, Titus (2007): Lehrbuch der Wohnungslosenhilfe. Eine Einführung in Praxis, Position und Perspektiven. Weinheim: Juventa Verlag.

Magistrat Graz (2012): Graz in Zahlen 2012. Online: http://www1.graz.at/statistik/Graz_in_Zahlen/GIZ_2012.pdf [05.02.2013].

Marmot, Michael/Wilkinson, Richard (2004): Soziale Determinanten von Gesundheit. Die Fakten. Online: www.euro.who.int/document/e81384g.pdf [14.12.2012].

Mayer, Horst Otto (2013): Interview und schriftliche Befragung. Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung. 6. Auflage. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.

Mayer, Julia (2011): Migration und Gesundheit: Mögliche Wege aus dem Präventionsdilemma. Online: http://www.integrationsfonds.at/nc/oeif_dossiers/gesundheit/?cid=10862&did=8457&sechash=2200f9a3 [09.02.2013].

Mayrhofer, Hemma (2012): Niederschwelligkeit in der Sozialen Arbeit. Funktionen und Formen aus soziologischer Perspektive. Wiesbaden: Springer VS.

Mayring, Philipp (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 5. Auflage. Weinheim: Beltz Verlag.

Mayring, Philipp (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11. Auflage. Weinheim: Beltz Verlag.

Meuser, Michael/Nagel, Ulrike (2009): Das Experteninterview – konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage. In: Jahn, Detlef/Lauth, Hans-Joachim/Pickel, Gerd/ Pickel,

Susanne (Hrsg.): Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft. Neue Entwicklungen und Anwendungen. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. S. 465-479.

MFJFG - Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (2000): Gesundheit von Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen. Landesgesundheitsbericht 2000. Bielefeld.

Mielck, Andreas (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse. Erklärungsansätze. Interventionsmöglichkeiten. Bern: Verlag Hans Huber.

Mielck, Andreas (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Verlag Hans Huber.

Mielck, Andreas (2008): Der Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und gesundheitlicher Versorgung. In: Brause, Michaela/Hehlmann, Thomas/Lierse, Meike/Lukas-Nülle, Martina/Tiesmeyer, Karin (Hrsg.): Der blinde Fleck. Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung. Bern: Verlag Hans Huber. S. 21-39.

Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2006): Umsetzungskonzept zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in Nordrhein-Westfalen. Online: www.mais.nrw.de/08_PDF/002/konzept-und-zielsetzung.pdf [26.03.2013].

Muche, Claudia/Oehme, Andreas/Schröer, Wolfgang (2010): Niedrigschwellige Integrationsförderung. Eine explorative Studie zur Fachlichkeit niederschwelliger Angebote in der Jugendsozialarbeit. Online: www.bag-oert.de/webfm_send/505 [04.04.2013].

neunerhaus (2013): Medizinische Versorgung. Online: <http://www.neunerhaus.at/medizinische-versorgung/> [19.03.2013].

Nindler, Peter (2013): Ambulanz für Obdachlose vorerst auf Eis. Online: <http://www.tt.com/Tirol/6236370-2/ambulanz-f%C3%BCr-obdachlose-vorerst-auf-eis.csp> [25.03.2013].

ÖÄK – Österreichische Ärztekammer (2012): Sozialversicherungsmodelle D.A.ch. im Vergleich. Versicherungspflicht vs. Pflichtversicherung. Online: www.aerztekammer.at [30.03.2013].

ÖÄZ (2011): neu & aktuell – Politische Kurzmeldungen. Schaden durch E-Card-Missbrauch. In: Österreichische Ärzte Zeitung. Online: <http://www.aerztezeitung.at/archiv/oeaez-2011/oeaez-5-10032011/politische-kurzmeldungen-e-card-missbrauch-mediator-gina-box-medikamenten-faelschungen.html> [06.01.2013].

Österreichische Sozialversicherung (2012): Zivildienst. Online: http://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/channel_content/cmsWindow?p_pubid=538&action=2&p_menuid=2145&p_tabid=5 [13.01.2013].

Österreichische Sozialversicherung (2013): Krankenversicherung. Online: http://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=871&p_tabid=4 [25.07.2013].

Paegelow, Claus (2006): Handbuch Wohnungsnot und Obdachlosigkeit. Einführung in das Problemfeld der Wohnungslosen- und Obdachlosenhilfe. Bremen: Claus Paegelow.

Paierl, Silvia/Stopbacher, Peter (2010): Erster Armutsbericht der Stadt Graz. Online: http://www.armutskonferenz.at/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=417&Itemid=3 [06.02.2013].

