

Universität Zürich, Zürich
Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte
Direktorin: Prof. Dr. med. Dr. phil. Nikola Biller-Adorno

Betreuung der Masterarbeit: Dr. Daniel Drewniak
Leitung der Masterarbeit: Prof. Dr. med. Dr. phil. Nikola Biller-Adorno

Gesundheitsversorgung von primären Sans Papiers – Eine Frage des Notfalls?

MASTERARBEIT

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Medicine (M Med) der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich

vorgelegt von

Andreas Marco Bräm (15-706-658)

2021

Inhaltsverzeichnis

<u>ZUSAMMENFASSUNG</u>	3
<u>LISTE DER VERWENDETEN ABKÜRZUNGEN</u>	5
<u>1. EINLEITUNG</u>	6
1.1 DEFINITION SANS-PAPIERS	6
1.2 DEMOGRAPHIE DER SANS-PAPIERS IN DER SCHWEIZ	6
1.3 DER GESUNDHEITZUSTAND VON SANS- PAPIERS	8
1.4 RECHTLICHE GRUNDLAGEN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG	10
1.5 GESUNDHEITSVERSORGUNG IM KANTON ZÜRICH	12
1.6 KOSTENDECKUNG DER BEHANDLUNGEN	13
1.7 HALTUNGEN DER BEHANDELNDEN	13
1.8 FRAGESTELLUNG	14
<u>2. MATERIAL UND METHODEN</u>	15
2.1 QUALITATIVE EXPERT*INNENINTERVIEWS	15
2.2 SEMI-STRUKTURIERTER LEITFADEN	15
2.3 TYOLOGISCHE ANALYSE	16
2.4 ETHIKANTRAG	16
<u>3. RESULTATE</u>	17
3.1 ANGABEN ZU DEN INTERVIEWS UND DEN INTERVIEWTEN PERSONEN	17
3.2 PROZESSE	17
3.3 NOTFALLDEFINITION	24
3.4 UNTERSCHIEDE IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG VON SANS-PAPIERS	30
3.5 HALTUNGEN UND BEWERTUNGEN ZU DEN UNTERSCHIEDEN	39
3.6 VERBESSERUNGSVORSCHLÄGE	44
<u>4. DISKUSSION</u>	50
4.1 DISKUSSION DER RESULTATE	50
4.2 LIMITATIONEN	60
<u>5. SCHLUSSFOLGERUNGEN</u>	63
<u>6. BIBLIOGRAPHIE</u>	65
<u>7. DANKSAGUNG</u>	71
<u>8. LEBENS LAUF</u>	72
<u>9. ERKLÄRUNG</u>	73

Zusammenfassung

Hintergrund: Ungefähr jede 80. Person im Kanton Zürich hat keinen legalen Aufenthaltsstatus. Obwohl das Versicherungsobligatorium diese sogenannten Sans-Papiers einschliesst, können sich die meisten keine Krankenversicherung leisten. Sie haben nur einen Anspruch auf eine medizinische Notfallversorgung, deren Umfang jedoch nicht klar definiert ist. Diese Arbeit untersucht die Gesundheitsversorgung von Sans-Papiers im Kanton Zürich aus der Perspektive der Behandelnden. Der Fokus liegt auf ihrer Bewertung von Prozessen in der Gesundheitsversorgung von Sans-Papiers, ihrer Anwendung der Notfalldefinition, Unterschiede in der Behandlung im Vergleich zu versicherten Personen sowie ihren Verbesserungsvorschlägen.

Methoden: Es wurden qualitative Expert*innen-Interviews auf der Basis eines semi-strukturierten Fragebogens durchgeführt. Danach wurden die Interviews transkribiert und codiert. Ein Teil der Codes wurde im Sinne einer typologischen Analyse in Kategorien eingeteilt und ausgewertet.

Resultate: Insgesamt haben 9 Personen teilgenommen, welche entweder als Sozialarbeiter*innen, Ärzt*innen oder in einer NGO arbeiten. Die Arbeit mit migrationsmedizinischen Kompetenzen und die der NGOs wird als gut bezeichnet. Schwierig wird es für die Behandelnden, wenn eine Kostendeckung durch eine Krankenversicherung fehlt. Dabei geraten die Behandelnden in ein ethisches Dilemma, zwischen dem Willen zur Behandlung von Sans-Papiers und dem finanziellen Druck durch die Institution. Der Begriff des Notfalls ist schwer zu definieren, auch weil verschiedene Personen und Institutionen verschiedene Perspektiven auf die Notfalldefinition haben. Der Notfall sollte als Kontinuum mit verschiedenen Dringlichkeitsabstufungen verstanden werden, nicht als binäre Kategorie. Im stationären Setting zeigt sich eine grosse Varianz im Umfang der Behandlung von Sans-Papiers, während eine Unterversorgung im ambulanten Bereich (Präventivmedizin und chronische Erkrankungen) zu beobachten ist. Unter den Interviewten konnte eine humanistische Haltung, sowie Stress, Unzufriedenheit, Gönnerhaftigkeit, und Perspektivlosigkeit identifiziert werden. Als Verbesserungsvorschläge wurden besonders die Angleichung des Behandlungsumfanges, an den Leistungskatalog der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP, finanzielle Verantwortungsübernahme durch Behörden, Stärkung von Kompetenzen im Bereich Migrationsmedizin und Finanzierung der Übersetzungskosten genannt.

Schlussfolgerungen: Im internationalen Vergleich zählt die Gesundheitsversorgung von Sans-Papiers im Kanton Zürich zu den Besseren. Dennoch ist die Situation für die Behandelnden mehrheitlich nicht zufrieden stellend. Kurz vor Abschluss dieser Arbeit wurde die Einführung der Züri-City Card beschlossen. Damit werden einige ihrer Verbesserungsvorschläge umgesetzt. Es fehlen Lösungen zur Finanzierungen der

Krankenkassenprämien. In weiterer Forschung sollte die Perspektive der Sans-Papiers selbst dargestellt werden, welche in dieser Arbeit fehlt.

Liste der verwendeten Abkürzungen

Art. - Artikel

BAG - Bundesamt für Gesundheit

BV - Bundesverfassung

CAMSCO - Consultations Ambulatoires Mobiles des Soins Commmunautaires

DRG - Diagnostic Related Groups

ESI - Emergency Severity Index

FU - Fürsorgerische Unterbringung

IP - Interviewte Person

KESB - Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden

KVG - Bundesgesetz über die Krankenversicherung

KVV - Verordnung über die Krankenversicherung

OECD - Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

OKP - Obligatorische Krankenpflegeversicherung

SAMW - Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

SPAZ - Sans-Papiers Anlaufstelle Zürich

StGB – Schweizerisches Strafgesetzbuch

UHC - universal health coverage

WHO - World Health Organisation

ZGB - Schweizerisches Zivilgesetzbuch

1. Einleitung

1.1 Definition Sans-Papiers

Die direkte Übersetzung des Begriffs *Sans-Papiers*, also *ohne Papiere*, lässt vermuten, dass es sich bei dieser Bevölkerungsgruppe um Menschen handelt, welche über keine Identitätsausweise verfügen. In der englischsprachigen Literatur ist der Begriff *undocumented migrants* üblich (1), teilweise wird auch von *iregular, illegal* oder *unauthorised migrants* gesprochen (2). In dieser Arbeit wird der Begriff gleich verwendet, wie in der neusten Studie des Zürcher Migrationsamtes:

„Unter Sans-Papiers werden nicht nur Menschen bezeichnet, die über keine Identitätsausweise oder Pässe verfügen, sondern alle Menschen die für mehr als einem Monat und für eine nicht absehbare Zeit in einem Land aufhalten, ohne für dieses Land einen legalen oder gültigen Aufenthaltsstatus zu haben.“ (3)

Damit zählen abgewiesene Asylsuchende auch zu der Gruppe der Sans-Papiers, auch wenn sie nicht *undocumented* sind.

So setzt sich die Gruppe der Sans-Papiers wie folgt zusammen:

1. **Primäre Sans-Papiers**, sind Personen die entweder illegal oder als Tourist*innen¹ in die Schweiz einreisen und dem Migrationsamt nicht bekannt sind (3).
2. **Overstayer** sind Personen, die zu einem früheren Zeitpunkt eine ausländerrechtliche Bewilligung hatten (C, B, L, ständige und nichtständige Wohnbevölkerung), diese zwischenzeitlich verloren haben, aber nicht ausgereist sind. Gründe für den Verlust der Aufenthaltsberechtigung können Scheidungen, anhaltender Sozialhilfebezug oder Straffälligkeit sein (3).
3. **Abgewiesene Asylsuchende** sind Menschen, welche einmal einen Asylantrag gestellt haben, und deshalb den Migrationsbehörden auch bekannt sind. Dieser Antrag wurde jedoch abgelehnt und ihnen wurde eine rechtskräftige Wegweisung und Ausreiseverpflichtung ausgestellt. Ein Teil dieser abgewiesenen Asylsuchenden befindet sich in den Nothilfestrukturen. Ein anderer Teil ist untergetaucht (3).

Es wird geschätzt, dass primäre Sans-Papiers den grössten Teil dieser Gruppe ausmachen (3).

1.2 Demographie der Sans-Papiers in der Schweiz

Um die Situation der Gesundheitsversorgung von Sans-Papiers in der Schweiz zu verstehen, ist es wichtig einen groben Überblick über die Demographie dieser Gruppe von Menschen zu

¹ Das Gender-Sternchen wird verwendet um Trans-, intersexuelle und nichtbinäre Menschen, sowie auch Frauen und Männer sprachlich einzuschliessen (4)

haben. In der Schweiz leben ca. 76'000 Personen (0.88%)² ohne legalen Aufenthaltsstatus (3). Im Kanton Zürich sind es ungefähr 1.12%³. Weil dieser Teil der Bevölkerung, abgesehen von den Nothilfebeziehenden, den Migrationsbehörden nicht bekannt ist und sich möglichst unauffällig verhält, sind genaue Angaben über die Demographie nicht vorhanden (3). Die Zahlenangaben basieren auf Gesprächen mit Fachstellen sowie Analysen von Geburten-Sterberaten und auch Ausreisestatistiken (6).

Es wird angenommen, dass fast gleich viele weibliche wie männliche Sans-Papiers in der Schweiz leben (6). Der grosse Teil von ihnen ist zwischen 18 und 45 Jahren alt, wobei etwa 7% als jünger als 18 Jahre und 20% als älter als 45 Jahre geschätzt werden (3). In dieser Arbeit wird nicht auf die spezifische Lebenssituation von Kindern und Menschen im Rentenalter eingegangen. Es wird angenommen, dass etwa 80% der Sans-Papiers alleinstehend sind (3).

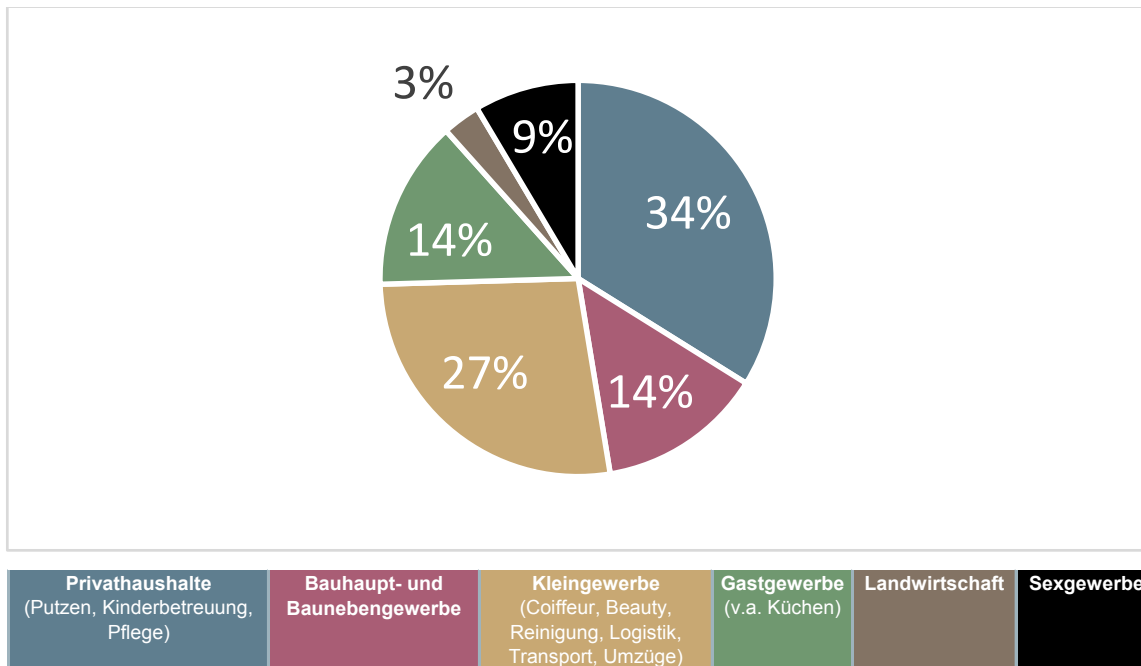
Die Tabellen aus dem Bericht über Sans-Papiers im Kanton Zürich zeigen die Herkunftsregionen und die Anzahl Jahre, welche sich die Personen in der Schweiz aufhalten, sowie welchen Arbeiten sie nachgehen (3).

	Basis: Anzahl primäre Sans-Papiers		Anteil temp. anw. Ar- beitskräfte / Wanderar- beiter	Aufenthaltsdauer in der Schweiz			
	Min	Max		< 1 Jahr	1 bis 5 Jahre	5 bis 10 Jahre	> 10 Jahre
Lateinamerika	6'000	10'000	selten: <5%	25%	25%	25%	25%
Asien	1'500	2'500	selten: <5%	25%	25%	25%	25%
Afrika	1'500	2'500	kommt vor: 5-10%	40%	30%	20%	10%
Europa (ohne EU/EFTA)	2'000	3'500	häufig: 10-25%	40%	30%	20%	10%
Total	11'000	18'500					

Grafik aus der Studie von Rissi C und Stalder M. Sans-Papiers im Kanton Zürich (3)

² Bei einer ständigen Wohnbevölkerung von 8.6 Millionen (5) und der besten Schätzung von 76'000 Sans-Papiers (6).

³ Bei einer Wohnbevölkerung von 1.536 Millionen (7) und der besten Schätzung von 19'250 Sans-Papiers (3).



Grafik aus der Studie von Rissi C. und Stalder M. *Sans-Papiers im Kanton Zürich*(3)

Die meisten Sans-Papiers arbeiten ohne einen rechtlich gültigen Arbeitsvertrag. Sie sind stark der Willkür und Ausbeutung der Arbeitgebenden ausgesetzt, weil sie in Streitfällen nicht öffentlich rechtliche Hilfe in Anspruch nehmen können, ohne ihren Status preiszugeben (3). Das äussert sich in Arbeit auf Abruf, unerwarteten Verdienstaussfällen und Löhnen, die häufig niedriger sind als marktüblich. Sehr selten sind Sans-Papiers sozialversichert (3).

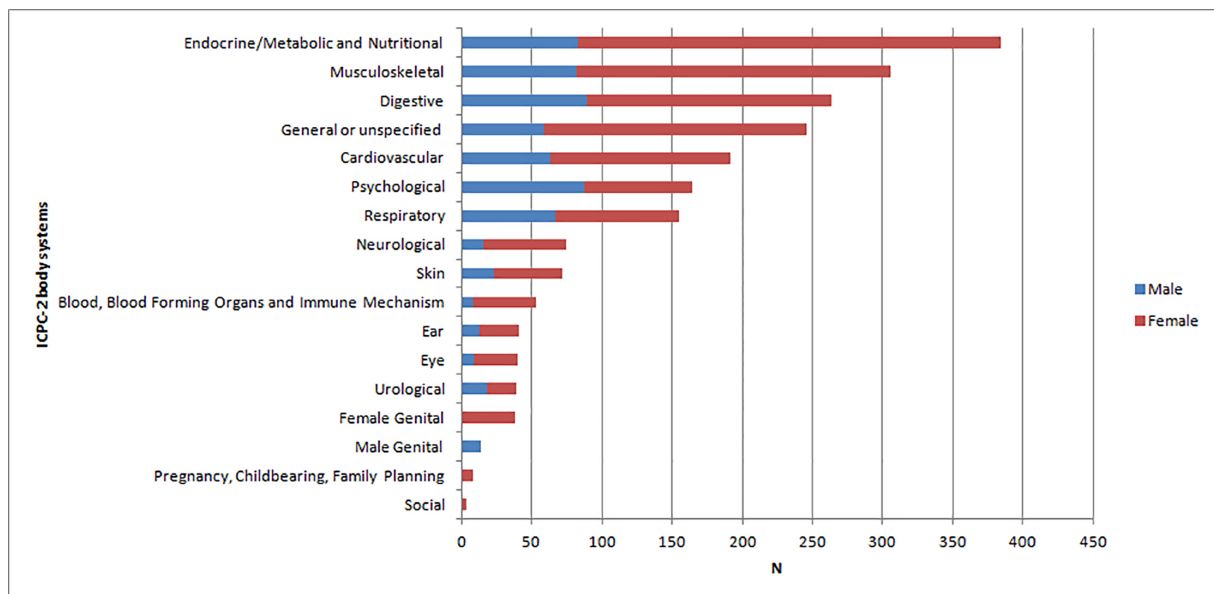
1.3 Der Gesundheitszustand von Sans- Papiers

Im Vergleich zur Bevölkerung mit einem legalen Aufenthaltsstatus, beeinflussen folgende Faktoren die Gesundheit vieler Sans-Papiers (1).

- **Fehlende Krankenversicherung** (8).
- **Armut**, schlechtere Lebens- und Wohnbedingungen mit häufigen Wohnungswechseln und fehlender Privatsphäre (1).
- Physisch und psychisch **schädliche Arbeitsbedingen** (variable Zeiten, gefährliche Arbeiten wie bspw. Infektionsrisiko in der Sexarbeit) (1).
- **Stress** als Hauptrisikofaktor. Dieser wird unter anderem ausgelöst durch die ständige Angst aufzufliegen, Diskriminierungserfahrungen, Scham, Isolation und Druck von Familienangehörigen Geld zu verdienen (9). Stress kann zu gesundheitsschädlichem Verhalten wie ungesundem Ernährungsverhalten oder dem Gebrauch schädlicher Substanzen führen (1).
- Weibliche Sans-Papiers sind vermehrt **häuslicher Gewalt** ausgesetzt (1).
- Abgewiesene Asylsuchende erleiden oft einen **Verlust in der Lebensperspektive** (1).

- **Zahnmedizinische Unterversorgung** (10).
- Häufigere **ungewollte Schwangerschaften** bei Sans-Papiers (10).
- **Fehlende Kenntnisse** bezüglich dem schweizerischen Gesundheitssystem und dem Anrecht auf Gesundheitsversorgung (10,11). **Der Mindergebrauch an Gesundheitsdienstleistungen**, die ihnen rechtmässig zustehen würden, ist ein europaweites Phänomen (9,12).
- Angst bei fehlender Unfall- oder Krankenversicherung krank zu werden, **früherer Arbeitsbeginn nach Krankheit** (1) oder **arbeiten trotz Krankheit oder Verletzung** (3).
- Tiefe Priorisierung der eigenen Gesundheit und damit **Vernachlässigung von präventiven** sowie generellen Untersuchungen der medizinischen Grundversorgung (10)
- Häufig werden symptomlindernde Medikamente in Apotheken gekauft. **Viel spätere Vorstellung** in medizinischen Kliniken als Menschen mit einer Versicherung (1).
- **Sprachliche Verständigungsprobleme** bei medizinischen Behandlungen (13,14).
- **Diskriminierungserfahrungen** haben negative Einflüsse auf die Gesundheit und das Verwenden von Gesundheitsleistungen (9).
- Das Gefühl sie „**verdienen**“ keine Gesundheitsversorgung (15)

Aufgrund der genannten Faktoren sind sie in einer gesundheitlich vulnerablen Lage und es kann oft eine Verschlechterung der Gesundheit von Sans-Papiers nach der Ankunft im Destinationsland beobachtet werden (9,14). Wegen fehlender Versicherung nehmen sie vielfach erst in unerträglichen Situationen medizinische Hilfe in Anspruch, und somit werden oft schwerwiegende Krankheiten in fortgeschrittenem Stadium diagnostiziert (3). Dennoch ist wichtig zu beachten, dass bei Sans-Papiers nicht von einer homogen zusammengesetzten Gruppe ausgegangen werden soll (10). Eine Studie des Genfer Universitätsspital zeigt, dass 71.8% der Sans-Papiers unter mindestens einer, und 20% unter mehr als drei chronischen Krankheiten leiden, von denen etwa die Hälfte längerfristige medizinische Behandlung benötigen (16). Damit leiden sie ungefähr doppelt so oft an chronischen Krankheiten wie die schweizerische Durchschnittsbevölkerung (Männer 31% und Frauen 35%) (17). Bei Sans-Papiers allgemein, aber im speziellen bei abgewiesenen Asylsuchenden, sind psychische Probleme besonders häufig (10). Die folgende Statistik zeigt, mit welchen Problem Sans-Papiers sich in einer Klinik in Genf vorstellten.



Statistik von Jackson et al. Health of undocumented migrants in primary care in Switzerland (16)

1.4 Rechtliche Grundlagen der Gesundheitsversorgung

1.4.1 Versicherungsobligatorium

Das Obligatorium für die Krankenversicherung gilt laut Art. 3 des Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (18) in Verbindung mit Art. 1 Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) (19) auch für Sans-Papiers (8). Der schweizerische Bundesrat spricht bezüglich der Gesundheitsversorgung von Sans-Papiers von folgendem Sollzustand:

„Alle versicherungspflichtigen Sans Papiers sind krankenversichert und haben denselben Zugang zu denselben Leistungserbringern und Leistungen des medizinischen Grundleistungskatalogs wie versicherte Personen mit legalem Aufenthalt (8).“

Der Ist-Zustand ist jedoch weit davon entfernt. Auch wenn klare Zahlen fehlen (1), gehen die meisten Studien davon aus, dass nur zwischen 10-20% (8) der Sans-Papiers über eine Krankenversicherung verfügen. Sie sind selbst verantwortlich für den Abschluss einer Versicherung und Anlaufstellen wie bspw. die Sans Papier Anlaufstelle Zürich SPAZ können dabei behilflich sein (8). Aufgrund fehlender finanziellen Ressourcen, Informationsmangel, unklaren Verhaltensweisen der Krankenkassen, administrativen Hürden und der Angst vor der Entdeckung ihres Status meiden die Meisten den Abschluss einer Krankenversicherung (1). Der Zugang zu Prämienverbilligung ist nur in einem Teil der Kantone möglich (8). Die Zürcher Gesundheitsdirektion bezahlt die Kosten der Krankenversicherungsprämien für Sans-Papiers, die in den Nothilfstrukturen des Kanton Zürichs leben (20). Um Hürden im Zugang zu Gesundheitsleistungen abzubauen, will der Bundesrat den Grad der Versicherungsdeckung

erhöhen. Dabei öffnet sich ein rechtliches Dilemma zwischen der Gewährleistung von sozialen Rechten für Menschen unabhängig ihres Aufenthaltsstatus und auf der anderen Seite der Kontrolle über Migration seitens des Staates (1,11).

1.4.2 Recht auf Hilfe in Notlagen

Sans-Papiers haben laut folgenden Gesetzesartikeln ein Recht auf medizinische Notfallversorgung (21):

- *Art. 12 der Bundesverfassung (BV): „Wer in Not gerät und nicht in der Lage ist, für sich zu sorgen, hat Anspruch auf Hilfe und Betreuung und auf die Mittel, die für ein menschenwürdiges Dasein unerlässlich sind.“ (22)*
- *Art. 41b der Bundesverfassung: „Der Bund und die Kantone sind verpflichtet, sicherzustellen, dass jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält“.*

Dieses Recht auf medizinische Notfallversorgung ist auch in den meisten europäischen Staaten verankert (11).

Für medizinische Behandler*innen ist zudem der Art. 128 des Schweizerischen Strafgesetzbuch (StGB) wichtig, welcher die Unterlassung der Nothilfe für Menschen in unmittelbarer Lebensgefahr unter Strafe stellt (23,24). Somit sind die Institutionen verpflichtet in Notfällen Hilfe zu leisten (3).

1.4.3 Definition des Notfalls

Im Bereich der OKP werden die übernommenen Leistungen in der Krankenpflege-Leistungsverordnung aufgeführt. Es ist klar definiert, welche Leistungen im Rahmen der Grundversicherung bezahlt werden, und welche nur von Zusatzversicherungen bezahlt werden (25). Im Vergleich dazu ist der Umfang der Versorgung *in Notfällen* im schweizerischen Gesetz nicht definiert und bietet damit die Möglichkeit eines grossen, individuell auslegbaren Interpretationsspielraumes (1). Weil es keine national einheitliche *Notfall(Versorgung)*-Definition gibt, die besagt welche Dienstleistungen sich aus dem Recht auf Hilfe in Notlagen ableiten lassen, haben einige Kantone den Begriff *Notfall* selbst definiert (26). Der Kanton Appenzell Ausserrhoden bspw. spricht von „*grundlegender medizinischer Versorgung*“ (*Art. 24 der Kantonalen Verfassung*) (27). Auch Bundesrat argumentiert, dass alle Menschen in der Schweiz, also unabhängig vom Aufenthalts- und Versicherungsstatus, ein Recht auf „*grundlegende medizinische Versorgung*“ haben (21). Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) vertritt die Haltung, dass Hilfe in einer Notlage (nach Art. 12 BV) breiter auszulegen ist als nur Hilfe in Notfällen (1).

Parallel zur Debatte über die Notfallversorgung von Sans-Papiers gibt es die Debatte über die Notfallversorgung von Menschen mit nicht-bezahlten Krankenkassenprämien. Sie sind in einigen Kantonen auf sogenannten *Schwarzen-Listen*, stehen damit unter einem

Leistungsaufschub und können medizinische Hilfe nur in Notfällen in Anspruch nehmen (28). Der Kanton Zürich betrachtet das Führen Schwarzen-Listen als nicht zielführend und verzichtet darum darauf (29). Die Zentrale Ethikkommission der schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass unklar ist, was einem Notfall entspricht und wie umfassend dieser Begriff im medizinischen Alltag ausgelegt wird (28). Schlussendlich hängt die Interpretation des Notfallbegriffs und somit die Ausgestaltung der Versorgung in der Praxis von dem*der individuellen Patient*in ab und muss vom Gesundheitspersonal von Fall zu Fall evaluiert werden (30).

