



Éva Rásky (Hg.)

Gesundheit hat Bleiberecht

Migration und Gesundheit

facultas.wuv



Éva Rásky (Hg.ⁱⁿ)

Gesundheit hat Bleiberecht

Migration und Gesundheit

Festschrift zum Anlass des 10-jährigen Bestehens des
Ambulatoriums Caritas Marienambulanz in Graz

facultas.wuv

Éva Rásky (Hg.ⁱⁿ)

Ao. Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ, MME, Ärztin für Allgemeinmedizin, Fachärztin für Sozialmedizin, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Medizinische Universität Graz.



**Das Land
Steiermark**

→ Wissenschaft

Gedruckt mit Förderung des Landes Steiermark und mit Unterstützung des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung in Wien.

Bibliografische Information Der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Alle Angaben in diesem Fachbuch erfolgen trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr, eine Haftung des Autors oder des Verlages ist ausgeschlossen.

Copyright © 2009 Facultas Verlags- und Buchhandels AG
facultas.wuv Universitätsverlag, Berggasse 5, 1090 Wien, Österreich
Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und der Verbreitung sowie der Übersetzung, sind vorbehalten.

Lektorat: Mag.^a Helga Klösch-Melliwa (<http://www.aus-dem-effeff.at>)

Coverbild: Barbara Burgstaller (www.bild-sprache.at)

Satz und Druck: Facultas Verlags- und Buchhandels AG

Printed in Austria

ISBN 978-3-7089-0375-0

Gesundheit hat Bleiberecht

Migration und Gesundheit

Einführung <i>Éva Rásky</i>	11
Kein Grund zum Jammern! Demenzkranke als Hoffnungsträger? <i>Christa Melchinger</i>	18
Soziale und kulturelle Matrix von Gesundheit und Krankheit <i>Christine Binder-Fritz</i>	28
Soziokulturelle Heterogenität und Akkulturation: neue Herausforderungen für die Gesundheitsversorgung <i>Christoph Pammer</i>	45
Titanic-Syndrom <i>Wolfgang Gulis</i>	55
The Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants PICUM <i>Eve Geddie</i>	65
Prinzipien der gesundheitlichen Versorgung für MigrantInnen – transkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen <i>Doris Pfabigan</i>	72
Brauchen wir spezifisches Wissen in der medizinischen Versorgung von Migrant/inn/en? Qualifizierungsangebote zur transkulturellen Kompetenz im Gesundheitswesen <i>Yvonne Adam und Magdalena Stülb</i>	87

Im Wilden Westen des Dolmetschens Ausbildung als Schritt zur Professionalisierung des Community Interpreting <i>Sonja Pöllabauer</i>	97
KrankenhausdolmetscherInnen: Bedarf, Probleme, Perspektiven <i>Franz Pöchhacker</i>	117
„Ich finde es schade, für meine Leute“ Wenn nicht(-)professionelle DolmetscherInnen im medizinischen Bereich dolmetschen... <i>Sevgi Uluköylü</i>	124
„Healthy Inclusion“: Entwicklung von Empfehlungen für einen verbesserten Zugang von MigrantInnen zu Gesundheitsangeboten <i>Barbara Kuss</i>	135
Gesundheit ohne Grenzen <i>Natascha Zeitel-Bank</i>	152
Die weibliche Genitalverstümmelung aus ethnomedizinischer Sicht <i>Christine Binder-Fritz</i>	162
Das Recht auf Gesundheit Auch SexarbeiterInnen haben das Recht auf Gesundheit <i>Maria Cristina Boidi und Renate Blum</i>	170
MigrantInnen im mittleren Lebensalter Einfluss von soziokultureller Herkunft und Lebenslage auf das Erleben der Wechseljahre <i>Theda Borde</i>	175
Gynäkologische Behandlung muslimischer Frauen <i>Schahrzad Anegg-Moazedí</i>	180

