

Analyse der nicht-krankenversicherten Personen in Österreich

Endbericht

Michael Fuchs (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung)
Katarina Hollan (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung)
Martin Schenk (Diakonie Österreich)

im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger

Wien, im November 2017

Inhaltsverzeichnis

<u>INHALTSVERZEICHNIS</u>	2
<u>1 EINLEITUNG</u>	4
<u>2 ZUGANG ZU KRANKENVERSICHERUNGSSCHUTZ</u>	8
2.1 PFLICHTVERSICHERUNG	8
2.2 FREIWILLIGE VERSICHERUNG	10
2.3 BEDARFSORIENTIERTE MINDESTSICHERUNG (BMS)	11
2.4 SONSTIGE ASPEKTE	12
2.4.1 ANSPRUCHSBERECHTIGUNG NACH DEM AUSSCHIEDEN AUS DER VERSICHERUNG	12
2.4.2 EU-BÜRGER/INNEN UND PERSONEN AUS DRITTLÄNDERN	13
<u>3 ADMINISTRATIVE DATEN</u>	16
3.1 PERSONEN, DIE EINE ABSICHERUNG GEGEN KRANKHEIT AUFWEISEN, DIE DER SOZIALVERSICHERUNG GLEICHGESTELLT IST	16
3.1.1 PERSONEN MIT LEISTUNGSANSPRUCH BEI DEN KRANKENFÜRSORGEANSTALTEN	16
3.1.2 KAMMERZUGEHÖRIGE FREIBERUFLER/INNEN	17
3.1.3 GRUNDWEHRDIENER	21
3.1.4 HÄFTLINGE	21
3.2 QUANTIFIZIERUNG VON PERSONEN, DIE KEINE ABSICHERUNG GEGEN KRANKHEIT AUFWEISEN	22
3.2.1 ZU BERÜCKSICHTIGENDE ASPEKTE.....	22
3.2.2 BERECHNUNGEN.....	25
3.3 SOZIO-DEMOGRAPHISCHE MERKMALE VON PERSONEN, DIE KEINE ABSICHERUNG GEGEN KRANKHEIT AUFWEISEN	28
<u>4 QUALITATIVE UND SONSTIGE QUANTITATIVE DATEN BZW. INFORMATIONEN</u> 31	
4.1 STUDIERENDEN-SOZIALERHEBUNG	31
4.2 „NIEDERSCHWELIGE“ BEHANDLUNGSEINRICHTUNGEN: ERHEBUNGSBLÄTTER UND JAHRESBERICHTE	31
4.2.1 AMBER MED WIEN: KURZE BESCHREIBUNG VON FUNKTIONEN, ARBEITSWEISE UND VERSORGUNGSPRAXIS.....	33

4.2.2	MARIENAMBULANZ GRAZ: KURZE BESCHREIBUNG VON FUNKTIONEN, ARBEITSWEISE UND VERSORGUNGSPRAXIS.....	35
4.3	EXPERT/INNENINTERVIEWS	37
4.3.1	CARITAS SOZIALBERATUNG WIEN: KURZE BESCHREIBUNG VON ANGEBOT UND ZIELGRUPPEN.	37
4.3.2	GPA DJP IG FLEX: KURZE BESCHREIBUNG VON ANGEBOT, VERTRETUNGSUMFANG UND ZIELGRUPPEN.....	38
4.4	ERGEBNISSE.....	39
4.4.1	ANZAHL/ANTEIL (UNVERSICHERTE) PERSONEN BZW. KLIENT/INNEN.....	39
4.4.2	SOZIO-DEMOGRAPHISCHE MERKMALE	40
4.4.3	JEMALS AUFGETRETENE BZW. FRÜHERE PERIODEN EINER NICHT-VERSICHERUNG	48
4.4.4	DAUER EINER NICHT-VERSICHERUNG	49
4.4.5	URSACHEN FÜR NICHT-VERSICHERUNG	50
4.4.6	POTENTIELLE EINGLIEDERUNG IN DIE KRANKENVERSICHERUNG	55
4.4.7	RISIKOGRUPPEN FÜR NICHT-VERSICHERUNG	58
4.4.8	POTENTIELLE FAKTOREN BZW. „LÜCKEN“, DIE DEN VERSICHERUNGSSCHUTZ GEFÄHRDEN KÖNNEN	62
4.4.9	INDIVIDUELLE „FOLGEN“ VON NICHTVERSICHERUNG.....	68
4.4.10	HILFE FÜR BETROFFENE IM KRANKHEITSFALL	71
5	<u>AUSMAß UND BETROFFENHEIT VON NICHT-VERSICHERUNG IM ZEITLICHEN VERLAUF.....</u>	73
5.1	„NICHT-VERSICHERTENQUOTEN“ (AUF BASIS VON ADMINISTRATIVEN DATEN)	75
5.2	SOZIO-DEMOGRAPHISCHE MERKMALE VON BETROFFENEN UND URSACHEN FÜR NICHT-KRANKENVERSICHERUNG (DIVERSE DATEN UND INFORMATIONEN)	79
6	<u>ZUSAMMENFASSUNG.....</u>	83
7	<u>QUELLEN</u>	91
7.1	LITERATUR	91
7.2	INTERVIEWS, TELEFONATE UND MAILVERKEHR	92
8	<u>ANHANG</u>	94

1 Einleitung

Die Krankenversicherung hat in Österreich den Status einer gesetzlich geregelten Pflichtversicherung. Diese knüpft an Erwerbstätigkeit bzw. die Realisierung eines sonstigen Pflichtversicherungstatbestandes an; der Krankenversicherungsschutz erstreckt sich aber auch auf anspruchsberechtigte Angehörige (abgeleiteter Versicherungsschutz) sowie auf freiwillig Selbstversicherte. In den letzten Jahren wurden mehrere politische Maßnahmen gesetzt, um den Einbezug von Personen in die Krankenversicherung zu forcieren. Dazu zählen die Einführung der Grundversorgung für hilfs- und schutzbedürftige Fremde, die Erweiterung von Schutzfristen, die Bereitstellung einer eigenen Krankenversicherung auch bei Verlust der Notstandshilfe aufgrund der Höhe des Partner/Inneneinkommens sowie der Einbezug auch von Bezieher/Innen der bedarfsorientierten Mindestsicherung (BMS) in die Krankenversicherung.

Obwohl der Krankenversicherungsschutz relativ umfassend ausgestaltet ist, fallen an den Rändern des Systems Personen in außergewöhnlichen Lebenslagen und Statusübergängen aus dem Schutzbereich der Versicherung. Es handelt sich dabei um eine fluktuierende Anzahl, von Personen die aus unterschiedlichsten Gründen von der Krankenversicherung nicht (mehr) erfasst werden: Es ist ein Mix aus strukturellen Lücken, sozialen Benachteiligungen, fehlenden persönlichen Ressourcen und mangelnder Information (Riffer/Schenk 2015, 6). Hinzu kommen Menschen aus Ländern der Europäischen Union sowie aus Drittländern, die in Österreich nicht erwerbstätig sind und auch über keine Sozialleistungsansprüche verfügen, sowie Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus.

Zur erneuten wissenschaftlichen Erfassung des Phänomens der Nicht-Versicherung nach der von BMGF und BMSG in Auftrag gegebenen Studie von 2003 (Fuchs et al. 2003)¹ sollten die bisherigen Kenntnisse über den Umfang bzw. die Zusammensetzung jenes Personenkreises, der über keinen Krankenversicherungsschutz verfügt, vor allem an vier Ansatzpunkten für das Jahr 2015 ergänzt bzw. aktualisiert und zusätzlich eine Übersicht zur Entwicklung des Ausmaßes und der Betroffenheit von Nicht-Versicherung im zeitlichen Verlauf geboten werden.

¹ Im Rahmen des Nationalen Aktionsplanes zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung 2001–2003 hatte sich die Bundesregierung verpflichtet, das Ausmaß und die Betroffenheit, nicht krankenversichert zu sein, in einer Studie basierend auf quantitativen und qualitativen Methoden abklären zu lassen und bei Bedarf Maßnahmen für den Einbezug von nicht geschützten Bevölkerungsgruppen zu ergreifen

1) Der Status der Nicht-Versicherung in der Anspruchsberechtigendatenbank des Hauptverbands wird zu Monats-Stichtagen erhoben und daraus ein Jahresdurchschnitt berechnet. Aufgrund der vor allem bei jüngeren Personen anzunehmenden häufig auch nur relativ kurzen Zeiträume einer Nicht-Versicherung sollte ergänzend eine Annäherung an die Anzahl der Personen, die für zumindest eine (kurze) Episode im Jahr 2015 von Nicht-Versicherung betroffen waren, erfolgen.

2) Genauere Abgrenzung der Kalkulationsgrößen zur Feststellung von nicht-versicherten Personen, die grundsätzlich aus Wohnbevölkerung minus versicherte Personen berechnet werden. Die Konzentration erfolgte dabei auf vier Gruppen von Personen, die eine Absicherung gegen Krankheit aufweisen, die der Sozialversicherung gleichgestellt ist, sowie auf weitere zwei Gruppen von Personen, die für eine genauere Abgrenzung bzw. Analyse ebenfalls relevant sind:

- Zusätzliche Leistungsberechtigte bei den Krankenfürsorgeanstalten (insbesondere Ausschluss von potentiellen Mehrfachzählungen bzw. doppelten Anspruchsberechtigungen von Kindern, bei denen ein Elternteil bei einer Krankenfürsorgeanstalt und ein Elternteil z.B. bei einer Gebietskrankenkasse leistungsberechtigt ist);
- kammerzugehörige Freiberufler/Innen und deren Angehörige;
- Grundwehrdiener;
- Häftlinge;
- einpendelnde/auspendelnde Grenzgänger/Innen und deren Angehörige;
- Asylwerber/Innen/geflüchtete Fremde.

3) Zur Beschreibung von betroffenen Subgruppen erneute Einsicht in die Zusammensetzung der nicht-krankenversicherten Personen (zentrale sozio-demographische Merkmale unter Einsatz quantitativer und qualitativer Methoden) und in die Ursachen für Nicht-Versicherung.

4) Erneute Einsicht in die Versorgungspraxis von nicht-versicherten Personen, u.a.:

- Welche Einrichtungen werden von Betroffenen im Krankheitsfall genutzt?

- Gibt es eine generelle Unterversorgung (z.B. Inanspruchnahme medizinischer Hilfe erst im Notfall) oder eine Unterversorgung in bestimmten Bereichen (z.B. zahnmedizinische Behandlung)?
- Wie wird der Gesundheitszustand von betroffenen Personen im Vergleich zu Versicherten eingeschätzt?
- Wie werden die Chancen auf Eintritt in eine Versicherung, z.B. auch über die BMS, eingeschätzt?

5) Auf Basis der jährlichen offiziellen Erhebungsdaten des Hauptverbands sowie der Studie von 2003 bzw. der gegenständlichen Studie war überblicksmäßig darzustellen, wie sich das Ausmaß und die sozio-demographische Betroffenheit von Nicht-Versicherung im zeitlichen Verlauf entwickelt haben. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass genauere Daten erst ab dem Jahr 2002 zu Verfügung stehen und zusätzlich die lückenlose Erfassung aller versicherten Personen erst nach und nach in den darauffolgenden Jahren sichergestellt werden konnte.

Die Analysen auf Basis von administrativen Daten erfolgten für das Jahr 2015 mit Auswertungen für den Jahresdurchschnitt bzw. das Jahresende. Sie wurden auf vorausgehende Auswertungen der Statistikabteilung des Hauptverbands (Ermittlung der im Jahr 2015 im Jahresdurchschnitt und Ende 2015 krankenversicherten Personen) aufgebaut. Sie dienen in erster Linie einer genaueren Abgrenzung der Kalkulationsgrößen zur Feststellung von nicht-versicherten Personen, i.e., Wohnbevölkerung auf der einen Seite und als versichert bzw. anderweitig geschützt registrierte Personen auf der anderen Seite.

Die Studierenden-Sozialerhebung als ergänzende quantitative Datenbasis gewährte Auskunft zum Vorliegen einer Krankenversicherung bei Studierenden.

Die qualitativen Methoden dienten zur Interpretation und Ergänzung des Wissenstands der quantitativen Analyseergebnisse (z.B. zu Lebensrealitäten und der Versorgungspraxis von nicht-versicherten Personen). Essentiell war dabei auch die Erfassung zusätzlicher sozio-demographischer Merkmale wie Bildung, Familienstand, Staatsbürgerschaft und „Lebensunterhalt“. Gleichzeitig sollte untersucht werden, aufgrund welcher Umstände und in welchem Ausmaß (vorrübergehend vs. dauerhaft) es zu einem Fehlen des Krankenversicherungsschutzes kommt. Damit inbegriffen sollte auch eine qualitative Beschreibung auch jener Personen erreicht werden, die sich wenig bis gar nicht in

medizinische Behandlung begeben, sowie zentrale Problematiken in der Versorgung und Bedarfsdeckung festgestellt werden.