1.4.4 Datenweitergabe

Eine grosse Hürde im Zugang zur Gesundheitsversorgung für Sans-Papiers ist die Angst bei den Migrationsbehörden gemeldet zu werden und dadurch eine Ausschaffung zu riskieren (1). Den Krankenversicherungsunternehmen ist es gemäss Art. 84-86 KVG (18) nicht gestattet Informationen über den Aufenthaltsstatus von Patient*innen weiterzugeben (21). Grundsätzlich ist aufgrund des Berufsgeheimnisses in Art. 321 StGB die Weitergabe von Geheimnissen durch medizinische Leistungserbringer*innen verboten. Jedoch sind diesem Gesetz kantonale Bestimmungen über Melderechte gegenüber Behörden vorbehalten (24). Im Gegensatz zu einigen europäischen Ländern, gibt es in der Schweiz kein Verbot Sans-Papiers medizinisch zu behandeln oder eine Pflicht für das Gesundheitspersonal, sie bei den Migrationsbehörden zu melden (11,12).

Bei nicht-gedeckten Kosten für Leistungserbringende, machen die Leistungserbringenden teilweise Gesuche um Kostengutsprache an Sozialbehörden. Darauf wird bei nicht versicherten Personen der Aufenthaltsstatus geprüft, teilweise unter Einbezug von Anlaufstellen wie bspw. der SPAZ. Die Praxis des Informationsaustausches zwischen Sozial- und Migrationsbehörden unterscheidet sich von Kanton zu Kanton (8).

1.5 Gesundheitsversorgung im Kanton Zürich

Die Organisation der Gesundheitsversorgung für Sans-Papiers in der Schweiz unterscheidet sich von Kanton zu Kanton. Die Leistungserbringenden Institutionen können in drei Typen unterteilt werden: Private Non-Profit-Organisationen, spezialisierte Einrichtungen in öffentlichen Spitälern (Lausanne und Genf) und öffentlich (ko-) finanzierte Einrichtungen für bestimmte Risikogruppen, zu denen Sans-Papiers oft mitgezählt werden (31).

Die neuste Studie zu Sans-Papiers im Kanton Zürich bezeichnet die Gesundheitsversorgung in Notfallsituationen als „*nicht schlecht gewährleistet*“ (3) und besser als in den meisten Deutschschweizer Kantonen (3).

Für die Grundversorgung von Sans-Papiers im Kanton Zürich sind besonders die Meditrina⁴ und das Ambulatorium Kanonengasse⁵ wichtig (3). Die Meditrina Klinik ist durch das Schweizerische Rote Kreuz und damit privat finanziert und fungiert als hausärztliche Praxis (inkl. Präventivmedizinische, längerfristige Behandlungen und psychiatrische Unterstützung) für Sans-Papiers ohne Krankenversicherung (3).

Das Ambulatorium Kanonengasse ist Teil der städtischen Gesundheitsdienste und bietet medizinische Grundversorgung (inkl. gynäkologische, zahnärztliche und psychosoziale Versorgung) für verschiedene Menschen, die Probleme im Zugang zu den üblichen medizinischen Versorgungsstrukturen haben (3).

1.6 Kostendeckung der Behandlungen

Da viele Sans-Papiers nicht krankenversichert sind, müssen die behandelnden Institutionen andere Wege finden, die entstandenen Kosten zu decken. Dazu gibt es keine allgemeingültigen Prozesse, sondern es wird von Fall zu Fall entschieden. Es hängt auch davon ab, ob es sich um öffentliche oder private Institutionen handelt (8). Die Leistungserbringenden haben folgende Möglichkeiten eine Finanzierung der Behandlungen zu erzielen: Bezahlung der Kosten durch die Sans-Papiers selbst, Krankenkassenbeitritt und darauffolgende rückwirkende Zahlung, Finanzierung durch Gelder aus Fonds für uneinbringliche Debitoren oder Kostengutsprache durch die Sozialbehörden der Kantone oder Gemeinden (8). Wenn keine dieser Finanzierungswege erreicht werden kann, müssen die behandelnden Institutionen die Kosten selbst übernehmen, sprich abschreiben.

In der Praxis der Kostenübernahme durch die Kantone gibt es grosse Unterschiede: einige übernehmen gar keine Kosten von den Spitälern, andere nur für „*unerlässliche medizinische Leistungen (z.B. Unfall, chronische Krankheiten)*“ oder „*gravierende medizinische Fälle*“, andere scheinen mehr zu übernehmen (8).

1.7 Haltungen der Behandelnden

Unter Haltungen werden Wertevorstellungen, Sympathien oder Antipathien sowie Gefühle in Bezug auf die medizinische Betreuung von Sans-Papiers verstanden. Dauvrin et al. beschreiben, dass das Gesundheitspersonal oft nur unvollständig über die rechtlichen

⁴ Homepage der Meditrina: <https://www.srk-zuerich.ch/medizinische-anlaufstelle-sans-papiers>

⁵ Homepage des Ambulatoriums: https://www.stadt-zuerich.ch/gud/de/index/gesundheitsversorgung/medizin/sozialmedizin/medizinisch_soziale_ambulatorien/AMB.html

Bestimmungen zur Gesundheitsversorgung von Sans-Papiers informiert ist und der rechtliche Rahmen unterschiedlich interpretiert und angewandt wird (30). In der Praxis orientieren sich Behandelnde an professionellen Werten, den Bedürfnissen der Patient*innen und impliziter Rationierung. Dies kann zu Vorteilen, aber auch Nachteilen für Sans-Papiers führen.

Eine Studie von Drewniak et. al 2016 konnte zeigen, dass die Herkunft, der Aufenthaltsstatus und der sozioökonomische Status der Patient*innen sich direkt auf die Bereitschaft von Zürcher Hausärzt*innen auswirkte, diese Patient*innen zu behandeln (32). Diese Bereitschaft war unabhängig von der Dringlichkeit der medizinischen Situation, dem Zeitdruck der Ärzt*innen und der Frage, ob die Kosten gedeckt sind (32). Keinen legalen Aufenthaltsstatus zu besitzen wird als potentieller Risikofaktor bezeichnet, später behandelt zu werden, unabhängig davon, ob die Patient*innen versichert sind oder nicht (32). Da Behandelnde in der Behandlung von Sans-Papiers oft auf administrative Hürden stossen, gehen sie grundsätzlich davon aus, dass die medizinische Betreuung von Sans-Papiers problematisch und aufwendig wird (1). Die Behandlung von Sans-Papiers hängt von der individuellen Initiative der Behandelnden ab und somit zeigen die oben erwähnten Studien, dass die Haltungen der Behandelnden die also die Qualität der Behandlung massgeblich beeinflussen (1).

1.8 Fragestellung

Die Situation der fehlenden einheitlichen Notfalldefinition lässt viel Interpretationsspielraum und damit die Fragen offen, wie die behandelnden Personen und Institutionen den Begriff des *Notfalls* bzw. der *Notfallbehandlung* interpretieren und in der Praxis anwenden. Es wird beschrieben, dass die Ausgestaltung von der individuellen Initiative der Behandelnden abhängt (1). Zudem existieren keine klaren Prozesse wie die behandelnden Institutionen die entstandenen Kosten durch die Behandlung eines Sans-Papiers decken können (8). Aus dieser Situation ergeben sich die Hauptfragestellungen dieser Arbeit:

- *Wie definieren die Behandelnden den Begriff Notfall?*
- *Wie finanzieren die Institutionen die Behandlung von Sans-Papiers?*
- *Welche Unterschiede in der Gesundheitsversorgung von Sans-Papiers im Vergleich zu Menschen mit einem gültigen Aufenthalts- und Versicherungsstatus resultieren aus der unscharfen Definition der Notfallbehandlung sowie den ungeklärten administrativen Prozessen.*

Diesen Fragen versucht diese Arbeit aus der Perspektive der Behandelnden nachzugehen. Da ihre Haltungen Sans-Papiers gegenüber und ihre Bewertungen der Situation der Gesundheitsversorgung von relevanter Bedeutung für die Qualität der Behandlung sind, wird versucht diese zu ermitteln. Sie werden gefragt, welche Fälle und Prozesse in der Behandlung

von Sans-Papiers sie als gut respektive schlecht bezeichnen. Mit *Prozesse* sind besonders administrative Abläufe wie Fragen nach Finanzierung, Kontakt zwischen verschiedenen Behandelnden und Informationsaustausch gemeint. Schlussendlich wird nach ihren persönlichen Verbesserungsvorschlägen zur jetzigen Situation gefragt, weil damit die Diskrepanz zwischen dem aktuellen Ist-Zustand und ihrem persönlichen, ideellen Sollzustand dargestellt werden kann. Aus dem Sollzustand, lassen sich Rückschlüsse auf ihre Haltungen der Thematik gegenüber schliessen.

Die Ergebnisse dieser Arbeit beziehen sich auf die Situation im Kanton Zürich und der Fokus liegt auf der Gesundheitsversorgung von Sans-Papiers, welche über keine Krankenversicherung verfügen.

2. Material und Methoden

2.1 Qualitative Expert*inneninterviews

Um die Fragestellungen zu beantworten, wurde die qualitative Methode der Expert*inneninterviews mit einem semi-strukturierten Leitfaden und anschliessender Auswertung nach dem Schema der typologisierenden Analyse gewählt (33). Als Expert*innen wurden Menschen bezeichnet, welche im Kanton Zürich in medizinischen Institutionen arbeiten und Erfahrung in der Behandlung von Sans-Papiers haben. Um Personen zu finden, die sich für ein Interview zur Verfügung stellen, wurden Notfallstationen und ethische Dienste von öffentlichen Spitälern in der Stadt Zürich und Winterthur direkt angeschrieben. Daneben wurden auch die Meditrina und das Ambulatorium Kanonengasse angefragt, welche bekannt dafür sind Sans-Papiers zu betreuen. Ausserdem wurden die interviewten Personen im sogenannten *Schneeballverfahren* (33) gebeten, weitere Personen zu empfehlen, welche für ein Interview bereit wären.

2.2 Semi-strukturierter Leitfaden

Im Gegensatz zu klassischen Expert*inneninterviews wurden nicht nur das Kontext- und Betriebswissen (34) erfragt, sondern ein Teil des Interviews fokussierte sich auch auf das individuelle Erleben und die subjektiven Haltungen (33) der Teilnehmenden.

Der Leitfaden bestand aus 4 Teilen. Als Einstieg wurden die Interviewten gefragt, welche Fälle der Betreuung von Sans-Papiers ohne Krankenversicherung, und die damit einhergehenden Prozesse, sie als positiv und negativ bewerten würden. Der zweite Teil fokussierte sich auf die angewandte und ideelle Notfalldefinition der Interviewten. Darauffolgend wurden wahrgenommene Unterschiede in der Behandlung und der Gesundheitsversorgung von Sans-Papiers im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung erfragt. Der letzte Teil des Leitfadens beinhaltete Fragen bezüglich der Allgemeinbewertung der Situation und

Verbesserungsvorschlägen. Auch wenn die Struktur des Leitfadens in allen Interviews gleich blieb, wurden die Fragen teilweise etwas den Interviewten angepasst. Beispielsweise wurde in den Gesprächen mit Ärzt*innen mehr Fokus auf die Frage der Notfalldefinition gelegt, während bei Sozialarbeiter*innen eher Fragen der Finanzierung und der Zusammenarbeit mit anderen Institutionen im Fokus lagen.

2.3 Typologische Analyse

Im Anschluss wurden die Interviews vollständig und wörtlich transkribiert. Die Interviews in Schweizerdeutsch wurden direkt bei der Transkription in Standarddeutsch übersetzt. Die Codierung folgte im iterativen Stil, wobei einige übergeordnete Code-Kategorien schon durch die Fragestellung gegeben waren (Bspw. Kategorie der *Notfalldefinition*). Der Prozess der Kategorienbildung, sowie Über- oder Unterordnung von Codes, lief parallel zum Kodieren der Texte. Zur Qualitätskontrolle wurde ein Vergleich der Intercoder-Übereinstimmung (*Intercoder Agreement*) (35) durchgeführt. Dazu wurde ein Interview von zwei unabhängigen Personen mit den iterativ erstellten Codes neu kodiert, um zu überprüfen wie reliabel das Codesystem ist.

Nach der Kodierung wurden die verschiedenen Codes der Kategorien *Prozesse*, *Notfalldefinition*, *Unterschiede*, *Haltungen* und *Verbesserungsvorschläge* im Sinne eines „*thematischen Vergleiches und typologischer Analyse*“ (33) miteinander verglichen. Dazu wurden alle Textpassagen, welche einem Code zugeordnet wurden, paraphrasiert. Anschliessend wurden die paraphrasierten Sequenzen einer Codekategorie miteinander verglichen und die Ergebnisse im folgenden Kapitel dargestellt. Es wurde darauf geachtet, inwiefern sich die Aussagen der verschiedenen interviewten Personen gegenseitig bestätigen, ergänzen oder widersprechen.

2.4 Ethikantrag

Eine Checkliste für den Ethik-Begutachtungsprozess von nicht-bewilligungspflichtigen empirischen Studien (CEBES) wurde einer Kommission am Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte der Universität Zürich vorgelegt. Diese kam zum Schluss, dass das Ziel der Studie nicht unter den Geltungsbereich der Art. 2 und 3 des Humanforschungsgesetzes (36) fällt und deshalb keine Prüfung durch die kantonale Ethikkommission notwendig ist.

Alle interviewten Personen wurden durch ein Informationsdokument im Vorhinein über die Studie informiert. Sie haben vor dem Interview eine Einverständniserklärung unterschrieben. Diese beinhaltet, dass die Teilnahme an der Studie absolut freiwillig ist, eine Ablehnung der Teilnahme keinerlei Nachteile für sie bewirkt und dass die Daten anonymisiert und vertraulich behandelt werden.

3. Resultate

3.1 Angaben zu den Interviews und den interviewten Personen

Im Zeitraum von Februar bis August 2020 wurden insgesamt 9 Personen interviewt, die im Umkreis der Stadt Zürich arbeiten. Davon identifizieren sich 3 Personen mit dem männlichen und 6 Personen mit dem weiblichen Geschlecht. Der Altersdurchschnitt liegt bei 43 Jahren (Min.: 36 Jahre; Max.: 51 Jahre). 4 der interviewten Personen haben einen Bachelor- oder Masterabschluss in Sozialer Arbeit. Eine Person hat einen Master in Internationaler Gesundheit. Die 4 interviewten Ärzt*innen arbeiten auf leitender Stufe in den Fachgebieten Notfallmedizin, Gynäkologie, Psychiatrie und klinische Ethik. Die Interviewten arbeiten in öffentlichen Zürcher Spitälern, sowie im Ambulatorium Kanonengasse und in der Meditrina. Die Interviews dauerten zwischen 28 und 59 Minuten, mit einem Mittelwert von 45 Minuten. Ein Teil der Interviews wurde in Schweizerdeutsch, der andere in Standarddeutsch gehalten. Aufgrund der Massnahmen zur Eindämmung der COVID19-Pandemie mussten 5 der 8 Interviews telefonisch durchgeführt werden. An einem Interview haben 2 Personen gleichzeitig teilgenommen.

3.2 Prozesse

3.2.1 Gute Prozesse: Zusammenarbeit mit NGO

Die Interviews mit den Menschen, die in den Spitälern arbeiten, haben jeweils mit der Aufforderung begonnen, von Fällen der Betreuung von Sans-Papiers zu erzählen, welche sie als gut oder positiv bewerten würden.

Interviewte Person (IP) 5: „Ich kann mich an ein zwei Fälle erinnern, die aufgrund des schlechten gesundheitlichen Zustands länger bleiben mussten. Und dort konnten wir es [Krankenkassenabschluss] machen, via die Meditrina. [...] Und wo dann ein Krankenkasseneinschluss rückwirkend auf den Monat, in welchem sie bei uns waren, gemacht werden konnte. Das wäre dann wie ein erfolgreicher Verlauf wo dann auch die Nachsorge gewährleistet ist, weil sie ja genauso in der Grundversicherung läuft.“

Gerade unter den Sozialarbeiter*innen herrscht Einigkeit darüber, dass meist eine Lösung für die Finanzierung organisiert werden kann, wenn sie die Hilfe von Beratungsstellen wie SPAZ oder Meditrina beiziehen können. Auch die Suche nach einer Anschlusslösung oder einer ambulanten Weiterbehandlung wird durch die Zusammenarbeit mit den Beratungsstellen vereinfacht. Dies bedingt eine Kooperation seitens der Sans-Papiers.

So werden folgende nichtstaatlichen Organisationen in der Zusammenarbeit bezüglich dem Thema Sans-Papiers mit den Spitälern genannt:

- Die **Sans-Papiers Anlaufstelle Zürich SPAZ** bietet soziale Beratung und ist wichtig im Abschluss von Krankenkassen.⁶
- Die **MEDITRINA** Praxis des Schweizerischen Roten Kreuzes
- Das **Ambulatorium Kanonengasse** der städtischen Gesundheitsdienste
- Die kirchliche Zürcher **Stadtmission** mit den Projekten **YUCCA** und **ISLA VICTORIA** bieten Beratung und soziale Treffpunkte an.⁷
- Die **Freiplatzaktion** bietet juristische Beratung in asyl- und migrationsrechtlichen Fragen an.⁸

Die Arbeit der NGOs wird von Seiten der Spitäler als gut betrachtet. Die NGOs bieten niederschwellige Versorgung und gehen spezifisch auf Bedürfnisse von Sans-Papiers ein. Zudem wird die Zusammenarbeit zwischen den Spitälern und NGOs als wohlwollend und verständnisvoll bezeichnet. So kommt es vor, dass diese NGOs den Behandelnden im Spital aufwendige administrative Tätigkeiten abnehmen oder erleichtern können. Dies hat zur Folge, dass die Spitäler mittlerweile in vielen Fällen die Beratungsstellen kontaktieren, wenn sie Sans-Papiers betreuen.

Die Etablierung und die Pflege der Kommunikationswege zwischen den Institutionen wird von Seiten der NGO als aufwendig aber auch lohnenswert bewertet. Darum hält die Meditrina regelmässig Informationsveranstaltungen zum Thema Sans-Papiers in Spitälern ab.

3.2.2 Schlechte Prozesse: Schwierige Finanzierung

Nach der Frage über erfolgreiche Fälle wurde gefragt, welche Fälle schwierig oder problematisch verlaufen. Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass Abrechnungswege in Fällen ohne Kostendeckung für Spitäler sehr aufwändig und mit vielen administrativen Unklarheiten verbunden sind. Auch im ambulanten Bereich ist es für die Behandelnden sehr schwierig, eine Person ohne Kostendeckung durch eine Versicherung oder finanzielle Mittel zu behandeln. Kommen Übersetzungskosten dazu, wird es noch schwieriger. Im Folgenden werden einige dieser Finanzierungsprobleme erläutert. Im Normalfall werden die Kosten einer stationären Behandlung zu gleichen Teilen von den Krankenkassen und der Gesundheitsdirektion des Kantons bezahlt.

IP 1: „Aber grundsätzlich ist sicher schlecht, wenn die Personen lange da [in der Schweiz] sind und dann einfach einen Unfall haben und stationär kommen müssen ohne vorgängig irgendetwas abschliessen zu können und dann auf dem Notfall liegen, oder über den Notfall kommen und auf einer Station liegen und die Kostensicherung

⁶ <https://sans-papiers-zuerich.ch/beratungen/>

⁷ <https://www.stadtmission.ch/zuercher-stadtmission/>

⁸ <https://freiplatzaktion.ch/rechtsberatung>

uns die Meldung macht und wir mit ihnen versuchen eine Krankenkasse rückwirkend abzuschliessen. Was entweder scheitert, weil die Kassen nicht rückwirkend aufnehmen oder daran scheitert, dass sie es nicht zahlen können und sie dann in die Betreuung laufen und dann dementsprechend eigentlich mittelfristig auch eine Meldung ans Migrationsamt gemacht wird. Das ist etwas die Problematik“.

3.2.2.1 Krankenkassenanteil

3.2.2.1.1 Finanzielle Probleme durch Krankenkassenabschluss

Die Beratungsstellen raten den Sans-Papiers bei elektiven Operationen, Schwangerschaften, stationären Aufenthalten sowie allgemein teuren chronischen Problematiken eine Krankenkassen-Police abzuschliessen. Der Grund weshalb sie nicht allen eine Krankenkassen-Versicherung anraten ist, dass die meisten Sans-Papiers dafür über zu geringe finanzielle Einkünfte verfügen, sodass Sie die Krankenkassenprämien längerfristig nicht bezahlen könnten. Wenn sie die Prämien nicht bezahlen, leiten die Krankenkassen zwangsmässig eine Betreuung ein. Dies kann zu einer Meldung beim Migrationsamt führen, was zu einer Entdeckung ihres fehlenden Status führen kann. Dies kann wiederum eine Ausschaffung zur Folge haben. Von mehreren Interviewten wird das Fehlen einer Lösung zur Finanzierung der Krankenkassenprämien für Sans-Papiers als grösstes Problem bezeichnet. Somit ist das Versicherungsobligatorium faktisch nicht gegeben, weil es für viele Sans-Papiers praktisch nicht umsetzbar ist. Unklar bleibt, wie oft eine Prämienverbilligung im Kanton Zürich erreicht werden kann. In Basel ist die Situation aus Sicht der Interviewten besser, da dort die Sans-Papiers eine maximale Prämienverbilligung erreichen können.

IP 7: „Und was überall [alle Kantone] gar, ein Riesenproblem ist, wenn Sans-Papiers wirklich krank werden und eine Krankenkasse unumgänglich ist, ist einfach die finanzielle Belastung, nur schon die mittelfristige, endet das im Desaster. Also das ist nicht wirklich eine Lösung für die Betroffenen.“

3.2.2.1.2 Rückwirkende Versicherung

Sollten nun Sans-Papiers ohne Krankenversicherung notfallmässig in ein Spital eintreten und stationär bleiben, wird versucht mit ihnen zusammen und teilweise der Hilfe der SPAZ einen rückwirkenden Krankenkassenabschluss zu beantragen. Doch auch wenn das Geld für die Prämien vorhanden ist, ist der Prozess eines rückwirkenden Krankenkassenabschlusses sehr aufwendig und nicht immer erfolgreich. Einige Krankenkassen akzeptieren teilweise die Anträge nicht und verlangen eine Einreisebestätigung.

Somit zeigen die Interviewten eine hohe Unzufriedenheit über die aktuelle Lage der Finanzierung und dem Krankenkassenzugang von Sans-Papiers.

IP 5: „Dass man das [Grundversicherung] machen kann, aber was ist mit all jenen Menschen, die es sich nicht leisten können, weil sie die Prämien nicht bezahlen können, weil das ist eine Voraussetzung, nicht? Sonst übernimmt die Krankenkasse die Versicherungsleistung nicht. Und da zeigt sich schon, dass es sehr lückenhaft ist. (lacht zynisch) Also sehr, wie soll ich das jetzt sagen, es passt nicht zu dieser blitzblanken Schweiz, in der wir leben. Ich finde es sehr, sehr stossend“.

3.2.2.1.3 Fehlende Kooperation

Speziell im Zusammenhang mit dem Versicherungsabschluss wird angesprochen, dass die Zusammenarbeit mit Sans-Papiers für Sozialarbeiter*innen oft schwierig ist. Als Ausnahme dazu werden schwangere Personen hervorgehoben. Es werden oft Termine von den Sans-Papiers nicht wahrgenommen, Patient*innen geben sich nicht als Sans-Papiers zu erkennen oder verschwinden mit einem totalen Kontaktabbruch nach stationären Aufenthalten. Angst vor Konsequenzen und widere Lebensumstände werden als Hauptgrund für diese fehlende Kooperation angegeben.

IP 3: „Ja eben, dass eine Kooperation da sein muss, die oft nicht da ist. Einfach aus Angst. Dass man meint es gäbe Lösungen, die dann vielleicht doch keine sind. Eben auch wenn man sie vernetzt mit SPAZ, haben wir das Gefühl es ist soweit erledigt, aber dann nehmen sie Termine nicht wahr oder sie nehmen sie wahr aber es kommt dann doch nicht zu irgendwie einem Versicherungsabschluss aus x-welchen Gründen. [...]. Also wir drehen uns da etwas im Kreis“

3.2.2.2 Behördenanteil

IP 1: „Für die Finanzierung sind es der Kanton und die Kassen je zur Hälfte beim stationären Aufenthalt. Die Abmachung ist, dass der Kanton zahlt, wenn die Anlaufstelle die Bestätigung gibt.“

Sofern eine Wohnsitzbestätigung vorliegt, welche oft mit Hilfe der SPAZ eingeholt wird, bezahlt die Gesundheitsdirektion 50% der Spalkosten. Sie ist nicht verpflichtet eine Meldung beim Migrationsamt zu machen.

Einige Sozialarbeiter*innen erwähnen, dass sie spitalinterne Abmachungen mit den Patient*innenadministrationen⁹ haben um möglichst eine Finanzierung für die Kosten der

⁹ In dieser Arbeit werden die Strukturen: Patient*innenadministration, Kostensicherungsstelle und Finanzabteilung austauschbar verwendet. Da keine Person interviewt wurde, die in diesen Abteilungen arbeitet, ist nicht klar, welche Abteilung sich genau um welchen Prozess kümmert.

Sans-Papiers zu erreichen, ohne dass eine Meldung ans kantonale Sozialamt gemacht wird. Sie sind der Meinung, dass ohne sie wohl die meisten gemeldet würden. So versuchen die Sozialarbeiter*innen möglichst in alle Fälle der Betreuung von Sans-Papiers involviert zu werden. Wenn aber keine Kooperation, keine Vernetzung mit der SPAZ und somit auch kein Krankenkassenabschluss erreicht werden kann, entscheiden die Patient*innenadministrationen in einigen Fällen, eine Meldung beim Sozialamt zu machen um die anfallenden Kosten durch den Kanton bezahlen zu lassen. Diese Fälle werden aus Sicht der Sozialdienste als negative Fälle bezeichnet und seien möglichst zu verhindern. Für die Meldungen haben die Spitäler 30 Tage Zeit, wenn sie Gelder beantragen wollen. In dieser Zeit muss der Sozialdienst die finanzielle Lage genau überprüfen und allenfalls auch Bertreibungen einleiten. Das Sozialamt bezahlt Kosten erst, nachdem dies alles geprüft wurde und keine finanziellen Mittel bestehen.