„Khawacha, hast du Salz und Seife?“ <i>Sabine Kampmüller</i>	187
Stufen zur Lebensqualität <i>Aleksandra Dimova</i>	194
Ein Sommertag in einer allgemeinmedizinischen Praxis im 10. Wiener Gemeindebezirk <i>Nina Krasser</i>	200
„Gefühle sitzen ganz tief in mir“ Die Arbeit mit Migrant/inn/en aus der Sicht einer Psychologin und Migrantin <i>Slavica Mladen</i>	207
Migration – Was hat sich in der Praxis für Kinder- und Jugendheilkunde verändert? <i>Heidi Stix und Sonja Otto</i>	211
Bis ich mein Ziel erreichte – Geschichte einer Nostrifikation <i>Nomawethu Kelbitsch</i>	217
Interview mit Caritas-Präsident <i>Franz Küberl</i> <i>Martin Sprenger</i>	221
Geschichte des Ambulatoriums Caritas Marienambulanz Eine niederschwellige Gesundheitseinrichtung für alle, die einen erschweren Zugang zum bestehenden Gesundheitssystem haben <i>Christine Anderwald, Cornelia Bernadette Bruckner und Martin Sprenger</i>	226
Ambulatorium Caritas Marienambulanz und seine Spezialambulanzen <i>Irene Holzer</i>	238

Datenmanagement und Qualitätssicherung bei MigrantInnen mit Diabetes mellitus <i>Peter Mrak, Peter Beck und Fatmire Maloku</i>	243
Frauensprechstunde – „Gesund werden, gesund bleiben“ <i>Nomawethu Kelbitsch, Christine Anderwald und Irene Holzer</i>	248
Die Marienambulanz aus der Sicht der medizinischen Assistentinnen <i>Fatmire Maloku und Silke Gimpel</i>	252
Die psychiatrische Versorgung von MigrantInnen Die nachgehende sozialpsychiatrische Betreuung in Notschlafstellen und Flüchtlingshäusern sowie die Psychiatriesprechstunde in der Marienambulanz – Geschichte eines Projektes in Fallbeispielen <i>Gerald Ressi</i>	255
Rollende Caritas Marienambulanz <i>Martin Sprenger</i>	264
Streetwork im Drogenbereich & Kontaktladen Die medizinische Beratung <i>Karin Fuchs</i>	267
Beratung bei Drogen konsumierenden Hepatitis-C-infizierten Frauen und Männern <i>Bernd Bauer</i>	270
Kooperationspartnerin Steirische AIDS-Hilfe <i>Lola Fleck und Catherine McGeeney</i>	272
Verein für Opfer von Gewalt und Menschenrechtsverletzungen – OMEGA Gesundheitsstelle <i>Anne-Marie Mjörner Wagner</i>	275

Der Verein ZEBRA – Interkulturelles Beratungs- und Therapiezentrum <i>Wolfgang Gulis</i>	285
Frauen, Gesundheit und Migration <i>Katharina Ebner und Sylvia Groth</i>	288
Gesundheitsförderung für und mit Migrantinnen Die Arbeit des Frauengesundheitszentrums FEM Süd <i>Hilde Wolf</i>	296
AMBER-MED AMbulant medizinische Versorgung, soziale BERatung und MEDikamentenhilfe für Menschen ohne Versicherungsschutz <i>Erica Riener</i>	311
„Türkinnenprojekte“ der Medizinischen Universitätskliniken Innsbruck <i>Angelika Bader und Margarethe Hochleitner</i>	315
Medizinische Versorgung für Menschen ohne Aufenthaltsstatus in Deutschland Im Spannungsfeld zwischen Best Practice und unzureichendem Parallelsystem <i>Burkhard Bartholome</i>	322
Medinetz Mainz e. V. Medizinische Vermittlungsstelle für Flüchtlinge, Migrant/inn/en und Menschen ohne Papiere <i>Jakov Gather und Eva-Maria Schwienhorst</i>	330
Die Malteser Migranten Medizin (MMM) – Hilfe für Menschen ohne Krankenversicherung <i>Angelika Haentjes-Börgers</i>	339

Ambulatorium für Folter- und Kriegsopfer afk SRK des Schweizerischen Roten Kreuzes <i>Angelika Louis</i>	349
The Outpatient Clinic with Counselling Unit for People without Health Insurance <i>Alenka Ugrin-Vatovec</i>	355
ICAASE: An International Project Concerning Innovative Care against Social Exclusion <i>Peter Kenny and Hermine Gaßner</i>	360
Ethno-kulturelle Diversität im Krankenhaus managen <i>Ursula Karl-Trummer und Sonja Novak-Zezula</i>	367
Gesundheitservices im Niemandsland: Funktionale Ignoranz und informelle Solidarität <i>Ursula Karl-Trummer, Sonja Novak-Zezula und Birgit Metzler</i>	376