Pammer, Christoph (2009): Soziokulturelle Heterogenität und Akkulturation: neue Herausforderungen für die Gesundheitsversorgung. In: Rásky, Éva (Hrsg.): Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG. S. 45-54.

Pette, Götz Matthias (1998): Unterschiedliche Versorgungsbedingungen für deutsche und ausländische Patientinnen in einer gynäkologischen Notfallambulanz. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften. Jg. 6, H. 4, S. 358-369.

Pichler, Reinhard (2012): arm & krank & anspruchlos? 8. Treffen der Plattform „Gesundheit und Wohnungslosigkeit“. Online: <http://www.barmherzige-brueder.at/site/wien/home/article/12737.html> [24.03.2013].

Pöttler, Gerhard (2012): Gesundheitswesen in Österreich. Organisationen, Leistungen, Finanzierungen und Reformen übersichtlich dargestellt. Wien: Goldegg Verlag GmbH.

Preusker, Uwe K. (Hrsg.) (2010): Lexikon des deutschen Gesundheitssystems. 3. Auflage. Heidelberg: medhochzwei Verlag.

Razum, Oliver/Schenk, Liane/Zeeb, Hajo (2008): Migration und Gesundheit: Ähnliche Krankheiten, unterschiedliche Risiken. In: Deutsches Ärzteblatt. Jg. 105, H. 47, A 2520-2522.

Rechnungshof (2012): Kosten der medizinischen Versorgung im Strafvollzug. In: Bericht des Rechnungshofes. Reihe BUND 2012/3. Wien. S. 69-131.

Redemeyer, Angela (2011): Niedrigschwelligkeit. –Was bedeutet das wirklich? Eine begriffliche Auseinandersetzung für die Soziale Arbeit. In: Sozialmagazin. Jg. 36, H. 5, S. 22-30.

Reuter, Peter (2004): Springer Lexikon Medizin. Berlin: Springer-Verlag.

Reichel, Markus/Zechmeister-Koss, Ingrid (2012): Gesundheitszustand von wohnungslosen Menschen und deren Zugang(sbarrieren) zum Gesundheitssystem. HTA Projektbericht Nr. 63. Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment. Wien.

Riesenfelder, Andreas/Schelepa, Susi/Wetzel, Petra (2011): Geringfügige Beschäftigung in Österreich. In: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.): Sozialpolitische Studienreihe. Band 9. Wien.

RKI - Robert-Koch-Institut (2008): Migration und Gesundheit. Online: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/migration.pdf;jsessionid=B8B5C2E895C01A9425FF8546FB39D8BF.2_cid298?_blob=publicationFile [09.02.2013].

Schaeffer, Doris/Wingenfeld, Klaus (2011): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim: Juventa Verlag.

Schmidt Robert F., Unsicker Klaus (2003): Lehrbuch Vorklinik, Teil D: Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Schneider, Wolfgang (2000): Elendsverwaltung und Sorgenfaltenpädagogik. Zur Entwicklungsgeschichte akzeptanzorientierter Drogenarbeit. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung. Jg. 23, H. 1, S. 13-18.

Schoibl, Heinz (2011): Niederschwellige Hilfen für wohnungslose Menschen. Online: [http://www.bawo.at/fileadmin/user_upload/public/Dokumente/Bildungsangebote/Fachtagung/2011/Niederschwelligkeit hat in OEsterreich bereits eine lange Tradition.pdf](http://www.bawo.at/fileadmin/user_upload/public/Dokumente/Bildungsangebote/Fachtagung/2011/Niederschwelligkeit_hat_in_OEsterreich_bereits_eine_lange_Tradition.pdf) [23.03.2013].

Schwarzenau, Michael (2002): Medizinische Versorgung Wohnungsloser in Deutschland – Wo stehen wir? In: Wohnungslos. Jg. 44, H. 1, S. 1-6.

Stark, Christian (2011): Niederschwelligkeit. In: Festschrift 20 Jahre BAWO. Wohnungsenhilfe von A bis Z. Wien. S. 199-207.

Statistik Austria (2007): Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Wien.

Statistik Austria (2008): Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertung der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007. Wien.

Statistik Austria (2012): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik. Wien.

Statistik Austria (2012a): Migration & Integration. Zahlen. Daten. Indikatoren 2012. Wien.

Statistik Austria (2012b): Österreich. Zahlen. Daten. Fakten. Wien.

Statistisches Bundesamt (2012): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2011. Wiesbaden.