3.2.3 Datenschutz

Die Sozialdienste versuchen möglichst jede Informationsweitergabe mit den Patient*innen abzusprechen. In Fällen, bei denen es bspw. um die Behandlung von Kinder geht und sie die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden (KESB) einschalten müssen, lassen sie sich durch die Gesundheitsdirektion entbinden, sodass sie straffrei Informationen weitergeben können. Welche Informationen jedoch zwischen Patient*innenadministration und Sozialamt ausgetauscht werden bleibt nach den Interviews teilweise ungeklärt. Ähnlich ist es mit der Frage, welche Informationen genau zwischen dem Sozialamt, der Gesundheitsdirektion und dem Migrationsamt ausgetauscht werden, auch wenn die Rede von einer Meldepflicht ist.

IP 1: „Seit diesem Jahr, das ist noch nicht so lange, dass auch das kantonale Sozialamt eine Meldepflicht beim Migrationsamt hat. Sie müssen jeden Fall beim Migrationsamt melden. Also jeder Ausländer der eine Anmeldung beim Sozialamt macht, wird beim Migrationsamt gemeldet.“

Eine Person erwähnt, dass sie schon länger nicht mehr mitbekommen hat, dass ein*e Sans-Papiers nach einem Spitalaufenthalt beim Migrationsamt gemeldet und anschliessend ausgeschafft wurde.

Einige Sozialarbeiter*innen argumentieren, dass aus ethischer Sicht keine Meldungen ans Sozialamt gemacht werden sollten um die Sans-Papiers nicht zu gefährden. Sie haben aber allgemein auch Verständnis für die Haltung der Patient*innenadministration, da es deren Aufgabe ist die Finanzierung der Spitalkosten zu gewährleisten.

3.2.4 Finanzierung über Fonds

Die Interviewten haben alle, bis auf ein Spital, keinen Zugriff auf Fonds, bei denen sie Geld für die Behandlungskosten von Sans-Papiers beantragen können. Sie drücken ihre Unzufriedenheit über diese Situation aus.

IP 3: „dort [an jenem Spital] hätten wir die Möglichkeit auch mal Behandlungen über den Fonds laufen zu lassen. Das Problem ist, diese Behandlungen sind meistens so teuer, dass der Fonds auch nur teilweise etwas daran zahlen könnte und man dann extern gehen müsste. Und dann muss man so viele Fonds anschreiben, dass der Aufwand extrem gross und der Ertrag wahrscheinlich klein, weil es auch nicht wirklich Stiftungen und Fonds gibt, die sich für Sans-Papiers speziell einsetzen“

3.2.5 Abschreibungen für das Spital

Da der Kanton die Kosten einer Behandlung von Sans-Papiers meist nicht übernimmt, auch wenn eine Meldung ans Sozialamt gemacht wird, kommt es dazu, dass den Spitälern nichts Anderes übrigbleibt, als die Kosten abzuschreiben. Das bedeutet, dass sie keine Finanzierung dafür finden und damit in der Gesamtrechnung mit den anderen Spitaleinnahmen querfinanzieren. Werden grössere Beträge abgeschrieben, geschieht dies durch das Einverständnis der Klinikleitung zusammen mit dem Finanzdepartement. Um die Abschreibungen zu minimieren, üben die Finanzabteilungen Druck auf die Behandelnden aus, die Therapie möglichst kurz und damit günstig zu halten.

Es wird erwähnt, dass kleinere, regionale Spitäler insgesamt weniger Sans-Papiers als Patient*innen behandeln, als grössere Spitäler. Die kleineren Spitäler müssen daher pro Jahr weniger Abschreibungen tätigen.

Den Behandelnden und auch den Finanzdepartementen stellt sich die ethisch schwierige Frage, ob sie die Kosten für Sans-Papiers abschreiben, oder eine Meldung an die kantonalen Ämter machen.

- *IP 8: „Das Spital kann sich überlegen: ‚Schreibst du es selber ab? Zahlst du die Behandlung selber? Gibst du es am Sozialamt ab?‘. Das hat dann aber die Gefahr, dass das Sozialamt dann nach dieser untergesetzlichen Mechanik auf Kantonsebene dem Migrationsamt meldet. Was wieder dazu führt, dass die Leute total Angst haben und sich nicht behandeln lassen, und die Versorgung nicht gewährleistet ist.“*

3.2.6 Übersetzung

Eine weitere Schwierigkeit, welche oft in den Interviews genannt wird, ist die Frage nach der Finanzierung von professionellen Übersetzer*innen im medizinischen Kontext. Die behandelnden Institutionen können die Kosten für die Dolmetscher*innen nicht über die

Krankenkassen oder das Sozialamt abrechnen. Im ambulanten Setting wird dies oft als Problem bezeichnet, da bspw. ambulante Psychiater*innen einen grossen Teil der Einnahmen für die Übersetzung zahlen müssen. Deswegen fallen ambulante Behandlungen häufig aus. Die Meditrina oder das Ambulatorium empfehlen den Patient*innen teilweise Bekannte mitzunehmen, welche übersetzen können, oder greifen auf Telefonübersetzungen zurück. Eine gute Übersetzung in Behandlungsgesprächen wird als notwendig für eine zufriedenstellende Behandlung angesehen und somit ist hier eine Unterversorgung festzustellen. Die Interviewten zeigen eine klare Unzufriedenheit diesem Sachverhalt gegenüber. Es wird argumentiert, dass fehlende Finanzierung der Übersetzungskosten den Menschenrechten widerspricht.

IP 5: „Denn das Dolmetscherwesen ist im ambulanten Setting sowieso ein riesiges Problem. Egal ob sie versichert sind oder nicht, diese Kosten werden nicht übernommen von den Krankenkassen. Da braucht es immer eine individuelle Lösung für das ambulante Setting, das heisst dort hat es noch mehr. Dann auch eine gute Behandlung, die dann vielleicht über Wochen oder Monate geht, anzubieten, das würde ich sagen, das fällt in den meisten Fällen aus. Und dann geht es halt wieder auf einen nächsten Notfall zu“

3.2.7 Ökonomischer Druck

Die Unzufriedenheit über die Schwierigkeiten in der Finanzierung von Gesundheitskosten von Sans-Papiers wird von einigen Interviewten in einen Kontext politischer und wirtschaftlicher Veränderungen gestellt. Zum einen wird erwähnt, dass der Kanton Zürich im Vergleich zum Kanton Genf relativ wenig Geld in die Subventionierung des öffentlichen Gesundheitssystems investiert. Zum anderen wird häufig erwähnt, dass seit der Einführung der Fallkostenpauschalen respektive den Diagnostic Related Groups (DRG) die Spitäler unter einen ökonomischen Druck geraten sind Gewinne zu erzielen und untereinander in einen Wettbewerb zu treten. Dies wirkt sich insbesondere auf die Behandlung von Sans-Papiers aus, weil sie ein grosses Risiko für ein Verlustgeschäft darstellen.

Der ökonomische Druck ist auch seitens der Krankenkassen zu spüren, welche das Rückweisungsmanagement professionalisierten und vermehrt Übernahme von Behandlungskosten abweisen.

So wird eine Unzufriedenheit über die Profitorientierung der Spitäler ausgedrückt.

IP 3: „Es ist tragisch, es geht leider nur um das Geld im stationären Setting. Das hat extrem überhandgenommen, und es wird noch zunehmen. [...] Es ist die Frage für die Spitäler: ‚Welche Patienten wollen wir eigentlich noch?‘ Alle sagen das Gleiche: ‚Wir wollen die Zusatzversicherten und schöne Operationen machen, weil das spült Geld

rein'. Und alles andere will man eigentlich nicht, aber man bietet es halt noch so ein wenig an. Und so sollte es nicht sein, oder?'

3.3 Notfalldefinition

3.3.1 Uneinheitliche Notfalldefinition

Es herrscht ein Konsens zwischen den meisten interviewten Personen, dass eine klare und einheitliche Definition des Begriffs *Notfall* fehlt und somit unterschiedlich eng bzw. breit ausgelegt werden kann. Gerade im Vergleich zu Ländern wie Deutschland oder England gibt es in der Schweiz einen grösseren Spielraum, was alles unter dem Begriff *Notfallbehandlung* gemacht werden kann.

IP 3: „Also letztlich muss es eine Ärztin oder ein Arzt sagen unter was es läuft und auch begründen was läuft jetzt unter Notfallbehandlung und was nicht. Und das glaube ich halt auch als relativ breitem Begriff, Notfallbehandlung, oder ist jetzt immer die Frage was heisst das? Für gewisse Ärzte ist das mehr und für gewisse Ärzte ist das weniger.“

Eine Notfallsituation muss als solche deklariert werden um vor der Klinikleitung, und nicht selten auch vor Krankenkassen, die daraus folgenden Behandlungskosten zu legitimieren. Die Deklaration eines Notfalls geschieht im Normalfall durch die verantwortlichen Kaderärzt*innen auf den Notfallstationen der Spitäler, die zudem auch die Dringlichkeitsstufe bestimmen. In einigen Fällen geschieht die Notfalldeklaration in Absprache mit der Leitung der Notfallstationen.

In Situationen fehlender Kostendeckung informiert die Kostensicherungsstelle des Spitals das behandelnde Team, man solle nur eine Notfallbehandlung machen. Somit spielt das Finanzteam in einigen Fällen eine Rolle in der Notfalldeklaration, auch wenn betont wird, dass Entscheidungen über bspw. einen stationären Aufenthalt nur aufgrund medizinischer Überlegungen getätigt werden. Weiterführend wird erwähnt, dass es in einigen Fällen Unstimmigkeiten zwischen der Notfalldefinition der Ärzt*innen und anderen Stellen wie der KESB und auch Krankenkassen gibt, weil der Begriff *Notfall* unterschiedlich ausgelegt wird. Die Krankenkassen haben tendenziell eine engere Notfalldefinition als die Behandelnden.

3.3.2 Schwierigkeit der Notfalldefinition

Ein Teil der Interviewten gibt an, dass sie selbst schon versucht haben einer Notfalldefinition nachzugehen, dies insbesondere in Abgrenzung zum Begriff der *Grundversorgung*. Dazu haben sie mit Personen des Kantonsärztlichen Dienstes, Spitaldirektor*innen, Verfassungs- und Sozialrechtler*innen gesprochen, konnten jedoch keine befriedigende Antwort finden. Der Notfallbegriff ist nach ihnen besonders bei chronischen Krankheiten, die dringend eine Behandlung benötigen, schwer zu definieren.

Eine Person erzählt, dass sie von Uneinigkeiten zwischen Jurist*innen erfahren hat, die diskutierten, ob eine Unterscheidung zwischen Notfallversorgung und Grundversorgung überhaupt rechtlich möglich ist ohne dabei Menschen zu gefährden.

IP 7: „Ich muss es so sagen, ich habe das vor einigen Jahren versucht abzuklären, genau aus diesem Grund, Stichwort Notfall. Ich habe dann nicht wirklich eine befriedigende Antwort bekommen“

3.3.3 Medizinische Leitlinien

Ein Teil der interviewten Personen erwähnt, dass sie hausinterne Guidelines zur Beurteilung einer Notfallsituation heranziehen können. Dies gilt für somatische, wie auch für psychiatrische Spitäler. So helfen sogenannte Triagehandbücher eine Situation nach standardisiertem Vorgehen einzuschätzen zu können. Eines der Spitäler verfügt über interne Guidelines im Umgang mit Menschen mit fehlender Kostendeckung.

In jenem Spital wird auf der Notfallstation mit dem Emergency Severity Index (ESI) -Triage-System gearbeitet. Dabei handelt es sich um ein standardisiertes Vorgehen, bei dem die Dringlichkeit einer Notfallsituation abgeschätzt und in 5 Klassen eingeteilt wird. 1 ist die dringlichste und 5 die am wenigsten dringliche Stufe (37).

Es wurde erwähnt, dass Personen der ESI-Kategorie 5 mit einer fehlenden Kostendeckung von der Notfallstation an andere Stellen verwiesen werden können. Im Umkehrschluss, kann aus der Perspektive dieser Notfallstation *ein Notfall* als eine Situation bezeichnet werden, welche die Kriterien von ESI 1 bis 4 erfüllt.

IP 4: „...wenn man den Eindruck hat, dass Patienten ohne Krankenversicherung der ESI-Kategorie 5 entsprechen und keine Gefahr im Verzug scheint, dann ist man tatsächlich auch berechtigt solche Personen an andere Stellen zu verweisen.“

3.3.4 Orientierung an rechtlichen Dokumenten

Im Bezug zu einer Notfalldefinition werden mehrfach die Bundesverfassungsartikel 10 (Recht auf Leben und auf persönliche Freiheit), 12 (Recht auf Hilfe in Notlagen) und 117 (Recht auf Medizinische Grundversorgung) erwähnt. Einige der interviewten Personen weisen darauf hin, dass das BAG und die Weltgesundheitsorganisation WHO sagen, dass eine Grundversorgung notwendig sei und somit den Begriff der Notfallversorgung abzulehnen ist.

IP 8: „...was das Stimmvolk ja reingebracht hat, ist das Recht auf Grundversorgung 117 in der Bundesverfassung. [...] Das ist dann wieder Hausarztmedizin. Aber es ist klar, jeder Mensch in der Schweiz hat ein Recht auf Grundversorgung, nicht Notfallversorgung.“

3.3.5 Persönliche Definition

Neben der Anlehnung an bestehende Texte, nennen die interviewten Personen auch folgende Eigenschaften, welche eine Notfalldefinition beinhalten sollte oder eine solche ausmachen.

- Es wird auf die **Dramatik** hingewiesen. Also Situationen in denen die Patient*innen *IP 2* „(...) in einer **akuten** Notsituation sind“ und *IP 6* „(...) es **wirklich** schlecht geht (...)“. Dies kann auch über objektive messbare Werte, wie bspw. Laborwerte, definiert sein.
- **Der zeitliche Verlauf** ist wichtig für eine Notfalldefinition. So zählen Symptome dazu, die akut auftreten und deren Verlauf häufig nicht planbar ist und sich nicht linear verhalten muss.
- Es wird auf die **zeitliche Dringlichkeit** einer Untersuchung oder Intervention hingewiesen. Ein Notfall ist gegeben, wenn eine Behandlung noch am selben Tag benötigt wird, um gesundheitlichen Schaden oder Gefährdung an Leib und Leben zu vermeiden. Anders formuliert, eine Notfallsituation besteht wenn es nicht verantwortet werden kann, den*die Patient*in nach Hause zu schicken, und für einen Kontrolltermin am nächsten Tag zu wieder zu sehen. Bezüglich einer Notfalleinweisung in ein Spital wird gesagt, dass es Situationen sind, die zeitlich nicht adäquat von ambulanten Ärzt*innen, inklusive Spezialist*innen, abgeklärt oder behandelt werden können.
- In Abgrenzung zu anderen Bereichen der Medizin, fokussiert sich die Notfallmedizin immer auf **ein Symptom** und versucht in der Differenzialdiagnostik nicht zu sehr in die Tiefe zu gehen und noch viele weitere Dinge abzuklären.
- Eine Situation in der eine akute **Fremdgefährdung** besteht, zählt auch zu einem Notfall. Als Beispiel wurde eine für andere Menschen ansteckende Tuberkulose-Infektion angegeben.
- Bei Patient*innen mit chronischen Krankheiten kann eine **unmittelbar erforderliche Langzeitbehandlung**, zum Beispiel eine Dialyse, unter dem administrativen Begriff der Notfallbehandlung laufen.
- Für die Deklaration einer Notfallsituation sind die **bio-psycho-sozialen Einflussfaktoren** wichtig. So kann eine Schwangerschaft eine ansonsten weniger dringliche Situation zu einer Notfallsituation werden lassen. Ein Notfall ist auch eher gegeben, wenn der*die Patient*in in einem gefährlichen häuslichen Setting lebt, oder niemanden zu Hause hat, der*die auf die*den Patient*in aufpassen und allenfalls helfend reagieren könnte.

IP 6: „Und das ist halt auch bei Sans-Papiers wieder anders, die haben in der Regel nicht ein Familiensystem, das zuhause schaut. Jemand der sie in der Nacht ins Spital bringen kann, wenn sie auffiebert, oder wenn sie mehr blutet,

oder. Das muss ich auch in Betracht ziehen. Dann ist die Limite für einen Notfall auch niederschwelliger, dass ich das als Notfall ausbebe“

3.3.6 Psychiatrische Notfälle

Die Interviewten Personen erwähnen zum einen, dass die somatische und die psychiatrische Medizin in der Notfallmedizin zusammengehören. Zum andern aber wird betont, dass gerade in der Psychiatrie die Notfalldefinition noch schwieriger zu stellen ist und weniger eng definiert ist. Deshalb wird hier auf die Spezifika psychiatrischer Notfälle eingegangen. Genannt werden folgende Definitionscharakteristika:

- Das Erfüllen der Kriterien einer **fürsorglichen Unterbringung**. Dabei handelt es sich in erster Linie um eine akute Selbst- und oder Fremdgefährdung der*des Patient*in. Die Indikation für eine fürsorgliche Unterbringung muss von eine*r Notfallpsychiater*in oder eine*r niedergelassenen Ärzt*in gestellt werden.¹⁰
- Situationen mit **fehlender Urteilsfähigkeit** und fehlender Fähigkeit zum Abschätzen des Verhaltens. Dies gilt auch bezüglich der eigenen Behandlungsnotwendigkeit oder der Fähigkeit sich um das eigene Wohl zu kümmern. Beispiele dafür sind Patient*innen mit einer Manie, die wichtige Medikamente nicht mehr nehmen wollen oder abstinente Menschen, die dem Suchtdruck nicht mehr standhalten können.
- Die **Krisenintervention** auf einer **psychiatrischen Akutstation** wird Synonym zu einer Notfallbehandlung verwendet. Die Indikation dafür tritt oft bei Patient*innen mit chronischen Krankheiten auf, die eine subakute Verschlechterung erleben und ambulante Therapieinterventionen nicht mehr reichen. Nach ca. 5 Tagen einer Krisenintervention sollte die*der Patient*in verlegungsfähig sein.
- **Die subjektive Notfall-Deklaration** spielt im psychiatrischen Notfall eine wichtigere Rolle als im somatischen Notfall. Wenn jemand sagt er*sie brauche jetzt Hilfe, ist dies ein Legitimationsgrund für ein Gespräch mit eine*r Kaderärzt*in, welche*r dann über die Notfallsituation entscheidet. So kann ein persönlicher Wunsch nach einer stationären Therapie ein Notfall sein, gerade wenn es aus persönlichem Schutzbedürfnis aus resultiert.

¹⁰ Eine Person, die an einer psychischen Störung oder an geistiger Behinderung leidet oder schwer verwahrlost ist, darf in einer geeigneten Einrichtung untergebracht werden, wenn die nötige Behandlung oder Betreuung nicht anders erfolgen kann. (Art 426 Schweizerisches Zivilgesetzbuch ZGB). Die Belastung und der Schutz von Angehörigen und Dritten sind zu berücksichtigen (Art. 426 Abs. 2 ZGB) (38).

- *IP 2: „Zum Beispiel akute Suizidalität wo sich die Patienten Patientinnen sich selber melden. Patientinnen und Patienten mit Persönlichkeitsstörungen die in Anspannungsphasen sich selber verletzen oder den Schutz der Klinik suchen.“*

3.3.7 Notfalldefinition über Beispiele

Eine weitere Möglichkeit den Begriff des *Notfalls* zu illustrieren ist, indem Beispiele genannt werden, welche Notfallsituationen darstellen, oder eben auch nicht.

3.3.7.1 Klare Notfallsituationen:

- Lebensbedrohliche Situationen
- Unfälle, Verbrennungen, Knochenbrüche
- Akute Infekte (Augen, Tuberkulose, akute Divertikulitis)
- Schwere Blutarmut (Hämoglobinwert von 3.8 g/dl¹¹)
- Psychiatrisch Erkrankungen wie eine (sub-)akute Suizidalität, Manie, schwerste Panikattacken, Angststörungen, schwere depressive Zustandsbilder, unkontrollierte Suchtproblematik, Persönlichkeitsstörungen mit erhöhten Anspannungsphasen

3.3.7.2 Umstrittene Notfallsituationen:

- Gallensteine mit Schmerzen
- Geburten¹²
- Chronische Krankheiten: unbehandelte mittelgradige Depressionen, chronische Infektionen, Diabetes, dialysepflichtige Niereninsuffizienz, onkologische Krankheiten, transplantationspflichtige Organschäden.

IP 8: „...also das wäre die Frage: Was ist ein Notfall? Was heisst denn Notfall bei einer Dialyse? Was heisst denn Notfall bei einem HIV-Patienten? Was heisst denn Notfall bei einem onkologischen Patienten, der ohne sehr sehr teure teilweise Medikamente nicht überleben kann?

Es wird erzählt, dass Patient*innen, die eine fehlende Kostendeckung hatten, mit folgenden Symptomen von Notfallstationen abgewiesen wurden und damit die Deklaration einer Notfallsituation in diesen Fällen nicht gemacht wurde. Ein Fall war ein*e Patient*in, welche*r wegen einem **grossen Abszess** am Oberschenkel kaum gehen konnte. Der andere Fall war

¹¹ Die untere Normgrenze liegt bei Frauen bei: 12 g/dl

¹² Hier wurde der Fall des St. Galler Versicherungsgerichts 26.04.2018 angesprochen (39).

eine Person mit einer **Eileiterschwangerschaft**, welche sich auch auf dem Notfall vorstellte. In beiden Fällen wurde gesagt, erst wenn die Situation sich verschlimmert ist es eine Notfallsituation und daraus auch die Notwendigkeit einer Intervention erst dann gegeben. Praktisch heisst das, dass nur wenn aus dem Abszess eine Sepsis wird, oder der Eileiter kurz vor der Ruptur steht, die Situation eine Notfallsituation darstellt.

3.3.7.3 Keine Notfallbehandlungen

Als Beispiel einer diagnostischen Massnahme, welche im Rahmen einer Notfalldiagnostik teilweise angeordnet wird, aber nicht zur Notfallbehandlung gehören sollte wird, eine **Cholesterinspiegelbestimmung** genannt.

3.3.8 Haltungen zur Notfalldefinition

In Bezug auf die Notfalldefinition können unterschiedliche Haltungen bei den Interviewten identifiziert werden.

So berichtet ein Teil der Interviewten über eine **Unzufriedenheit** darüber, dass es keine klare Notfalldefinition gibt und sogar, wenn Nachforschungen angestellt werden, wenig Klarheit geschaffen werden kann. Die unklare Definition verursacht eine grosse Varianz in der Anwendung des Begriffs, besonders wenn es um psychiatrische Notfälle, chronische Krankheiten und stationäre Aufnahmen geht.

Eine weitere Unzufriedenheit zeigt sich, bezüglich der als zu eng wahrgenommen Notfalldefinition der Krankenkassen.

Der unsicheren Haltung bezüglich der Notfalldefinition widerspricht eine Person damit, dass Notfallärzt*innen dank ihrer guten Ausbildung und den Triage-Guidelines über eine hohe **Selbstsicherheit** im Definieren von Notfallsituationen verfügen.

Es wird von einer hohen **Toleranz** zwischen den Ärzt*innen gesprochen, die die gegenseitigen Notfalldefinitionen akzeptieren. Dies gilt zum einen innerhalb einer aber auch zwischen mehreren Institutionen. So werden notfallmässige Einweisungen durch die Grundversorgenden auf den Notfallstationen meistens akzeptiert. Wenn auf den Notfallstationen eine Person abgewiesen wird, haben die Grundversorgenden in vielen Fällen Verständnis dafür.

IP 6: „Schon, und das respektiere ich ja auch, wenn sie dann angeschaut wurde, und ich weiss Ok. es ist kein Notfall mehr, sie wurde nach Hause geschickt und dann ist gut.“

Eine **gönnerrhafte** Haltung zeigt sich bei den Behandelnden, die bspw. sagen:

IP 4: „Aber häufig lassen sich so klare Zuordnungen gar nicht stellen und dann gilt ja in-dubio-pro-reo und dann sehen wir uns solche Patienten auch in der Notaufnahme an.“

3.4 Unterschiede in der Gesundheitsversorgung von Sans-Papiers

3.4.1 Geographische Unterschiende

Die Interviewten sprechen von grossen Unterschieden in der Organisation der Gesundheitsversorgung von Sans-Papiers zwischen den verschiedenen schweizerischen Kantonen. So unterscheiden sich die Versorgungsart, -qualität und -sicherheit; die Finanzierung der Krankenkassenprämien inklusive Zugang zu einer Prämienverbilligung; die öffentliche Subventionierung des Gesundheitssystems und die Verteilung von spezifischen Kompetenzen im Bereich Sans-Papiers-Medizin. Die Versorgung im Kanton Zürich wird daher als schlechter als in der Westschweiz, aber besser als in anderen Kantonen wie bspw. dem Thurgau, bezeichnet.

Weiterführend gibt es innerhalb eines Kantons noch Unterschiede zwischen der Versorgung in städtischen und ländlichen Regionen. So ist tendenziell die Versorgung in der Stadt besser, weil es wie bspw. in Zürich spezialisierte Stellen wie die Meditrina gibt.