Gesundheitsservices im Niemandsland: Funktionale Ignoranz und informelle Solidarität

Ursula Karl-Trummer, Sonja Novak-Zezula und Birgit Metzler

Ausgangslage: undokumentierte MigrantInnen wohnen im Niemandsland der europäischen Gegenwart

Im Bericht aus der Portugiesischen Amtsperiode der Europäischen Präsidentschaft 2007 (Fernandes et al., 2007), in dem Migration und Gesundheit als Schwerpunktthema behandelt wurde, werden „irregular migrants“ – undokumentierte MigrantInnen¹ – als besonders vulnerable Gruppe genannt, die aufgrund ihres unsicheren Status sowohl ein erhöhtes Gesundheitsrisiko wie auch gleichzeitig verschlechterte Bedingungen des Zugangs zu Gesundheitsleistungen haben. Eine brisante Kombination, die nicht nur die Gesundheit dieser spezifischen Gruppe, sondern auch die der „regulären“ Bevölkerung gefährdet. Mit irregulärer Migration verbundene erhöhte Risiken für die allgemeine Gesundheit ergeben sich vorrangig durch übertragbare Krankheiten, deren Kontrolle zusätzlich erschwert wird. Tuberkulose und HIV/Aids werden dabei am häufigsten genannt.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen zur Regelung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung sind unklar. Ein Grund dafür ist die Verankerung auf verschiedenen Ebenen: Der Zugang zur Gesundheitsversorgung ist als grundlegendes Menschenrecht definiert (Pace, 2007) und damit ein Recht unabhängig von legalem Status oder finanziellem Vermögen. Das soll insbesondere sozioökonomisch benachteiligte und vulnerable Gruppen vor den extremsten Benachteiligungen schützen (ECHR, 1950). Alle Mitgliedstaaten der EU anerkennen dieses Menschenrecht (vgl. PICUM, 2007; Pace, 2007). Gleichzeitig beschränken es nationale Regelungen aber auf unterschiedliche Art und in unterschiedlichem Umfang auf bestimmte Kernleistungen, zum Beispiel auf Notfallversorgung. Die Finanzierungssysteme der Gesundheitsversorgung definieren auf einer weiteren Ebene die Zugangsmöglichkeiten zu Versorgungsleistungen. Gesundheitsorganisationen und ihre MitarbeiterInnen müssen mit den daraus

resultierenden Herausforderungen im praktischen Handeln umgehen. Die Bedingungen dafür sind schwierig, weil widersprüchlich. Gesundheitsorganisationen stehen im Spannungsfeld einander widersprechender Aufträge und Anforderungen und damit vor der Herausforderung des Managements von Paradoxien, denn Gesundheitsorganisationen sollen gleichzeitig zwei miteinander scheinbar unvereinbare Aufträge erfüllen: Nichtversorgung und Versorgung von undokumentierten MigrantInnen.

Im Gegensatz zur öffentlichen Aufmerksamkeit, die illegaler Migration zunehmend entgegengebracht wird, ist die Wissenslage zum Thema dürftig: Sowohl über das Ausmaß undokumentierter Migration als auch über spezifische Gesundheitsprobleme undokumentierter MigrantInnen und deren Strategien des Umgangs mit Gesundheitsproblemen gibt es keine gesicherten Informationen, aber jede Menge an Spekulationen.

Schätzungen für die EU bezüglich des Ausmaßes variieren zwischen 1 und 4 % der Gesamtbevölkerung (OECD/SOPEMI, 2007; Fernandes et al., 2007). Schätzungen für Österreich nennen Zahlen zwischen 17.000 (Biffli, 2002a und b; IOM, 2005) und 100.000 (BMGF, 2003). Gemeinsam ist diesen Zahlen ihre Vagheit angesichts der Tatsache, das Unzählbare zählen² zu wollen. Sie machen aber auch klar, dass es BewohnerInnen der EU gibt, die sich im Hier und Jetzt in einem Niemandsland befinden. Wie die Gesundheitsversorgung in diesem Niemandsland aussieht, ist die zentrale Frage eines mit 2008 gestarteten Europäischen Projektes.³

Ein europäisches Projekt zur Gesundheitsversorgung von undokumentierten MigrantInnen: Health Care in NowHereLand