2 Zugang zu Krankenversicherungsschutz

2.1 Pflichtversicherung

Die Krankenversicherung hat in Österreich den Status einer gesetzlich geregelten Pflichtversicherung. Diese knüpft an Erwerbstätigkeit² bzw. die Realisierung eines sonstigen Pflichtversicherungstatbestandes an. Regelungen über den Versicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung finden sich in mehreren Gesetzen. Versichert sind nach dem

- Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG): Dienstnehmer/Innen (Arbeiter/Innen und Angestellte), Personen mit freien Dienstverträgen, Lehrlinge, Heimarbeiter/Innen, zu Ausbildungszwecken nach abgeschlossener Hochschulausbildung beschäftigte Personen (z.B. Rechtspraktikant/Innen, Gastarzt/Innen), gewisse Gruppen von den Dienstnehmer/Innen gleichgestellten selbständig Erwerbstätigen (z.B. freie Dienstverträge auf bestimmte oder unbestimmte Zeit zur Erbringung von Dienstleistungen);
- Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (B-KUVG): pragmatisierte Beamte/Innen des Bundes, der Länder und Gemeinden (soweit nicht eine Krankenfürsorgeanstalt zuständig ist), Vertragsbedienstete, ab 1.1.2000: Gemeindevertreter/Innen (Bürgermeister/Innen, Mitglieder der Gemeindevertretungen sowie Ortsvorsteher/Innen);
- Gewerblichen-Sozialversicherungsgesetz (GSVG): selbständig Erwerbstätige in der gewerblichen Wirtschaft, neue Selbständige;
- Bauern-Sozialversicherungsgesetz (BSVG): selbständig Erwerbstätige in der Land- und Forstwirtschaft und deren im Betrieb mittätige Familienangehörige, sowie deren Ehegatt/Innen, sofern sie im land- und forstwirtschaftlichen Betrieb des anderen beschäftigt sind oder ihn auf gemeinsame Rechnung führen (keine Subsidiarität seit 1.1.2000) (Hauptverband 2017, 19).

Für Arbeitnehmer/Innen besteht eine Versicherungspflicht ab einem Einkommen über der Geringfügigkeitsgrenze (2017: EUR 425,70 pro Monat).

² Seit 1998 sind grundsätzlich alle Erwerbseinkommen in die Sozialversicherung und damit auch in die Krankenversicherung einbezogen.

Bei Gewerbetreibenden mit einem jährlichen Einkommen unter der Geringfügigkeits- (maximal EUR 5.108,40) und der Umsatzgrenze (maximal EUR 30.000,-) beginnt eine Pflichtversicherung u.a. in der Krankenversicherung mit dem Erhalt einer „versicherungspflichtigen“ Berechtigung (Gewerbeanmeldung oder -ausübungsbewilligung) und damit der Mitgliedschaft in der Wirtschaftskammer. Als Kleingewerbetreibende/r besteht unter folgenden Voraussetzungen die Möglichkeit, sich über einen Antrag auf Ausnahme von der Vollversicherung in der Krankenversicherung befreien zu lassen:

- Innerhalb der letzten 60 Kalendermonate nicht mehr als zwölf Kalendermonate nach dem GSVG pflichtversichert oder
- das 60. Lebensjahr bereits vollendet oder
- das 57. Lebensjahr bereits vollendet und in den fünf Jahren vor Antragstellung die oben angeführten Einkommens- und Umsatzgrenzen nicht überschritten.

Als Freiberufler/In oder „neue/r Selbständige/r“ ist Voraussetzung für die Pflichtversicherung u.a. in der Krankenversicherung, dass die GSVG-Beitragsgrundlage über einem bestimmten Grenzwert (EUR 5.108,40 jährlich) liegt. Dieser gilt unabhängig davon, ob die selbständige Tätigkeit haupt- oder nebenberuflich ausgeübt wird, oder ob sie die einzige Einkommensquelle darstellt. Die Feststellung der Pflichtversicherung erfolgt entweder nachträglich, wenn der Einkommensteuerbescheid für das betreffende Kalenderjahr vorliegt und die Versicherungsgrenze überschritten wird, oder aufgrund einer Erklärung, dass die Einkünfte voraussichtlich über der Versicherungsgrenze liegen werden („Überschreitungserklärung“).

Als selbständig erwerbstätige/r Betriebsführer/In eines land- bzw. forstwirtschaftlichen Betriebes besteht bei einem Einheitswert von mehr als EUR 1.500,- u.a. eine verpflichtende Krankenversicherung (Online-Ratgeber Hauptverband).

In der Krankenversicherung pflichtversichert sind auch die Bezieher/Innen einer Pension nach dem ASVG, GSVG und BSVG, von Rehabilitations- bzw. Umschulungsgeld sowie von Ruhe- und Versorgungsgenüssen im Anschluss an ein öffentlich-rechtliches Dienstverhältnis (pensionierte Beamte/Innen und deren Hinterbliebene). Weiters sind in den Krankenversicherungsschutz arbeitslose Personen mit Bezug von Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung,³ die Bezieher/Innen von Kinderbetreuungsgeld bzw. einer

³ Auch Personen, die wegen der Anrechnung des Partner/Inneneinkommens keinen Anspruch auf Notstandshilfe haben, sind während der Zeit der Arbeitslosenmeldung (eigenständig) krankenversichert. Alle Bestimmungen,

Unterstützung nach dem Familienzeitbonusgesetz (für Geburten ab 1.3.2017), die Kriegshinterbliebenen, die Asylwerber/Innen (seit 1. Jänner 1992) und die Bezieher/Innen einer Leistung der Bedarfsorientierten Mindestsicherung (ab 1. September 2010) einbezogen.

Die Krankenversicherung schützt nicht nur die Versicherten selbst, sondern auch deren Angehörige (Ehegatt/In, Kinder u.a.m.). Die Angehörigeneigenschaft (sogenannte „Mitversicherung“) setzt voraus, dass die betreffenden Personen nicht selbst krankenversichert sind. Seit 1. Jänner 2001 ist jedoch für bestimmte erwachsene „mitversicherte“ Angehörige (Ehegatt/In, Lebensgefährt/In, haushaltsführende Angehörige), die keine Kinder haben oder auch keine Betreuungspflichten ausüben, die Angehörigeneigenschaft beitragspflichtig und ein Zusatzbeitrag zur Krankenversicherung vorgesehen (Hauptverband 2017, 19f).

2.2 Freiwillige Versicherung

Für nicht von einer Pflichtversicherung erfasste Personen gibt es seit 1998 die Möglichkeit einer freiwilligen Versicherung in der Krankenversicherung (Selbstversicherte nach dem ASVG, Weiterversicherte nach dem GSVG und BSVG) (Hauptverband 2017, 20) zu einem Beitrag, der auf Basis von monatlichen Mindestbeitragsgrundlagen berechnet wird.⁴

Bei der Selbstversicherung nach dem ASVG gibt es drei Möglichkeiten:

- Selbstversicherung bei geringfügiger Beschäftigung (§19a ASVG): Der monatliche Beitrag beträgt EUR 60,09 (2017) pro Monat. Wenn bei der erstmaligen Inanspruchnahme der Versicherung der Antrag innerhalb von sechs Wochen nach dem Beginn der geringfügigen Beschäftigung gestellt wird, tritt der Beginn der Selbstversicherung rückwirkend ein. Es besteht ein Anspruch auf Sachleistungen (z.B. ärztliche Hilfe, Heilmittel, Krankenhausaufenthalte) und auf Geldleistungen (Krankengeld, Wochengeld).
- Bei der Selbstversicherung für Studierende ist bei Erfüllen bestimmter Voraussetzungen ein begünstigter Beitrag von EUR 56,74 (2017) pro Monat zu entrichten. Voraussetzung ist das Vorliegen eines Studienabschlussstipendiums oder die Eigenschaft als ordentliche/r Hörer/In (hier darf die Gesamtstudiendauer plus vier Semester nicht

die auch für die Bezieher/Innen von Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe gelten, z.B. Kontrollmeldungen, sind jedoch einzuhalten (AK Wien 2013, 19; BMASK 2009, 3/9);

⁴ Für geringfügig Beschäftigte gekoppelt mit einer Pensionsversicherung, für Selbständige mit einer Unfallversicherung.

überschritten werden, die Studienrichtung vor dem gegenwärtigen Studium nicht öfter als zwei Mal oder nach dem jeweils dritten Semester gewechselt werden; ein Doktoratsstudium muss innerhalb von zwölf Monaten nach dem Ende des Diplomstudiums aufgenommen werden) oder die Eigenschaft als außerordentliche/r Hörer/In bei ausgewählten Lehrgängen (hier darf die Dauer für diesen Lehrgang nicht überschritten werden). Das Einkommen pro Kalenderjahr darf höchstens EUR 10.000,- betragen. Kein Anspruch liegt vor, wenn in den letzten 60 Monaten bei der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft oder der Bauern eine Versicherung bestand und die betreffende Person aus dieser Versicherung ausgeschieden ist.

- Als dritte Form der Selbstversicherung in der Krankenversicherung nach dem ASVG steht die allgemeine Selbstversicherung zur Verfügung. Der Beitrag ist grundsätzlich auf Basis der Höchstbeitragsgrundlage (2017: EUR 406,88 pro Monat) zu entrichten, kann jedoch auf Antrag einkommensbedingt unter bestimmten Voraussetzungen (auf EUR 56,74 pro Monat) herabgesetzt werden. Leistungen aus der Selbstversicherung können grundsätzlich erst ab dem siebenten Monat in Anspruch genommen werden.⁵

Kleingewerbetreibende sind in der Krankenversicherung voll versichert, solange sie keinen Antrag auf Ausnahme von der Vollversicherung in der Krankenversicherung stellen.

Als Freiberufler/In oder „neue/r Selbständige/r“ mit einer GSVG-Beitragsgrundlage unter EUR 5.108,40 pro Jahr kann auf Basis einer „Überschreitungserklärung“ eine Krankenversicherung erlangt werden. Versicherungsschutz und Beitragspflicht bestehen unabhängig von der Höhe der Einkünfte für die Dauer der Überschreitungserklärung.

Als selbstständig erwerbstätige/r Betriebsführer/In eines land- bzw. forstwirtschaftlichen Betriebes besteht bei einem Einheitswert von weniger als EUR 1.500,- u.a. keine verpflichtende Krankenversicherung. Es besteht aber die Möglichkeit einer freiwilligen Versicherung bei der SVB (Online-Ratgeber Hauptverband; vgl. auch 2.1).

2.3 Bedarfsorientierte Mindestsicherung (BMS)

Von der Konzeption her sollte das Fehlen eines Krankenversicherungsschutzes subsidiär durch die im Rahmen der Bedarfsorientierten Mindestsicherung der Länder gewährte

⁵ Die Bedingung gilt nicht für Personen, die ein qualifiziertes Ausmaß an Vorversicherungszeiten nachweisen können.

Krankenversicherung weitgehend aufgefangen werden. Ein Anspruch besteht bei entsprechender Bedürftigkeit (Einkommens- und Vermögensprüfung). Zudem sind die Aufenthaltsdauer und der Aufenthaltsgrund maßgeblich (vgl. auch 2.4.2).

Zum Schutz bei Krankheit, Schwangerschaft und Entbindung im Rahmen einer Krankenversicherung über die BMS gehören alle Sachleistungen und Vergünstigungen der gesetzlichen Krankenversicherung, die Bezieher/Innen einer Ausgleichszulage in der Pensionsversicherung zukommen. Über eine Verpflichtung der Länder bzw. des Bundes werden primär die Beiträge bzw. Kosten für die in die gesetzliche Krankenversicherung einbezogenen BMS-Bezieher/Innen übernommen,⁶ womit auch diese Personengruppe die elektronische Versicherungskarte (E-Card) erhält. Allfällige sonstige Leistungen betreffen z.B. die Übernahme von Selbstbehalten (Pratscher 2016, 846f).

Die Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern über eine bundesweite BMS lief mit Ende 2016 aus. Weiterhin einheitlich geregelt ist aber die medizinische Versorgung der Bezieher/Innen. Der Bund übernimmt auch 2017 und 2018 weiterhin den Kostenersatz für die Krankenversicherung.

2.4 Sonstige Aspekte

2.4.1 Anspruchsberechtigung nach dem Ausscheiden aus der Versicherung

Wenn nach Ende eines Dienstverhältnisses kein anderweitiger Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung besteht, gibt es eine Schutzfrist von sechs Wochen für die Krankenbehandlung, die auch für anspruchsberechtigte Angehörige gilt. Eine begonnene Krankenbehandlung wird zudem fortgesetzt, unabhängig davon, ob die Schutzfrist beendet ist oder nicht (§ 122 Abs. 2 u. 3a ASVG).

Voraussetzung ist, dass die betroffene Person entweder sechs Wochen davor durchgehend oder im letzten Jahr insgesamt ein halbes Jahr versichert war (AK Wien 2006, 15; BMSG 2004). Damit soll eine Nicht-Versicherung aufgrund von verzögerten Meldungen bzw. Unaufmerksamkeiten (z.B. Fristversäumnisse beim Antrag auf Arbeitslosengeld beim AMS) vermieden werden (Tel. Grillitsch; Jira).

⁶ Die Bundesländer zahlen für die BMS-Bezieher/Innen Krankenversicherungsbeiträge (entsprechend den Ausgleichszulagen-Bezieher/Innen) in Höhe von 10,59% vom Bruttobetrag des jeweiligen Richtsatzes (2017: Alleinstehende EUR 889,84; Paare EUR 1.334,17; Kinder EUR 137,30 pro Monat). Der Bund ersetzt dann den Krankenkassen die Differenz auf die tatsächlich für BMS-Empfänger/Innen aufgewendeten Kosten (Mail Stanzl).

2.4.2 EU-Bürger/Innen und Personen aus Drittländern

Innerhalb der EU- und EWR-Länder bzw. der Schweiz haben grenzüberschreitend erwerbstätige Versicherte und ihre Familienangehörigen zu Lasten des zuständigen Mitgliedstaats Anspruch auf alle Sachleistungen sowohl im zuständigen Mitgliedstaat (Versicherungsstaat) als auch im Wohnortstaat nach den dort jeweils geltenden Rechtsvorschriften. Dies ist unabhängig davon, ob der/die Versicherte zusammen mit oder getrennt von seinen Familienangehörigen im jeweiligen Mitgliedstaat wohnt (Art. 17, 18 und 19 VO EG 883/2004). Allerdings bestimmt im Bereich der Krankenversicherung jener Mitgliedstaat die Familienangehörigeneigenschaft in Bezug auf Sachleistungen, in dessen Gebiet der/die Familienangehörige wohnt (Mail Loprais).