IP 8: „Es ist sehr kantonal bedingt. Also die Kultur eines Spitals ist was Eigenes, aber auch die Kultur eines Kantons ist etwas Eigenes. Und ich habe das ja schon gesagt die Westschweiz ist viel bezüglich der Umgangs mit vulnerablen Patientengruppe, was ökonomische Vulnerabilitäten angeht wirklich viel näher sage ich jetzt einmal an der Genfer Flüchtlingskonvention und an der Declaration of Geneva von der World Health Organisation, als jetzt die Deutschschweiz“

3.4.2 Schwere Krankheiten bei Sans-Papiers

Die Behandelnden erzählen, dass bei Sans-Papiers oft drastischere Krankheitssituationen festgestellt werden, als bei der Durchschnittsbevölkerung. Als Beispiel dafür wird eine Patientin erwähnt, welche sich mit einer extremen Blutarmut (Hb 3.8g/dl) in einer Praxis vorgestellt hat. Der Grund dafür ist, dass Sans-Papiers viel stärker abwägen müssen, ob sie medizinische Hilfe in Anspruch nehmen und deshalb viel später in eine Praxis oder ein Spital gehen. In Bezug auf die aktuelle COVID-19 Pandemie wurde erwähnt, dass Sans-Papiers zu den am stärksten prekarierten Bevölkerungsgruppen zählen.

IP 6: „Die Sans-Papiers die kommen wirklich spät, die kommen wirklich sehr, sehr spät. Da ist die Schwelle einfach hoch“.

3.4.3 Ressentiments und Stigma

Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass Sans-Papiers aufgrund der Kosten und Sprachbarrieren schlechtere Startchancen bezüglich Therapiemöglichkeiten haben. Einige Befragte bemerken, dass Sans-Papiers sehr unterschiedliche Erfahrungen in Spitälern machen wie mit ihnen umgegangen wird. Zum einen Positive, zum andern auch sehr Negative.

IP 2:“ Aber das was wir natürlich jetzt auch von Migrantinnen Migranten hören, die jetzt nicht Sans-Papiers sind, sondern andere Aufenthaltsbewilligungen haben, das ist so die Ablehnung des medizinischen Systems, wenn es irgendwie psychosoziale Schwierigkeiten gibt [...] dass sie natürlich auch mit viel Ressentiments und mit Rückweisung und mit Stigmatisierung zu kämpfen haben.“

Da Sans-Papiers oft noch grössere soziale Probleme haben, als Menschen mit einem legalen Aufenthaltsstatus, kann davon ausgegangen werden, dass die Ressentiments ihnen gegenüber noch grösser sind.

3.4.4 Hausärztliche Versorgung

Für die Studie wurden keine Hausärzt*innen interviewt, weshalb keine klaren Aussagen über die medizinische Versorgung von Sans-Papiers in der allgemeinen Hausarztmedizin getroffen werden können. Eine interviewte Person weist darauf hin, dass bei Menschen, welche auf den Schwarzen Listen sind, eine klare Unterversorgung in der Präventivmedizin (Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen) herrscht.

In Zürich gibt es zwei spezialisierte Stellen, welche sich vor allem um die hausärztliche Versorgung von Sans-Papiers kümmern: das Ambulatorium Kanonengasse und die Meditrina des Roten Kreuzes. Beide unterscheiden sich von herkömmlichen Hausarztpraxen dadurch, dass sie konzeptuell möglichst niederschwellig sind. Dies beinhaltet, dass sie anonyme Beratung anbieten und *Walk-In* Praxen sind, sodass die Patient*innen keine Termine im Vorhinein abmachen müssen und einfach hingehen können. Beide Praxen verfügen über mehrsprachiges Personal. Zudem bieten beide auch psychosoziale Beratungen an, welche unter anderem auch aufenthaltsrechtliche Beratungen beinhaltet. Sie versuchen das Vertrauen der Patient*innen sorgfältig aufzubauen und zu pflegen, was bei Sans-Papiers besonders schwierig ist. Somit wollen sie sich spezifisch den Bedürfnissen der Sans-Papiers anpassen.

3.4.4.1 Ambulatorium Kanonengasse

Die Interviewte Person des Ambulatoriums Kanonengasse gibt hauptsächlich Auskunft über das Angebot an gynäkologischer Grundversorgung. Dazu zählen Basisabklärungen. Die

Unterschiede zur Behandlung in einer gynäkologischen Praxis für Frauen mit einer gültigen Krankenversicherung, sind folgende:

- Die **Spezialisierung** des Ambulatoriums auf die Behandlung von Sexarbeiter*innen, sowie Patient*innen mit psychosozialen Problemen. Es wird auch aufsuchende Beratung an der Langstrasse¹³ gemacht.
- Behandlungen oder Abklärungen, **die warten** können, wie bspw. eine hormonelle Menopausenabklärung, werden eher auf einen **späteren Zeitpunkt verschoben**.
- Grundsätzlich werden die Patient*innen **weniger konservativ behandelt**. Das bedeutet, dass bspw. bei einer Blasenentzündung tendenziell früher Antibiotika eingesetzt werden, ohne zuvor den Erreger genau zu identifizieren.
 - *IP 6: „Das finde ich ganz ein grosser Unterschied, dass wir sicher einfach schneller, grosszügiger behandeln. Auch weil wir diese Frauen nicht einfach nachher für eine Folgekonsultation einbestellen können“*
- Zudem wird von Problemen gesprochen, wenn die medizinische Situation **weiterführende diagnostischen Mittel** erfordert, welche dem Ambulatorium nicht direkt zur Verfügung stehen, wie bspw. eine MRT Untersuchung.
- Eine Behandlung kostet für die Patient*innen pauschal **60 Franken**, ausser sie können es gar nicht bezahlen.

3.4.4.2 Meditrina

Die Meditrina bietet eine subsidiäre Sans-Papiers spezifische Behandlung, was bedeutet, dass Patient*innen die über eine gültige Krankenversicherung verfügen an andere Stellen weitergeleitet werden. Für die Patient*innen ist die Behandlung kostenlos. Die Meditrina deckt das gleiche Versorgungsspektrum ab, welche auch andere Hausarztpraxen anbieten, bis auf gewisse technischen Geräte wie bspw. ein Röntgengerät. Es wird gesagt, dass es keine grossen Unterschiede zur Versorgung in einer herkömmlichen Hausarztpraxis gibt. Sollte eine Situation ein Röntgen oder eine Abklärung durch ein*e Spezialärzt*in erfordern, verfügt die Meditrina über Kontakte von Ärzt*innen, zu welchen sie zuweisen können. Bei Bedarf können auch Patient*innen an Physio-, Körper- oder Psychotherapeut*innen weitergeleitet werden, welche mit den Sans-Papiers Therapien durchführen. Die Spezialist*innen und Therapeut*innen erbringen diese Leistungen freiwillig für einen Bruchteil des Normaltarifs, welchen sie von Menschen mit einer Versicherung verlangen würden. Es wird erwähnt, dass die Ärzt*innen der Meditrina in Notfallsituationen gleich schnell eine Spitaleinweisung machen, wie in der gewöhnlichen Hausarztmedizin.

¹³ Ein Ort in Zürich, an dem viel Sexarbeit angeboten wird.

3.4.5 Behandlung auf der Notfallstation

Die Befragten äussern widersprechende Meinungen bezüglich der Frage, ob sich die Behandlung von Sans-Papiers auf den Notfallstationen zur der von Menschen mit einer Kostendeckung unterscheidet.

Auf der einen Seite teilen einige die Auffassung, dass auf den Notfallstationen die grösste *IP 8*: „Equality“, sprich Gleichbehandlung aller Menschen anzutreffen ist. So werden alle Menschen unabhängig ihrer Kostendeckung ärztlich angeschaut und behandelt. Aus den Aussagen ist zu lesen, dass je schwerer die Krankheitssituation und damit die Notfalldefinition klarer ist, desto weniger Unterschiede gibt es in der Behandlung zu versicherten Personen. Unterstützt wird dies dadurch, dass sich die Indikation für notfallmedizinische Diagnostik und Therapie an Leitlinien orientiert. In weniger klaren Fällen wird eher behandelt als nicht-behandelt.

IP 4: „Also für die Notfalldiagnostik und Notfalltherapie hat das [gedeckte Kostensicherung] eigentlich keine, keine grossen Auswirkungen. Ich denke wichtig ist erstmal die Weichen zu stellen, die Entscheidung zu fällen, ob eine notfallmedizinische Behandlung akut notwendig ist, und wenn das der Fall ist, dann habe ich nicht den Eindruck dass sich die Diagnostik wesentlich unterscheidet.“

Auf der anderen Seite konnten folgende Unterschiede identifiziert werden:

- Einige Spitäler verfügen auf den Notfallstationen über eine **Depotregelung**, welche sich von Spital zu Spital unterscheidet. So müssen Menschen, die keine sichere Kostendeckung vorweisen können, vor Ort ein Depot von bspw. 400 Franken bezahlen, bevor sie behandelt werden. Diese Praxis hat zur Folge, dass viele Sans-Papiers die auf die Notfallstationen eingewiesen werden oder sich selbst vorstellen, das Depot nicht bezahlen können und entweder abgewiesen werden oder sich aus Angst selbst zurückziehen. Dies widerspricht der Aussage, dass alle Patient*innen ärztlich untersucht werden. Um einen solchen Rückzug bei einer Notfalleinweisung und die damit einhergehende gefährliche Unterversorgung von Sans-Papiers vermeiden zu können, versucht das Ambulatorium Kanonengasse möglichst eine Begleitperson mitzuschicken. Das bedeutet aber auch einen erheblichen personellen Aufwand.
- Wie im Kapitel zu der Notfalldefinition erwähnt, verwendet ein Spital das **ESI-5 System**. Personen mit einer fehlenden Kostendeckung werden, wenn sie in die Kategorie 5 eingeteilt worden sind, von der Notfallstation an weitere Stellen geleitet. Personen mit einer Kostendeckung in der Kategorie 5 werden auf dieser Station behandelt.
- Notfallärzt*innen in der Schweiz verfügen über einen relativ grossen Freiraum in der Ausgestaltung der Behandlung auf der Notfallstation. In Bezug auf Sans-Papiers wird erwähnt, dass auf Untersuchungen, die klar über eine notfallmedizinische Versorgung

ausgehen, verzichtet wird. Im Vergleich zu versicherten Personen wird differentialdiagnostisch weniger in die Tiefe gegangen und andere Dinge mituntersucht, sondern es wird sich möglichst auf ein Symptom fokussiert. Dementsprechend wird die Frage gestellt, **was nötig ist und auf was verzichtet werden kann**.

IP 6: Und das es müsste wie das Bewusstsein da sein, das wenn so jemand kommt [...] muss man das Minimum machen das notwendig ist, aber trotzdem das Maximum, dass man eine Diagnostik bekommt.

3.4.6 Umfang der stationären Behandlung

Die befragten Personen machen divergierende Aussagen auf die Frage ob einer Behandlung auf der Notfallstation eine stationäre Aufnahme folgt: Einige bekunden, dass sofern die medizinische und soziale Indikation für eine stationäre Aufnahme besteht, die Personen unabhängig der Kostendeckung aufgenommen werden. Dem sprechen Aussagen entgegen, die behaupten, dass stationäre Aufnahmen von Personen ohne Kostendeckung eher zu Problemen führen und administrativ komplexer sind, als die Behandlungen auf der Notfallstation.

IP 8: „...also erstmals triagiert im Notfall und behandelt im Notfall würde ich sagen klappt super. Da gibt es Ausnahmen, da kann ich jetzt für mein Spital sagen und das gilt für die meisten Spitäler denke ich. Der Übergang zu einer stationären Dauerversorgung oder einer länger andauernden Behandlung ist nicht ganz einfach.“

Stationäre Behandlungen laufen unter dem administrativen Begriff *Notfallbehandlung* bis die Kostensicherung abgeklärt ist. Generell informiert die Kostensicherungsstelle das Behandlungsteam frühzeitig, wenn keine Kostensicherung vorhanden ist.

IP 5: „Also wir haben eine Patientenadministration, die es registriert und wenn die die Kosten nicht, also wenn sie keine Kasse haben, wo sie um die Kosten nachfragen können, wird das sofort informiert ans Behandlungsteam. Natürlich dazu wird informiert, diese Person hat keine Versicherung, bitte nur Notfallbehandlung machen.“

Diese Reduzierung auf eine Notfallbehandlung scheint sich nicht in der Aufenthaltsdauer der Patient*innen zu zeigen.

IP 6: „Also da habe ich wirklich das Gefühl, da wird die Arbeit super gemacht. (...) Also diese Fälle hatte ich nie, wo ich das Gefühl hatte, sie wurden zu früh [nach Hause] geschickt.“

Patient*innen, für welche das Spital in der Vergangenheit finanzielle Abschreibungen tätigen musste, werden intern im System gesperrt. Somit werden bei diesen Personen elektive Anmeldungen durch Hausärzt*innen oder die Meditrina in einigen Fällen abgewiesen.

Über eine Aufnahme zu einer elektiven Behandlung oder über den Behandlungsumfang einer stationären Therapie von Personen ohne Kostendeckung entscheiden gewöhnlich die Kaderärzt*innen in Absprache mit der Klinikdirektion, und allenfalls dem Management. Werden Sans-Papiers Behandlungen vorenthalten, kann dies zu einem häufigen Wechsel der Ärzt*in oder Institution, dem sogenannten *IP 1: „Spitalhopping“*, führen.

Es wird von einer erheblichen Varianz im Behandlungsumfang gesprochen. Die Aussagen der Interviewten sind diesbezüglich widersprüchlich. So betonen die einen, dass die Notfallbehandlungen von den Ärzt*innen *IP 3: „grosszügig“* ausgestaltet wird. Andere sehen dies weniger grosszügig:

IP 2: „Das ist ja nicht so, dass alles hier quasi gedeckt ist, aber wenn das natürlich viel Kosten verursacht, dann muss man irgendwann wie eine Kosten-Nutzen-Analyse machen und auch die Indikation sehr sehr eng stellen, ob jemand behandelt wird“

Generell kann festgehalten werden, dass der Umfang der stationären Behandlung stark von den unterschiedlichen Haltungen gegenüber Menschen ohne Kostensicherung abhängt. Diese Haltungen unterscheiden sich zum einen zwischen den verschiedenen Ärzt*innen, aber auch verschiedenen zusammenarbeitenden Professionen wie der Pflege, der Finanzabteilung, dem Sozialdienst, der klinischen Ethik und dem Rechtsdienst. Weiterführend gibt es auch unterschiedliche Haltungen je nach Klinik, Spital und auch Kanton. So haben unterschiedliche Spitäler unterschiedliche sogenannte *IP 8: „Standard Operating Procedures“* definiert für den Umgang mit Menschen ohne Kostendeckung.

IP 8 „Jede Abteilung ist ein Königreich, jede Klinik ist ein Königreich und jede Station jetzt nochmals. Und es hängt schon in der Regel von der Haltung und der Kenntnis der Leitung entweder einer Station oder einer Abteilung ab. Und letztlich auch von der Gesamtkultur schon auch des gesamten Spitals, wie man damit umgeht. Und es gibt Abteilungen, die sind exzellent in der Umgehensweise [sic.] und auch in der Zusammenarbeit mit Sozialdienst. Es gibt Abteilungen die sind weniger gut.“

Im Zusammenhang mit den unterschiedlichen Haltungen Sans-Papiers gegenüber sind auch die Kompetenzen und Kenntnisse bezüglich der Lebenssituation und rechtlichen Fragen von Sans-Papiers sehr unterschiedlich verteilt. Zudem wird auch erwähnt, dass Unkenntnisse der Rechtslage und Situation beim Personal dazu führen können, dass Sans-Papiers Patient*innen gefährdet werden.

3.4.7 Behandlung in der Psychiatrie

Da sich in psychiatrischen Spitälern zum einen die Notfalldefinition und ganz allgemein die Prozesse von somatischen Spitälern unterscheiden, wird hier spezifisch auf die Unterschiede

in der Behandlung von Sans-Papiers in der Psychiatrie zu Menschen mit einer Krankenkasse eingegangen. Eine interviewte Person stellt fest, dass im öffentlichen Diskurs über die Gesundheitsversorgung von Sans-Papiers der Aspekt der psychiatrischen Erkrankungen oft keine Erwähnung findet.

Die Befragten, welche in stationären psychiatrischen Institutionen arbeiten, äussern, dass überraschend wenige Patient*innen Sans-Papiers sind. Werden Menschen ohne legalem Aufenthaltsstatus betreut, handelt es sich meistens um abgewiesene Asylsuchende. In dieser Gruppe, die sich häufig in den Strukturen der Nothilfe aufhält und krankenversichert ist, ist die Prävalenz von psychiatrischen Krankheiten und Suizidalität besonders hoch.

Behandlungsdauer und -umfang bei Patient*innen ohne Kostendeckung wird als Grauzone bezeichnet, wobei allgemeine Richtlinien einen groben Spielraum vorgeben.

Die Befragten berichten, dass Sans-Papiers oft nur 1-3 Tage auf der Akutstation sind und dann wieder entlassen werden, oft auch bevor ein Kontakt mit dem Sozialdienst hergestellt werden konnte. Dies ist durchschnittlich kürzer bei Patient*innen mit einer gültigen Versicherung. Der Sozialdienst erreicht es selten, eine Fallübergabe an eine Beratungsstelle zu machen. So geben sie den Sans-Papiers, wenn möglich, die Information zu diesen Stellen weiter.

IP 7: „Viele von denen [abgewiesene Asylsuchende], sind primär Männer, sind schon irgendwann in einer Akutpsychiatrie gewesen, wenn es hoch kommt sind sie 24 Stunden dort, sonst schon mal kürzer und dann sind sie wieder draussen.

Der Rahmen der Notfalldiagnostik sei deutlich enger als bei versicherten Personen. Somit werden Untersuchungen nicht gemacht, welche als „zusätzlich“ angesehen werden. Ein Beispiel für eine solche zusätzliche Behandlung, wäre eine zahnärztliche Behandlung bei Zahnschmerzen während eines stationären Aufenthaltes. Dem*r Patient*in werden Schmerzmittel verabreicht, weil ansonsten die Klinik eine externe Behandlung bezahlen müsste. Es wird darauf hingewiesen, dass es bisher nicht zu ethisch problematischen Situationen gekommen sei. Ziele der psychiatrischen Notfallbehandlung sind vorwiegend Krisenintervention und das Ausschliessen akuter Gefährdungsaspekte.

IP 5: „ (...) die Diagnostik war niemals so wie bei einem anderen Patienten, der versichert ist. Weil wenn Sie jemand haben der nicht versichert ist, dann ordnen Sie kein MRI an, dann verordnen sie nicht noch irgendwelche externen Dienstleistungen, sondern dann wird wirklich nur das Minimum gemacht. Also man versucht medikamentös jemand soweit quasi wiederherzustellen, dass sie austreten kann, diese Person. Und so würde ich sagen ist es dann, wenn man Druck hat. Aber da muss ich für unser Behandlungsteam schon auch sagen, wenn man sieht, es gibt ein Indiz für

etwas, dass man abklären muss, dann wird es auch gemacht, auch wenn die Kosten nicht gedeckt sind“

Es wurde erwähnt, dass Einweisungen von Sans-Papiers durch ambulante Stellen zum Teil abgelehnt werden, sofern sie nicht als fürsorgliche Unterbringung (FU) deklariert werden.

3.4.8 Anschlussbehandlungen

Sind nach einem stationären Aufenthalt die Rechnungen der Klinik nicht gedeckt, verwehren einige Kliniken die ambulante Nachbehandlung bis die Rechnungen bezahlt werden. Sofern die Sans-Papiers keine Krankenkasse abschliessen, ist es ihnen unmöglich eine Weiterbehandlung in einer Rehabilitationsklinik wahrzunehmen. Da eine Rehabilitations-Behandlung nicht unter dem administrativen Begriff „Notfallbehandlung“ laufen kann. Grundsätzlich kann gesagt werden, dass bei fehlender Krankenkasse eine ambulante Nachbehandlung fast unmöglich ist, sofern die Patient*innen nicht in der Meditrina behandelt werden oder über deren Netzwerke ein*e Therapeutin finden. Ambulante Behandler*innen, wie bspw. Psychiater*innen können es sich nur bis zu einem gewissen Grad leisten Menschen zu behandeln, welche ihnen kein Honorar generieren.

3.4.9 Unterversorgung bei chronischen Krankheiten

Mangelnde ambulante Behandlungen führen zu einer medizinischen Unterversorgung bei Sans-Papiers mit chronischen Krankheiten. Diese Minderbehandlung führt zu Verschlimmerungen der Krankheiten und damit vermehrten Konsultationen auf den Notfallstationen.

IP 3: „Die kommen halt immer wieder, wenn sie 10 Mal im Jahr da gewesen waren muss man dann abwägen, was ist jetzt teurer? Hat man sie 10 Mal notfallbehandelt oder einmal richtig? dann wäre es vielleicht günstiger geworden.“

Es wurde auch gesagt, dass das Nicht-Behandeln von chronischen Krankheiten wie bspw. einer HIV-Infektion oder einer Depression für Patient*innen lebensgefährlich sein kann.

Weitere Unterversorgung wurde bei teuren Massnahmen wie einem PET-CT, bei invasiver Dauermedikation und Dialysetherapien festgestellt.

IP 8: „... wenn ich jetzt das HIV Medikament nicht gebe und das nicht sicherstelle, dass dieser Mensch Zugang zu einer dauerwirksamen HIV-Medikation hat, dann ist der Notfall, [...] spätestens in drei Monaten mit Toxoplasmose im Hirn relativ gegeben“

3.4.10 Unübliche Behandlungswege

Die erwähnten Situationen sorgen dafür, dass die Behandelnden in einigen Fällen unübliche Wege finden müssen, um eine möglichst gute Versorgung gewährleisten zu können. Folgende Wege konnten identifiziert werden:

- Auf der Notfallstation werden bei Blickdiagnosen die Beratungen direkt gemacht, **ohne dass die Person in die Station aufgenommen** werden muss.
- Im stationären Setting wird beschrieben, dass die Situationen der Unterversorgung und Prekarität in vielen Fällen dazu führt, dass einzelne Personen sich besonders für Sans-Papiers einsetzen und zu sogenannten „**Kümmerern**“ werden. Sie leisten mehr als ihre Pflicht wären, was als *IP 8*: „*supererogatorisch*“ bezeichnet wird. Die Ärzt*innen und Therapeut*innen die im Meditrina-Netzwerk Sans-Papiers für ein geringes Honorar behandeln, können auch in diese Gruppe der freiwilligen Helfer*innen oder eben Kümmerer gezählt werden.
- Im ambulanten Setting wird vorwiegend über **aufwendige und oft wenige ergiebige Beschaffung von Geld** und Mittel für die Behandlung von Sans-Papiers gesprochen. Grösstenteils funktioniert dies über das Anschreiben von und das Etablieren von Deals mit Institutionen, die Geld oder bspw. Medikamente spenden. Als Beispiele wurden Spitäler, die Lungenliga¹⁴, die AIDS-Hilfe¹⁵ oder Pharmaciens-Sans-Frontières¹⁶ genannt.
 - *IP 6*:“ *Vielleicht ganz kurz jetzt gerade HIV zum Beispiel, wenn wir jemand haben, was sehr selten [ist], der HIV-positiv neu diagnostiziert wird, die schicken wir zum Beispiel im speziellen in das X-spital¹⁷. Dort haben wir eine Person die wir gut kennen. Und diese Person gibt überbrückend Notfallmedikamente ab, die Sie noch im Stock haben, die sonst ablaufen. Also da brauchen wir überall etwas die Schlupflöcher.“*

3.4.11 Behandlung von Menschen im Asylbereich

Im Rahmen der Interviews wird mehrfach die Versorgung von Menschen im Asylsystem gesprochen. Auch wenn diese Menschen über eine Krankenversicherung verfügen, ist bei ihnen die medizinische Versorgung häufig geringer als bei Menschen mit einem schweizerischen Pass. In Bezug auf abgewiesene Asylsuchende, also sekundäre Sans-Papiers, wurden folgende Problematiken genannt. Sie dürfen sich durch die Eingrenzungsmassnahmen nur noch innerhalb der Gemeinde- respektive Bezirksgrenzen bewegen und können somit bspw. nicht mehr die Meditrina besuchen. Ferner wird die fehlende Autonomie über den Zugang zu Gesundheitsversorgung, sowie mangelnde transkulturelle Kompetenzen bei Asylärzt*innen angesprochen. Dies führt dazu, dass sie oft Behandlungen nicht bekommen, die sie bräuchten.

¹⁴ <https://www.lungenliga.ch/de/startseite.html>

¹⁵ <https://aids.ch/>

¹⁶ <http://psfci.org/>

¹⁷ Zensiert um die Anonymität der Interviewten zu wahren

IP 7: „Dort war häufig das Problem, dass man bei diesen Menschen wirklich nur noch das absolute Minimum vom Minimum an Behandlung durchführte. Diese Leute konnten nicht aus Eigenregie einen Termin beim Arzt abmachen, sondern die mussten über das Betreuungspersonal, das nicht vom Fach war, dort mussten sie mal verhandeln, dass sie überhaupt einen Termin bekommen haben. Sie sind häufig auch mit nicht-rezeptpflichtigen Medikamenten abgespeist worden. Oder die zuständigen Ärzte, es gibt ja im Kanton Zürich die sogenannten Asylärzte. Die haben keine speziellen Qualifikationen mit irgendwie Migrationsgesundheit oder transkultureller Kompetenz, nichts.“

3.5 Haltungen und Bewertungen zu den Unterschieden

3.5.1 Zufriedenheit

Es konnten folgende Aspekte identifiziert werden, mit welchen die Interviewten bezüglich der Gesundheitsversorgung von Sans-Papiers zufrieden sind.

3.5.1.1 Gute Arbeit auf der Notfallstation

Einige Interviewte zeigen eine Zufriedenheit über die Behandlung von Sans-Papiers auf den **Notfallstationen**, da klare Notfälle gut behandelt werden, eine hohe Gleichheit herrscht, es wenig Probleme im Akutbereich gibt und die Ärzt*innen eine gute Arbeit leisten.

IP 4: „Aber grundsätzlich die streng notfallmedizinische Diagnostik, die auch leitliniengemäss indiziert ist, sollte sich nicht stark unterscheiden je nach Versicherungsstatus, da bin ich eigentlich davon überzeugt, dass man nicht da am falschen Ende spart.“

3.5.1.2 Migrationspezifische Behandlung

Bezüglich der psychiatrischen Versorgung wird geäußert, dass die Anwendung von ethnopsychiatrischen Konzepten und migrationspezifischen Kompetenzen gute Resultate erzielen und so Sans-Papiers spezifisch geholfen werden kann. So können diese Therapien auch in allfälligen rechtlichen Prozessen helfen. Denn oft wird in Asylprozessen nicht beachtet, dass Menschen wegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung ihre Geschichte häufig nicht akkurat und kohärent wiedergeben können. Dabei kann die Psychiatrie behilflich sein.