Das Projekt „Health Care in NowHereLand: Improving Services for Undocumented Migrants in Europe“ arbeitet an der notwendigen Verbesserung der Wissenslage zu den gesetzlichen/finanziellen Regulierungen, zum Gesundheitsstatus und -verhalten dieser Gruppe von MigrantInnen, zum in diesem Rahmen „sinnvollen“ organisationalen Handeln und damit zu nachhaltig praktikablen Lösungsmodellen innerhalb der EU-27. Das Projekt verfolgt drei primäre Ziele auf den Ebenen Politik, Praxis und Person:

- Eine europäische Landkarte der unterschiedlichen rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen zu zeichnen, unter denen Gesundheitsorganisationen, die mit undokumentierten MigrantInnen konfrontiert sind, handeln.
- Eine europäische Sammlung von Praxismodellen zu erstellen und aus dieser Sammlung kontextualisierte (bezogen auf die Ebene der Regulative und auf die Ebene des Bedarfs der KlientInnen), transferwürdige Good-Practice-Modelle zu identifizieren und näher zu beschreiben, um Transfer und Nachhaltigkeit zu unterstützen.
- Einen europäischen Überblick zu gewinnen, welche gesundheitlich relevanten Probleme undokumentierte MigrantInnen erleben und welche Strategien sie entwickeln, um Zugang zu entsprechenden Gesundheitsleistungen zu bekommen.

Das Projekt hat eine Laufzeit von Jänner 2008 bis Februar 2011. (Zwischen-)Ergebnisse werden auf der Projektwebsite öffentlich zugänglich gemacht: www.nowhereland.info).

Das Niemandsland in Österreich

Für Österreich sind aus vorangegangenen europäischen Projekten (PICUM, 2007) Informationen zu bestehenden rechtlichen Rahmenbedingungen und zu Versorgungspraktiken verfügbar, auf denen die weitere Projektarbeit aufbauen wird. Es lassen sich daraus auch erste wesentliche Merkmale auf diesen beiden Ebenen ableiten.

Rechtliche Rahmenbedingungen

Die Gewährleistung und Sicherstellung von Gesundheitsversorgung ist in Österreich eine Aufgabe der Öffentlichkeit, die über das Sozialrecht geregelt wird. In der Gesetzgebung liegen wesentliche Kompetenzen beim Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (BMGFJ, 2008). Die Vollziehung und Ausführungsgesetzgebung fallen in den Bereich der Länder und Gemeinden, ebenso die Finanzierung und Sicherung der Spitalsversorgung (BMGF, 2005). Die wichtigste Finanzierungsquelle des österreichischen Gesundheitssystems ist die soziale Krankenversicherung,

über die circa die Hälfte der gesamten Gesundheitsausgaben finanziert wird. Die andere Hälfte wird zu je einem Viertel durch Steuerzuschüsse von Bund, Ländern und Gemeinden aufgebracht sowie durch Finanzierungen privater Haushalte (BMGF, 2005; Hofmarcher & Rack, 2006).

Im Jahr 2007 waren rund 99 % der Bevölkerung durch die soziale Krankenversicherung abgesichert (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2008). Diese gesetzlich geregelte Pflichtversicherung wird durch einkommensabhängige Beiträge finanziert und beruht auf Erwerbstätigkeit. Die Versicherten haben Rechtsanspruch auf ein breites Leistungsangebot im Rahmen eines gesetzlich definierten Umfangs. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf mitversicherte Angehörige. Für bestimmte Gruppen, die nicht von der Pflichtversicherung erfasst sind (z. B. geringfügig Beschäftigte), besteht die Möglichkeit einer freiwilligen Selbstversicherung. AsylwerberInnen, die in die Bundesbetreuung aufgenommen wurden, sind ebenfalls krankenversichert. Bei den registrierten nicht krankenversicherten Personen handelt es sich vorwiegend um Arbeitslose ohne Leistungsanspruch oder AsylwerberInnen außerhalb der Bundesbetreuung. In einer Studie des BMGF (2003) wird davon ausgegangen, dass sich im Jahr 2003 rund 160.000 Personen⁴ ab 15 Jahren ohne registrierten Leistungsanspruch im Krankheitsfall in Österreich befanden.