Bei nicht grenzüberschreitend erwerbstätigen Patient/Innen aus Mitgliedsstaaten der EU werden bei einer bestehenden Krankenversicherung im Heimatland im Rahmen der Leistungsaushilfe innerhalb der EU die Behandlungskosten in Österreich von der zuständigen Krankenkasse erstattet (auf Basis VO EG 883/2004). Befindet sich der gewöhnliche Aufenthaltsort in einem anderen als dem zuständigen Mitgliedsstaat, haben die Patient/Innen Anspruch auf eine Regelversorgung. Sofern sich der/die Patient/In nur vorübergehend außerhalb seines/ihrer zuständigen Mitgliedstaates bzw. des gewöhnlichen Aufenthaltsstaates aufhält, besteht eine Absicherung nur im Rahmen einer Notfallversorgung.

EU-Bürger/Innen haben jedoch unter eng gefassten Voraussetzungen auch Anspruch auf Sozialleistungen in Österreich und damit etwa auch über BMS-Leistungen Zugang zur Krankenversicherung. Es sind die Aufenthaltsdauer und der Aufenthaltsgrund maßgeblich. So ergibt sich ein Leistungsanspruch bei einem ständigen, gewöhnlichen Aufenthalt von mindestens fünf Jahren im Bundesgebiet. Hinsichtlich des Aufenthaltsgrundes muss sich der/die EU Bürger/In ausschließlich zum Zweck der Arbeitssuche in Österreich aufhalten. Ein Leistungsanspruch ergibt sich, wenn vor der Arbeitslosigkeit eine qualifizierte Arbeitnehmer- oder selbständige Tätigkeit in Österreich ausgeübt wurde.

Allerdings reicht bei unfreiwilliger Arbeitslosigkeit und umgehender Meldung beim AMS – unter der Bedingung, dass die Betroffenen in einem anderen EU-Staat bereits ausreichend Versicherungsmonate erworben werden, die hier angerechnet werden – theoretisch ein Tag reguläre, nicht geringfügige Beschäftigung in Österreich, um Anspruch auf Arbeitslosengeld und im Anschluss auf Notstandshilfe zu haben.

Erst nach einer Aufenthaltsdauer von fünf Jahren gibt es ein uneingeschränktes Recht auf Mindestsicherung. Allerdings müssen EU-Bürger/Innen zumindest in Wien nur relativ kurz

erwerbstätig sein, um bei Jobverlust für sechs Monate Mindestsicherung zu erhalten.⁷ Ist ein/e EU-Bürger/In geringfügig beschäftigt (zumindest 5,5 Wochenstunden), kann das Einkommen sofort aufgestockt werden. Allerdings gilt die Pflicht, eine umfangreichere Beschäftigung zu suchen. Die Zugangsbestimmungen für Selbstständige in der Mindestsicherung sind eher streng (Tel./Mail Stanzl).⁸

Bei Patient/Innen aus Drittstaaten ist für die Erlangung eines Visums in Österreich generell der Nachweis einer Auslandsrankenversicherung erforderlich. Diese übernimmt die Behandlungskosten allerdings nur im Rahmen von Notfallbehandlungen und bei Erkrankungen ohne bekannte Vorerkrankungen. Außerhalb eines Asylverfahrens existieren mehrere Aufenthaltstitel (befristetes Visum, befristete Aufenthaltserlaubnis, befristete Blaue Karte EU, unbefristete Niederlassungserlaubnis, Daueraufenthalt-EU), die zum Teil auch zu einem Anspruch auf BMS-Leistungen führen können (Neupert 2015).

Mindestsicherung für Drittstaatsangehörige gibt es erst nach fünf Jahren Aufenthalt. Selbst für Familienzusammenführung sind ausreichende Unterhaltsmittel Voraussetzung. In speziellen Härtefällen kann jedoch bei befristetem Aufenthalt oder auch bei Fehlen eines Aufenthaltstitels ein Antrag auf „Hilfe in besonderen Lebenslagen“ gestellt werden. Dann wird die BMS im Rahmen dieser Hilfe ausbezahlt, z.B. bei Müttern mit Kindern bzw. Alleinerzieherinnen (ohne Kind keine Anspruch!). Andere Ausnahmeregelungen gelten etwa bei fünf-jährigem Aufenthalt ohne Daueraufenthalt EG, bei einer unverschuldeten Notlage und/oder im Falle einer gegebenen Integrationsperspektive (z.B. in Kürze Aufnahme einer Erwerbstätigkeit) (Interview Abedi/Madreiter; Telefonat Stanzl).

⁷ Bei einer Mindestbeschäftigungsdauer von einem Monat, aber weniger als zwölf Monaten, im Inland kann BMS für sechs Monate bezogen werden, bei mehr als einem Jahr Beschäftigung, ist ein unbefristeter Bezug möglich. Ein BMS-Bezug steht auch zu, wenn eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit besteht. Nach den Richtlinien der BMS in Wien für EU-Bürger/Innen liegt die Erwerbstätigeneigenschaft während eines aufrechten Beschäftigungsverhältnisses (auch bei geringfügiger oder Teilzeitbeschäftigung, jedoch nicht bei Tagelöhner/Innentätigkeit) vor. Die Erwerbstätigeneigenschaft bleibt erhalten 1) bei einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit durch Krankheit oder Unfall während oder unmittelbar nach einem Beschäftigungsverhältnis im Inland für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit; 2) bei unfreiwilliger Arbeitslosigkeit (Kündigung durch Dienstgeber/In oder Konkurs der Firma – nicht jedoch bei eigener oder einvernehmlicher Kündigung oder fristloser Entlassung) und Meldung beim AMS innerhalb eines Monats (sofern Zugang zum Arbeitsmarkt besteht a) nach Ablauf eines auf weniger als ein Jahr befristeten Arbeitsvertrags für die Dauer von sechs Monaten ab dem Ende des Beschäftigungsverhältnisses; b) wenn während der ersten zwölf Monate des Aufenthalts das Beschäftigungsverhältnis im Inland weniger als ein Jahr, aber länger als ein Monat gedauert hat für die Dauer von sechs Monaten ab dem Ende des Beschäftigungsverhältnisses; c) nach mehr als einjähriger durchgängiger unselbständiger Beschäftigung (Unterbrechungen bis zu jeweils einem Monat möglich) im Inland unbefristet (für die Dauer des Aufenthaltes in Österreich) (Tel., Mail Stanzl).

⁸ Bei Selbständigen bleibt die Erwerbstätigeneigenschaft nur bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder Unfall während oder unmittelbar nach der selbständigen Erwerbstätigkeit für die Dauer der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit erhalten. Sofern die sonstigen Voraussetzungen für eine Unterstützung Selbständiger vorliegen, ist während dieser Zeit eine Unterstützung aus Mitteln der Mindestsicherung möglich (Mail Stanzl).

Hilfs- und schutzbedürftige Fremde sind im Rahmen einer zwischen dem Bund und den Ländern vereinbarten Grundversorgung krankenversichert (BMSG 2004; Fuchs 2009, 327f). Asylwerber/Innen in Bundesbetreuung sollten grundsätzlich relativ zeitnah über einen Krankenversicherungsschutz (nach § 9 ASVG) verfügen. Kinder werden als Asylwerber/Innen direkt versichert. Auch Asylberechtigte, nicht abschiebbare bzw. subsidiär schutzberechtigte Fremde sind in die Krankenversicherung einbezogen. Dasselbe gilt für Personen mit gültigem Abschiebbescheid, solange sie sich in einer Betreuungseinrichtung aufhalten (Tel. Wotruba).

Menschen ohne Aufenthaltstitel befinden sich in einem Zustand der Illegalität und damit grundsätzlich auch ohne Zugang zur Gesundheitsversorgung. Juristisch gesehen handelt es sich um vollziehbar ausreisepflichtige Ausländer/Innen, die sich im Bundesgebiet aufhalten (Neupert 2015). Im Falle einer Beschäftigung gilt zwar, dass auch irregulär Beschäftigte einen Vertrag abgeschlossen haben, aus dem sich u.a. auch eine Krankenversicherung ableiten lässt; allerdings gefährden Personen, die in Österreich nicht arbeiten dürfen, mit dem Versuch der Durchsetzung ihrer Rechte ihren Aufenthalt (Dawid/Heitzmann 2015, 152f).

3 Administrative Daten

3.1 Personen, die eine Absicherung gegen Krankheit aufweisen, die der Sozialversicherung gleichgestellt ist

3.1.1 Personen mit Leistungsanspruch bei den Krankenfürsorgeanstalten

Neben der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es Krankenfürsorgeanstalten, die aufgrund eines Dienstverhältnisses zu bestimmten öffentlich-rechtlichen Dienstgebern Krankenschutz gewähren (Hauptverband 2017, 20). Das Untersuchungsziel war hier eine genauere Quantifizierung der bei den Krankenfürsorgeanstalten insgesamt leistungsberechtigten Personen bzw. der Ausschluss von potentiellen Mehrfachzählungen bzw. doppelten Anspruchsberechtigungen von Kindern, bei denen ein Elternteil bei einer Krankenfürsorgeanstalt und ein Elternteil z.B. bei einer Gebietskrankenkasse leistungsberechtigt sind. Im Handbuch der österreichischen Sozialversicherung werden stets rund 200.000 Personen angegeben, die bei den Krankenfürsorgeanstalten leistungsberechtigt sind (vgl. zuletzt Hauptverband 2017, 18).

Anhand der individuellen Versicherungsnummern konnte die Statistikabteilung des Hauptverbands die bei den Krankenfürsorgeanstalten leistungsberechtigten Personen mit Ausnahme der Krankenfürsorgeanstalt Oberösterreich mit den in der Anspruchsberechtigendatenbank registrierten versicherten Personen weitgehend abgleichen und Doppelzählungen ausschließen:

Im Dezember 2015 gab es inkl. Angehörige 145.042 zusätzliche Leistungsberechtigte bei den Krankenfürsorgeanstalten. Nicht erfasst sind dabei allerdings zum Großteil die Leistungsberechtigten bei der Krankenfürsorgeanstalt Oberösterreich (keine Daten zu Angehörigen) sowie Hallein (allerdings nur rund 30 Leistungsberechtigte). Ohne Angehörige gab es im Jahresdurchschnitt 2015 bei den Krankenfürsorgeanstalten insgesamt 163.559 Beitragsleistende (inkl. wenige potentielle Doppelzählungen, wenn z.B. noch eine weitere Erwerbstätigkeit ausgeübt wird); davon 45.026 Beamte/Innen, 62.063 Vertragsbedienstete und 56.470 Pensionist/Innen. Nach Schätzung der Statistik-Abteilung des Hauptverbands gibt es inkl. der Krankenfürsorgeanstalten Oberösterreich (ca. 35.000 Leistungsberechtigte inkl. Angehörige) insgesamt rund 180.000 zusätzliche Leistungsberechtigte inkl. Angehörige (ohne Doppelzählungen) bei den Krankenfürsorgeanstalten.

3.1.2 Kammerzugehörige Freiberufler/Innen

Für kammerzugehörige Freiberufler/Innen ist die private Krankenversicherung seit 1.1.2000 auch Grundversicherer, d.h. sie bietet ihren Versicherungsschutz anstelle der gesetzlichen Krankenversicherung. Für Mitglieder dieser Berufsstände besteht zwar eine Versicherungspflicht, sie haben aber ein Wahlrecht zwischen der gesetzlichen und der privaten Versicherung. Bei ausschließlich freiberuflicher Tätigkeit muss man sich für die GSVG-Selbstversicherung, die ASVG-Selbstversicherung oder eine private (Gruppen)Versicherung entscheiden. Im Rahmen der privaten Versicherung erfolgt die Krankenversicherung auf Basis eines Kapitaldeckungssystems nach Art der Lebensversicherung (Tel. Metzger).

Wird eine weitere Erwerbstätigkeit (z.B. als Dienstnehmer/In, Gewerbetreibende/r oder Bäuer/In) ausgeübt oder bereits eine krankenversicherungspflichtige Pension bezogen, so stehen bezüglich der freiberuflichen Tätigkeit die GSVG-Pflichtversicherung oder eine private (Gruppen)Versicherung zur Wahl. Bei manchen Gruppen von Freiberufler/Innen, z.B. Apotheker/Innen, Wirtschaftstreuhänder/Innen gibt es auch Mitglieder, die ausschließlich in einer Anstellung tätig sind. Alle diese Personen sind (nach Möglichkeit) nicht mehr gesondert zu erfassen, da sie bereits als krankenversichert registriert sind.

Ausgenommen von der Opting-Out-Regelung für Freiberufler/Innen sind Ärzt/Innen. Sie verfügen über eine interne Vorsorgeeinrichtung der Kammern (Wohlfahrtsfonds auf Basis eines Umlageverfahrens). Daher besteht ebenfalls keine Pflichtversicherung in der Krankenversicherung. Für Einkünfte aus der freiberuflichen Tätigkeit sind keine verpflichtenden Beiträge zu einer anderen gesetzlichen Krankenversicherung zu zahlen (SVA 2016).