IP 2:“ Patienten/Patientinnen die brauchen eine spezifische Behandlung. Also die brauchen, also gerade Migrantinnen Migranten, die mit allen möglichen Stigmatisierungen mit den Problematiken der Anpassungsprozesse mit dem Migrationstrauma egal in welches Land kommen [...]. Also Migration macht prinzipiell nicht krank, sondern Migration ist etwas, was die Persönlichkeitsentwicklung extrem

befördern kann, aber ist ein gewisser Risikofaktor, gerade wenn man so ein Migrationstrauma hat, für die Entwicklung von psychischen Erkrankungen.“

Die migrationsmedizinischen Kompetenzen sowie die Grundversorgung durch die Meditrina und das Ambulatorium Kanonengasse wird als gut bezeichnet. Zwischen einigen Spitälern und den erwähnten Stellen gibt es aufwändig etablierte Kommunikationskanäle, welche meistens zufriedenstellend funktionieren.

IP 3: „[Die Zusammenarbeit] Also eigentlich sehr kooperativ. Also ich kann nur für mich sprechen. Also was ich bis jetzt erlebt habe mit Kanonengasse und auch mit SPAZ war immer sehr gut. Wohlwollend auch und man versucht wirklich etwas zu erreichen miteinander.“

3.5.2 Mitleid

Mitleid als Haltung zeigt sich vor allem bezüglich der Prekarität und Vulnerabilität, sowie den oft schlimmen Krankheitssituationen, in denen sich einige Sans-Papiers befinden. Eine Verschlimmerung in der jetzigen Pandemiezeit wird angenommen.

IP 1: „Ja ich denke für mich es plus minus die verletzlichste Gruppe im Spital und allgemein in der Gesellschaft. Die, die im Job ausgebeutet werden. Die, die schlechte Anstellungen haben. Die, die sehr prekär leben. Teilweise 800.- im Monat verdienen und mit dem sich durchschlagen. Auf der anderen Seite auch in das Heimatland nicht zurückkehren können.“

3.5.3 Grosszügigkeit

Wohl auch vom Mitleid beeinflusst, kann eine supererogatorische Grosszügigkeit oder Kulanz bei einigen Behandelnden festgestellt werden. Beispiele sind die Ärzt*innen, die den Notfallbegriff grosszügig auslegen, die Kümmerer auf Stationen, die mehr leisten als sie verpflichtet sind und die Behandler*innen des Meditrina Netzwerkes, die für wenig Geld Behandlungen durchführen.

3.5.4 Unsicherheit

Aufgrund der grossen Differenz zwischen der Anzahl Sans-Papiers, die Hilfe in stationären Psychiatrien suchen und der Anzahl die statistisch zu erwarten wäre, herrscht bei den Behandelnden eine Unsicherheit oder Ungewissheit, wo sich all diejenigen befinden, die eine Behandlung benötigen.

Daneben zeigen einige Interviewte eine Unsicherheit darüber wie breit bzw. eng die Notfallbehandlung sein soll. Jemand nimmt Bezug darauf, dass es sich bei der Frage nach

dem Umfang der Behandlung von Menschen ohne Versicherung um einen weltweiten Diskurs handelt.

IP 2: „das [psychische Probleme] haben sie bei Personen, die in sozial schwierigen Umständen leben natürlich noch mit einer höheren Wahrscheinlichkeit. Und irgendwo müssen die ja sein, ich kann da nicht, ich sag da nicht, dass ich einen Überblick über die gesamte Klinik habe aber, wir behandeln relativ viel Patientinnen und Patienten pro Jahr aus dem Spektrum Migration und haben ganz selten Sans-Papiers.“

3.5.5 Komplexe und arbeitsaufwändige Situationen

Generell kann gesagt werden, dass die Behandlung von Sans-Papiers tendenziell aufwendiger ist. Oft handelt es sich um sozial komplexe Fälle, die eine aufwendige Zusammenarbeit verschiedener Stellen und Institutionen verlangt. Dieses Zusammenarbeiten und Kommunikationskanäle zwischen den Institutionen müssen gepflegt werden, sodass sich die verantwortlichen Personen kennen. Diese aufwendigen Behandlungen lohnen sich finanziell nicht für die Kliniken, besonders nicht bei stationärer Aufnahme. Es wird gesagt, dass diese Situation, wenn psychiatrische Probleme dazu kommen, noch schwieriger wird. Teilweise beeinflussen juristische Verfahren die psycho-soziale Situation zudem.

IP 3: „Eben wenn ich aus Sicht des Spitals schaue, da werden so viele Stellen involviert die aktiv schauen müssen, es wird so viel gearbeitet und letztlich mit einem kleinen Ertrag.“

3.5.6 Bedürfnis nach Kooperation der Sans-Papiers

Einige Interviewte berichten vom vorhandenen Bedürfnis nach Kooperation ihrerseits und manchmal auch von Problemen in der Zusammenarbeit mit Sans-Papiers. So müssen sich die Patient*innen bspw. für den Erfolg einer ethnopsychiatrischen Behandlung auch darauf einlassen (können).

Aus verschiedenen Gründen nehmen Sans-Papiers abgemachte Termine bspw. bei der SPAZ oder auch nachfolgende Kontrolltermine nicht wahr, was bei den Behandelnden Ohnmachtsgefühle auslöst. Es wurde erwähnt, dass die Kooperation mit schwangeren Sans-Papiers relativ gut sei, gerade auch wenn es um den Abschluss einer Krankenkasse geht.

IP 3: „Aber es ist wirklich das Problem, dass man nicht weiss, werden sie die Termine wahrnehmen? Wie geht es nachher weiter? Also hat es überhaupt etwas genützt? Oder man hat das Gefühl man hat viel Aufwand für nichts, wenn man das anschaut, oder auch etwas Ohnmachtsgefühle, wenn man eigentlich schon von Anfang an weiss, dass man nicht viele Möglichkeiten hat und die wenigen die man hat, wenn man die nutzen kann trotzdem unbefriedigend sind, dann ist das nicht so ein gutes Gefühl, ja wenn man weiss es geht um Sans-Papiers.“

3.5.7 Unzufriedenheit

Es konnten folgende Aspekte identifiziert werden, mit welchen die Interviewten Personen unzufrieden sind bezüglich dem Vergleich der Gesundheitsversorgung von Sans-Papiers und versicherten Menschen.

3.5.7.1 Hürden im Gesundheitszugang

Es wurde Unmut darüber kundgetan, dass einige Patient*innen bei Notfalleinweisungen aus dem ambulanten Setting aus Angst nicht in die Spitäler gehen oder vom Depot abgeschreckt werden. Es wird von Hürden im Zugang zu psychiatrischer Versorgung und sowie ambulanten Behandlungen gesprochen, weswegen benötigte Therapien nicht oft wahrgenommen werden können.

3.5.7.2 Stress

Mitunter aufgrund des ökonomischen Drucks löst die Behandlung von Sans-Papiers bei einigen Behandelnden Stress aus, die Fälle möglichst schnell und damit für die Institution kostensparend zu behandeln. Es wird gesagt, dass gerade wenn die Behandelnden schon gestresst arbeiten und dann noch ein*e Sans-Papiers auf die Station kommt, emotionale Reaktionen vom Typ *IP 8*: „*nicht-auch-noch-das!*“ ausgelöst werden. Es wird geäußert, dass es oft aufgrund des Zeitdrucks schwierig ist, adäquate Sozialarbeit zu leisten.

IP 5: „Sie müssen das so verstehen, wenn bei uns ein Patient kommt der nicht versichert ist, ist immer eine Unruhe. Also man muss dann immer möglichst schnell reagieren, und so funktioniert es dann mit den Austritten (lacht). Es passiert manchmal von jetzt auf jetzt und dann haben sie keine Chance mehr für den Patienten eine nachhaltige Lösung zu suchen.“

3.5.7.3 Umfang der Notfallbehandlung

Es wird Unmut darüber ausgedrückt, dass notfallmässige Selbstvorstellungen von Sans-Papiers von den Notfallstationen zum Teil abgewiesen werden. Es ist auch schon zu Fällen gekommen, in denen klare Notfälle nicht behandelt wurden.

Ein Grossteil der Interviewten gibt an unzufrieden bis sehr unzufrieden damit zu sein, dass Sans-Papiers nur eine Notfallversorgung und nicht eine Grundversorgung, wie bei Versicherten, zusteht. So ist einigen der Umfang der Notfallbehandlung zu gering und sie sagen, sie können die Patient*innen nicht so behandeln wie es angebracht wäre. So finden sie, dass es die Unterscheidung zwischen Notfallversorgung und Grundversorgung nach OKP nicht geben sollte. Sie argumentieren, dass wenn eine präventivmedizinische Versorgung

sowie die Behandlung von chronischen Problemen nicht angeboten wird, Krankheiten sich chronifizieren oder verschlimmern können. Damit besteht eine ernsthafte Gefährdung für die Gesundheit und das Erleiden unheilbarer Schäden. Zudem wird gesagt, dass dies höhere Kosten für das Gesundheitssystem bedeutet.

IP 3: „Ja ich glaube es dürfte nichts mit Notfall zu tun haben, das ist einfach zu gefährlich und zu unklar. Ich glaube es müsste einfach eine Grundversicherungsleistung sein, welche diese Leute haben sollten. [...] Notfallbehandlung, dieser Begriff ist schwierig: „Was ist Notfall?“ Das ist für jeden Arzt wieder anders und eben man verhindert ja auch Chronifizierung und noch grössere Notfälle, wenn sie eigentlich eine Grundbehandlung bekommen.“

3.5.7.3.1 Perspektivlosigkeit

In einigen Aussagen der Interviewten konnte eine Perspektivlosigkeit, beziehungsweise unbefriedigende Perspektive identifiziert werden. Zum einen wird geäussert, dass es bei fehlender ambulanter Weiterbehandlung schnell wieder zu Notfallsituationen kommen kann. Zum andern äussern viele der Sozialarbeiter*innen, dass sie wenige Möglichkeiten haben, Lösungen für die Patient*innen zu finden. Schliessen sie für die Patient*innen eine Krankenversicherung ab, um damit ein Teil der Spitalkosten und allenfalls ambulanter Weiterbehandlung zu bezahlen, werden viele der Sans-Papiers in finanzielle Notsituationen gebracht. So bleibt bei vielen Sozialarbeiter*innen ein unbefriedigendes Gefühl nach Entlassungen von Sans-Papiers aus Spitälern.

3.5.7.3.2 Fehlende spezifische Kompetenzen

In den Interviews wird darauf hingewiesen, dass es zum einen zu wenig spezialisiertes Fachpersonal wie bspw. Psychotherapeut*innen bezüglich der teilweise komplexen Therapie von Sans-Papiers gibt. Zum anderen wird gesagt, dass das Gesundheitspersonal generell zu wenig über die Lebenssituation von Sans-Papiers und der damit einhergehenden Rechtslage weiss.

IP 2: „Wir sind in der Schweiz sicherlich in einer guten Situation insgesamt, so im europäischen internationalen Vergleich, aber trotzdem haben die Personen [Sans-Papiers] schlechtere Startchancen und schlechtere Therapiemöglichkeiten und das liegt an den Kosten. Das liegt aber auch, das muss man auch dazu sagen, an der Komplexität der Fälle und dass es nicht genug gut ausgebildete Leute gibt dafür, also Therapeuten.“

3.5.7.3.3 Situation der abgewiesenen Asylsuchenden

Einige interviewte Personen zeigen einen Unmut über die Restriktionen im Bereich Gesundheitsversorgung von abgewiesenen Asylsuchenden.

IP 8: „Diese Menschen sind zu uns gekommen, weil sie die Behandlung nicht mehr bekommen haben, welche sie den Eindruck hatten, dass sie sie bräuchten. Und in vielen Fällen war es tatsächlich so.“

3.5.8 Humanistische Berufsethik

Einige Ärzt*innen und Sozialarbeiter*innen argumentieren in den Interviews, dass die Unterscheidung zwischen einer *Grundversorgung* und einer *Notfallversorgung* aus berufsethischer Sicht abzulehnen ist. Dabei werden Bezug auf das BAG, die WHO, Menschenrechtskonventionen und das Genfer Gelöbnis genommen, welche eine Grundversorgung oder wie formuliert wird eine *IP 8: „minimal-health-coverage“* fordern. Diesen Texten liegt eine humanistische Haltung zu Grunde, wonach die Behandelnden keine Unterschiede bei den Patient*innen bezüglich sozialer Stellung, Herkunft, Geschlecht, Sexualität etc. machen sollen. Es wird gesagt, dass es die Aufgabe der Behandelnden ist die Gesundheit zu schützen und nicht nur eine Notfallbehandlung zu machen.

Dabei wird erwähnt, dass auch Menschen, welche sich im Prozess einer Ausschaffung befinden, das Recht auf eine medizinische Behandlung haben. Zudem sind einige der Meinung, dass Sans-Papiers eine spezifische Behandlung zugute hätten. Weiterführend wird gesagt, dass Sans-Papiers medizinisch unterversorgt werden, gefährde den gesellschaftlichen Frieden. So wird von einigen gefordert, dass sich die Behandelnden für die Rechte von Sans-Papiers einsetzen.

IP 8: „Da muss man auch den Mut haben. Was viele ja nicht haben. Was auch ein falsches Rechtsverständnis ist. Das weiss jeder gute Jurist, dass das Recht etwas ist, was nicht irgendwie unantastbar ist, sondern es ist ja von Menschen gemacht. Und wenn klar ist, dass ist etwas was dem nicht entspricht, oder auch dem Ethos zu tiefst widerstrebt, dann muss man aufstehen und sagen ‚Das geht so nicht. Das geht so nicht. Wir können hier nicht die Kinder nicht versorgen. Wir können auch nicht undocumented migrants, die seit 10 Jahren in der Schweiz sind, nicht grundversorgen. Das geht einfach nicht‘.“

3.6 Verbesserungsvorschläge

3.6.1 Allgemeine Verbesserungen und politisches Engagement

Die medizinische Versorgung von vulnerablen Gruppen, zu welchen Sans-Papiers gezählt werden, soll laut den Interviewten im Allgemeinen verbessert werden, auch weil sie ein höheres Risiko für das Erleiden von psychischen Krankheiten haben. Dabei sollen staatliche

Strukturen mehr Verantwortung für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Sans-Papiers übernehmen, inklusive deren Finanzierung. Es wurde auch mehrfach die aktuelle Corona-Pandemie angesprochen in welcher Sans-Papiers noch stärker gefährdet seien.

Es wird zum einen gesagt, dass es zu wenig politisches Engagement für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung gibt. Zum andern wird aber auch erwähnt, dass im Kontext der aktuellen politischen Kräfteverteilung eine öffentliche Debatte über die Gesundheitsversorgung von Sans-Papiers nicht zu einer Erhöhung der Versorgungssicherheit, sondern eher zu einer Verschlechterung der Versorgung führen könnte.

IP 1:“ Aus der Sicht, die keine Verschärfungen will oder eher Milderungen will, ist es eher, so mein Gefühl, dass man es nicht aufbringen will. [...] Weil die Abstimmungen zeigen, dass 70-80% der Bevölkerung so Abstimmungen verschärft und annimmt. Verschärfungen von Asylsuchenden, von Sans-Papiers. Und auch wenn sie im eigenen Umfeld vielleicht eine Putzfrau haben, die ohne Papier arbeitet, aber das ist eine andere Person. In den Abstimmungen stimmt man trotzdem für die Verschärfungen“

3.6.2 Überkantonale Regelungen

Die grossen regionalen Unterschiede in der Gesundheitsversorgung von Sans-Papiers stören einige interviewte Personen. Sie fordern eine einheitliche überkantonale Regelung. Ein Beispiel dafür könnte sein, dass Initiativen wie *IP 8: „Swiss Hospitals for Equity“*¹⁸ nicht wie bis anhin freiwillig, sondern für alle Spitäler obligatorisch sein müssten. Dabei handelt es sich um Initiativen um Massnahmen zu entwickeln, wie Spitäler eine gute Gesundheitsversorgung für Migrant*innen und alle Teile der Bevölkerung anbieten können.

IP 8:“ Bei mir ist nicht das Problem, dass es grundsätzlich schlecht ist, sondern bei mir ist das Problem der grundsätzlichen Ungleichbehandlung und ungleichen Verteilung, von diesen Kompetenzen und Wissensbeständen durch die kantonale Gesetzgebung. Aber auch dadurch, [...], dass man es nicht geschafft hat bisher die Klärung dieser Grundlagen und die Kompetenzen in jedem Spital gleichermassen so zu verankern, dass das gewährleistet ist einfach.“

3.6.3 Verbesserung der Finanzierungssituation

3.6.3.1 Finanzierung der Krankenkassenkosten

Die Prämienkosten stellen für Sans-Papiers eine grosse Hürde zum Abschluss einer Krankenversicherung dar. Eine fehlende Krankversicherung wiederum wird als Haupthürde im

¹⁸ Swiss hospitals for Equity: <https://www.hospitals4equity.ch/geschichte/?lang=de>

Zugang zur medizinischen Versorgung betrachtet. Es wird gesagt, dass die eine medizinische Grundversorgung, nicht nur Notfallversorgung, ein Recht sein sollte, dass allen Menschen zusteht. Deshalb fordern die meisten Interviewten Lösungen, sodass Sans-Papiers die Prämien bezahlen können.

Als Möglichkeit wird gesehen, dass staatliche Strukturen die Grundversicherungen für Sans-Papiers subventionieren. Dies könnte durch direkte Zahlung an mittellose Sans-Papiers gehen. Eine andere Möglichkeit wäre die Prämienverbilligung zu erhöhen oder zumindest den Zugang zur Prämienverbilligung zu verbessern. Sie argumentieren, dass die Kosten zur Subventionierung der Krankenkassenprämien tiefer sind, als die Folgekosten die durch das Fehlen der Grundversicherungen entstehen. Durch eine Grundversicherung können chronische Krankheiten verhindert werden, welche zudem hohe Kosten verursachen.

Es wird mehrfach Bezug auf die Initiative zur IP 5: „Zürich City-Card¹⁹“ genommen. Dabei handelt es sich um eine städtische Identitätskarte, welche den Sans-Papiers gegeben werden kann. Es wird gesagt, dass die City Card eine Art Einstiegsmöglichkeit sein soll für den Abschluss einer Krankenkasse.

IP 3: „Sie müssen zum Beispiel symbolisch einen Fünfliber [5 Franken] zahlen für medizinische Behandlungen. Wenn sie das nicht können ist es auch egal. Und bei der Versicherung wäre es ein ähnliches Modell das greifen müsste. Dass man vielleicht ein Beitrag verlangt, aber nicht gerade so viel, dass sie selbst mit Prämienverbilligung Angst haben das nicht mehr bezahlen zu können. Weil wenn wir dort irgendeine Lösung finden könnten, dann wäre das Problem viel kleiner. Dann hätten sie wenigstens eine Grundversicherung zu einem kleinen Preis und könnten eine Behandlung haben, die jeder in der Grundversicherung hätte.“

3.6.3.2 Regelung der Spitalkosten

Von vielen wurde angesprochen, dass es klarere Regelungen für die Finanzierung der Spitalkosten braucht, die durch Sans-Papiers entstehen. Aktuell sind die Zuständigkeiten aus Sicht der Behandelnden nicht zufriedenstellend gelöst. Diese Unklarheiten verursachen einen grossen administrativen Aufwand für die Behandelnden Institutionen, welcher durch klare Regeln verhindert werden könnte.

Eine Möglichkeit dazu wäre die staatliche Subventionierung von Fonds, auf welche die Spitäler in Fällen ungedeckter Kosten zugreifen können, sodass sie keine Abschreibungen tätigen müssen.

¹⁹ <https://www.zuericitycard.ch/zuri-city-card>

IP 6: „Also was mein grosses Problem ist, dass es schlussendlich einfach nicht geregelt ist. Ich finde es müsste einfach eine grundsätzliche Regelung geben, wer zuständig für die Kosten die die Sans-Papiers ist. [...] Das ganze administrative ist nicht geregelt [...]. Dass es einen Topf [Fonds] gibt für diese Sans-Papiers, dass das geregelt würde. Der würde gespeist mit so und so viel, dass man dort sich, dass bedient wird. Und dann gäbe es wohl klare Abläufe.

3.6.3.3 Finanzierung von professioneller Übersetzung

Als weitere Verbesserungsmöglichkeit wird die Finanzierung professioneller Übersetzung durch beispielsweise Krankenkassen oder staatliche Gelder vorgeschlagen. Damit würden Spitäler und ambulante Behandelnde finanziell entlastet. Somit würden die Menschen (nicht nur Sans-Papiers), die eine Übersetzung brauchen, eine qualitativ hochwertigere medizinische Versorgung bekommen.

IP 2: „Und das ist leider so, selbst die Personen die versichert sind und einen Aufenthaltsstatus haben, wenn jemand eine Übersetzung benötigt, das bewirkt beim Therapeuten oder bei der Institut etwas. Dass man versucht es zu regulieren, also dass man eine gewisse Anzahl von Therapiesitzungen macht und sicher auch motiviert, dass derjenige die Sprache lernt. Aber gerade im psychiatrischen/psychotherapeutischen Bereich ist es essentiell wichtig, in einer eigenen Sprache sich auszudrücken zu können. Deswegen sind die ganzen Initiativen bezüglich Übernahme von Übersetzungskosten durch Krankenkassen, durch Sozialämter und so das ist einfach etwas extrem Wichtiges. Da werden sie [Sans-Papiers] stigmatisiert und diskriminiert vor allem.“

3.6.4 Verbesserung der migrationsmedizinischen Kompetenzen

Es wird erwähnt, dass die Betreuung von Menschen mit Migrationserfahrung verbessert werden kann indem Kompetenzen im Bereich Migration und Medizin gesteigert werden. Dies soll zum einen in allen medizinischen Institutionen geschehen, zum andern sollen spezialisierte Angebote ausgebaut werden.

3.6.4.1 Alle Institutionen

Es wird vorgeschlagen, vorhandene Kompetenzen von spezialisierten Personen und Institutionen auch an andere verteilt werden. Dies könnte durch Weiterbildungen zum Thema „Migration und Medizin“ generell, aber auch spezifisch auf die Situation von Sans-Papiers angepasst, geschehen. Damit wären auch die verschiedenen behandelnden Berufsgruppen wie der Rechtsdienst, der Sozialdienst, die klinische Ethik, die Pflegenden und die Ärzt*innen

auf dem gleichen Wissensstand und könnten somit besser zusammenarbeiten. Des Weiteren soll der Ausbau von internen Guidelines zu einer Verbesserung beitragen.

IP 8: „Praktisch gibt es Lücken. Also es gibt diese Abläufe. Es gibt auch Strukturen. Es gibt die Kompetenz im Haus. Es sind noch verschiedenste Player involviert, die unterschiedliche Haltung auch dazu haben. [...]. Das heisst es ist auch ein Komplex, wo es gerade wenn es um kümmern geht, total wichtig ist, dass alle diejenigen die involviert sind, natürlich auch die gleichen Grundlagen haben, die gleichen Kenntnisse haben. Und da sind wir noch dran. Das muss man aber auch noch verbessern. Also diese Sichtbarkeit von wohin man sich wendet. Dass es so sichtbar ist im Intranet und in den Fort- und Weiterbildungen begleitet, dass man das noch besser hinkriegt.“

3.6.4.2 Spezialisierte Stellen

Es wird argumentiert, dass das Angebot von spezialisierten Stellen ausgebaut werden soll. Vorschläge dazu sind folgende:

- Meditrina

Die Meditrina soll nicht nur über Spenden finanziert werden, sondern auch staatlich subventioniert. Es wird erwähnt, dass die Meditrina dringend vergrössert werden müsste, bisher aber die finanziellen Mittel dazu fehlen.

- Modell CAMSO

Einige Interviewte beziehen sich auf eine Motion, welche aktuell im Zürcher Stadtrat hängig war und unterstützen diese. Diese Motion fordert, dass der Zürcher Gelder gesprochen werden, um die medizinische Versorgung von Sans-Papiers in Zürich nach dem Genfer Modell CASMCO zu gestalten (40)²⁰.

IP 7: „Ich denke jetzt die Bestrebungen, dass aufgrund einer Motion, dass die staatlichen Strukturen sich da auch in einer finanziellen Pflicht fühlen, das wäre aus meiner Sicht absolut nötig. Dass das nicht an einer NGO wie jetzt das Rote Kreuz liegen muss. Wie gesagt, in der Stadt scheint sich etwas zu bewegen, Kanton ist das noch überhaupt nicht der Fall.“

²⁰ Diese beinhaltet eine staatlich finanzierte Anlaufstelle, wo als erste Instanz Sans-Papiers von spezialisierten Pflegefachpersonen und Sozialarbeiter*innen betreut werden. Sollte die Situation es benötigen, werden die Patient*innen an ein medizinisches Ambulatorium im öffentlichen Spital weitergeleitet, wo sie ärztlich untersucht und gegebenenfalls auch hospitalisiert werden. Es wird ein stufenweiser Plan der Finanzierung vorgeschlagen, bei welchem die Sans-Papiers für die Beratung durch die erste Instanz nichts bezahlen müssen. Die Behandlung im Ambulatorium würde 10% der normalen Tarife entsprechen und für eine Hospitalisierung müssten sie eine Krankenkasse abschliessen. Sollten sie diese nicht bezahlen können, soll die öffentliche Hand Gelder dafür zur Verfügung stellen (40).

- Spezialist*innenteams für vulnerable Gruppen in Spitälern

Es wird argumentiert, dass die Spitäler sich am Modell des Universitätsspitals Lausanne orientieren sollen. Dieses Spital verfügt über ein Team aus Spezialist*innen für die medizinische und psycho-soziale Betreuung von vulnerablen Gruppen. Damit sind vor allem migrantische und nicht-versicherte Patient*innen gemeint²¹. Ein solches Team kann eine Anlaufstelle für die Behandelnden verschiedener Kliniken sein. Das Team kann den direkt Behandelnden einen grossen Teil der administrativen Arbeit abnehmen und diese auch noch kompetenter durchführen.