In der österreichischen Gesetzgebung gibt es für die Gesundheitsversorgung undokumentierter MigrantInnen zwar keine spezifische Regelung, gemäß dem österreichischen Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz darf jedoch in öffentlichen Krankenanstalten in Notfällen erste ärztliche Hilfe niemandem verweigert werden (KAKuG, 2008). Wird medizinische Behandlung in Anspruch genommen, müssen undokumentierte MigrantInnen für die entstandenen Kosten selbst aufkommen, da sie von Leistungen des Sozialsystems – und somit auch von der Krankenversicherung – ausgeschlossen sind. In Fällen, in denen die nötigen finanziellen Mittel nicht aufgebracht werden können bzw. die Identifikation von PatientInnen⁵ nicht möglich ist, müssen die Krankenanstalten diese Kosten aus ihrem Budget tragen (IOM, 2005).

Einrichtungen zur Gesundheitsversorgung von undokumentierten MigrantInnen

Möglichkeiten kostenloser medizinischer Behandlung sind für Personen ohne Krankenversicherung oder Kostenabdeckung durch die Sozialhilfe nur begrenzt vorhanden. In Wien und in der Steiermark gibt es einige Anlaufstellen, in den anderen Bundesländern hingegen ist das Angebot marginal. Hier gibt es vereinzelt Vereinbarungen mit ÄrztInnen, die medizinische Behandlung kostengünstiger anbieten, oder Einrichtungen, die spezifische Behandlungen (z. B. gynäkologische) kostenfrei anbieten.

In der Praxis lassen sich zwei Hauptakteure zur Gesundheitsversorgung undokumentierter MigrantInnen unterscheiden:

1. Krankenhäuser
2. NGOs als Vermittlungsstellen und als direkte AnbieterInnen

1. Krankenhäuser

Krankenhäuser bzw. Krankenhausambulanzen sind in Österreich die am niederschwelligsten zugänglichen Versorgungseinrichtungen des Gesundheitswesens. Für undokumentierte MigrantInnen gibt es drei Bedingungen, unter denen Behandlung möglich wird: Notfall – hier kann der Arzt/die Ärztin definieren, ob ein Notfall vorliegt; „Augen zudrücken“ und Leistungen erbringen im Wissen, dass sie nicht bezahlt werden; übergeordneter karitativer Auftrag der Organisation, z. B. für konfessionelle Häuser.

Die letztgenannte Bedingung ist die einzige, die explizit unentgeltliche Behandlung für Menschen ohne Versicherungsschutz anbietet. So z. B. das im Jahr 1614 gegründete Ordenskrankenhaus der Barmherzigen Brüder, das in Wien die wichtigste Anlaufstelle für undokumentierte MigrantInnen darstellt (PICUM, 2007; Karl-Trummer & Metzler, 2007). Jährlich werden hier rund 20.000–30.000 nicht versicherte PatientInnen behandelt, 1.000–5.000 von ihnen stationär. Mit dem Leitprinzip der „Neuen Hospitalität“ hat sich das Krankenhaus dazu bekannt, allen PatientInnen die bestmögliche pflegerische und medizinische Hilfe zukommen zu lassen. Bei der Versorgung gibt es daher keine Einschränkungen, das gesamte ambulante und stationäre Leistungsspektrum an Behandlungen wird auch für undokumentierte MigrantInnen angeboten. Finanziert

wird das Krankenhaus vom Landesfonds der Stadt Wien und über Spengelder (www.barmherzige-brueder.at, accessed 31. 10. 2008).

2. NGOs als Vermittlungsstellen und als direkte AnbieterInnen

Organisationen wie etwa der Verein Ute Bock (www.fraubock.at, accessed 31. 10. 2008) oder Asyl in Not (www.asyl-in-not.org, accessed 31. 10. 2008) fungieren als VermittlerInnen, die undokumentierten MigrantInnen Beratung und praktische Hilfestellung zum Zugang zu Gesundheitsleistungen anbieten.

Einige NGOs bieten direkte medizinische Versorgung für nicht versicherte Personen an. Die zwei österreichweit größten Einrichtungen sind AMBER-MED und die Marienambulanz (AMBER-MED, 2008; Sprenger & Bruckner, 2008; Ambulatorium Caritas Marienambulanz, 2008).

Erfolgsfaktoren: funktionale Ignoranz und informelle Solidarität

Aus der beobachtbaren Praxis lassen sich zwei erfolgreiche Strategien zum Umgang mit der paradoxen Handlungsaufforderung – behandle jemanden, den du nicht behandeln darfst – ableiten.