Die Grundrisikodeckung durch den Wohlfahrtsfonds ist jedoch eher gering. Über Privatversicherungen erfolgt daher häufig im Wege einer freiwilligen Gruppenkrankenversicherung eine teilweise Rückversicherung, bei der die Kammer selbst etwa 50% des Versicherungsrisikos trägt. Vertragspartner bei einer Gruppen-Krankenversicherung ist die jeweilige Ärztekammer. Ein typischer Tarif für Personen, die keine Pflicht- oder keine freiwillige Krankenversicherung bei einer GKK oder der SVA haben, inkludiert ambulante und stationäre Leistungen, Zahnbehandlungen, Medikamente, Heilbehelfe, etc. Für jene Ärzt/Innen, die ohnehin anderweitig (Angestelltenverhältnis im ASVG oder über zusätzliche gewerbliche Tätigkeit im GSVG) pflichtversichert sind, ist die Basisversorgung in der Gruppen-Krankenversicherung exkludiert. Einige Ärzt/Innen sind zusätzlich zum Wohlfahrtsfonds auch über Einzelverträge mit Privatversicherungen freiwillig

zusätzlich krankenversichert. Ebenso hat jede/r ausschließlich freiberuflich tätige/r ÄrztIn die Möglichkeit, zusätzlich zur Kammervorsorge der GSVG- oder ASVG-Selbstversicherung beizutreten (Benefit Consulting o.J.; Tel. Metzger; SVA 2016).

Von den privatrechtlichen Gruppenverträgen werden grundsätzlich die freiberuflichen Kammermitglieder (Aktive und Pensionist/Innen) erfasst. Die anspruchsberechtigten Angehörigen folgen i.d.R. immer dem/r Beitragsleistenden (Ausnahme: bei Kindern evtl. Anspruchsberechtigung über den anderen Elternteil). Der vom Gesundheitsministerium für die kammerzugehörigen Freiberufler/Innen festgelegte Tarif spezifiziert, dass entsprechend dem ASVG und dem GSVG bestimmte Angehörige beitragsfrei mitzuversichern sind. Auch bei den Gruppenverträgen für Ärzt/Innen ist eine Anspruchsberechtigung von Ehepartner/Innen bzw. eingetragenen Partner/Innen und Kindern möglich, es ist jedoch ein gesonderter Tarif zu entrichten (Benefit Consulting o.J.; Tel. Metzger; Tel. Richter).

Methodisch wurde versucht, über diverse Institutionen Daten zur Anzahl und zur Zusammensetzung (Beitragsleistende/Angehörige; Alter, Geschlecht) jener kammerzugehörigen Freiberufler/Innen zu erheben, die (ausschließlich) privatrechtlich krankenversichert sind. Die Zahl der versicherten Personen wäre um diese Anzahl zu erhöhen. Die einzelnen Erhebungsschritte konnten jedoch nur in einem sehr limitierten Ausmaß durchgeführt werden, da relevante quantitative Daten entweder nicht zur Verfügung standen oder für deren Weitergabe keine Genehmigungen erteilt wurden:

- SVA der Gewerblichen Wirtschaft (Dr. Richter, Oktober 2016): Daten zu Freiberufler/Innen, die sich für das GSVG als Krankenversicherung entschieden haben, wurden zur Verfügung gestellt. Daten zu den übrigen Freiberufler/Innen (Selbstversicherung ASVG, Privatversicherung) sind bei der SVA nicht vorhanden.
- Versicherungen Uniqa (DI Metzger), Wr. Städtische (DI Maier), Merkur (DI Stockreiter) Oktober/November 2016: Die meisten Kammern der Freien Berufe haben bei diesen drei Versicherungen privatrechtliche Gruppenverträge abgeschlossen, zusätzlich auch noch einige der bundesländerweise organisierten Ärztekammern. Grundsätzlich wären die gewünschten Daten vorhanden und es sollte auch eine Filterung jener interessierenden Personen möglich sein, die nicht anderweitig pflichtversichert sind (anhand des Tarifes, da für jene Personen, die anderweitig pflichtversichert sind, eine Basisversorgung nicht inkludiert ist). Es wurde jedoch keine Genehmigung durch Dr. Utudjian als Leiter des Arbeitskreises der Kammern der Freien Berufe erteilt bzw. wurden die Daten trotz mehrmaliger telefonischer und schriftlicher Nachfrage (zuletzt Mai 2017) nicht weitergegeben.

- Benefit Consulting (DI Cadec-Sauter) November/Dezember 2016: Benefit Consulting ist der Makler für alle privatrechtlichen Verträge mit Wiener Ärzt/Innen (Wien stellt in Österreich die größte Ärztekammer). Grundsätzlich sind die gewünschten Daten vorhanden; jene interessierenden Personen ohne gleichzeitige Krankenversicherung im ASVG oder GSVG könnten herausgefiltert werden. Auch zu Mitgliedern der Zahnärztekammer gibt es Daten. Benefit Consulting kann jedoch ohne Genehmigung der Ärztekammer für Wien keine Daten liefern.
- Ärztekammer Wien, Stabstelle Recht (Mag. Penz) Dezember 2016: Die Ärztekammer Wien stimmt der Weitergabe der Daten zu über eine Gruppenversicherung versicherte Wiener Ärzt/Innen nicht zu.

Daher stehen auf Basis von veröffentlichten allgemeinen Daten und telefonischen Befragungen nur folgende Informationen zu den kammerzugehörigen Freiberufler/Innen zur Verfügung:

Insgesamt gibt es mit Stand 31.12.2015 72.784 Mitglieder der Kammern der Freien Berufe, darunter sind aber z.T. auch Mitglieder, die ausschließlich in einer Anstellung tätig sind; davon konnten nur unselbständige Apotheker/Innen herausgerechnet werden.

Tab. 1: Stand der Mitglieder der Kammern der Freien Berufe zum 31.12.2015*

Ärztekammer (nur Allgemeinmedizin und Fachärzt/Innen)	37.318
Zahnärztekammer	4.906
Tierärztekammer	3.920
Apothekerkammer (ohne Unselbständige)	1.454
Notariatskammer	1.016
Patentanwaltskammer	70
Rechtsanwaltskammer	8.186
Wirtschaftstreuhandkammer	7.304
Ziviltechnikerkammer	8.610
Gesamt	72.784

Q: Statistik Austria 2016, 7.11

* z.T. inkl. Mitglieder, die ausschließlich in einer Anstellung tätig sind

Die Uniqa-Versicherung hat mit folgenden Kammern Gruppenverträge zu einer privatrechtlichen Krankenversicherung abgeschlossen:

- Rechtsanwalt/Innen,
- Wirtschaftstreuhand/Innen,
- Notar/Innen,

- selbständige Apotheker/Innen,
- Ziviltechniker/Innen,
- Patentanwälte/Innen.

Es werden damit mit Ausnahme der Tierärzte/Innen, die führend von der Wiener Städtischen Versicherung (unter Beteiligung fast aller anderen eine Krankenversicherung betreibenden Versicherungsunternehmen) in einer Gruppenversicherung betreut werden, alle freien Berufsgruppen (zu den Ärzten/Innen und Zahnärzten/Innen als spezielle Gruppen siehe weiter unten) führend von der Uniqa-Versicherung (ebenfalls unter Beteiligung fast aller anderen eine Krankenversicherung betreibenden Versicherungsunternehmen) betreut (Tel. Braumüller).

Insgesamt gibt es bei der Uniqa ca. 10.000 krankenversicherte Freiberufler/Innen plus ein paar 1.000 [sic!] anspruchsberechtigte Kinder plus ca. 200 weitere anspruchsberechtigte Angehörige. Bei Kindern ist es durchaus wahrscheinlich, dass diese doppelt anspruchsberechtigt sind (z.B. Vater Freiberufler, Mutter Angestellte), da die Privatversicherung Vorteile bringt (z.B. bessere Abdeckung bei der Inanspruchnahme von Wahlärzten/Innen). Neben den in Gruppenverträgen Versicherten gibt es auch privatrechtliche Einzelverträge (Tel. Metzger).

Da grundsätzlich für alle Ärzte/Innen eine Krankenversicherung über den Wohlfahrtsfonds besteht, wollte die Ärztekammer für Wien für eine Risikoabschätzung ermitteln, wie viele Ärzte/Innen darüber hinaus krankenversichert sind. Es wurden ohne repräsentative Auswahl 20 freiberuflich tätige Ärzte/Innen angerufen und zu ihrer Krankenversicherung befragt: Davon waren drei Personen ausschließlich über den Wohlfahrtsfonds versichert, die übrigen 17 waren etwa zu 2/3 (wären ca. elf Personen) freiwillig im GSVG oder ASVG versichert, etwa 1/3 (wären ca. sechs Personen) war freiwillig privatrechtlich über Einzel- oder Gruppenvertrag versichert (Tel. Penz). Es wären somit neun (drei nur Wohlfahrtsfonds, sechs zusätzlich privat) von 20 Personen oder 45% ausschließlich privatrechtlich versichert.

Von den insgesamt 42.100 berufstätigen Ärzten/Innen im Dezember 2015 waren 12.300 nicht angestellt (GÖG 2016a). Wird der nicht-repräsentativen Ministichprobe der Ärztekammer für Wien 1:1 gefolgt, wären davon 45% oder 5.535 nicht im GSVG oder ASVG sondern ausschließlich privatrechtlich versichert und zu den Versicherten hinzuzuzählen. Von den 4.800 berufstätigen Zahnärzten/Innen Ende 2015 waren 3.900 nicht angestellt (GÖG 2016b). Wird hier ebenfalls der Ministichprobe gefolgt, wären 45% davon oder 1.755 nicht

im GSVG oder ASVG versichert. Dazu käme eine unbekannte Anzahl von Angehörigen, die nicht anderweitig versichert sind.

Insgesamt wird auf Basis der vorhandenen Informationen geschätzt, dass rund 20.000 Freiberufler/Innen inkl. Angehörige ausschließlich privatrechtlich krankenversichert und damit zu den übrigen Kranken-Versicherten hinzuzählen sind.

3.1.3 Grundwehrdiener

Bei Grundwehrdienern kommt es während der Ableistung des Präsenzdienstes zu einem Ruhen der Krankenversicherung, die ärztliche und medizinische Versorgung erfolgt direkt durch das Bundesheer. Bei einer Pflichtversicherung über ein Dienstverhältnis vor Antritt des Präsenzdienstes bleibt die Krankenversicherung aufrecht, es ruhen jedoch die wechselseitigen Pflichten: Es sind keine Beiträge zu zahlen und die Krankenversicherung braucht für den Präsenzdiener keine Leistungen zu erbringen. Für über den Präsenzdiener anspruchsberechtigte Angehörige bleiben die gesetzlichen Leistungen der Krankenkasse bestehen. Vor dem Einrücken nicht pflichtversicherte Präsenzdiener gelten von Gesetzes wegen während des Präsenzdienstes als krankenversichert. Auch in diesem Fall ruhen die wechselseitigen Pflichten. Diese Gesetzesmaßnahme ist insofern von Bedeutung, als im Falle einer Abrüstung im Krankheitszustand dann Anspruch auf Leistungen der Krankenkasse besteht.

Die Zahl der Grundwehrdiener zu einem bestimmten Zeitpunkt beträgt rund 11.000 (Q: BMLVS). Da die Präsenzdiener nicht in der Anspruchsberechtigendatenbank erfasst sind, sind sie zusätzlich zu der Anzahl der Versicherten zu berücksichtigen.

3.1.4 Häftlinge

Die gesundheitliche Pflege der Häftlinge in Justizanstalten wird direkt vom Staat bezahlt bzw. ersetzt. Grundsätzlich kommt es auch bei Häftlingen in Justizanstalten – für den Zeitraum der Haft – zum Ruhen von Krankenversicherungsleistungen.

Derzeit gibt es rund 9.000 Häftlinge in Justizanstalten, davon sind rund 500 Personen weiblich (Q: justiz.gv.at). Häftlinge sollten in der Anspruchsberechtigendatenbank nicht aufscheinen, sie sind daher zu den Versicherten hinzuzuzählen.

3.2 Quantifizierung von Personen, die keine Absicherung gegen Krankheit aufweisen

3.2.1 Zu berücksichtigende Aspekte

3.2.1.1 Grenzgänger/Innen sowie sonstige grenzüberschreitende Aspekte

Die beiden Berechnungsgrößen Wohnbevölkerung und Versicherte sind nicht zu 100% kompatibel, da eine Versicherung in der österreichischen Krankenversicherung auch bei einem Auslandswohnsitz, in erster Linie von erwerbstätigen einpendelnden Grenzgänger/Innen, erworben werden kann. Diese Personen sind bei den versicherten Personen erfasst, aber nicht bei der Wohnbevölkerung,⁹ und sind daher bei den versicherten Personen in Abzug zu bringen. Umgekehrt sind zu den Versicherten jene Personen hinzuzuzählen, die einen Hauptwohnsitz in Österreich haben und somit in der Bevölkerungsstatistik erfasst sind, aber (ausschließlich) über eine ausländische Krankenversicherung versichert sind. Hier handelt es sich in erster Linie um erwerbstätige auspendelnde Grenzgänger/Innen. Auch ausschließlich über die genannten Personengruppen anspruchsberechtigte Angehörige sind grundsätzlich zu berücksichtigen (vgl. dazu auch 2.4.2).

Bei Entsendungen von und nach Österreich (auf Basis der Entsenderichtlinie) besteht die Krankenversicherung weiterhin im Wohnsitz- bzw. Entsendestaat (Tel. Grillitsch).

Neben Beschäftigten könnten auch Pensionist/Innen mit ausschließlich österreichischer (bzw. ausländischer) Pension und Wohnsitz im Ausland (bzw. in Österreich) eine Rolle spielen. In Österreich lebende EU-Pensionist/Innen sollten jedoch immer in Österreich versichert sein, während im EU-Ausland lebende österreichische Pensionist/Innen stets im jeweiligen EU-Land versichert sein sollten. Abweichungen davon könnte es im Verhältnis zu Drittstaaten, z.B. Serbien oder Türkei, geben – hier wäre das jeweilige bilaterale Sozialversicherungsabkommen maßgebend.¹⁰ Insgesamt dürften aber Pensionist/Innen bei diesem Sachverhalt quantitativ zu vernachlässigen sein.