Steiger, Ignaz (2010): Die Auswirkungen von Wohnungslosigkeit auf die Gesundheit und den Zugang in das Gesundheitssystem. Berlin, Univ., Diss. Online: http://www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDISS_derivate_000000006922/Auswirkung_en_von_Wohnungslosigkeit.pdf?hosts= [28.01.2013].

Steiger, Ignaz (2012): Medizinische Tafel – medizinische Primärversorgung der Zukunft für Arme? In: Gillich, Stefan/Keicher, Rolf (Hrsg.): Bürger oder Bettler. Soziale Rechte von Menschen in Wohnungsnot im Europäischen Jahr gegen Armut und soziale Ausgrenzung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. S. 209-220.

Steinkamp, Günther (1999): Soziale Ungleichheit in Mortalität und Morbidität. In: Dickhuth, Hans H./Schlicht, Wolfgang: Gesundheit für alle: Fiktion oder Realität? Schorndorf: Karl Hofmann Verlag. S. 101-154.

Stronegger, Willibald (2004): Gesellschaftliche Grundlagen der Gesundheit. In: Die Armutskonferenz (Hrsg.): Dokumentation. Fünfte Österreichische Armutskonferenz. Pflicht zum Risiko. S. 12-15.

Trabert, Gerhard (1995): Gesundheitssituation und Gesundheitsverhalten von alleinstehenden wohnungslosen Menschen im sozialen Kontext ihrer Lebenssituation. Bielefeld: VSH Verlag Soziale Hilfe.

Trabert, Gerhard (1997): Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von alleinstehend wohnungslosen Menschen. In: Weber, Ingbert (Hrsg.): Gesundheit sozialer Randgruppen. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.

Trabert, Gerhard (2002): Aufsuchende ambulante medizinische Versorgung. In: Nouvertné, Klaus/Wessel, Theo/Zechert, Christian (Hrsg.): Obdachlos und psychisch krank. Bonn: Psychiatrie-Verlag. S. 80-92.

Trabert, Gerhard (2006): Das „Mainzer Modell“ zur gesundheitlichen Versorgung von wohnungslosen Menschen. Online: <http://www.verein-armut-gesundheit.de/fileadmin/redakteur/dokumente/MainzerModell2008korrigiert.pdf> [22.03.2013].

Trabert, Gerhard (2013): Das „Mainzer Modell“ zur gesundheitlichen Versorgung wohnungsloser Menschen. In: ARCHIV für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit. Jg. 2013, H. 1, S. 51-57.

UNHCR (2012): Flucht und Asyl in Österreich – die häufigsten Fragen und Antworten. Online: http://www.unhcr.at/fileadmin/user_upload/dokumente/02_unhcr/in_oesterreich/Questions_Answers_2_2012.pdf [04.04.2013].

United Nations. Department of Economic and Social Affairs Statistics Division (1998): Recommendations on Statistics of International Migration. Revision 1. Online: http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesM/SeriesM_58rev1E.pdf [03.02.2013].

Vereinte Nationen (1948): Allgemeine Erklärung der Menschenrechte. Resolution 217 A (III) der Generalversammlung vom 10. Dezember 1948. Online: <http://www.ohchr.org/en/udhr/pages/language.aspx?langid=ger> [30.05.2013].

Verwaltungsakademie des Bundes (2012): Verfassungsrecht. Online: <http://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=46550> [17.12.2012].

Wagenknecht, Andrea (2012): Ambulanz für Arme öffnet auf der Zitadelle. Online: http://www.rhein-zeitung.de/region/mainzer-rhein-zeitung_artikel,-Ambulanz-fuer-Arme-oeffnet-auf-der-Zitadelle-arid,499410.html [22.03.2013].

Vinzenzgemeinschaft Graz (2013): VinziMed. Online: <http://www.vinzi.at/vinzenz/frames.html> [08.07.2013].

Von Cranach, Michael/Egger, Stefan/Schmidt, Martin (2006): Anforderungen an ein regionalisiertes medizinisches Versorgungssystem für Drogenabhängige. In: Wiener Medizinische Wochenschrift. Jg. 156, H. 3-4, S. 102-110.

WHO (1946): Constitution of the World Health Organization. Online: http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf [11.12.2012].

WKO - Wirtschaftskammern Österreichs (2012): Neue Selbständige. Online: http://portal.wko.at/wk/dok_detail_file.wk?angid=1&docid=903840&conid=369340 [27.12.2012].