Funktionale Ignoranz

Bei der Recherche zu Organisationen, die Gesundheitsversorgung für undokumentierte MigrantInnen anbieten, fällt eines sofort auf: Diese Zielgruppe wird nicht explizit thematisiert, sondern in eine Gesamtgruppe von besonders vulnerablen, sozial ausgegrenzten Personen eingerechnet. Nach Aufenthaltstiteln wird nicht gefragt, Kriterium des Zugangs ist eine allgemeine soziale Bedürftigkeit. Dieses Ignorieren ist funktional für die Eröffnung eines paradoxiefreien Handlungsraumes (Simon, 2007), da es Handeln gemäß Menschenrechten und professioneller Ethik ermöglicht, ohne nach nationalstaatlichen Rechtsansprüchen fragen zu müssen.

Informelle Solidarität

Dieser paradoxiefreie Handlungsraum bliebe allerdings ohne Solidarität unbevölkert. Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialwesen arbeiten ehrenamtlich in von NGOs getragenen Gesundheitseinrichtungen, medizinische Fachkräfte geben in Krankenhäusern Ratschläge zum Umgang mit dem System, die Organisation Krankenhaus „drückt ein Auge zu“, indem erbrachte Leistungen zwar in Rechnung gestellt, Rechnungen aber nicht exekutiert werden. Solidarität zeigt sich auch auf Systemebene, wenn (wie am Beispiel Marienambulanz beschrieben) die Finanzierung von Leistungen vom öffentlichen Gesundheitssystem mit übernommen wird.

Diese Solidarität ist eine informelle: in der Haltung der funktionalen Ignoranz kann sie sich nicht formal auf undokumentierte MigrantInnen beziehen. Und das ist auf diese Weise auch sinnvoll, denn man kann sich schwer solidarisch mit jemandem verhalten, der offiziell gar nicht da ist. In jedem Fall gebührt dieser Solidarität der Beifall einer europäischen Gesellschaft, die auf soziale Inklusion und Achtung der Menschenwürde setzt.

Anmerkungen

- ¹ Die Begrifflichkeiten zu Personen ohne Aufenthaltsstatus sind vielfältig: Sans Papiers – Menschen ohne Papiere, Undocumented Migrants, Irregular Migrants u. a. Die Bezeichnung „illegale MigrantInnen“ wird von PICUM, der Internationalen Plattform für Undokumentierte MigrantInnen, explizit als diskriminierend abgelehnt.
- ² Vgl. das EU-Projekt „Clandestino – Count the Uncountable“ (ec.europa.eu/research/fp6/ssp/ clandestino_en.htm, accessed 31. 10. 2008).
- ³ Projektleitung und -koordination: Zentrum für Gesundheit und Migration, Donau-Universität Krems; ProjektpartnerInnen: Belgien: PICUM/Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants, England: University of Brighton, Italien: AUSL di Reggio Emilia, Portugal: CIES/INSA, Schweden: Universität Malmö, Schweiz: Universität Genf; ICMPD/International Center for Migration Policy Development, IOM/International Organization for Migration, HOPE/European Hospital and Healthcare Federation, Universität Wien/Institut für Pflegewissenschaft, WHO European Office for Integrated Health Care Services, United for Intercultural Action; Finanzierung erfolgt zu 60 % durch das DG Sanco, zu 40 % aus nationalen Geldern der Projektmitgliedsorganisationen.

- ⁴ Aus der Beschreibung der Betroffenenengruppen geht nicht hervor, ob in diese Zahl auch eine geschätzte Anzahl undokumentierter MigrantInnen eingeflossen ist.
- ⁵ In Österreich besteht für PatientInnen keine Verpflichtung, die richtigen Personaldaten anzugeben.