⁹ In der Bevölkerungsstatistik scheinen nur Personen mit Hauptwohnsitz in Österreich auf; wenn nur ein Nebenwohnsitz besteht, sind die betreffenden Personen nicht in der Bevölkerungsstatistik erfasst (Tel. Wiesbauer).

¹⁰ So sieht etwa das bilaterale Sozialversicherungsabkommen zwischen Österreich und der Türkei die Zurechnung aller Pensionist/Innen zur Krankenversicherung des Wohnsitzstaates vor. Die Sachleistungen werden von den Gesundheitseinrichtungen des Wohnsitzstaates zur Verfügung gestellt. Auch ein/e ausschließliche/r Bezieher/In einer österreichischen Pension mit Wohnsitz in der Türkei zählt als türkische/r Versicherte/r (und vice versa). Allerdings erhalten in diesem Fall die versicherte Person und deren Angehörige die Leistungen auf Kosten der österreichischen Krankenversicherung (und vice versa) (Fuchs 2014, 291).

Das Nicht-Aufscheinen eines Versicherungsverhältnisses kann auch durch (nicht erfasste) Auslandsaufenthalte (mit ausländischer Krankenversicherung) bedingt sein. Der Sachverhalt dürfte aber aus quantitativer Sicht – zumindest was Jahresdurchschnittsdaten betrifft – ebenfalls zu vernachlässigen sein.

Sich in Österreich illegal aufhaltende Personen sind im Regelfall nicht krankenversichert, sollten aber weder in der Anspruchsberechtigendatenbank noch in der Wohnbevölkerung aufscheinen, und sind daher nicht gesondert zu berücksichtigen.

Insgesamt gibt es in den Daten des Hauptverbands für 2015 141.340 (im Jahresdurchschnitt) bzw. 137.823 (Ende 2015) Personen mit Krankenversicherungs-Schutz in Österreich und unbekanntem Wohnsitz bzw. Wohnsitz im Ausland. Für die betroffenen Personen stehen Informationen zum Versicherungsstatus (Beitragsleistende/r, Kind, sonstiger Angehörige/r) und zum Geschlecht zur Verfügung, nicht aber zum Alter. Es handelt sich dabei um Personen ohne eingetragene Postleitzahl, die grundsätzlich nur bei einem Wohnsitz im Inland eingetragen wird. Von den betroffenen Personen kann angenommen werden, dass es sich in erster Linie um erwerbstätige einpendelnde Grenzgänger/Innen und ihre Angehörigen handelt. Es gibt aber auch andere Gründe für eine fehlende Information zum Wohnsitz (z.B. simple Nicht-Erfassung, da die Postleitzahl für den Versicherungsstatus grundsätzlich nicht relevant ist) (Tel. Grillitsch).

Daten der Statistik Austria zu einpendelnden Grenzgänger/Innen aus der Arbeitsstättenzählung für das Jahr 2014 zeigen sogar 154.917 Personen ohne Hauptwohnsitz in Österreich (Mail Bettel). Im Vergleich zu den beitragsleistenden Personen mit Wohnsitz unbekannt bzw. Ausland aus den Statistiken des Hauptverbands für 2015 (Jahresdurchschnitt: 122.062; Ende 2015: 118.547) beträgt die Differenz mehr als 30.000.

Im Handbuch der österreichischen Sozialversicherung werden die insgesamt betroffenen Personen mit Wohnsitz unbekannt bzw. Ausland für 2015 (ca. 140.000) auf rund 100.000 abgerundet und von der Zahl der Versicherten in Abzug gebracht (Hauptverband 2016, 21). Die Abrundung erfolgt, da aufgrund von Datenunsicherheiten eine grobe Schätzung durchgeführt wird.

Berücksichtigt werden vom Hauptverband somit rund 100.000 Personen. Insgesamt gibt es rund 140.000 versicherte Personen mit Wohnsitz unbekannt bzw. Ausland. Werden die Zahlen der Arbeitsstättenzählung herangezogen, ergäben sich rund 155.000 einpendelnde Grenzgänger/Innen ohne Hauptwohnsitz in Österreich. Wird dazu noch die Zahl der Angehörigen hinzugeschätzt (mangels anderer Informationen wird ein Anteil an den Beitragsleistenden von 16% wie bei den Versicherten des Hauptverbands mit Wohnsitz

unbekannt bzw. Ausland angenommen), ergäben sich in Summe rund 180.000 Personen. Aus statistischen Gründen wird in der vorliegenden Studie für die Anzahl der zu berücksichtigenden Personen mit Wohnsitz Ausland der mittlere Wert und somit die Gesamtzahl von versicherten Personen mit Wohnsitz unbekannt oder Ausland (rund 140.000) verwendet. Eine Veränderung um +/- 40.000 (auf 100.000 laut Abrundung Hauptverband bzw. auf 180.000 laut Arbeitsstättenzählung) entspräche rund 0,5% der Wohnbevölkerung.

Eine Gegenrechnung für auspendelnde Grenzgänger/Innen (und deren anderweitig nicht versicherte Angehörige) erfolgt im Handbuch der Sozialversicherung nicht, da keine entsprechenden Informationen zur Verfügung stehen (Tel. Grillitsch). Die betroffenen Personen können daher nur aufgrund von Grenzgänger/Innenstatistiken – und hier auch nur die Erwerbstätigen selbst – erfasst werden, da deren Anzahl ansonsten in den einzelnen europäischen Ländern erhoben werden müsste. Daten der Statistik Austria aus der abgestimmten Erwerbsstatistik zeigen für das Jahr 2014 34.403 auspendelnde Grenzgänger/Innen mit Hauptwohnsitz in Österreich (Mail Bettel). Eine Hinzuschätzung von Angehörigen (mangels anderer Informationen wird wiederum der Anteil an den Beitragsleistenden von 16% wie bei den Versicherten mit Wohnsitz unbekannt bzw. Ausland beim Hauptverband herangezogen)¹¹ ergibt insgesamt rund 40.000 Betroffene.

Die Differenz aus den beiden Größen (abzuziehende einpendelnde Grenzgänger/Innen inkl. anderweitig nicht versicherte Angehörige minus hinzuzuzählende auspendelnde Grenzgänger/Innen inkl. anderweitig nicht versicherte Angehörige) ergibt für den Jahresdurchschnitt 2015 rund 101.000 Personen (141.000 minus 40.000) bzw. für Ende 2015 rund 98.000 Personen (138.000 minus 40.000), die die Lücke zwischen Wohnbevölkerung und Anzahl der Versicherten vergrößern. Diese Differenz entspricht ziemlich genau den im Handbuch der österreichischen Sozialversicherung berücksichtigten abgerundeten 100.000 Versicherten mit Wohnsitz Ausland.

3.2.1.2 Asylwerber/Innen

Bei der Wohnbevölkerung zeigt sich bei einer Gegenüberstellung Ende vs. Jahresdurchschnitt 2015 ein Anstieg von 71.000 Personen, bei den beim Hauptverband registrierten Krankenversicherten (ohne KFA-Versicherte, ohne Versicherte mit Wohnsitz unbekannt/Ausland) hingegen nur von 47.000 Personen. Die Differenz von etwas über 20.000

¹¹ Der relativ geringe Anteil ist deshalb plausibel, da eine Versicherung von Angehörigen von Einpendler/Innen in Österreich bzw. umgekehrt von Angehörigen von Auspendler/Innen im Ausland nur subsidiär ist (Tel. Grillitsch).

Personen könnte auf Asylwerber/Innen zurückgehen, die bereits in der Wohnbevölkerung aufscheinen, aber (noch) nicht versichert sind bzw. zumindest (noch) nicht als versichert registriert sind.

Im Jahr 2015 wurden in Österreich insgesamt 88.340 Asylanträge gestellt (Statistik Austria 2016, 2.57). Die Asylwerber/Innen werden in der Bevölkerungsstatistik gezählt, wenn der Asylantrag gestellt bzw. angemeldet und ein Quartier bezogen wurde. Es ist auch ein rückwirkender Einbezug bei verspäteter Anmeldung möglich. In der Bevölkerungsstatistik zum 1.1.2016 sollte der überwiegende Teil der 2015 eingetroffenen Asylwerber/Innen, die auch in Österreich einen Asylantrag gestellt haben, enthalten sein. Allerdings kam es Ende 2015 aufgrund des starken Anstiegs zu gewissen Verzögerungen, die Meldebehörden waren etwas im Verzug. Ohne Personen, die nach Deutschland, etc. weitergereist sind, sowie Personen aus dem Kosovo, die hauptsächlich Anfang 2015 eintrafen und deren Antrag weitgehend negativ beschieden wurde, gab es 2015 ca. 60.000 neue Asylwerber/Innen, davon je 12.000 im Oktober und November sowie 7.000 im Dezember. Es ist möglich, dass Personen aus Oktober bis Dezember erst etwas verspätet in der Krankenversicherung angemeldet bzw. registriert wurden und daher Ende 2015 noch nicht in der Versicherten-Statistik aufschienen (Tel. Wiesbauer; vgl. dazu auch die Tendenz im Jahr 2016 in 5.1).

Auch aus Sicht der Marienambulanz Graz ist diese Erklärung für die entstandene Lücke von mehr als 20.000 Personen plausibel. 2015 gab es einen Rückstau beim Einbezug von Asylwerber/Innen in die Grundversorgung bzw. in die Krankenversicherung. Nicht nur im Jahr 2015 sondern schon langjährig wären ca. 10% der Asylwerber/Innen (vorübergehend) nicht versichert. Gründe dafür wären Probleme mit dem Quartiergeber, das Verlassen der Unterkunft oder der Wechsel des Bundeslandes (Tel. Czermak).

3.2.2 Berechnungen

Nach offiziellen Daten des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger waren im Jahre 2015 8,61 Mio. (inkl. Personen mit Wohnsitz unbekannt bzw. im Ausland 8,71 Mio.) Personen bzw. 99,9% der Bevölkerung in die soziale Krankenversicherung einbezogen.¹² Davon waren 6,55 Mio. Personen als Beitragsleistende und 1,95 Mio. Personen

¹² Aus administrativen Gründen wird beim Hauptverband die Schutz- bzw. Toleranzfrist nach Beendigung eines Dienstverhältnisses (vgl. 2.4.1) statistisch nicht erfasst. Die meisten Betroffenen sind ohnehin z.B. aufgrund von Jobwechsel, Krankengeld- oder Arbeitslosengeldbezug weiter versichert. Das bedeutet jedoch, dass z.B. Personen, die in der Zeit von bis zu sechs Wochen nach Beendigung eines Erwerbsverhältnisses keinen anderweitigen Versicherungsanspruch erworben haben oder nur etwa verabsäumt haben, sich beim AMS zu melden, (zum jeweiligen Monatsstichtag) nicht als versichert aufscheinen. Der Sachverhalt ist aber insgesamt – insbesondere auch bei einer Jahresdurchschnittsbetrachtung – nicht sehr relevant und z.B. nur dann zutreffend,

über ihre Angehörigen-Eigenschaft versichert. Geschätzte 200.000 Personen waren darüber hinaus durch die Krankenfürsorgeanstalten geschützt (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2016, 21).

Die folgenden Berechnungen für den Jahresdurchschnitt bzw. für Ende 2015 nehmen auf die in 3.1 und 3.2.1 beschriebenen Daten und Informationen Bezug. Trotz einiger zusätzlich gewonnener Daten und Informationen bestehen nach wie vor Datenlücken, -unsicherheiten und -unschärfen (z.B. zu Grenzgänger/Innen), einige spezifischere Daten, z.B. zu Freiberufler/Innen, wurden nicht weitergegeben. Es ist daher zu beachten, dass die Berechnungen lediglich eine Annäherung darstellen und die referierten Ergebnisse zu den nicht-versicherten bzw. nicht geschützten Personen auf der Basis von Zehntelprozentpunkten im Verhältnis zur Wohnbevölkerung mit äußerster Vorsicht zu interpretieren sind. Es wurden jedoch gewisse zusätzliche Daten und Informationen berücksichtigt, womit u.U. etwas genauere Abschätzungen als in den offiziellen Daten ermöglicht werden.

Unter Berücksichtigung vom beim Hauptverband registrierten Versicherten, Versicherten bei den Krankenfürsorgeanstalten ohne Doppelzählung von Angehörigen, ausschließlich privatrechtlich versicherten kammerzugehörigen Freiberufler/Innen und deren nicht anderweitig versicherte Angehörige (grobe Schätzung), Grenzgänger/Innen, Grundwehrdienern und Häftlingen wären damit in Österreich im Jahresdurchschnitt 2015 8,626 Mio. bzw. zu Jahresende 2015 8,673 Mio. Personen gegen Krankheit abgesichert. Bei Gegenüberstellung mit der Wohnbevölkerung würde dies bedeuten, dass im Jahresdurchschnitt 2015 4.000 (oder 0,0% der Wohnbevölkerung) und zu Jahresende 2015 27.000 Personen (oder 0,3% der Wohnbevölkerung) keine Absicherung gegen Krankheit aufwiesen.

wenn nach Beendigung einer Erwerbstätigkeit keine neue Erwerbstätigkeit aufgenommen wird, kein Sozialleistungsanspruch (auch nicht z.B. auf BMS) und auch keine Möglichkeit zur Anspruchsberechtigung über eine Angehörigeneigenschaft besteht (Tel. Grillitsch).