IP 7: „Einfach Unispital in Lausanne, die haben eine Interne fliegende Equipe für vulnerable Menschen. Das ist für mich eigentlich so das Best-Practice Beispiel für ein grosses Kantonsspital, wie man das eben intern lösen kann.“

3.6.5 Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen NGO und Spitälern

Obschon die Zusammenarbeit der verschiedenen Institutionen von verschiedenen Seiten gelobt wird, sehen die Interviewten auch hier noch Verbesserungspotential. Dies wird vor allem in der Verbesserung der Kommunikationswege gesehen. So stellt der Datenschutz teilweise ein Hindernis in der Kommunikation zwischen Fachstellen und Behandelnden dar. Des Weiteren wurde darauf hingewiesen, dass die Praxis der notfallmässigen Einweisungen auf Notfallstationen kommunikativ noch verbessert werden könnte, sodass die Patient*innen nicht durch das Depot an der Leitstelle abgeschreckt werden.

IP 6: „Oder, dass wir zum Beispiel einen Brief mitgeben könnten, ein Überweisungsschreiben. Die wüssten oben [auf der Notfallstation]: ‚Aha Sans-Papiers-Status kommt von X²², Schleusen wir durch, geht in einen anderen Topf [Fonds]‘. Das wäre für alle Beteiligten klar. Aber eben, die Frage ist: ‚Wer bezahlt diesen Topf‘“

3.6.6 Kollektive Anerkennung

Mehrere Interviewte beklagen, dass es für viele Sans-Papiers sehr schwierig ist einen legalen Aufenthaltsstatus zu erreichen. Eine Person fordert deshalb, dass die politischen Prozesse der Legalisierung bei einem Teil der Sans-Papiers vorangetrieben werden. Das rechtliche Mittel dazu könnte die Härtefallpraxis sein, welche häufiger angewendet werden könnte.

IP 5: „Man könnte auch noch etwas radikaler sein sagen und man könnte irgendwann mal auch so eine kollektive Anerkennung machen von den Menschen, die ich weiss nicht, 20-30 Jahren da leben und da arbeiten [...]. Es gibt ja der Härtefall, aber wenn

²¹ <https://www.chuv.ch/fr/fiches/unite-convention-tarifs-et-populations-sociales>

²² Zensiert um Anonymität der interviewten Person zu gewahren

Sie die Zahlen anschauen, wie viele von den Fällen, die dann wirklich legalisiert worden sind, dann ist das so verschwindend gering, dass das für mich eigentlich irrelevant ist.“

4. Diskussion

4.1 Diskussion der Resultate

Die Arbeit der genannten NGO's SPAZ, Meditrina und Ambulatorium Kanonengasse konnte als wichtigster gut funktionierender Prozess identifiziert werden. Sie arbeiten niederschwellig und leisten spezifische Behandlungen und Beratungen für Sans-Papiers. Auch die Zusammenarbeit zwischen öffentlichen Spitälern und den NGO wird als ergiebig bezeichnet. Dies wurde auch in Studien im europäischen Kontext festgestellt (2,11). Die NGO sind häufig Hauptakteure in diesem Gebiet und daher ist ihr Wissen für die Forschung häufig sehr wichtig (2).

Als Hauptproblem wird die Behandlung von Sans-Papiers bezeichnet, welche über keine Kostendeckung und auch zu wenig finanzielle Ressourcen verfügen, um rückwirkend eine Krankenversicherung abschliessen zu können. Dies trifft wohl auf einen grossen Teil der Sans-Papiers in Zürich zu. Solche Situationen verursachen häufig einen grossen administrativen Aufwand (30). Zudem müssen die Übersetzungskosten von den Institutionen selbst übernommen werden.

Die Behandelnden kommen dabei in einen ethischen Konflikt, der schon von Jensen et al. in Dänemark beschrieben wurde. Sie müssen ihre medizinisch-ethische Verpflichtung, die sich am Hippokratischen Eid orientiert, mit den finanziellen Interessen der eigenen Institution aufwiegen (13). Ausgedrückt mit den bioethischen Prinzipien nach Beauchamp und Childress (41), wollen sie nach dem Prinzip des *Wohltuns* Sans-Papiers Patient*innen behandeln, sofern dies medizinisch indiziert ist. Nach dem Prinzip der *Gerechtigkeit* wollen sie Patient*innen ohne Versicherung gleichbehandeln wie Versicherte. Dem Prinzip des *Nichtschadens* folgend versuchen sie möglichst die Anonymität der Sans-Papiers vor den Behörden, besonders Polizei und Migrationsamt, zu schützen, um nicht eine Ausschaffung zu riskieren. Dem steht jedoch der Druck seitens der Finanzabteilungen entgegen, welche dafür sorgen müssen, dass die Spitäler sich finanziell nicht verschulden. Sie versuchen darum teilweise die ausgegebenen Kosten durch Gelder von Behörden zu decken, und gehen damit das Risiko ein, die Identität der Sans-Papiers bei den Behörden bekannt zu machen. Ähnlich verhält es sich mit dem Versicherungsabschluss, welche für die Kostensicherung der Behandelnden wichtig ist, jedoch die oft schon prekäre finanzielle Lage der Sans-Papiers noch verschlimmert und durch eine Betreibung eine Ausschaffung herbeiführen kann. Laut den Interviewten ist der finanzielle Druck in den letzten Jahren gestiegen. Sie setzen dies mit einer generellen Ökonomisierung des Gesundheitswesens, der Integration der Spitäler in einen wirtschaftlichen Konkurrenzkampf und der Einführung der Fallkostenpauschalen (DRGs) in Verbindung. Suess

et al. beschrieben eine Zunahme von Restriktionen in der Gesundheitsversorgung von vulnerablen Gruppen auf europäischem Niveau im Kontext von Sparmassnahmen nach der Wirtschaftskrise 2008 (14). Als Beispiel führen sie ein, im Jahre 2012 in Spanien eingeführtes, Dekret auf, welches die Gesundheitsversorgung von Sans-Papiers auf eine Notfallversorgung reduzierte. Mestres et al. zeigen, dass diese Reform zu einer Erhöhung der Mortalität und damit jährlich zu 82 zusätzlichen Todesfällen führte, während sie noch stärkere Langzeiteffekte erwarten (42). Tsiodras argumentiert im Rahmen der Geflüchteten Krise im Jahr 2015 in Griechenland, dass Sparmassnahmen bei Präventions- und Behandlungsprogrammen das Risiko der Ausbreitung von Infektionskrankheiten bei Migrant*innen erhöht (43).

Mehrere Interviewte nehmen Bezug auf die aktuelle COVID19-Pandemie und teilen die Analyse von Bhopal, dass Sans-Papiers besonders gesundheitlich und wirtschaftlich gefährdet sind, und sie in öffentlichen Strategien zur Pandemieeindämmung berücksichtigt werden sollten (44). Eine vorgeschlagene Übergangslösung könnte das Aushändigen von temporären Aufenthaltsbewilligungen sein. Dies ist wohl nur für Sans-Papiers von Nutzen, die den Behörden bereits bekannt sind.

Bezüglich der Notfalldefinition zeigen die Interviews, dass der Begriff Notfall schwer zu definieren ist, und eine national einheitliche Definition fehlt. Die zentrale Ethikkommission der SAMW argumentiert, dass eine kantonal unterschiedliche Auslegung des Begriffs der Notfallbehandlung rechtlich und ethisch ungerecht sei (28).

Mit dieser Situation sind einige interviewte Personen unzufrieden. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Auslegung der Notfalldefinition von der Perspektive der jeweiligen Person abhängt. So fokussieren sich Patient*innen eher auf schnelle Entwicklungen von Symptomen, als auf jene die aus medizinischer Perspektive keinen Aufschub erdulden (45). Es findet eine zeitliche Abfolge statt, wer, wann eine Situation als Notfall definiert. So sind es als erstes die Patient*innen, deren Angehörigen oder Passant*innen, welche eine Situation als Notfall bezeichnen und medizinische Hilfe in Anspruch nehmen. Danach sind es ambulante Behandler*innen oder Ärzt*innen auf den Notfallstationen, welche entscheiden, ob eine notfallmässige Einweisung, Diagnostik und Behandlung indiziert ist. Später kommen die Finanzabteilungen der Spitäler und zuletzt die Krankenkassen, welche eine Behandlung unter den Begriff *Notfallbehandlung* zählen oder nicht (45).

Viele Notfallstationen verwenden ein Notfalltragesystem, welches bei der Definition behilflich ist (46). Ein Zürcher Spital verwendet bspw. das fünfstufige ESI-System (37). Menschen ohne Kostendeckung der ESI-Kategorie 5 werden teilweise an andere Behandlungsorte weiter verwiesen. Im Falle der Sans-Papiers in Zürich wäre dies die Meditrina. Problematisch jedoch ist, dass diese in der Nacht oder am Wochenende nicht geöffnet hat. Durch die Abweisung

von Patient*innen der ESI-Kategorie 5, bezeichnen die Ärzt*innen auf den Notfallstationen solche Fälle als *keine Notfälle*. Es sind für sie keine Situationen, in welchen sie ihrer Pflicht zur Hilfe in Notlagen nach Art. 12 BV (22) nachkommen müssten. Eine ESI 5-Situation ist eine Situation, in der keine akut lebensrettenden Massnahmen notwendig sind, keine Hochrisikosituation (Verwirrung, Lethargie, starke Schmerzen/Stress oder instabile Vitalparameter) vorliegt, und keine Ressourcen benötigt werden (47). Als Ressourcen zählen unter anderem Laboruntersuchungen, diagnostische Geräte wie EKG oder Röntgen, intravenöse Infusionen oder Medikamente, fachärztliche Konsilien, einfache Massnahmen wie ein Blasenkatheter und ein Wundverschluss. Nicht als Ressourcen zählen mitunter die Anamnese und Untersuchung, Schnelltests vor Ort, orale Medikamente, einfache Wundversorgung oder das Aushändigen von Gehstöcken (37).

Um einen Notfall zu beschreiben weisen einige Interviewte auf die Dringlichkeit und Dramatik einer Situation hin. Wenn eine Behandlung nicht warten kann, ist diese Situation aus ihrer Sicht eine Notfallsituation. Es werden die psychosozialen Umstände erwähnt, die eine Notfallsituation mitbeeinflussen. Im psychiatrischen Kontext gibt es zum einen die Notfalldefinition von durch Notfallpsychiater*innen, die sich an den Kriterien der fürsorgerischen Unterbringung orientieren, jedoch gibt es auch die notfallmässige Selbsteinweisungen von Patient*innen, wobei die subjektive Notfalldefinition der Patient*innen eine wichtige Rolle spielt. Damit ähneln ihre Beschreibungen jener durch Morgan et al. welche besagt, dass Patient*innen ihre Symptome nicht aufgrund physiologischer Kriterien als Notfall klassifizieren würden, sondern aufgrund ihrer Fähigkeit die Situation zu kontrollieren oder zu managen (46). Schneider et al. erwähnen das Element des *Nicht-Planbaren* als Dimension der Notfalldefinition (45). Das Argument der Planbarkeit wurde von Krankenversicherungen in einem Streitfall beim St. Galler Versicherungsgericht aufgegriffen (39). Dabei handelte es sich um die Frage, ob eine Entbindung als eine Notfallsituation bezeichnet werden soll und die Krankenversicherung die Kosten einer Patientin übernehmen müssen, die auf einer Schwarzen Liste steht. Die Argumentation der betroffenen Versicherung, dass eine Geburt aufgrund der Planbarkeit keine Notfallsituation sei, wurde abgelehnt. Das Gericht verpflichtete die Versicherung zur Bezahlung der Entbindung unter der Begründung, die Geburt sei eine Situation, in welcher das medizinische Personal eine *Beistandspflicht* hat. Laut dem Gericht ist der medizinische Notfallbegriff, nach bspw. dem Pschyrembel-Lexikon, zu eng gefasst.:

„Es handelt sich bei einem medizinischen Notfall um einen akuten, lebensbedrohlichen Zustand durch Störung der Vitalfunktionen oder Gefahr plötzlich eintretender, irreversibler Organschädigung infolge Trauma, akuter Erkrankung oder Intoxikation.“ (48)

Der Begriff der *Beistandspflicht* ist umfassender als der *Notfallbegriff* und ist dann gegeben, wenn eine Situation *dringend* ist und umgehende Hilfe gebraucht wird, sodass die Gesundheit nicht ernsthaft beeinträchtigt werden könnte (49). Das Beispiel der Entbindung verdeutlicht

diesen Unterschied. Eine komplikationslose Entbindung würde nicht unter den *Notfallbegriff* fallen, jedoch unter den Begriff der *Beistandspflicht*. Die Beurteilung, ob in einem konkreten Fall eine Beistandspflicht besteht, erfolgt durch die Leistungserbringenden. Das Gericht sprach sich dafür aus, dass es eine national einheitliche Definition des Begriffs *Notfallbehandlung* braucht (39). Eine Motion, die eine bundesweit einheitliche Definition im Bezug zu den Schwarzen Listen forderte, wurde durch den Ständerat unter der Begründung abgelehnt, dass Schwarze-Listen als Ganzes abzulehnen sind (50).

Weiterführend erwähnen die Interviewten, dass Notfallsituationen im zeitlichen Verlauf oft schwierig vorherzusagen sind. Morgans et al. nehmen eine ähnliche Perspektive ein und erklären, dass Notfallsituationen aufgrund der dynamischen Veränderungen als ein Kontinuum zu verstehen sind, und nicht binär im Sinne von *Notfall* oder *kein-Notfall* (46). Wird aus ärztlicher Perspektive eine Situation bei Menschen mit einer Krankenversicherung als abklärungs- und behandlungsbedürftig bezeichnet, ist die Frage der Notfalldefinition eine Frage der Zeit, sprich *wie bald* eine Diagnostik und allenfalls Therapie durchgeführt werden muss. Auch Triage-Systeme wie das ESI-System dienen dazu, zu priorisieren welche Patient*innen auf der Notfallstation am schnellsten untersucht und behandelt werden müssen. Aufgrund der rechtlichen und finanziellen Lage stellt sich die Frage der Notfalldefinition (und damit der medizinischen Betreuung) bei Menschen ohne gültige Krankenversicherung jedoch binär, anstatt kontinuierlich. Die Behandelnden müssen nicht (nur) entscheiden *wann*, sondern *ob* eine Person überhaupt untersucht und behandelt wird. De Vito et al. beschreiben, dass dadurch oft die Verantwortung zu entscheiden, wer ein Recht auf eine Behandlung hat, auf die Behandelnden übertragen wird (11). Dies kann am Beispiel des*der Patient*in mit einem Abszess illustriert werden, welche*r von Notfallstationen abgewiesen wurde, weil die Situation als *kein-Notfall*, *ESI-5* oder, nach Schneider et al, als *nicht-dringlich* bezeichnet wurde (45). Hätte diese Person eine Versicherung gehabt, wäre sie wahrscheinlich auf der Notfallstation behandelt worden, wohl einfach nach langer Wartezeit als Patient*innen tieferer ESI Stufen. Weil einige Interviewte fordern, dass nichtversicherte Personen die gleiche Behandlung bekommen sollten wie Menschen mit einer Versicherung, wehren sie sich dagegen überhaupt eine Notfalldefinition in diesem Kontext machen zu müssen.

Der Migrant Integration Policy Index 2020²³ vergleicht staatliche Regulierungsmassnahmen in 52 verschiedenen Ländern bezüglich Migrationsfragen. Die neueste Veröffentlichung zeigt, dass die Schweiz nach wie vor eher strengere Integrationsbestimmungen als der OECD

²³ Zusammenfassung der Kategorien: Arbeitsmarktmobilität, Familienzusammenführung, Bildung, Gesundheit, politische Teilhabe, permanente Aufenthaltsbewilligung, Zugang zur Staatsangehörigkeit, Anti-Diskriminierung

(Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)-Länder Durchschnitt (51) hat. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung der Schweiz wurde jedoch als der international zweitbeste bezeichnet. Als Gründe dafür nennt der Index die Versicherungspflicht für alle, das Programm zu *Migration und Gesundheit* des BAG²⁴, die Website *migepius.ch*²⁵ sowie nationale Netzwerke wie *Swiss Hospitals for Equity* und das Übersetzungsnetzwerk *INTERPRET Center*²⁶. Stark unterdurchschnittlich ist die Schweiz hingegen bezüglich Diskriminierungsschutz. In einem Interview berichtet eine Person Ressentiments des Gesundheitspersonals gegenüber Migrant*innen.

Cuadra et al. beschreiben auf europäischem Niveau drei verschiedene Typen der Organisation der Gesundheitsversorgung für Sans-Papiers (52). In vielen Ländern besteht nur der Zugang zu einer Notfallversorgung. In einigen geht die Versorgung über eine Notfallbehandlung hinaus, während in anderen nicht einmal der Zugang zu dieser gewährleistet ist.

Da der schweizerische Bundesrat das Ziel formuliert, dass Sans-Papiers den gleichen Zugang zu Leistungen wie versicherte Personen mit einem legalem Aufenthalt haben sollen, kann die Schweiz zum zweiten Typ gezählt werden, auch wenn in einigen Kantonen die faktische Versorgung auf eine Notfallversorgung reduziert ist (8).

Einige Interviewte bezeichnen die Notfallstationen als Orte im Versicherungssystem, an denen es am wenigsten Unterschiede in der Behandlung zwischen versicherten und nicht versicherten Personen gibt. Verschiedene internationale Studien bestätigen dies (13,30,45). Dauvrin et al. konnten zeigen, dass in Ländern, in denen Sans-Papiers kein Recht auf Gesundheitsversorgung haben, die Ärzt*innen sie auf Notfallstationen teilweise trotzdem gleichbehandeln, wie Patient*innen mit einem legalen Aufenthaltsstatus. Gemäss Schneider et al. ist es die Aufgabe des Personals auf Notfallstationen auch jene Leute zu behandeln, die ansonsten keinen Zugang zu anderen medizinischen Leistungserbringer*innen haben (45). In den Interviews konnten jedoch zwei Unterschiede in der Behandlung auf den Notfallstationen identifiziert werden. Zum einen müssen Patient*innen, die keine Kostendeckung haben, ein Depot bezahlen, um behandelt zu werden. Das schreckt viele Patient*innen ab, weil sie es nicht bezahlen können und sie dadurch gezwungen werden, die Notfallstationen unbehandelt wieder zu verlassen. Zum andern gibt es Patient*innen, die von Notfallstationen abgewiesen werden, weil sie keine Kostendeckung haben und laut den Ärzt*innen nicht in einer

²⁴ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitsliche-chancengleichheit/programm-migration-und-gesundheit-2002-2017.html>

²⁵ <https://www.migepius.ch/>

²⁶ <https://www.inter-pret.ch/>

Notfallsituation sind. Es kann behauptet werden, dass je drastischer oder dringlicher und damit klarer die Notfallsituation ist, desto mehr die Behandlung jener von Menschen mit einer Kostensicherung gleicht.

Bezüglich des Umfangs der stationären Behandlung wird in den Interviews von einer Varianz gesprochen, welche abhängig von den Haltungen der Leitungen der verschiedenen Kliniken ist. Für Sans-Papiers verursacht diese Varianz eine Unsicherheit, weil sie nicht wissen, mit welchen Behandlungen sie rechnen können (30). Auch nach dieser Studie bleibt unklar wie oft die Finanzabteilungen der Spitäler Patient*innendaten an staatliche Behörden weitergeben. Sans-Papiers können im Vergleich zu Menschen mit einem legalen Aufenthalt und genügend Geld nicht rechtliche Schritte einleiten, wenn sie sich ungerecht behandelt fühlen und auf ihrem Recht auf Gesundheit oder Datenschutz bestehen wollen. Somit sind sie von der Gunst und dem Wohlwollen der Behandelnden abhängig (ähnlich wie bei ihren beruflichen Vorgesetzten). Aufgrund der Varianz können keine allgemeinen Aussagen getroffen werden, welche Behandlungen gemacht werden und welche nicht. Die Behandelnden müssen sich wegen dem finanziellen Druck fragen, welche Behandlungen wirklich nötig sind und auf was verzichtet werden kann. Das führt zu einer minimalistischen Haltung in der Auswahl der Behandlungen. Nach Art. 32 KVG sollte jede medizinische Leistung den Prinzipien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit folgen, wenn sie von den Krankenkassen bezahlt werden soll (18). Somit sollten auch für Menschen mit einer Krankenversicherung keine unnötigen oder überflüssigen Behandlungen gemacht und bezahlt werden. Mit dieser Studie konnte nicht eruiert werden, welche Behandlungen für Menschen mit einer Versicherung als nötig und für Sans-Papiers hingegen als unnötig bezeichnet werden.

Einige Interviewte gaben an, dass es generell wenige Sans-Papiers gäbe, die sich in psychiatrische Behandlung begäben und die nur sehr kurz auf den Akutstationen behandelt würden. Dies obwohl psychiatrische Probleme aufgrund der Lebensumstände bei Sans-Papiers sehr häufig sind (2). Diese Mindernutzung von psychiatrischer Behandlung wurde anderenorts auch schon beschrieben (9,30). Als Gründe werden Kostenfaktoren angenommen (30). Es wird an diesen Stellen auch auf die Effektivität von ethnopsychiatrischen / migrationsspezifischen Konzepten und Kompetenzen in der Psychiatrie hingewiesen. Wenn sie vorhanden sind, können damit gute Resultate erzielt werden. Jedoch fehlen diese vielenorts (9). Besonders in der Psychiatrie stellen sprachliche Verständigungsprobleme grosse Hürden in der Diagnostik und Therapie dar. Deswegen sind professionelle und kompetente Übersetzer*innen für die Behandlungsqualität wichtig. Häufig sind diese aber nicht vorhanden (30). In den Interviews wird gesagt, dass ambulante (Nach)-Behandlungen wegen einer fehlenden Deckung der Übersetzungskosten häufig ausbleiben.

Anschlussbehandlungen wie bspw. stationäre Rehabilitationen können von Sans-Papiers nicht in Anspruch genommen werden, solange sie nicht krankenversichert sind, weil diese administrativ nicht als Teil einer Notfallbehandlung gelten.

Als Resultat der Interviews kann generell eine Unterversorgung im Bereich der ambulanten Medizin festgestellt werden. Der eingeschränkte Zugang zu Präventivmedizin und der Therapie von chronischen Krankheiten scheint eines der Hauptprobleme zu sein. Es wurden zwar keine Interviews mit Hausärzt*innen gemacht. Andere Studien zeigen, dass diese selten aufgesucht werden (12). Eine interviewte Person erwähnt die Unterversorgung im hausärztlichen Bereich bei Menschen auf den Schwarzen Listen, es ist davon auszugehen, dass diese Unterversorgung für Sans-Papiers ähnlich oder noch grösser ist.

In der Stadt Zürich bieten die Meditrina und das Ambulatorium Kanonengasse eine Grundversorgung und schaffen damit dieser Unterversorgung etwas Abhilfe. Aufgrund der festgestellten Unterversorgung, stellen diese Anlaufstellen bei Sans-Papiers teilweise weitfortgeschrittene Krankheitssituationen fest, die bei der versicherten Bevölkerung nicht zu erwarten sind.

Weil bei vielen Sans-Papiers die Mittel zur Finanzierung der Behandlung fehlen, müssen die Behandelnden unübliche Wege für die Therapie finden. Für Spitäler heisst dies oft, dass sie die Behandlungskosten abschreiben. Für ambulante Behandler*innen bedeutet dies, dass sie bspw. Medikamente über Spenden organisieren oder sie Behandlungen nicht oder stark vergünstigt verrechnen. Auch Dauvin et al. beschreiben verschiedene Wege wie offizielle Hürden umgangen werden. So stellen Ärzt*innen bspw. Rezepte auf ihren eigenen Namen aus oder geben Mustermedikamente ab (30). Auf diese Weise leisten einige supererogatorische Arbeit und setzen sich stark für Sans-Papiers ein (13). Von Seiten der Sans-Papiers wird beschrieben, dass sie sich oft selbst medizieren, Beratung von Ärzt*innen aus einem möglichen Herkunftsland suchen oder die Versicherungskarte einer anderen Person nehmen (2). Dass dies nötig ist, verdeutlicht die Unterschiede in der Gesundheitsversorgung.

Es konnte bei vielen Interviewten eine Zufriedenheit mit der Arbeit auf den Notfallstationen sowie mit migrationsmedizinischen Konzepten wie bspw. der Ethnopsychiatrie und der Behandlung durch NGOs festgestellt werden.

Bei einigen wurde Mitleid den schwierigen Lebensumständen von Sans-Papiers und eine daraus folgende Gönnerhaftigkeit festgestellt. Wie bei Dauvin et al. ist auch bei den hier Interviewten eine humanistisch beeinflusste medizin- oder sozialarbeiterisch-ethische Haltung zu finden. Besonders der Satz *„Ich werde nicht zulassen, dass Erwägungen von [...] ethnischer*

Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politischer Zugehörigkeit, Rasse, sexueller Orientierung, sozialer Stellung oder jeglicher anderer Faktoren zwischen meine Pflichten und meine Patientin oder meinen Patienten treten.“ der Deklaration von Genf ist hier von Bedeutung (53).

Einige berichten über Stress, welcher ausgelöst wird durch den hohen und komplexen administrativen Aufwand, welcher oft mit der Behandlung von Sans-Papiers einhergeht. Dies wurde auch durch andere Studien beschrieben (11,14). Jensen et al. konnten Unsicherheiten beim Gesundheitspersonal in der Auswahl des Behandlungsumfanges feststellen. Dies zeigte sich bei den Interviewten in dieser Studie besonders in einer Unsicherheit der Notfalldefinition gegenüber (13). Jensen et al. schreiben: *„considerable frustration arises from constantly having to work around the system to provide care for patients the health professionals feel have a right to care“* (13). Dies ist auch bei einigen Interviewten festzustellen. Die Interviewten brachten Unzufriedenheit gegenüber der Minimierung der Gesundheitsversorgung auf eine Notfallversorgung, dem schlechten Zugang zu Krankversicherung, der unzureichenden Versorgung von abgewiesenen Asylsuchenden, den fehlenden migrationsmedizinischen Kompetenzen und eine häufige Perspektivlosigkeit in der Behandlung von Sans-Papiers zum Ausdruck.