WKO - Wirtschaftskammern Österreichs (2013): Geringfügige Beschäftigte (sozialrechtlich). Online: http://portal.wko.at/wk/dok_detail_file.wk?angid=1&docid=905719&conid=444155 [18.01.2013].

Zahnmobil Hannover (2013): Zahnmobil. Hilfe mit Biss. Online: <http://www.zahnmobil-hannover.de/index.html> [24.06.2013].

Gesetzesquellen

ÄrzteG (1998): Ärztegesetz. In der Fassung BGBl. I Nr. 81/2013.

AIVG (1977): Arbeitslosenversicherungsgesetz. In der Fassung BGBl. I Nr. 98/2012.

ASVG (1955): Allgemeines Sozialversicherungsgesetz. In der Fassung BGBl. I Nr. 111/2012.

B-KUVG (1967): Beamten- Kranken- und Unfallversicherungsgesetz. In der Fassung BGBl. I Nr. 111/2012.

BSVG (1978): Bauern- Sozialversicherungsgesetz. In der Fassung BGBl. I Nr. 112/2012.

B-VG (1934): Bundes-Verfassungsgesetz. In der Fassung BGBl. I Nr. 65/2012.

GSVG (1978): Gewerblichen-Sozialversicherungsgesetz. In der Fassung BGBl. I Nr. 111/2012.

KAKuG (1957): Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz. In der Fassung BGBl. I Nr. 108/2012.

NVG (1972): Notarversicherungsgesetz. In der Fassung BGBl. I Nr. 64/2010.

StMSG (2010): Steiermärkisches Mindestsicherungsgesetz. In der Fassung LGBL. Nr. 9/2012.

StVG (1969): Strafvollzugsgesetz. In der Fassung LGBL. 2/2013.

ZDG (1986): Zivildienstgesetz. In der Fassung LGBL. Nr. 87/2012.

Vorträge und Diskussionen

Trabert, Gerhard (2013a): Diskussionsbeitrag im Zuge des Vortrags von Dr. Kerstin Kammer und Johannes Spor „Alt und im Knast – Chancen auf Teilhabe und Gesundheit drinnen und draußen“ beim Workshop „Beispiele für Teilhabe und Gesundheitsförderung für besonders ausgegrenzte Menschen in unserer Gesellschaft“ im Zuge des 18. Kongresses Armut und Gesundheit am 06.03.2013 von 11:30-13:00 in der Technischen Universität Berlin.

Decker, Uwe (2013): „Praxis ohne Grenzen“. Vortrag von Dr. Uwe Decker beim Workshop „Beispiele für Teilhabe und Gesundheitsförderung für besonders ausgegrenzte Menschen in unserer Gesellschaft“ im Zuge des 18. Kongresses Armut und Gesundheit am 06.03.2013 von 11:30-13:00 in der Technischen Universität Berlin.

Anhang

Interviewleitfaden zum Thema „Niederschwelligkeit in der Gesundheitsversorgung“

Einstiegsfrage:

1. Was bedeutet für Sie „Niederschwelligkeit“ in der Gesundheitsversorgung?

Inhaltliche Dimension:

Zielgruppenoffenheit:

2. Behandeln Sie jeden Patienten/jede Patientin, der/die die Marienambulanz aufsucht gleich?

Akzeptanz der persönlichen Verfassung:

3. Gibt es Situationen, wo ein Patient/eine Patientin aufgrund seiner/ihrer persönlichen Verfassung nicht behandelt wird (aggressives Verhalten nach Alkoholkonsum, Schwierigkeiten bei vorangehenden Besuchen)?
4. Wenn ja, wie wird in solchen Situationen üblicherweise vorgegangen?

Sensibilität gegenüber Kultur und Religion:

5. Wie begegnen Sie kulturell bedingten Anschauungen, die sich mit der Behandlung schwer vereinbaren lassen (Ablehnung notwendiger Untersuchungen, geringe Wertschätzung vor weiblichen Ärztinnen)?

Bedingungen für die Nutzung:

6. Gibt es bestimmte Bedingungen, die im Vorfeld an die PatientInnen gestellt werden (Angabe v. Name, Daten)?

Soziale Dimension

Vertraulichkeit/Anonymität:

7. Wird mit den Daten und Angaben der PatientInnen vertraulich umgegangen und klären sie die PatientInnen darüber auf?
8. Gibt es dennoch Informationen, die Sie an eine andere Stelle weiterleiten müssen?
9. Wie gehen Sie damit um, wenn PatientInnen gänzlich anonym bleiben wollen?