Tab. 2: Quantifizierung Personen ohne Absicherung gegen Krankheit, Jahresdurchschnitt (JD) und Ende 2015

	JD 2015 in 1.000	Ende 2015 in 1.000
Wohnbevölkerung	8.630	8.700
Versicherte ohne Krankenfürsorgeanstalten	8.507	8.551
Leistungsberechtigte Krankenfürsorgeanstalten mit OÖ ohne Doppelzählung Angehörige	+180	
Versicherte mit Wohnsitz unbekannt bzw. Ausland (~ einpendelnde Grenzgänger/Innen inkl. Angehörige)	-141	-138
Auspendelnde Grenzgänger/Innen inkl. Schätzung Anteil Angehörige (wie Wohnsitz unbekannt bzw. Ausland Hauptverband ca. 16%)	+40	
Ausschließlich privatrechtlich versicherte Freiberufler/Innen inkl. nicht anderweitig versicherte Angehörige	+20	
Grundwehrdiener	+11	
Häftlinge	+9	
Schätzung geschützte Personen	8.626	8.673
Schätzung Nicht-Geschützte (Differenz zu Wohnbevölkerung)	4	27
Nicht-Geschützte in % Wohnbevölkerung	0,0%	0,3%

Q: Benefit Consulting, BMLVS, Hauptverband, GÖG, justiz.gv.at, Statistik Austria, Uniqqa, WÄK; eigene Berechnungen Europäisches Zentrum

Die Differenz von mehr als 20.000 Nicht-Geschützten im Vergleich Jahresdurchschnitt 2015 zu Ende 2015 dürfte auf (noch) nicht krankenversicherte oder (noch) nicht als krankenversichert registrierte Asylwerber/Innen aus Oktober bis Dezember 2015, die aber bereits in der Wohnbevölkerung aufscheinen, zurückzuführen sein.

Die wesentlichen Berechnungsunterschiede im Vergleich zur offiziellen Schätzung der versicherten Personen für das Jahr 2015 (Hauptverband 2016, 21) sind die folgenden:

- Um 20.000 weniger geschätzte Leistungsberechtigte bei den Krankenfürsorgeanstalten (Berücksichtigung der Doppelzählung von anspruchsberechtigten Angehörigen);
- vollständiger Abzug von beim Hauptverband registrierten Versicherten mit Wohnsitz unbekannt bzw. Ausland; dafür auf der Gegenseite Berücksichtigung von auspendelnden Grenzgänger/Innen inkl. (Schätzung) anspruchsberechtigter Angehöriger (vom Saldo her entspricht das Ergebnis allerdings ziemlich genau den berücksichtigten gerundeten 100.000 Personen mit Wohnsitz unbekannt bzw. Ausland seitens des Hauptverbands);
- Berücksichtigung (ausschließlich privat versicherte) Freiberufler/Innen inkl. anderweitig nicht versicherter Angehöriger (grobe Schätzung), Grundwehrdiener, Häftlinge.

Aufgrund der vor allem bei jüngeren Personen anzunehmenden häufig auch nur relativ kurzen Zeiträume einer Nicht-Versicherung war ursprünglich eine statistische Annäherung an die Anzahl jener Personen, für die innerhalb des Jahres 2015 zumindest für eine (kurze) Episode

keine Krankenversicherung gegeben war, geplant. Diese Größe sollte der Anzahl der im Jahresdurchschnitt bzw. zu Ende des Jahres nicht versicherten Personen gegenübergestellt werden, um zusätzliche Informationen zur Struktur des Phänomens der Nicht-Versicherung zu gewinnen. Beispielsweise könnte angenommen werden, dass eine Person, die im Jahr 2015 für neun Monate versichert und für drei Monate nicht versichert war, im Jahresdurchschnitt als versichert aufscheint, mit der vorgeschlagenen Methodik jedoch als kurzfristig nicht versichert erfasst wird:

Es sollte, ausgehend von den der Jahresdurchschnittsermittlung des Hauptverbands zugrundeliegenden Monatsstichtags-Auswertungen der versicherten Personen, die Anzahl jener Personen ermittelt werden, für die in der Anspruchsberechtigendatenbank im Jahr 2015 für alle Stichtage eine Versicherung aufscheint. Diese Größe wäre der Anzahl der Versicherten im Jahresdurchschnitt gegenüberzustellen. In der Zusammenschau der von der Differenz betroffenen Personen, die nicht zu allen Monatsstichtagen als versichert aufscheinen, mit den Merkmalen Alter und Geschlecht hätten evtl. Hinweise auf das Ausmaß und die Betroffenheit von (kurzfristigen) Episoden einer Nicht-Versicherung (z.B. eher jüngere Personen) gewonnen werden können.

Allerdings sind seitens der Statistikabteilung des Hauptverbands nur Daten zur jeweiligen Gesamtsumme an Versicherten je Monatsstichtag verfügbar. Es sind somit nur ein absoluter Vergleich der einzelnen Stichtage untereinander, sowie mit dem Jahresdurchschnitt möglich; aber keine individuellen Verläufe verfolgbar. Die Ermittlung jener Personen, die zu allen Monatsstichtagen versichert sind, wäre nur im Rahmen einer Sonderauswertung innerhalb des Hauptverbands möglich (Tel. Grillitsch).

3.3 Sozio-demographische Merkmale von Personen, die keine Absicherung gegen Krankheit aufweisen

Auf der Ebene der Administrativdaten stehen nur Informationen zu Alter und Geschlecht zur Verfügung. Die Auswertungen erfolgten für Ende 2015. Die größte (unverzerrte) Menge mit Informationen zu beiden Parametern steht hier mit 8.695.801 Personen für die Versicherten aus der Anspruchsberechtigendatenbank des Hauptverbands (8.550.759 Personen inkl. der 137.823 Personen mit Wohnsitz unbekannt bzw. Ausland) plus der zusätzlich Leistungsberechtigten bei den Krankenfürsorgeanstalten (145.042 Personen; ohne Doppelzählungen anspruchsberechtigter Angehöriger; ohne Krankenfürsorgeanstalten Oberösterreich, bei denen nur Beitragsleistende bekannt sind) zur Verfügung. In einer

weiteren Variante werden jeweils die restlichen Beitragsleistenden von den Krankenfürsorgeanstalten Oberösterreich hinzugezählt, was jedoch zu keiner signifikanten Änderung der (relativen) Ergebnisse führt.

Da die Versicherten mit Wohnsitz unbekannt bzw. Ausland bei der Analyse nach Alter inkludiert sind (aufgrund der fehlenden Information zum Alter ist diese Gruppe bei der Analyse nicht exkludierbar), wird in manchen Referenzgruppen auch eine Überversicherung (mehr als 100% im Vergleich zur Wohnbevölkerung) ausgewiesen. Ausschlaggebend ist jedoch ohnehin der relative Versicherungsgrad zur jeweiligen Referenzgruppe nach sozio-demographischen Merkmalen. Freiberufler/Innen (keine Informationen zu Alter und Geschlecht) sind bei den Auswertungen generell nicht berücksichtigt, Grundwehrdiener und Häftlinge sind nur bei den Auswertungen nach Geschlecht (keine Informationen zum Alter) berücksichtigt.

Aufgrund von Datenunsicherheiten werden im Folgenden jeweils nur Gruppen von Versicherten mit einer Versicherten- bzw. Absicherungsquote von zumindest 0,5 Prozentpunkten unter dem jeweiligen Durchschnitts-Referenzwerten angeführt.

Bei einer ausschließlichen Betrachtung nach Geschlecht sind Männer häufiger von einer nicht vorhandenen Absicherung gegen Krankheit betroffen als Frauen.

Tab. 3: Quoten Absicherung gegen Krankheit nach Geschlecht*, 2015

	Basis: Hauptverband plus Leistungsbe-rechtigte Krankenfürsorgeanstalten (exkl. OÖ: nur Beitragsleistende bekannt)	Basis: Hauptverband plus Kranken-fürsorgeanstalten (inkl. restliche Krankenfürsorgeanstalten OÖ Beitragsleistende)
Versichertenquote: Männer und Frauen	99,0%	99,2%
Männer	minus rund 0,5 pp	

*einpendelnde Grenzgänger/Innen inkl. Angehörige abgezogen, auspendelnde Grenzgänger/Innen (ohne Angehörige) hinzugezählt; inkl. Grundwehrdiener, Häftlinge; exkl. ausschließlich privatrechtlich versicherte Freiberufler/Innen, Angehörige restliche Krankenfürsorgeanstalten OÖ, Angehörige Auspendler/Innen

Bei einer Betrachtung nach Alter und Geschlecht finden sich Konzentrationen an nicht gegen Krankheit abgesicherten Personen in absteigender Reihenfolge bei Männern im Alter von 18 bis 27 Jahren (Annahme: Präsenzdiener, Studenten, prekäre Beschäftigung, Asylwerber), Frauen im Alter von 18 bis 27 Jahren (Annahme: Studentinnen, prekäre Beschäftigung, Asylwerberinnen), Kindern im Alter von 0 Jahren (Annahme: verspätete Registrierung) sowie Männern und Frauen im Pensionsalter.

Tab. 4: Quoten Absicherung gegen Krankheit nach Alter und Geschlecht*, 2015

	Basis: Hauptverband plus Krankenfürsorgeanstalten (exkl. OÖ, wo nur Beitragsleistende bekannt)	Basis: Hauptverband plus Krankenfürsorgeanstalten (inkl. restliche Krankenfürsorgeanstalten OÖ Beitragsleistende)
Männer		
Versichertenquote	99,4%	99,5%
0 Jahre	minus 1,5 pp	
18-27 Jahre	Minimalwert bei 19 Jahren minus rund 9,5 pp	
63-73 Jahre	Minimalwerte bei 69, 70 Jahren minus rund 1 pp	
Frauen		
Versichertenquote	100,4%	100,8%
0-4 Jahre	Minimalwert bei 0 Jahren minus rund 3 pp	
18-27 Jahre	Minimalwert bei 20 Jahren minus rund 6 pp	
65-84 Jahre	Minimalwerte bei 68, 71 und 72 Jahren: minus rund 1,5 pp	

*angeführt sind jeweils Altersgruppen, bei denen die Versicherten- bzw. Absicherungsquote zumindest 0,5 Prozentpunkte unter dem jeweiligen Durchschnitts-Referenzwert liegt; einpendelnde Grenzgänger/Innen nicht abgezogen (keine Information zum Alter), auspendelnde Grenzgänger/Innen nicht hinzugezählt (keine Einzeljahre verfügbar); exkl. Grundwehrdiener, Häftlinge, ausschließlich privatrechtlich versicherte Freiberufler/Innen, Angehörige Rest Krankenfürsorgeanstalten OÖ

Eine Auswertung ausschließlich nach Altersgruppen ermöglicht auch die Berücksichtigung von Auspendler/Innen (ohne Angehörige). Signifikante Versicherungslücken finden sich in absteigender Reihenfolge bei Personen zwischen 20 und 29 Jahren (Annahme: Präsenzdiener, Student/Innen, prekäre Beschäftigung, Asylwerber/Innen), zwischen 15 und 19 Jahren (Annahme: Präsenzdiener, Asylwerber/Innen) sowie ab 65 Jahren.

Tab. 5: Auswertung Quoten Absicherung gegen Krankheit nach Altersgruppen*, 2015

	Basis: Hauptverband plus Krankenfürsorgeanstalten (exkl. OÖ, wo nur Beitragsleistende bekannt)	Basis: Hauptverband plus Krankenfürsorgeanstalten (inkl. restliche Krankenfürsorgeanstalten OÖ Beitragsleistende)
Versichertenquote Männer u. Frauen	100,4%	100,7%
15-19 Jahre	minus rund 2,5 pp	
20-29 Jahre	minus rund 3 pp	
65+ Jahre	minus rund 1 pp	

*einpendelnde Grenzgänger/Innen nicht abgezogen (keine Information zum Alter), auspendelnde Grenzgänger/Innen (nur Erwerbstätige) hinzugezählt; exkl. Grundwehrdiener, Häftlinge, ausschließlich privatrechtlich versicherte Freiberufler/Innen, Angehörige restliche Krankenfürsorgeanstalten OÖ, Angehörige Auspendler/Innen

4 Qualitative und sonstige quantitative Daten bzw. Informationen

Anmerkung: Bei der Statistik Austria gibt es keinen aktuellen Datensatz, der auch eine Variable zum (Nicht)Vorliegen eines Krankenversicherungsschutzes enthält und der für eine Sekundäranalyse des Zusammenhangs von Nicht-Versicherung mit weiteren sozio-demographischen Variablen geeignet wäre (wie z.B. jener der WHO-Studie „Gesundheit und Gesundheitsversorgung“,¹³ der im Rahmen der Studie von 2003 genutzt werden konnte) (Mail Klimont).

4.1 Studierenden-Sozialerhebung

Die aktuelle Studierenden-Sozialerhebung von 2015 umfasst alle ordentlichen Studierenden in Österreich. An der im Sommersemester 2015 durchgeführten Online-Befragung haben sich mehr als 47.000 Studierende an öffentlichen und privaten Universitäten, Fachhochschulen und Pädagogischen Hochschulen beteiligt. Sie beschreibt in erster Linie die soziale Lage von (in- und ausländischen) Studierenden in Bachelor-, Master- und Diplomstudien (mit Ausnahme von Incoming-Mobilitätsstudierenden) und gibt auch Auskunft zum Vorliegen einer Krankenversicherung bei Studierenden (IHS 2016, 11).

4.2 „Niederschwellige“ Behandlungseinrichtungen: Erhebungsblätter und Jahresberichte

In zwei „niederschweligen“ ambulanten Einrichtungen, die Krankenbehandlungen (auch) für nicht-versicherte Personen anbieten – Amber-Med Wien und Marienambulanz Graz – wurden Primär-Informationen zu nicht krankenversicherten Personen erhoben. Es wurden mittels einer kurzen Checkliste anonymisierte Aufzeichnungen zu nicht-versicherten Klient/Innen (u.a. sozio-demographische Merkmale, Grund und Dauer des Fehlens eines Versicherungsschutzes, etc.) geführt (vgl. dazu auch das Erhebungsblatt im Anhang).