Als Hauptverbesserungsvorschlag konnte das Wegkommen von der Notfallversorgung hin zu einer Grundversorgung identifiziert werden. Damit wäre die Notfalldefinition in diesem Kontext überflüssig und die Behandelnden müssten sich nicht mehr fragen, ob sie den*die Patient*in behandeln sollen, sondern nur noch wie und wann, also wie bei Personen mit einer Kostensicherung (13). Damit stimmen die Interviewten mit vielen internationalen Studien überein, die den Zugang zu allen Bereichen der Gesundheitsversorgung für alle Patientin*innen unabhängig ihrer Aufenthaltsbewilligung vorschlagen (14). Durch das Obligatorium zur Krankenversicherung wäre dieser Zugang eigentlich zwangsläufig gegeben, aber aus finanziellen und administrativen Gründen für die meisten Sans-Papiers praktisch nicht umsetzbar. Somit bleibt die Integration von Sans-Papiers ins Gesundheitssystem nur partiell und prekär (54). Bilger et al. schreiben, dass auch bei Menschen ohne Versicherung das Recht auf *„grundlegende medizinische Versorgung“* gegeben ist (1) und die Nationale Ethikkommission meint 2005 : *„Es ist undenkbar, Menschen die medizinische Grundversorgung zu verweigern, weil sie sich illegal in der Schweiz aufhalten“* (55). Im vergangenen Jahr argumentierte die Zentrale Ethikkommission der SAMW in Bezug auf die Leistungssperren der Schwarzen Listen, dass es die ethischen Prinzipien der Fürsorge und Gerechtigkeit verletzt werden, wenn Menschen aus finanziellen Gründen einen geringeren Anspruch auf Leistungen der solidarischen Krankenversicherung haben und erwähnen, dass von diesen Leistungssperren unter anderem auch Sans-Papiers betroffen sind (28).

Nach dieser Studie bleibt unklar, wie genau die Begriffe *Notfallversorgung*, *grundlegende medizinische Versorgung* und *medizinische Grundversorgung* in der Praxis interpretiert und vom Leistungskatalog der OKP unterschieden werden. Eine Divergenz in der Interpretation von Begriffen wie *basic health care*, *right to health* und *health care accessibility* konnte international mehrfach aufgezeigt werden (12,30). Eine interviewte Person nimmt explizit Bezug auf das WHO Ziel, dass bis zum Jahr 2023 eine Milliarde mehr Menschen Zugang zu *universal health coverage (UHC)* haben sollen. Darunter wird verstanden:

„dass alle Menschen Zugang zu denjenigen Gesundheitsleistungen haben, wann und wo sie gebraucht werden, ohne dass sie in finanzielle Schwierigkeiten geraten. Dies beinhaltet die ganze Spanne von essentiellen Gesundheitsleistungen von Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Palliativmedizin“ (56).

In der Schweiz, wie in den meisten europäischen Ländern, ist daher ein Unterschied zwischen internationalen Menschenrechtsbestrebungen und dem Niveau an Anerkennung für den Gesundheitszugang von Sans-Papiers zu erkennen (14). Legido-Quigley et al. argumentieren, dass obwohl viele Staaten sich dafür aussprechen UHC zu erreichen, dies nur geht, wenn alle Migrant*innen darin inkludiert werden. Ziele der Implementierung eines Systems der UHC sind primär die Verbesserung der Lebensumstände und der Gesundheit von Sans-Papiers. Im Umkehrschluss konnte in Spanien gezeigt werden, dass Restriktionen in der Gesundheitsversorgung zu einer erhöhten Mortalität führen (42). Die Annahme einiger Interviewten, dass eine Verbesserung des Gesundheitszugangs für Sans-Papiers die migrationsempfangenden Länder längerfristig weniger kosten würde, konnte bereits durch mehrere Studien belegt werden (15). Als weitere Argumente für die Umsetzung von UHC wurde ein verstärkter sozialer Zusammenhalt und das Abbauen von Rassismus, sowie den Beitrag zum wirtschaftlichen Wachstum durch Sans-Papiers und öffentlich gesundheitliche Bedenken bezüglich Infektionskrankheiten genannt (15). Besonders die letzten zwei Punkte scheinen den Fokus mehr auf die Interessen der Population des migrationsempfangenden Landes zu legen, als auf deren der Sans-Papiers. Lebano et al. beschrieben, dass viele Forschungsartikel zum Thema Gesundheit von Migrant*innen einen Fokus auf Infektionskrankheiten legen, während bspw. metabolische Krankheiten viel öfters vorkommen (9,16). Migrant*innen leiden selten unter Infektionskrankheiten die eine Gefahr für die Bevölkerung des migrationsempfangenden Landes darstellen. Restriktionen im Gesundheitszugang sowie enge Wohnbedingungen, erhöhen jedoch das Risiko von Übertragungen (15,43).

Es wird in einigen Interviews gefordert, dass die allgemeinen Lebensbedingungen von Sans-Papiers verbessert werden müssen. Eine interviewte Person hofft auf eine häufigere

Anwendung der Härtefallregelung, also das Aussprechen von Aufenthaltsbewilligungen für Sans-Papiers, die lange in der Schweiz wohnen. Suess et al. schreiben, dass eine Verbesserung der sozioökonomischen Bedingungen und der Zugang zu Aufenthaltsbewilligungen unabdingbare Voraussetzungen zur Verbesserung der Gesundheit der Sans-Papiers darstellen (14).

Die Interviews konnten zeigen, dass ein Bedürfnis nach Bildung des gesamten Gesundheitspersonals im Bereich Migrationsmedizin und der Entwicklung von interkulturellen Ansätzen in der Gesundheitsversorgung besteht. Dies wurde in vielen Studien auf internationalem Niveau beschrieben (11,14). In der Psychiatrie ist dies von besonderer Bedeutung (14). Es wurde auch erwähnt, dass beim Gesundheitspersonal oft Wissen bezüglich dem rechtlichen Rahmen der Gesundheitsversorgung von Sans-Papiers fehlt und dies Patient*innen gefährden kann (30). Als mögliche Strategie wurde die Ausweitung des Programms *Swiss Hospitals for Equity* erwähnt. Dauvrin et al. argumentieren am Beispiel eines ähnlichen Programms in Schottland, dass damit eine erhöhte Sensibilisierung des Gesundheitspersonal erreicht werden kann (30). Dazu wird von einigen Interviewten erwähnt, dass es, besonders im ambulanten Bereich, bessere Lösungen für die Finanzierung von professionellen Übersetzer*innen braucht. De Vito et al. und die Fachstelle für Rassismusbekämpfung der Schweiz teilen diese Forderung (11,57).

Daneben sollten Institutionen etabliert oder ausgebaut werden, die migrations-medizinische Arbeit leisten. Als Musterbeispiele wurden das Spezialist*innen-Team für vulnerable Gruppen im Universitätsspital Lausanne oder das Modell CAMSCO (Consultations Ambulatoires Mobiles des Soins Communautaires) von Genf genannt. Als weitere Möglichkeit wird vorgeschlagen, die bestehenden Strukturen Meditrina und Ambulatorium Kanonengassen (mindestens zum Teil) staatlich zu finanzieren. Die Meditrina wird bisher nur über Spenden finanziert und vieles hängt von der supererogatorischen Arbeit der Spezialist*innen und Therapeut*innen ab. In der Psychiatrie sollte mehr mit ethnopsychiatrischen Kompetenzen gearbeitet werden. Ein weiterer Ausbau der Kontakte und Verbesserung zwischen diesen ambulanten Stellen und Spitälern wird von allen Seiten gewünscht.

Mehrere Interviewte sehen die Initiative zur *Züri[ch] City-Card* nach dem New Yorker Vorbild als einen guten Verbesserungsvorschlag an und hoffen, dass darüber ein erleichterter Einstieg in die medizinische Grundversorgung erreicht werden kann. Kurz vor Abschluss dieser Arbeit (November 2020) wurde im Zürcher Stadtrat die Einführung ebendieser *Züri City-Card* beschlossen um die Lebensumstände von Sans-Papiers zu verbessern und die Stadtgesellschaft zu stärken. Mit diesem Stadtausweis können Sans-Papiers künftig gegenüber Behörden ihre Identität und ihren Wohnsitz nachweisen und erhalten dadurch

einen besseren Zugang zum soziokulturellen Stadtleben und Dienstleistungen (58). Die *Züri City-Card* kann jedoch von der Kantonspolizei auch abgelehnt werden und schützt Sans-Papiers nur sehr bedingt vor weiterführenden Identitätsabklärungen bei Polizeikontrollen (59). Die Initiative beinhaltet folgende Umstrukturierungen in der Gesundheitsversorgung von Sans-Papiers in der Stadt Zürich (59):

- **Strukturelle Stabilisierung:** Das Stadtspital Waid-Triemli wird zum Behandlungsspital für nicht krankenversicherte Personen und es werden bei den städtischen Gesundheitsdiensten Stellenprozentanteile für administrative Tätigkeiten eingerichtet. Das Ziel soll sein, einen Krankenkassenabschluss allenfalls mit Prämienverbilligung zu erreichen, um die Behandlungskosten zu finanzieren.
- **Finanzierung von Behandlungen:** Wenn nicht alle Kosten der Spitäler gedeckt werden können, werden sie von der Gesundheitsdirektion übernommen. Die Meditrina wird von der Stadt finanziell unterstützt.
- **Informationen zu medizinischen Angeboten:** Personen, die nicht in der Stadt leben und keine Krankenversicherung haben, sollen noch besser über die medizinische Versorgung informiert werden. Die Gesundheitsdirektion organisiert periodische Treffen zur Reflektion der Implementierung dieser Massnahmen.

Durch die Annahme der *Züri City-Card* wird die Motion, welche in Zürich das Genfer Modell CAMSCO einführen wollte, ungültig (40).

4.2 Limitationen

Wie in vielen Studien, die sich mit der Gesundheitsversorgung von Sans-Papiers beschäftigen, wurde ein qualitatives Studiendesign mit semistrukturierten Interviews, und dem Schneeballprinzip zur Kontaktierung der Interviewten gewählt (2). Die Methode ermöglicht es gleichzeitig strukturelle sowie emotionale Dimensionen der Gesundheitsversorgung von Sans-Papiers aus Sicht der Behandelnden zu erfassen. Es können jedoch keine für alle Behandelnden geltenden Schlüsse gezogen, sondern nur die Haltungen einer ausgewählten Teilmenge dargestellt werden. Dass einige Interviewte über das Schneeballverfahren erreicht wurden, erleichterte eine Vertrauensbasis zu erreichen. Dieses Vertrauen ist wichtig für Interviews, welche den Fokus auf subjektives Erleben legen. Jedoch birgt diese Samplingmethode die Gefahr der Verzerrungen, da nur Fachpersonen weiterempfohlen werden, die aus Sicht der Empfehlenden als passend oder sympathisch gelten (33). Darum kann davon ausgegangen werden, dass Personen mit ähnlichen politischen Haltungen empfohlen wurden. Um diesen Selektions-Bias zu umgehen, wurden auch Institutionen direkt angeschrieben. Aufgrund des hohen zeitlichen Aufwandes und fehlender finanzieller Entschädigung, kann davon ausgegangen werden, dass die Personen sich für ein Interview

zur Verfügung stellten, die ein intrinsisches Mitteilungsbedürfnis hatten. Eine Motivation war wohl, einen Forschungsbeitrag für ein Thema zu leisten, welches aus ihrer Sicht wenig Beachtung bekommt. Zudem scheinen viele ihren Unmut über die Situation und ihre Verbesserungsvorschläge kundgeben zu wollen. Bei allen Interviewten kann eine Sans-Papiers gegenüber freundlich eingestellte Haltung festgestellt werden. Dies zeigt sich daran, dass keine Person weitere Einschränkungen im Gesundheitszugang für Sans-Papiers forderte, sondern der Grossteil sich Verbesserungen erhofft. Jensen et al. erklären in einer vergleichbaren Studie diese relative Homogenität der Haltungen dadurch, dass sich eher Sans-Papiers gegenüber positiv eingestellte Personen für ein Interview melden. Zudem beschreiben sie einen sozialen Druck, dem die interviewte Person unterliegt. Einerseits wollen sie vor der interviewenden Person gut dastehen und andererseits eigene berufsethische Prinzipien erfüllen. Dies könne zu einer Selbstdarstellung mit sozial akzeptierten Antworten führen, die ein positiveres Bild vermitteln, als es der Realität entspricht. Somit können Probleme wie Rassismus oder eingeschränkter Zugang unterschätzt werden (13,30). Um in weiterführenden Studien dieser Tendenz entgegenzuwirken und die Selbstdarstellung der Interviewten zu prüfen, schlagen Jensen et al. vor, die Wahrnehmungen und Perspektive von Sans-Papiers direkt zu erforschen (13).

Um die Reliabilität des Codesystems zu überprüfen, wurde ein Interview im Rahmen eines interpersonellen Vergleichs von zwei unabhängigen Personen mit dem vorgegebenen Codesystem neu codiert. Die quantitative Auswertung der Übereinstimmungen der Vergabe der Codes, kam auf relativ schlechte Übereinstimmungen, sprich tiefe Kappa Werte (35). Diese sind zum einen dadurch zu erklären, dass die Prüfkodierer*innen zu Beginn nicht mit dem Thema und dem Codesystem vertraut waren, und deshalb weniger Codes vergeben haben. Zum andern haben sie nur die transkribierten Texte codierten. Weil sie nicht am Interview teilgenommen haben, konnten sie somit Aspekte wie Stimmlage oder Körpersprache nicht in die Codierung miteinbeziehen. Der qualitative Vergleich der Intercoder-Übereinstimmung zeigte jedoch, dass die Codes nicht zufällig verteilt wurden und eine klare Korrelation zwischen der Codierung des Autors und der Prüfkodierer*innen besteht. So wurden oft die Codes der gleichen (Sub-)Kategorie vergeben, jedoch nicht immer exakt dieselben Codes. Aufgrund der qualitativen Korrelation kann die Codierung als reliabel bezeichnet werden.

In Zusammenschau der Resultate können die Anzahl der Interviews für die Fragestellung als genügend gesehen werden. Dadurch, dass unterschiedliche Berufsgruppen interviewt wurden, entsteht ein breiteres, multiperspektivisches Bild auf die untersuchte Situation. Gleichzeitig lässt es die Möglichkeit offen, dass nicht alle unterschiedlichen Sichtweisen der

explorierten Berufsgruppen erfasst werden und damit eine gewisse inhaltliche Tiefe nicht erreicht wird.

In weiterführender Forschung sollten die Perspektiven von weiteren Behandelnden untersucht werden, von denen ausgegangen werden kann, dass sie Sans-Papiers betreuen. Konkret sind damit Haus- und Kinderärzt*innen, Mitarbeitende von Notfall-Polikliniken (Permanence), Mitarbeitende des Kinderspitals, ambulante Behandler*innen wie bspw. Psychiater*innen, sowie Therapeut*innen, Zahnärzt*innen und Spezialist*innen im Meditrinanetzwerk gemeint.

Um Fragen bezüglich den Finanzierungsprozessen und Abläufen der Datenweitergabe genauer zu erforschen, sollten Interviews mit Mitarbeitenden der Finanzdienste bzw. Patient*innenadministrationen der Spitäler, sowie des Gesundheits-, Sozial- und Migrationsamtes durchgeführt werden.

Bisher gibt es wenig „über eine anekdotische Evidenz hinausgehenden Informationen“ (23) zur (Rück-)Versicherungspraxis der Krankenversicherungen und deren Anwendung des Notfallbegriffs. Deshalb sollten Interviews mit Mitarbeitenden der verschiedenen Krankenversicherungsgesellschaften geführt werden.

Der grösste Fokus weiterer Forschung sollte auf der Darstellung der Perspektiven und Forderungen des Sans-Papiers selbst liegen, um die Gesundheitsversorgung ihren spezifischen Bedürfnissen anpassen zu können, und diskriminierende Hürden abzubauen (9). Um der sozialen Heterogenität der Sans-Papiers Population gerecht zu werden, sollten die Perspektiven verschiedener Sans-Papiers Untergruppen abgebildet werden, besonders derjenigen, über welche wenig bekannt ist, oder welche besonders vulnerabel sind. Damit sind nach Woodward et al. Kinder, Frauen und Verhaftete gemeint (2). Des Weiteren sollten die unterschiedlichen Perspektiven von Sans-Papiers untersucht werden, die von Diskriminierung wie bspw. Transphobie, Homophobie, Klassismus, Rassismus gegen Schwarze Menschen oder anti-muslimischem Rassismus betroffen sind. Bei einer zunehmend alternden Population von Sans-Papiers sollte die Lebensrealität und der Gesundheitszugang von Sans-Papiers nahe oder über dem Pensionsalter erforscht werden (9). Diese Studie stellt insbesondere die Gesundheitsversorgung im städtischen Kontext dar. Es bleibt unklar, wie sich die Lebensrealität von Sans-Papiers, die in ländlichen Regionen leben davon unterscheidet.

Diese Arbeit fokussierte sich besonders auf die Gesundheitsversorgung von primären Sans-Papiers ohne Krankenkasse. Sekundäre Sans-Papiers, die bspw. in den Nothilfestrukturen leben, sollten krankenversichert sein und damit ein Anrecht auf die gleiche

Gesundheitsversorgung wie Menschen mit einem legalen Aufenthalt haben. Die Interviews zeigten jedoch, dass sie trotz einer hohen Prävalenz an psychiatrischen Problemen unter einer starken medizinischen Unterversorgung leiden. Diesen Umständen sollte empirisch nachgegangen werden.

5. Schlussfolgerungen

Obwohl in der Schweiz der rechtliche Rahmen gegeben wäre, damit Sans-Papiers Zugang zu einer Gesundheitsversorgung haben, die mit derjenigen der sich legal aufhaltenden Bevölkerung vergleichbar ist, ist dieser Zugang praktisch nicht gegeben. Grund dafür sind besonders die finanziellen und administrativen Hürden im Krankenkassenzugang. Diese Probleme sind international verbreitet (15). Somit sind Sans-Papiers trotz hoher Prävalenz an chronischen Krankheiten oft gesundheitlich unterversorgt. Diese Situation stellt das behandelnde Personal vor verschiedene Probleme und ethische Konflikte mit den damit einhergehenden Gefühlen der Unzufriedenheit, Insuffizienz der Betreuung und Perspektivlosigkeit. Die Arbeit in Institutionen, die Kompetenzen im Bereich Migrationsmedizin haben, wie bspw. die Meditrina und das Ambulatorium Kanonengasse, sowie den Notfallstationen werden als positive Bereiche der Gesundheitsversorgung für Sans-Papiers angesehen. Die Mängel werden besonders im Bereich der Präventivmedizin sowie der oft teuren Therapie von chronischen Krankheiten verortet. Es konnte gezeigt werden, dass es viele unterschiedliche Anwendungen der Notfalldefinition gibt. Somit kann durch diese Arbeit keine klare Notfalldefinition erarbeitet werden. Diese Varianz in der Definition äussert sich in der grossen Varianz des Behandlungsumfangs von stationären Leistungen, die von den Haltungen der verschiedenen Kliniken abhängen. Die Interviewten erwähnen verschiedene Verbesserungsvorschläge, wovon die Angleichung der Gesundheitsversorgung von Sans-Papiers an jene mit einer Grundversicherung nach OKP als Hauptziel zu bezeichnen ist. Viele der Verbesserungsvorschläge scheinen durch die Einführung der *Züri City-Card* umgesetzt zu werden (staatliche, finanzielle Verantwortungsübernahme, Klärung administrativer Prozesse, Unterstützung der NGOs). Im Vergleich zu den Resultaten dieser Studie scheinen dort jedoch Lösungen für die Übersetzungskosten zu fehlen. Zudem profitieren wohl nur Sans-Papiers davon, die innerhalb der Stadtgrenzen wohnen. Es wurde im Rahmen der Einführung der *Züri City-Card* das Ziel formuliert, dass möglichst viele Sans-Papiers eine Krankenversicherung abschliessen und Zugang zu Prämienverbilligungen bekommen. Jedoch sind die Kosten einer Krankenversicherung trotz Prämienverbilligung für viele Sans-Papiers zu hoch. Besonders jene, die chronisch krank sind und dadurch keiner Lohnarbeit nachgehen können, haben nur wenig Möglichkeiten die Prämien zu bezahlen und riskieren durch eine Betreibung eine Ausschaffung. Um den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, sollte

sichergestellt sein, dass die Gesundheitsdirektion keine Personendaten ans Migrationsamt weitergibt. Die Implementierung dieser Neuerungen sollten wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden. Zentrale Fragestellungen sollen dabei sein, ob Verbesserungen in den Bereichen Präventivmedizin, Psychiatrie und Behandlung von chronischen Krankheiten erreicht werden können (9).

Ein bedeutender Mangel dieser Arbeit ist die fehlende Perspektive der Sans-Papiers selbst. So sollte in Zukunft einen Fokus der Forschung auf ihren Perspektiven in der Umsetzung dieser politischen Neuerungen und den Einflüssen auf ihr (gesundheitliches) Wohl, sowie der Frage inwiefern sie ein Mitspracherecht in der Ausgestaltung von Massnahmen haben, liegen. Die politische Frage der Gesundheitsversorgung von Sans-Papiers befindet sich in einem Spannungsfeld zwischen der Gewährleistung von sozialen Rechten für und der staatlichen Kontrolle über Migrant*innen. Für das Gesundheitspersonal steht jedoch aufgrund ihrer Berufsethik die Gesundheit und das Wohlergehen der Patient*innen an oberster Stelle und sie sollten nicht zulassen, dass Erwägungen über soziale Kategorien wie Herkunft und soziale Stellung zwischen ihre Pflichten und ihre Patient*innen treten (53). In dem Sinne schreibt die Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin 2005: *„Die Heilberufe dürfen nicht durch öffentlichen Druck auf der Grundlage des Asylrechts instrumentalisiert werden. Die Pflicht zur medizinischen Versorgung – die Grundlage der medizinischen Ethik – ist auch ein Recht: das Recht auf Zugang zu den Menschen, die in ihrer Gesundheit beeinträchtigt sind. Diese ethischen Forderungen verlangen auch, dass die öffentliche Hand die für die Erfüllung dieser Aufgaben nötigen Mittel zur Verfügung stellt.“* (55).

6. Bibliographie

1. Bilger V. Health care for undocumented migrants in Switzerland policies – people – practices [Internet]. Bern: Swiss Federal Office of Public Health [u.a.; 2011 [zitiert 16. Juli 2020]. Verfügbar unter: <https://repository.publisso.de/resource/frl:5743444>
2. Woodward A, Howard N, Wolffers I. Health and access to care for undocumented migrants living in the European Union: a scoping review. Health Policy Plan. 1. Oktober 2014;29(7):818–30.
3. Rissi C, Stalder M. Sans-Papiers im Kanton Zürich [Internet]. Bern: Ecoplan und KEK-Beratung im Auftrag vom Amt für Wirtschaft und Arbeit, sowie Migrationsamt des Kantons Zürich; 2020 März [zitiert 15. Oktober 2020]. Verfügbar unter: https://www.zh.ch/content/dam/zhweb/bilder-dokumente/footer/news/2020/03/Bericht_Sans-Papiers_Kanton_Zuerich.pdf
4. Abteilung Gleichstellung, Universität Zürich. Leitfaden: Geschlechtergerecht in Text und Bild [Internet]. Universität Zürich; 2018 Mai [zitiert 4. Dezember 2020]. Verfügbar unter: gleichstellung.uzh.ch/dam/jcr:2623fbc1-471e-47da-9f68-7d1e6e254d2a/180529_Geschlechtergerecht%20in%20Text%20und%20Bild_online.pdf
5. Bundesamt für Statistik. Bevölkerung [Internet]. [zitiert 15. Oktober 2020]. Verfügbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/stand-entwicklung/bevoelkerung.html>
6. Morlok M, Meier H, Oswald A, Efonayi-Mäder D, Ruedin D, Bader D, u. a. Sans-Papiers in der Schweiz 2015. Basel: B,S,S Volkswirtschaftliche Beratung, SFM, Universität Genf zuhanden des Staatssekretariats für Migration (SEM); 2015 Dez.
7. Statistisches Amt Kanton Zürich. Bestand Bevölkerung Kanton Zürich [Internet]. [zitiert 15. Oktober 2020]. Verfügbar unter: <https://www.zh.ch/de/soziales/bevoelkerungszahlen/bestand-struktur.html>
8. Bundesrat. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates Heim (09.3484); Krankenversicherung und Zugang zur Gesundheitsversorgung von Sans Papiers [Internet]. Bundesamt für Gesundheit BAG; 2016 Nov [zitiert 16. Oktober 2020]. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitsliche-chancengleichheit/chancengleichheit-in-der-gesundheitsversorgung/gesundheitsversorgung-der-sans-papiers.html>
9. Lebano A, Hamed S, Bradby H, Gil-Salmerón A, Durá-Ferrandis E, Garcés-Ferrer J, u. a. Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. BMC Public Health. 30. Juni 2020;20(1):1039.
10. Efonayi-Mäder D, Wyssmüller C. Factsheet: Strategien und Bedürfnisse. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung für undokumentierte Migrant/innen in der Schweiz [Internet]. International Centre for Migration Policy Development (ICMPD); 2011 [zitiert 28. Oktober

- 2020]. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitsliche-chancengleichheit/chancengleichheit-in-der-gesundheitsversorgung/gesundheitsversorgung-der-sans-papiers.html>
11. De Vito E, de Waure C, Specchia ML, Parente P, Azzolini E, Frisicale EM, u. a. Are undocumented migrants' entitlements and barriers to healthcare a public health challenge for the European Union? *Public Health Rev.* Dezember 2016;37(1):13.
 12. Winters M, Rechel B, de Jong L, Pavlova M. A systematic review on the use of healthcare services by undocumented migrants in Europe. *BMC Health Serv Res.* Dezember 2018;18(1):30.
 13. Jensen NK, Norredam M, Draebel T, Bogic M, Priebe S, Krasnik A. Providing medical care for undocumented migrants in Denmark: what are the challenges for health professionals? *BMC Health Serv Res.* 28. Juni 2011;11(1):154.
 14. Suess A, Ruiz Perez I, Ruiz Azarola A, March Cerda JC. The right of access to health care for undocumented migrants: a revision of comparative analysis in the European context. *Eur J Public Health.* 1. Oktober 2014;24(5):712–20.
 15. Legido-Quigley H, Pocock N, Tan ST, Pajin L, Suphanchaimat R, Wickramage K, u. a. Healthcare is not universal if undocumented migrants are excluded. *BMJ.* 16. September 2019;l4160.
 16. Jackson Y, Paignon A, Wolff H, Delicado N. Health of undocumented migrants in primary care in Switzerland. *Rohrmann S, Herausgeber. PLOS ONE.* 27. Juli 2018;13(7):e0201313.
 17. Bundesamt für Statistik (BFS). Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017. Übersicht (Korrigierte Version 10.12.2018) [Internet]. Bundesamt für Statistik; 2018 Okt [zitiert 5. Januar 2021]. Report No.: 6426300. Verfügbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/6426300/master>
 18. Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) [Internet]. 832.10 März 18, 1994. Verfügbar unter: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19940073/index.html>
 19. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) [Internet]. Juni 27, 1995. Verfügbar unter: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19950219/index.html#a33>
 20. Kanton Zürich, Sicherheitsdirektion, Sozialhilfe. Verordnung über die Gewährung von Nothilfe an Personen ohne Aufenthaltsrecht (Nothilfeverordnung), LS 851.14 [Internet]. Feb 22, 2018. Verfügbar unter: <http://www.sozialhilfe.zh.ch/Handbuch/5.3.03.%20Nothilfe.aspx>
 21. Hollomey C. Factsheet: Rechtlichen Regelungen. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung für undokumentierte Migrant/innen in der Schweiz. [Internet]. International Centre for Migration Policy Development; 2011 [zitiert 21. Oktober 2020]. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitsliche-chancengleichheit/chancengleichheit-in-der-gesundheitsversorgung/gesundheitsversorgung-der-sans-papiers.html>

gesundheitsstrategien/gesundheitsliche-chancengleichheit/chancengleichheit-in-der-gesundheitsversorgung/gesundheitsversorgung-der-sans-papiers.html

22. Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft [Internet]. 101 Apr 18, 1999. Verfügbar unter: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19995395/index.html>

23. Rüefli C, Huegli E. Bericht zur Beantwortung des Postulats Heim (09.3484) [Internet]. Bern: Büro Vatter AG; 2011 März [zitiert 30. Juli 2020] S. 141. Verfügbar unter: https://migesexpert.migesplus.ch/fileadmin/migesexpert/Dokumente/Bericht%20zur%20Beantwortung%20Postulat%20Heim_2011.pdf

24. Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft. SR Schweizerisches Strafgesetzbuch [Internet]. 311 Dez 21, 1937. Verfügbar unter: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19370083/index.html#fn-#a321-3>

25. Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI),. Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung¹ [Internet]. 832.112.31 Sep 29, 1995. Verfügbar unter: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19950275/index.html>

26. Marks-Sultan G, Kurt S, Leyvraz D, Sprumont D. The legal and ethical aspects of the right to health of migrants in Switzerland. Public Health Rev. Dezember 2016;37(1):15.