Literatur

- AMBER-MED (2008). Jahresbericht 2007. Wien: Diakonie Flüchtlingsdienst gem. GmbH
- Ambulatorium Caritas Marienambulanz (2008). Jahresbericht 2007. Graz
- Biffl Gudrun (2002a). Data comparison: School statistics and resident population according to population update and microcensus. In: Biffl, Gudrun (Koord.). Integration of foreigners and their effects on the labour market in Austria. Wien: WIFO/Austrian Institute for Economic Research
- Biffl Gudrun (2002b). Estimation on the extent of the informal economy in Austria. In: Biffl, Gudrun (Koord.). Integration of foreigners and their effects on the labour market in Austria. Wien: WIFO/Austrian Institute for Economic Research
- BMGF/Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.) (2003). Quantitative und qualitative Erfassung und Analyse der nicht-krankenversicherten Personen in Österreich. Studie des Europäischen Zentrums für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung im Auftrag des BMGF. Endbericht. Wien
- BMGF/Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.) (2005). Das Gesundheitswesen in Österreich. Wien
- BMGFJ/Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (Hrsg.) (2008). Krankenanstalten in Österreich/Hospitals in Austria. Wien; www.bmgfj.gv.at/cms/site/standard.html?channel=CH0786&doc=CMS1039007503101 (accessed 31. 10. 2008)
- ECHR/European Court of Human Rights (1950). Convention for the protection of human rights and fundamental freedoms. Rom: Council of Europe
- Fernandes Ana et al. (Hrsg.) (2007). Challenges for health in the age of migration. Health and migration in the European Union. Lisbon: Portuguese EU Council Presidency
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.) (2008). Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2008. Wien
- Hofmarcher Maria M., Rack Herta M. (2006). Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik
- IOM/International Organization for Migration (2005). Illegal immigration in Austria. A survey of recent Austrian migration research. Austrian contribution to the European Research Study Project II: "Illegally Resident Third Country

- Nationals in the EU Member States: State Approaches Towards Them and Their Profile and Social Situation". Vienna
- KAKuG/Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (2008). §§ 22-23 BGBl I/1957 idgF BGBl I 49/2008. Wien: Bundeskanzleramt Österreich
- Karl-Trummer Ursula, Birgit Metzler (2007). Internes Arbeitspapier im Rahmen des Consultings für das EU-Projekt „Access to Health Care for Undocumented Migrants“ von PICUM (Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants). Wien
- OECD/SOPEMI (2007). International Migration Outlook. Paris: OECD
- Pace Paola (Hrsg.) (2007). International Migration Law. Migration and the right to health: A review of European Community Law and Council of Europe instruments. Geneva: IOM
- PICUM/Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (2007). Undocumented migrants have rights! An overview of the International Human Rights Framework. Brussels
- Simon Fritz (2007). Paradoxienmanagement oder Genie und Wahnsinn der Organisation. In: *Revue für postheroisches Management* 01: 68–99
- Sprengr Martin, Bruckner Cornelia B. (2008). Ergebnisbericht Evaluation: Caritas Marienambulanz 2007–2008. Graz: Caritas Marienambulanz

Autorinnen und Kontaktadresse

Dr.ⁱⁿ Ursula Karl-Trummer

Dr.ⁱⁿ Sonja Novak-Zezula

Birgit Metzler, Bakk. phil.

Soziologinnen, arbeiten am Zentrum für Gesundheit und Migration der Donau-Universität Krems. Schwerpunkte der Arbeit: Migration und Gesundheit, Organisationsentwicklung, nachhaltige Entwicklung von gesunden Settings, betriebliches Gesundheitsmanagement.

Donau-Universität Krems, Zentrum für Gesundheit und Migration, Office Wien, Schikanedergasse 12, PO 3, 1040 Wien, Österreich

E-Mail: ursula.karl-trummer@donau-uni.ac.at

sonja.novak-zezula@donau-uni.ac.at

birgit.metzler@donau-uni.ac.at

Website: www.donau-uni.ac.at

Soziokulturelle Faktoren beeinflussen unsere Gesundheit erheblich und dies gilt ganz besonders für Menschen mit Migrationshintergrund. Ihre gesundheitliche Versorgung bildet den Fokus dieser Publikation. Sich mit dem Fremden auseinanderzusetzen, mit dem scheinbar vertrauten Fremden in und um uns und mit dem fremden Anderen – und hier sind nicht nur MigrantInnen gemeint – erweist sich als notwendig und sinnvoll. Und bietet die Chance, das Gesundheitswesen für die unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen bedarfsadäquat weiterzuentwickeln. Dann hat Gesundheit Bleiberecht – für alle.

Éva Rásky o. Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ med., MME, Ärztin für Allgemeinmedizin, Fachärztin für Sozialmedizin, Forschungsschwerpunkte: Prävention, Frauengesundheit, Gesundheitsversorgung.

ISBN 978-3-7089-0375-0



www.facultas.at