Die Organisation der Erhebung und der Dateneingabe bei Amber-Med erfolgte unter Verantwortlichkeit von Mag. Martin Schenk/Diakonie Österreich. Von Dezember 2016 bis Juni 2017 wurden insgesamt 83 Klient/Innen mittels des Erhebungsblattes befragt.

¹³ Zur Primärauswertung siehe Statistik Austria 2002.

Die Erhebung bei der Marienambulanz wurde von der Sozialarbeiterin, DSA Barbara Pessl, im Rahmen der Sozialarbeit durchgeführt. Der Einsatz der Erhebungsblätter im Rahmen der laufenden Arbeit hätte einen nicht unerheblichen Zusatzaufwand dargestellt. Zusätzlich wäre u.U. eine Verunsicherung bei den Klient/Innen entstanden, die auch negativ auf die Einrichtung zurückfallen hätte können. Einige Fragen des Erhebungsblattes (z.B. zu einem potentiellen Einbezug in die Krankenversicherung) wären auch für viele Klient/Innen nicht ganz einfach zu beantworten gewesen und benötigten die Unterstützung durch eine kompetente Person. Hinzu kommt, dass in der Mehrzahl der Fälle auch ein/e Dolmetscher/In erforderlich gewesen wäre. Es konnten insgesamt 29 unversicherte Personen im Zeitraum Dezember 2016 bis August 2017 befragt werden.¹⁴

Die Aufbereitung und Auswertung der Daten aus den in Summe 112 Erhebungsblättern (Wien und Graz zusammen) erfolgte durch das Europäische Zentrum mit dem Statistikprogramm SPSS. Es ist zu beachten, dass die Ergebnisse aus den Erhebungsblättern nicht repräsentativ sind, auch Unterteilungen nach sozio-demographischen Merkmalen sind aufgrund der geringen Stichprobengröße ggf. problematisch. Die Ergebnisse aus den Erhebungsblättern werden daher auch stets für Wien und Graz zusammen referiert. Es lassen sich aber immerhin Anhaltspunkte für die Ursachen von Nicht-Versicherung und für die sozio-demographischen Merkmale der davon betroffenen Personen, etc. bieten. Für einen Überblick wurden die erhalten Verteilungen den entsprechenden Referenzdaten für die Gesamtbevölkerung gegenübergestellt. Wenn nicht explizit anders vermerkt, beziehen sich diese auf Anfang 2017.

Darüber hinaus wurden die Jahresberichte der beiden niederschweligen Einrichtungen von 2015 hinsichtlich nicht-versicherter Klient/Innen analysiert. Grundsätzlich sind bei der Versorgung und Therapieplanung in den Einrichtungen die schwierigen Lebensumstände der nicht-versicherten Klient/Innen wie z.B. Wohnungslosigkeit, finanzielle Armut, Verschuldung, psychische Probleme, etc. zu berücksichtigen.

¹⁴ Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass nur ein Ausschnitt der nicht-versicherten Klient/Innen an die Sozialarbeiterin verwiesen wird. Es handelt sich tendenziell eher um Patient/Innen, bei denen noch eine Chance auf eine Eingliederung in die Krankenversicherung besteht (z.B. im Rahmen der BMS, etc.), um Personen, die chronisch krank sind bzw. öfter in der Ambulanz vorstellig werden und (teure) Medikamente benötigen, sowie um Schwangere (Tel. Czermak).

4.2.1 Amber Med Wien: kurze Beschreibung von Funktionen, Arbeitsweise und Versorgungspraxis

Die vom Diakonie-Flüchtlingsdienst und vom Österreichischen Roten Kreuz betriebene Amber-Med in Wien bietet Menschen ohne Krankenversicherung ambulant-medizinische Versorgung mit Medikamentenhilfe und soziale Beratung. Die beiden sozialmedizinischen Hauptaufgaben sind die (Wieder)Herstellung von physiologischer, psychischer und sozialer Gesundheit und die (Re)Integration der Patient/Innen in die vorhandenen Sozial- und Gesundheitssysteme durch folgende Maßnahmen:

- Förderung der Eigenkompetenz der Patient/Innen,
- Früherkennung von infektiösen Erkrankungen,
- Vorbeugung vor Chronifizierung und Folgeschäden von Krankheiten,
- Aufklärung über latent vorhandene Krankheitsbilder (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, etc.),
- pädagogische Interventionen (z.B. Hygiene),
- Förderung des Vertrauens zu der in Österreich angebotenen Gesundheitsversorgung und
- weiterführender Zugang zu öffentlichen Angeboten und Ressourcen des Gesundheitssystems.

Amber-Med besteht aus einem ehrenamtlichen Team aus Ärzt/Innen, Therapeut/Innen, Dolmetscher/Innen und Assistent/Innen und erhält Unterstützung durch zahlreiche externe Kooperationspartner/Innen, die Ihre Leistungen ebenfalls kostenfrei zur Verfügung stellen. Zu den Merkmalen der Arbeitsweise zählen:

- Niederschwelliger Zugang zu medizinischer Versorgung,
- akute ärztliche Diagnostik, Versorgung und Beratung,
- ganzheitliches medizinisches Verständnis mit einem Schwerpunkt auf Gesundheitsvorsorge,
- Aufmerksamkeit und differenzierte Wahrnehmung hinsichtlich der Herkunft, Lebensgeschichte und Symptomatik der Patient/Innen,
- soziale Beratung zur Unterstützung der Inklusion von Patient/Innen in das Gesundheits- und Sozialsystem,
- psychologische Beratung,

- breites Fremdsprachen- und Dolmetsch-Angebot,
- Diskretion, Anonymität und Datensicherheit.

Aufgrund der eingeschränkten Ressourcen müssen Verschreibungen der einzelnen Therapien sehr sorgfältig abgewogen und das weitere medizinische Vorgehen gut überlegt werden. Alle ehrenamtlichen Mitarbeiter/Innen sind gefordert, flexibel und ressourcensparend zu arbeiten und gleichzeitig auf die besonderen Lebensumstände von nicht-versicherten Menschen Rücksicht zu nehmen (Amber-Med 2016, 6f).

Amber-Med bietet an vier Halbtagen pro Woche eine Allgemeinmedizinische Ordination an, die ohne vorhergehende Terminvereinbarung besucht werden kann. Schwerpunkte in der fachärztlichen Behandlung liegen bei Gynäkologie, Schwangerenbegleitung und Pädiatrie. Durch eine Kooperation mit dem Hebammenzentrum gibt es zweimal im Monat die Möglichkeit für Schwangere und ihre Angehörigen, eine Beratung durch eine Hebamme in Anspruch zu nehmen. Weiters gibt es fachärztliche Betreuung in den Bereichen Neurologie, Psychiatrie, Kardiologie, Diabetes, Urologie und Dermatologie. Den Bedarf an zahnärztlicher und augenärztlicher Behandlung deckt Amber-Med ausschließlich über externe Kooperationspartner/Innen. Die Einrichtung bietet auch die Möglichkeit der kostenfreien Medikamentenabgabe, wobei sie ihrerseits auf Medikamentenspenden von Pharmaindustrie, Apotheken, Ordinationen und Privatpersonen angewiesen ist (Amber-Med 2016, 14ff).

Zusätzlich stand für Krisenintervention und psychologische Beratung im Jahr 2015 eine Therapeutin/Psychologin zur Verfügung. Aufgrund der Lebensumstände (unsicherer Aufenthalt, Instabilität) ist langfristig angelegte Psychotherapie oft nicht sinnvoll. Amber-Med bietet daher schwerpunktmäßig psychologische und psychotherapeutische Krisenintervention zur Entlastung und Stabilisierung an (Amber-Med 2016, 18).

Im Rahmen der Sozialarbeit wurde im Jahr 2015 mehr als ein Drittel aller Patient/Innenkontakte durch Betreuung, Beratung und Unterstützung begleitet. Die sozialmedizinischen Anliegen sind vielfältig, die häufigsten Beratungsinhalte für unversicherte Personen sind:

- Informationen über das Sozialversicherungssystem in Österreich,
- Auslotung der Patient/Innen-Ressourcen,
- Betreuungsangebote für Schwangere und junge Mütter (inkl. fehlender Untersuchungen im Rahmen des Mutter-Kind-Passes),

- vernetzende Beratung zu anderen Einrichtungen,
- Interventionen bei Rechnungen für Heilkosten,
- Beschaffung von Therapieplätzen, Heil- und Hilfsmitteln,
- Beratung bei persönlichen Krisen und Problemen (Wohnungslosigkeit, Überschuldung, Probleme mit Behörden, Angst vor Abschiebung, etc.).

Zur potentiellen Lösung der Problemlagen erfolgt eine gezielte Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen (Notschlafstellen, Wohn- und Rechtsberatung, Suchtberatung, etc.), von denen konkrete Unterstützung zu erwarten ist (Amber-Med 2016, 17f).

4.2.2 Marienambulanz Graz: kurze Beschreibung von Funktionen, Arbeitsweise und Versorgungspraxis

Bei der Arbeit der von der Caritas geführten Marienambulanz werden folgende wesentliche Ziele bzw. Funktionen verfolgt:

- Medizinische Versorgung: Menschen ohne Krankenversicherung sowie Menschen, die die Schwelle in das „reguläre“ Gesundheitssystem nicht überwinden können, erhalten eine rasche und unbürokratische medizinische Erst- und Grundversorgung.
- „Eintrittspforte“ in das Gesundheits- und Sozialsystem: Mittel- und langfristig besteht das Ziel, Klient/Innen in das Gesundheits- und Sozialsystem zu (re)integrieren. Die Hauptaufgabe im Rahmen der Beratung durch die Sozialarbeit besteht in der Abklärung, warum kein Versicherungsschutz besteht, bzw. wie eine Integration erfolgen könnte. Hierzu ist eine Vernetzung und Zusammenarbeit mit Versicherungsanstalten und anderen betreuenden Einrichtungen zentral. 2015 hat sich insbesondere die Zusammenarbeit mit der Gebietskrankenkasse intensiviert. Häufige Rückfragen betreffen EU-Abfragen und Informationen über Leistungsansprüche.
- Prävention: Neben der allgemeinen Vorsorgeuntersuchung wird auch die Vorsorge und Früherkennung von chronischen Krankheiten (insbesondere Diabetes) angeboten (Marienambulanz 2016, 5f/21).

Die Arbeitsweise der Marienambulanz kann anhand folgender Schwerpunkte illustriert werden:

- Niederschwelligkeit: Es besteht keine Versicherungs-, Ausweis- und wie immer geartete Kostenbeteiligungspflicht. Bei Bedarf erfolgt auch eine Gratis-Mitgabe von Medikamenten.
- Nachgehende Arbeit: Ein Kleinbus in Form einer „Rollenden Ambulanz“ fährt einmal wöchentlich Notschlafstellen und öffentliche Plätze an. Weiters werden Menschen in Unterkünften bzw. Einrichtungen der Caritas, in Flüchtlingsquartieren sowie im Drogen-Streetwork medizinisch betreut. Oftmals erfolgt dabei eine erstmalige Diagnosestellung und Therapieeinleitung.
- Ganzheitlichkeit: Bei der Therapieplanung müssen schwierige Lebensumstände wie z.B. Wohnungslosigkeit, finanzielle Armut, etc. mitberücksichtigt werden. Es werden daher bei der Behandlung neben den körperlichen auch soziale, wirtschaftliche, kulturelle und psychische Gegebenheiten berücksichtigt.
- Kooperationen: Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit vielen Einrichtungen innerhalb und außerhalb der Caritas, z.B. Notschlafstellen, Schwangerenberatung und Flüchtlingsregionalbetreuung. Dadurch können vielschichtige Probleme auf mehreren Ebenen angegangen werden. Weiters gibt es Ärzt/Innen und Krankenhäuser, die unentgeltlich unversicherte Patient/Innen der Marienambulanz (über einen „internen Überweisungsschein“ nach Terminvereinbarung) behandeln (Marienambulanz 2016, 6f/14/17).

Bei insgesamt 8.216 Kontakten in den Ordinationen der Marienambulanz im Jahr 2015 wurde in 83% der Fälle die Allgemeinmedizin, in 8% die Frauensprechstunde, in 7% die Psychiatriesprechstunde und in 2% die Diabetessprechstunde frequentiert (Marienambulanz 2016, 14).

Neben Ärzt/Innen und Krankenpersonal arbeiten verschiedenste Berufsgruppen wie z.B. Dolmetscher/Innen, Sozialarbeiterin, Hebamme, Psychotherapeutin, Masseur, Physiotherapeut zusammen, der Großteil davon ehrenamtlich (Marienambulanz 2016, 7).

Die unversicherten Patient/Innen bekommen im Bedarfsfall mittels Überweisung einen Termin bei einem der Kooperationspartner. Es gibt aber auch Einzelfälle, in denen die Einweisung von Betroffenen in ein öffentliches Krankenhaus unumgänglich ist, z.B. bei gravierenden Problemen in der Schwangerschaft, bei Notfällen oder Unfällen (Marienambulanz 2016, 12).

Die Sozialarbeiterin klärt in ihren Beratungsgesprächen mit Klient/Innen (ca. neun Stunden pro Woche) in erster Linie ab, warum kein Versicherungsschutz besteht bzw. wie eine Integration in Gesundheits- und Sozialsystem erfolgen könnte. Hierzu ist eine Vernetzung und Zusammenarbeit mit Versicherungsanstalten und anderen betreuenden Einrichtungen zentral. Im Jahr 2015 wurden insgesamt 96 Personen der Sozialarbeiterin vorgestellt, dabei handelte es sich zu 84% um Personen ohne österreichische Staatsbürgerschaft (Marienambulanz 2016, 21/23).