27. Verfassung des Kantons Appenzell Ausserrhoden [Internet]. 131.224.1 Apr 30, 1995. Verfügbar unter: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19950099/index.html#a105>

28. Zentralen Ethikkommission der SAMW. «Schwarze Listen» – Leistungssperren medizinischer Versorgung aufgrund nicht bezahlter Prämien und Kostenbeteiligungen [Internet]. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften; 2020 Feb [zitiert 21. Oktober 2020]. Verfügbar unter: <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Stellungnahmen.html>

29. Wilhelm M. Schwarze Listen – nutzlos und gefährlich? Tagesanzeiger Tamedia AG [Internet]. 30. April 2018 [zitiert 6. November 2020]; Verfügbar unter: <https://www.tagesanzeiger.ch/schweiz/standard/schwarze-listen-nutzlos-und-gefaehrlich/story/20404874>

30. the EUGATE study group, Dauvrin M, Lorant V, Sandhu S, Devillé W, Dia H, u. a. Health care for irregular migrants: pragmatism across Europe. A qualitative study. BMC Res Notes. Dezember 2012;5(1):99.

31. Efonayi-Mäder D, Wyssmüller C. Factsheet: Praxismodelle. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung für undokumentierte Migrant/innen in der Schweiz [Internet]. International Centre for Migration Policy Development; 2011 [zitiert 30. Oktober 2020]. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale->

gesundheitsstrategien/gesundheitsliche-chancengleichheit/chancengleichheit-in-der-gesundheitsversorgung/gesundheitsversorgung-der-sans-papiers.html

32. Drewniak D, Krones T, Sauer C, Wild V. The influence of patients' immigration background and residence permit status on treatment decisions in health care. Results of a factorial survey among general practitioners in Switzerland. *Soc Sci Med.* Juli 2016;161:64–73.
33. Misoch S. *Qualitative Interviews.* Berlin/München/Boston: De Gruyter Oldenbourg; 2015. 289 S.
34. Meuser M, Nagel U. Das Experteninterview — konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage. In: Pickel S, Pickel G, Lauth H-J, Jahn D, Herausgeber. *Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft: Neue Entwicklungen und Anwendungen* [Internet]. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2009 [zitiert 28. Oktober 2020]. S. 465–79. Verfügbar unter: https://doi.org/10.1007/978-3-531-91826-6_23
35. Kuckartz U, Rädiker S. *Analyzing Qualitative Data with MAXQDA: Text, Audio, and Video* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2019 [zitiert 14. September 2020]. Verfügbar unter: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-030-15671-8>
36. Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,. Bundesgesetz über die Forschung am Menschen. (Humanforschungsgesetz, HFG) [Internet]. 810.30 Sep 30, 2011. Verfügbar unter: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20061313/index.html>
37. Grossmann FF, Delport K, Keller DI. Emergency Severity Index: Deutsche Übersetzung eines validen Triageinstruments. *Notf Rettungsmedizin.* Juni 2009;12(4):290–2.
38. Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,. Schweizerisches Zivilgesetzbuch ZGB [Internet]. 210 Dez 10, 1907. Verfügbar unter: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19070042/index.html>
39. Entscheid St. Galler Versicherungsgericht, 26.04.2018 [Internet]. [zitiert 26. Oktober 2020]. Verfügbar unter: http://ww2.gerichte.sg.ch/home/dienstleistungen/rechtsprechung/aktuelle_entscheide1/Entscheidung_2018/schiedsgericht_-_prozesse/kschg-2017-5.html
40. Mauch C. Motion der AL-Fraktion betreffend Pilotprojekt zur medizinischen Versorgung von Menschen, die keinen Zugang zum Gesundheitswesen haben, Ablehnung, Entgegennahme als Postulat. GR Nr. 2017/376 [Internet]. Stadtrat Zürich; 2018 Mai [zitiert 3. Dezember 2020]. Verfügbar unter: https://www.gemeinderat-zuerich.ch/Geschaefte/detailansicht-geschaefft/Dokument/a5c1d8dd-ff14-468d-b626-7dbf5ad72d44/2017_0376.pdf (2)
41. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics.* Eighth edition. New York: Oxford University Press; 2019.

42. Mestres AJ, Casasnovas GL, Castelló JV. The deadly effects of losing health insurance. *Eur Econ Rev.* November 2020;103608.
43. Tsiodras S. Irregular migrants: a critical care or a public health emergency. *Intensive Care Med.* Februar 2016;42(2):252–5.
44. Bhopal RS. COVID-19: Immense necessity and challenges in meeting the needs of minorities, especially asylum seekers and undocumented migrants. *Public Health.* Mai 2020;182:161–2.
45. Schneider SM, Hamilton GC, Moyer P, Stapczynski JS. Definition of Emergency Medicine. *Acad Emerg Med.* April 1998;5(4):348–51.
46. Morgans A, Burgess SJ. What is a health emergency? The difference in definition and understanding between patients and health professionals. *Aust Health Rev.* 2011;35(3):284.
47. Bächli E, Bassetti S, Battegay M, Bauerfeind P. Differenzialdiagnose Innerer Krankheiten: vom Symptom zur Diagnose. 21., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Battegay E, Herausgeber. Stuttgart New York: Georg Thieme Verlag; 2017. 1348 S.
48. Pschyrembel W, Herausgeber. Pschyrembel klinisches Wörterbuch. 267., neu bearbeitete Auflage. Berlin ; Boston: De Gruyter; 2017. 1998 S.
49. Kuhn M, Poledna T, Gächter T, Herausgeber. *Arztrecht in der Praxis.* 2. Aufl. Zürich: Schulthess; 2007. 806 S.
50. Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit vom 25. Mai 2020. 18.3708 n Mo. Nationalrat (SGK-NR). Schwarze Listen. Definition des Notfalls [Internet]. Ständerat; [zitiert 26. Oktober 2020]. Verfügbar unter:
https://www.parlament.ch/centers/kb/Documents/2018/Kommissionsbericht_SGK-S_18.3708_2020-05-25.pdf
51. Solano, Giacomo and Huddleston,, Thomas. Migrant Integration Policy Index 2020 Key findings Switzerland 2019 [Internet]. 2020 [zitiert 3. Dezember 2020]. Verfügbar unter:
<https://mipex.eu/switzerland>
52. Cuadra CB. Right of access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies. *Eur J Public Health.* 1. April 2012;22(2):267–71.
53. Weltärztebund. Deklaration von Genf [Internet]. Chicago, Vereinigte Staaten von Amerika; 2017 Okt [zitiert 1. Dezember 2020]. Verfügbar unter:
https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/International/Deklaration_von_Genf_DE_2017.pdf
54. Jossen M. Undocumented Migrants and Healthcare: Eight Stories from Switzerland [Internet]. Open Book Publishers; 2018 [zitiert 1. Dezember 2020]. Verfügbar unter:
<https://www.openbookpublishers.com/product/748>
55. Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin. Medizinische Betreuung ist Pflicht; Stellungnahme Nr. 8/2005 [Internet]. 3003 Bern: Bundesamt für Gesundheit; 2005

Mai [zitiert 30. November 2020]. Verfügbar unter: <https://www.nek->

[cne.admin.ch/inhalte/Themen/Stellungnahmen/betreuung_pflucht_de.pdf](https://www.nek-admin.ch/inhalte/Themen/Stellungnahmen/betreuung_pflucht_de.pdf)

56. Fact-Sheet Universal Health Coverage [Internet]. World Health Organization WHO.

2019 [zitiert 7. November 2020]. Verfügbar unter: [https://www.who.int/news-room/fact-](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-%28uhc%29)

[sheets/detail/universal-health-coverage-%28uhc%29](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-%28uhc%29)

57. Fachstelle für Rassismusbekämpfung FRB. Rassistische Diskriminierung in der

Schweiz Bericht der Fachstelle für Rassismusbekämpfung 2018 [Internet]. Bern:

Eidgenössisches Departement des Innern EDI; 2019 Sep [zitiert 20. November 2020].

Verfügbar unter:

<https://www.edi.admin.ch/dam/edi/de/dokumente/FRB/Neue%20Website%20FRB/Monitoring>

[%20und%20Berichterstattung/Bericht/FRB%20Bericht%202018.pdf.download.pdf/Rassistisc](https://www.edi.admin.ch/dam/edi/de/dokumente/FRB/Neue%20Website%20FRB/Monitoring)

[he-Diskriminierung%202018_de_WEB.pdf](https://www.edi.admin.ch/dam/edi/de/dokumente/FRB/Neue%20Website%20FRB/Monitoring)

58. Stadt Zürich P. Weitere Schritte zur Verbesserung der Lebenssituation von Sans-

Papiers und Einführung einer «Züri City-Card» [Internet]. 2020 [zitiert 23. November 2020].

Verfügbar unter: <https://www.stadt->

[zuerich.ch/prd/de/index/ueber_das_department/medien/medienmitteilungen/2020/novembe](https://www.stadt-zuerich.ch/prd/de/index/ueber_das_department/medien/medienmitteilungen/2020/novembe)

[r/201111a.html](https://www.stadt-zuerich.ch/prd/de/index/ueber_das_department/medien/medienmitteilungen/2020/novembe)

59. Bericht des Stadtrats zur Motion GR Nr. 2018/278 «Einführung einer städtischen

Identitätskarte für alle Stadtbewohnerinnen und Stadtbewohner (Züri City Card)»; [Internet].

Stadt Zürich; 2020 Okt [zitiert 23. November 2020]. Verfügbar unter: <https://www.stadt->

[zuerich.ch/content/dam/stzh/prd/Deutsch/Ueber%20das%20Department/Medienmitteilunge](https://www.stadt-zuerich.ch/content/dam/stzh/prd/Deutsch/Ueber%20das%20Department/Medienmitteilunge)

[n/2020/Bericht%20Sans-Papiers.pdf](https://www.stadt-zuerich.ch/content/dam/stzh/prd/Deutsch/Ueber%20das%20Department/Medienmitteilunge)

7. Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich als erstes bei Daniel Drewniak für die unglaublich kompetente, konstruktive und freundliche Betreuung bedanken, die ich geniessen durfte. An zweiter möchte ich mich bei Prof. Dr. med. Dr. phil. Nikola Biller-Andorno bedanken, dass ich an ihrem Institut und unter ihrer Leitung diese Arbeit verfassen durfte. Meinen Dank für das Gegenlesen gebührt Sandra Weber, Corina Bräm, Simon Grison, Lucas Federer, Gianluca Schlaginhafen und Hanna Glaus. Für die inhaltliche und moralische Unterstützung in der Konzipierung und Durchführung der Arbeit bedanke ich mich herzlich bei Dank PD Dr. med. Matthis Schick, David Winizki, Anna Schmid, Bea Schwager, Heinz Bräm, Ladina Marthaler, Ginea D'Ercole, Ursina Weiler, Maajan Richter, Fynne Firtz, Piro Rexhepi, sowie vielen anderen Menschen im meinem Umfeld. Ohne die freiwillige Mitarbeit der interviewten Personen wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen. Des Weiteren möchte ich all denjenigen Aktivist*innen, Initiativen, Bewegungen und NGOs danken, die sich aktiv dafür einsetzen, dass alle Menschen Zugang zu einer menschenwürdigen Gesundheitsversorgung haben. Schlussendlich gebührt meinen Dank den Menschen die ohne Aufenthaltsbewilligung und unter widrigen Lebensumständen überleben und somit eine Inspiration für alle darstellen.

8. Lebenslauf

Name, Vorname Bräm, Andreas Marco
Geschlecht: männlich
Geburtsdatum: 28.09.1994
Heimatort und Kanton Otelfingen ZH

Ausbildung:

- 2000 - 2006, Primarschule Otelfingen
- 2006 - 2010, Kantonsschule Zürich Nord, Oerlikon
- 2010 - 2013, Lehre als Laborant Fachrichtung Biologie EFZ mit Berufsmaturität, ETH Zürich
- 2013 - 2014, Passerelle, Kantonale Maturitätsschule für Erwachsene, Zürich
- 2014 – 2015, Zivildienst im Naturschutz, Therapie- und Pflegeassistenz im Gesundheitsbereich
- 2015 - 2021, Universität Zürich, Humanmedizin
- 2018, Austauschsemester, Université René Descartes, Paris

9. Erklärung

Masterarbeit

Ich erkläre ausdrücklich, dass es sich bei der von mir im Rahmen des Studiengangs Master Humanmedizin an der Universität Zürich eingereichten schriftlichen Arbeit mit dem Titel „**Gesundheitsversorgung von primären Sans-Papiers. Eine Frage des Notfalls?**“ um eine von mir selbst und ohne unerlaubte Beihilfe sowie *in eigenen Worten* verfasste Masterarbeit* handelt.

Ich bestätige überdies, dass die Arbeit als Ganzes oder in Teilen weder bereits einmal zur Abgeltung anderer Studienleistungen an der Universität Zürich oder an einer anderen Universität oder Ausbildungseinrichtung eingereicht worden ist.

Verwendung von Quellen

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich *sämtliche* in der oben genannten Arbeit enthaltenen Bezüge auf fremde Quellen (einschliesslich Tabellen, Grafiken u. Ä.) als solche kenntlich gemacht habe. Insbesondere bestätige ich, dass ich *ausnahmslos* und nach bestem Wissen sowohl bei wörtlich übernommenen Aussagen (Zitaten) als auch bei in eigenen Worten wiedergegebenen Aussagen anderer Autorinnen oder Autoren (Paraphrasen) die Urheberschaft angegeben habe.

Sanktionen

Ich nehme zur Kenntnis, dass Arbeiten, welche die Grundsätze der Selbstständigkeitserklärung verletzen – insbesondere solche, die Zitate oder Paraphrasen ohne Herkunftsangaben enthalten –, als Plagiat betrachtet werden und die entsprechenden rechtlichen und disziplinarischen Konsequenzen nach sich ziehen können (gemäss §§ 7ff der Disziplinarordnung der Universität Zürich sowie §§ 51ff der Rahmenverordnung für das Studium in den Bachelor- und Master-Studiengängen an der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich).

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit dieser Angaben.

Datum: 14.02.2021

Name: Bräm

Vorname: Andreas Marco

Unterschrift:



* Falls die Masterarbeit eine Publikation enthält, bei der ich Erst- oder Koautor/-in bin, wird meine eigene Arbeitsleistung im Begleittext detailliert und strukturiert beschrieben.

CEBES Review Board Checkliste

Diese Checkliste hält die wichtigsten Punkte fest für eine Studie, die durch das CEBES Review Board begutachtet wird. Eine Kopie der Checkliste wird an das Sekretariat des IBME abgegeben.

Gutachter: Markus Christen

Titel der Studie: Gesundheitsversorgung von primären Sans Papier - eine Frage des Notfalls?

Geplanter Studienbeginn: Februar 2020

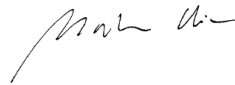
Geplantes Studienende: August 2020

Für die Studiendurchführung verantwortliche Person: Andreas Bräm

Kontaktangaben (Telefon & E-Mail): +41 79 825 8567; andreas.braem@uzh.ch

Weitere beteiligte Person(en) (Funktion): Dr. Daniel Drewniak (Masterarbeit-Aufsicht)

Datum & Unterschrift Gutachter: 16.02.2020;



Stufe 1: War die Studie Gegenstand einer Abklärung, ob sie der Kantonalen Ethikkommission unterbreitet werden sollte oder nicht?

Ja

Nein

Falls Ja: Kurze Begründung, warum die Studie nicht bewilligungspflichtig war:

Es geht bei der Studie um die Befragung verschiedener Gesundheits-Fachpersonen zum Umgang mit Notfällen von Sans Papiers. Die Zielsetzung der Studie fällt nicht in den Gegenstand des Humanforschungsgesetzes

Stufe 2: Welche(r) Punkt(e) war(en) der Grund, dass die Studie dem CEBES Review Board vorgelegt worden ist?

- Könnten den Teilnehmenden durch ihr Verhalten in der Studie oder durch ihre Nichtteilnahme Nachteile entstehen?
- Ist die Teilnahme von eingeschränkt urteilsfähigen, urteilsunfähigen oder unmündigen Personen möglich oder vorgesehen?
- Wird es notwendig sein, dass Personen ohne ihr Wissen oder ohne Einverständniserklärung an der Studie teilnehmen?
- Werden die Teilnehmenden absichtlich falsch über die Ziele und/oder das Verfahren der Studie informiert?
- Werden persönliche Erfahrungen, sensitive Informationen oder politisch/moralische Einstellungen abgefragt?
- Kann die Studie zu negativen psychischen Folgen bei den Teilnehmenden führen?
- Kann die Studie auf der sozialen Ebene bei den Teilnehmenden zu negativen Folgen führen?
- Wird den Teilnehmenden ein finanzieller Anreiz angeboten, der über übliche Vergütungssätze hinausgeht?

Bestehen für die Teilnehmenden Datenschutzrisiken?

Kurze Umschreibung, mit welchen Massnahmen sichergestellt worden ist, dass die Studie ethisch vertretbar ist:

Geprüft wurden die Studieninformation, der Fragebogen und die Einverständniserklärung für die teilnehmenden Gesundheits-Fachpersonen. Die relevanten Punkte (insbesondere Punkt 5) werden ausreichend im Informationsschreiben und der Einverständniserklärung beachtet.

Das Risiko, dass die Teilnehmenden aufgrund des Interviews negative psychische oder soziale Folgen erleiden können, kann als sehr gering erachtet werden; die Einverständnis-Erklärung ist ausreichend und die Fragen selbst geben kaum Anlass zur Befürchtung, dass solche Reaktionen auftreten.

Die Datenschutzrisiken werden ausreichend beachtet. In der Einverständniserklärung könnte noch ausgeführt werden, wer für die Löschung und Anonymisierung der Informationen zuständig ist (mutmasslich die Studien-Durchführer; dies kann noch explizit gesagt werden).

Sind die beanstandeten Punkte derart problematisch, dass das Studienprotokoll nach der Revision erneut einer Begutachtung des CEBES Review Boards unterworfen werden muss?

Ja

Nein

Falls Ja: Kurze Erläuterung, wann die revidierte Fassung eingereicht wurde und ob diese den gewünschten Änderungen Rechnung trägt.

N/A

MASTERARBEIT ANDREAS BRÄM
GESUNDHEITSVERSORGUNG VON PRIMÄREN SANS-PAPIERS
EINE FRAGE DES NOTFALLS?

04.12.20

Code Liste, Masterarbeit Andreas Bräm, 4.12.2020

asd

1 Geographische Unterschiede

1.1 Unterschiede Stadt-Land

1.2 Kantonsunterschiede

2 Unterschiede zu Versicherten

2.1 Unorthodoxe Herangehensweisen

2.2 Gleicher Behandlungsumfang

2.3 Unterversorgung

2.3.1 Psychiatrische Unterversorgung

2.4 Varianz im Behandlungsumfang

2.5 Frühes Entlassen

2.6 Chronifizierung von Krankheiten

2.7 Silencing

3 Finanzierung

3.1 Finanzierung durch SP

3.1.1 Depot

3.2 Krankenkassen

3.2.1 Abschluss einer Versicherung

3.2.1.1 rückwirkende Versicherung

3.3 Öffentliche Gelder

3.3.1 Prämienverbilligung

3.3.2 Kantonsbeitrag

3.4 Spardruck - Ökonomisierung

3.4.1 Fallkostenpauschale

3.5 Solidaritätsfonds

3.6 Vergünstigtes Arbeiten von Behandelnden

3.7 Abschreibung für das Spital

3.8 Depot

4 Probleme für Sans-Papiers

4.1 administrative Hürde

4.2 Fehlende Verhandlungskompetenz

4.3 schlimme Krankheiten

4.4 Misstrauen den Spitalern gegenüber

4.4.1 Angst

4.5 Informationsmangel

4.6 Sprachprobleme

4.7 Stigmatisierung

4.8 Familiensituation

4.9 Trauma

4.10 Spital-Ärztinnen-hopping

4.11 Schlechte Lebensbedingungen

4.12 Überregulativer Lebensstil

4.13 Finanzierungsprobleme

4.13.1 Scham

4.14 Gefahr des Auffliegens

5 Notfall

5.1 Notfalldefinition

5.1.1 Subjektiv-ideelle Definition

5.1.2 Anlehnung ans Recht

5.1.3 Psychiatrischer Notfall

5.1.4 Beispiele

5.2 Unklare Fälle

5.3 Notfallsituationen

6 Haltungen

6.1 Humanismus - Ethos

6.2 Haltungen SP-gegenüber

6.2.1 Informed-Consent

6.2.2 Beschützen wollen

6.2.3 Mitleid

6.2.4 Bedürfnis nach Kooperation

6.2.5 Gönnerhaftigkeit-Kulanz

6.3 Verschiedene Haltungen

6.4 Komplexität

6.5 Unsicherheit

6.6 negative Haltung

6.6.1 Stress

6.6.2 Perspektivlosigkeit

6.6.3 Aufwendige Behandlung (+)

6.6.4 Frustration

6.6.5 Unzufriedenheit

6.7 Positive Haltung

7 Datenschutz - Informationsweitergabe

8 Verbesserungsvorschläge

9 Veränderung der Prozesse

9.1 Politische Veränderungen

9.1.1 Verschärfungen

10 Prozesse

10.1 Anraten ins Herkunftsland zu Gehen

10.2 Walk-In Betrieb

10.3 Rückzug der Patient*innen

10.4 Abweisungen von Patient*innen

10.5 Migrationsspezifische Behandlung

10.5.1 Fehlende Kompetenz

10.5.2 Kompetenz in Migrationsthemen

10.5.3 Übersetzung

10.5.3.1 Bekanntenübersetzung

10.6 Zusammenarbeiten

10.6.1 Behörden Zusammenarbeit

10.6.2 NGO Zusammenarbeit

10.6.2.1 Ambulatorium Kanonengasse

10.6.2.2 MEDITRINA

10.6.2.3 SPAZ

10.6.2.4 Einweisungen ins Spital

10.6.3 Ethischer-Dienst

10.6.4 Zusammenarbeit Sozialdienst - Ärzt*innen

10.6.5 Zusammenarbeit verschiedener Spitäler

10.7 Interne Prozesse

10.7.1 Spitalinterne Markierung

10.7.1.1 Schnelles Erfahren des Versicherungsstatus

10.7.2 Entscheidung über Behandlungsumfang

10.7.3 Guidelines

10.7.4 Spitaladministration/Kostensicherung

10.8 Krankenkassenkontakt

10.9 Unorthodoxe Herangehensweisen

11 Arten der Gesundheitsversorgung

11.1 Stationärer Aufenthalt

11.2 Grundversorgung (Hausarztmedizin)

11.3 Präventivmedizin

11.4 Langzeitbehandlung

12 Recht auf Behandlung

12.1 Menschenrechte

13 Migrationspolitische Massnahmen

13.1 Ausschaffung

13.2 Härtefall

13.3 Definition Sans-Papiers

13.4 Abgewiesene Asylsuchende

13.5 Dublin-Verfahren

14 keine Kostendeckung aber nicht SP

14.1 Ausserkantonale Versichert

14.2 Schwarze Listen

15 Nebenthemen

15.1 Situation von Asylbewerbern

15.2 Anzahl Sans-Papiers

15.3 Corona-Virus