Kommunikation:

10. Wie gehen Sie vor, wenn PatientInnen Probleme mit der Verständigung haben?
11. Zu welchen Hilfsmitteln greifen Sie?

Kooperationen (inhaltliche Dimension):

12. Wie werden die Kooperationen zu ÄrztInnen, Krankenhäuser, Laboratorien hergestellt (wiederholtes Anfragen etc.)?
13. Was machen Sie, wenn eine notwendige Untersuchung aufgrund fehlender Kooperation nicht durchgeführt werden kann?

Bedarfsgerechtes Angebot:

14. Empfinden Sie das aktuelle Leistungsangebot der Marienambulanz als ausreichend oder sehen Sie noch anderweitigen Bedarf?

Räumliche Dimension:

Standort der Marienambulanz:

15. Wurde bei der Wahl des Standorts der Marienambulanz im Speziellen auf eine einfache Erreichbarkeit der PatientInnen geachtet (Busverbindungen, Nähe Marienstüberl)?
16. Empfinden Sie den Standort der Marienambulanz hinsichtlich seiner Erreichbarkeit als passend oder würden Sie etwas ändern, wenn Sie könnten?

Aufsuchende medizinische Betreuung:

17. Aus welchen Überlegungen wurden die frequentierten Orte und Plätze der Rollenden Ambulanz bzw. die Einrichtungen der sozialpsychiatrisch aufsuchenden Arbeit gewählt?
18. Ist die Anzahl der Besuche ausreichend, um alle betroffenen Personen erreichen zu können?

Gestaltung der Einrichtung:

19. Was könnte sich hinsichtlich der Gestaltung der Räumlichkeiten, ihrer Meinung nach, negativ/positiv auf die Inanspruchnahme der PatientInnen auswirken und werden diese Kriterien auch berücksichtigt?
20. Gibt es Details, die Sie ändern würden, wenn Sie könnten?

Hausregeln/Verbote:

21. Gibt es bestimmte Regeln oder Verbote (Hausordnung), die die PatientInnen bei einem Besuch beachten und einhalten müssen z.B. Rauchverbot, das Mitnehmen von Hunden etc.?
22. Wie wird vorgegangen, wenn die Regeln/Verbote missachtet werden?
23. Würden Sie noch weitere Regeln/Verbote als sinnvoll empfinden?

Zeitliche Dimension:

Öffnungszeiten:

24. Aus welchen Überlegungen heraus wurden die Öffnungszeiten der Ordinationen und der aufsuchenden medizinischen Betreuung (Rollende etc.) gewählt?
25. Haben Sie das Gefühl, dass mit den bestehenden Öffnungszeiten der Bedarf abgedeckt ist oder wäre eine Ausdehnung/Reduzierung einzelner Bereiche notwendig?
 - 25.1. Wie informieren Sie Patienten/Patientinnen über ihre Öffnungszeiten bzw. wenn es zu Änderungen bei den Öffnungszeiten kommt?

Terminvergabe:

- 26. Gibt es Leistungen in der Marienambulanz, wo eine Terminvereinbarung vorausgesetzt wird bzw. wäre eine Terminvergabe in bestimmten Bereichen sinnvoll?
- 27. Welche Vorteile aber auch Schwierigkeiten bringt, ihrer Meinung nach, die Terminvereinbarung mit sich?

Wartezeiten:

- 28. Wie lange müssen die PatientInnen durchschnittlich vor den Behandlungen warten?
- 29. Wie verhalten sich die PatientInnen, wenn sie besonders lange auf die Behandlung warten müssen (vorzeitiges Verlassen der Ordination)?

Abschließende Frage:

- 30. Wie sehen sie die Zukunft der Marienambulanz?

Vielen Dank für das Gespräch!

Raster teilnehmende Beobachtung „Marienambulanz“:

Nr.	Datum: Uhrzeit: Ort:
Anwesende Personen:	
<u>Räuml. Dimension</u>	
Gestaltung der Räumlichkeiten:	
Erreichbarkeit des Angebotes:	
Hausordnung, Regeln, Verbote:	
<u>Zeitl. Dimension:</u>	
Öffnungszeiten:	
Wartezeiten:	
Terminvergabe:	
<u>Inhaltl. Dimension:</u>	
Zielgruppenoffenheit	

Akzeptanz der pers. Verfassung:	
Kooperationen:	
Bereitstellung von Medikamenten:	
Verbindlichkeiten	
<u>Soziale Dimension:</u>	
Anonymität, Vertrau- lichkeit:	
Kommunikation und Sprachbarrieren überwinden:	
Sensibilität gegenüber Kultur und Religion:	
Weiteres:	