4.3 Expert/Inneninterviews

Zusätzlich zu der Erhebung in niederschweligen Einrichtungen wurden zwei halbstrukturierte Expert/Inneninterviews mit Mitarbeiter/Innen von Institutionen, die mit Gruppen arbeiten bzw. diese vertreten, die gefährdet sind, den Krankenversicherungsschutz zu verlieren oder keinen zu erwerben, geführt:

- Caritas Sozialberatung Wien: DSA Andrea Abedi, Sozialarbeiterin, stellvertretende Einrichtungsleiterin; Maria Madreiter, Sozialarbeiterin; 11. Juli 2017;
- GPA-djp IG-Flex¹⁵: Veronika Bohrn-Mena, IG-Sekretärin; 9. Juni 2017.

Ergänzend wurden diverse Recherchen per Telefon und Mail durchgeführt (vgl. dazu die entsprechenden Anmerkungen und das Verzeichnis unter 7.2.). Die Expert/Inneninterviews und die Recherchen wurden vom Europäischen Zentrum durchgeführt.

4.3.1 Caritas Sozialberatung Wien: kurze Beschreibung von Angebot und Zielgruppen

Zielgruppe der Sozialberatung sind alle erwachsenen Personen mit Hauptwohnsitz in Wien, die sich in einer finanziellen Notsituation befinden. Die Sozialberatung für österreichische Staatsbürger/Innen, die Schwangerenberatung und das Migrant/Innenzentrum wurden im Oktober 2016 zusammengelegt. Für wohnungslose Personen bzw. Asylwerber/Innen sind andere Einrichtungen (P7 bzw. Asylzentrum) zuständig. Menschen in betreuten Wohnformen gehören ebenfalls nicht zur Zielgruppe, weil diese bereits eine sozialarbeiterische Anbindung haben.

¹⁵ Gewerkschaft der Privatangestellten, Druck, Journalismus, Papier: Interessengemeinschaft für Menschen mit atypischen Beschäftigungen.

Folgende Angebote werden von der Einrichtung bereitgestellt:

- Sozialberatung; sozial-rechtliche Informationen; Informationen zu Möglichkeiten der Krankenbehandlung, falls akut keine Krankenversicherung vorliegt; Beratung auch in Zusammenhang mit dem Fremdenrecht.
- Abklärung und Informationsanrufe, eher innerhalb Österreichs; aber keine „Begleitung“ von Klient/Innen.
- Bei Bedarf und nach Möglichkeiten finanzielle Unterstützung.

4.3.2 GPA djp IG Flex: kurze Beschreibung von Angebot, Vertretungsumfang und Zielgruppen

Der Vertretungsumfang der IG Flex umfasst atypische Beschäftigung bzw. jede Beschäftigung außerhalb regulärer Beschäftigung (exkl. Teilzeit). Die Interessensgemeinschaft ist branchenübergreifend und stellt eine Ergänzung zur regulären Gewerkschaftsarbeit bzw. Branchenvertretung dar, da es hier Probleme bei der Vertretung von atypisch Beschäftigten gibt.

Die Aufgabengebiete beziehen sich auf Interessens- und politische Vertretung, die Entwicklung von Angeboten und das Verfassen von Broschüren. Zusätzlich wird auch mit „watchlist-prekaer.at“ eine Servicestelle betrieben, die auch die Möglichkeit der (anonymen) Meldung von prekären bzw. irregulären Arbeitsverhältnissen inkl. verantwortlicher Arbeitgeber/Innen bietet. Bei Verdacht auf unlautere Praktiken werden die Daten an die Sozialversicherung weitergeleitet, es ist auch eine juristische Vertretung von Klient/Innen möglich. Eine Beratung findet hingegen eher dezentral in den Gewerkschaftseinrichtungen statt.

Die Themenschwerpunkte betreffen Scheinselbständigkeit, Praktika und andere atypische Arbeitsformen. Es können aber auch Selbständige ohne Angestellte, die nicht Mitglied der Arbeiterkammer sein können und sich von der Wirtschaftskammer häufig nicht ausreichend vertreten fühlen, Mitglied werden (derzeit ca. 9.000).

Zentrale, diametrale Parameter zur Einteilung der Zielgruppe der IG Flex sind Alter und Bildungsniveau:

- Personen bis 35 Jahre („Praktikant/Innen“): jung, akademisch, gut ausgebildet; haben Probleme, reguläre Anstellung zu finden.

- Frauen ab Ende 40 bzw. Männer ab Mitte 50: Regulären Job verloren, Kündigung, Neuorientierung (nur wenige Klient/Innen sind zwischen 35 und 50 Jahren).
- Das Bildungsniveau ist entweder sehr gering oder sehr hoch, z.B. „selbständige Regalbetreuer/Innen“ und Pflichtschulabschluss oder Akademiker/Innen (wenige Klient/Innen aus Bildungsschicht dazwischen).

4.4 Ergebnisse

4.4.1 Anzahl/Anteil (unversicherte) Personen bzw. Klient/Innen

Inklusive Doktorats- und Incoming-Mobilitätsstudierenden gab es im Sommersemester 2015 insgesamt 328.000 Studierende an österreichischen Hochschulen (IHS 2016, 17).¹⁶ 1,4% der Studierenden wiesen zum Befragungszeitpunkt im Sommersemester 2015 nach eigener Angabe keine Krankenversicherung auf (IHS 2016, 194). Dies wären in absoluten Zahlen rund 4.500 Personen oder 0,05% der Bevölkerung gemessen am Jahresdurchschnitt 2015 (www.statistik.at: Bevölkerung). Studierende dürften damit im Vergleich zur Gesamtbevölkerung deutlich überproportional ohne Krankenversicherung sein.

Amber-Med Wien betreute im Jahr 2015 insgesamt 2.445 Patient/Innen (0,03% der Wohnbevölkerung). Hinzu kamen ca. 3.000 Behandlungen von durchreisenden Fremden und Asylwerber/Innen, die Amber-Med gemeinsam mit anderen Hilfsorganisationen an diversen Standorten durchführte (Amber-Med 2016, 9).

In der Marienambulanz in Graz wurden im Jahr 2015 insgesamt 820 nicht versicherte Patient/Innen (0,01% der Bevölkerung) betreut. Im Rahmen der „Rollenden Ambulanz“ wurden zusätzlich 891 Kontakte gezählt (Marienambulanz 2016, 10/18).

Bei einer Beobachtung von insgesamt 6.800 Klient/Innen der Caritas Sozialberatung in Wien von Anfang Jänner 2016 bis Ende Juni 2017 gaben zum Zeitpunkt der Vorsprache 5% dezidiert an, über keine Krankenversicherung zu verfügen (für 47% war der betreffende Status unbekannt). Allerdings waren darin auch Personen inbegriffen, die nur vorübergehend keine Krankenversicherung aufweisen, weil etwa Leistungen noch in Bearbeitung waren oder sich deren Auszahlung verzögerte, sowie Personen, bei denen zumindest grundsätzlich eine Eingliederungsmöglichkeit in die Krankenversicherung bestand. Der Anteil jener Klient/Innen, die generell nicht versichert sind und aufgrund ihrer Lebenssituation auch kaum

¹⁶ Da Studierende, die in mehr als einem Sektor inskribiert sind, nicht als solche identifiziert werden können, werden diese mehrfach gezählt, weshalb die Gesamtzahl leicht überschätzt ist.

eine Möglichkeit haben, in die Krankenversicherung integriert zu werden, wird auf rund 1% geschätzt (Interview Abedi/Madreiter).

4.4.2 Sozio-demographische Merkmale

4.4.2.1 Geschlecht

Auf Basis der Daten der Studierenden-Sozialerhebung lassen sich bei den nicht-krankenversicherten Student/Innen keine wesentlichen Unterschiede nach Geschlecht ausmachen (IHS 2016, 204).

Von den 2.445 Patient/Innen der Amber-Med Wien im Jahr 2015 waren inkl. minderjähriger Klient/Innen 51% weiblichen und 49% männlichen Geschlechts (Amber-Med 2016, 10). Von den 681 nicht versicherten volljährigen Patient/Innen der Marienambulanz Graz im Jahr 2015 waren hingegen 37% Frauen und 63% Männer. Von den 891 Kontakten im Rahmen der „Rollenden Ambulanz“ entfielen 79% auf Männer (Marienambulanz 2016, 10/18).

In der Stichprobe der Erhebungsblätter finden sich zu 63% Personen weiblichen Geschlechts. Diese stellen auch in allen Untergruppen nach Alter und Staatsbürgerschaft die Mehrheit. Der Anteil der männlichen Personen ist bei den über 60-Jährigen (47%) und bei den Österreicher/Innen (44%) am höchsten.

Zur Sozialberatung der Caritas Wien kommen im Falle von nicht-versicherten Klient/Innen eher Frauen (mit Kindern), Männer tendenziell seltener. Es handelt sich häufig um Familien mit vielen Kindern (Interview Abedi/Madreiter).

Sowohl bei der Gesamtbevölkerung Österreichs als auch bei der Bevölkerung ab 18 Jahren liegt der Anteil der Personen weiblichen Geschlechts bei rund 51% (www.statistik.at: Bevölkerung). Im Rahmen der Erhebungsblätter und bei der Caritas Sozialberatung Wien haben überproportional nicht-versicherte weibliche Personen Behandlung, Betreuung bzw. Unterstützung nachgefragt. Dies auch, obwohl männliche Personen nach den administrativen Daten einen etwas geringeren Versicherungsgrad aufweisen (-0,5 Prozentpunkte gegenüber dem Durchschnitt; vgl. 3.3). Hingegen entspricht der Frauenanteil bei allen Klient/Innen der Amber-Med im Jahr 2015 exakt dem Bevölkerungsanteil von Frauen, während die Jahresdaten der Marienambulanz Graz für 2015 bei nicht versicherten Patient/Innen einen überwiegenden Männeranteil zeigen. Es kann somit nicht beurteilt werden, ob es geschlechtsbezogene Unterschiede beim Aufsuchen von niederschweligen Behandlungs- bzw. Beratungseinrichtungen gibt.

4.4.2.2 Alter

Nach Alter betrachtet weisen nach der Studierenden-Sozialerhebung Studierende zwischen 26 und 30 Jahren mit einer Quote von 2,1% am häufigsten keine Krankenversicherung auf (21 bis 25 Jahre und über 30 Jahre jeweils 1,3%; unter 21 Jahren 0,9%). Der Altersdurchschnitt bei den unversicherten Personen liegt bei 27,1 Jahren und somit etwas über dem Altersdurchschnitt aller Studierenden von 26,2 Jahren (IHS 2016, 27/194/204).

Bei der Amber-Med Wien waren die männlichen Patienten im Jahr 2015 im Durchschnitt 45 Jahre alt (Spannweite 0 bis 75 Jahre), die weiblichen Patientinnen 43 Jahre (Spannweite 0 bis 69 Jahre). Ca. 10% der behandelten Personen waren minderjährig (Amber-Med 2016, 10). Das Durchschnittsalter der Patient/Innen in der Marienambulanz Graz lag im Jahr 2015 bei 32 Jahren, wobei rund 17% der Klient/Innen minderjährig waren (Marienambulanz 2016, 10f).

In der Stichprobe der Erhebungsblätter finden sich von den Personen ab 18 Jahren¹⁷ 36% in der Altersgruppe 18-29 Jahre, 47% in der Altersgruppe 30-59 Jahre und 18% in der Altersgruppe ab 60 Jahren. Das Durchschnittsalter in der Stichprobe (ab 18 Jahren) beträgt 41 Jahre. Das höchste Durchschnittsalter ergibt sich für Österreicher/Innen (45 Jahre), das niedrigste für Nicht-Europäer/Innen (38) bzw. Personen aus dem sonstigen Europa (39).

Bei der Caritas Sozialberatung Wien sind unter den nicht-versicherten Migrant/Innen insbesondere junge Personen anzutreffen, aber auch einige ältere Personen. Jüngere Personen, die „Probleme“ mit ihren Eltern aufweisen, oder Personen mit Drogenproblemen gehören eher nicht zur Klient/Innengruppe (Interview Abedi/Madreiter).

Das Durchschnittsalter in der Gesamtbevölkerung (bzw. ab 18 Jahren) beträgt ungefähr 43 (bzw. 49) Jahre (www.statistik.at: Bevölkerung). Somit wäre das Durchschnittsalter der Patient/Innen in der Amber-Med Wien 2015 leicht überdurchschnittlich, jenes der Patient/Innen in der Marienambulanz Graz hingegen deutlich unterdurchschnittlich. Auch bei den Erhebungsblättern ergibt sich ein deutlich unterdurchschnittliches Alter.

Gegenüber der Verteilung in der Bevölkerung ab 18 Jahren sind bei den Erhebungsblättern 18-29-Jährige (36% vs. Bevölkerung 19%) deutlich überrepräsentiert, Personen ab 60 Jahren (18% vs. Bevölkerung 29%) hingegen unterrepräsentiert (www.statistik.at: Bevölkerung). Nach den administrativen Daten sind 20-29-Jährige seltener versichert als der Durchschnitt (-3,0 pp), aber auch über 65-Jährige (-1,0 pp) (vgl. 3.3).

¹⁷ In der Stichprobe gab es noch drei Personen (3%) unter 18 Jahren.

Abgesehen von den Jahresdaten der Amber-Med Wien für 2015 scheinen jüngere Klient/Innen in verstärktem Maße eine Einrichtung für unversicherte Patient/Innen in Anspruch zu nehmen.

4.4.2.3 Bildungsniveau/soziale Schicht

Studierende aus niedriger sozialer Schicht bzw. Herkunft (es sind nur Studierende mit inländischen Eltern in die Betrachtung einbezogen) weisen mit 0,3% eine etwas geringere Wahrscheinlichkeit auf, derzeit über keine Krankenversicherung zu verfügen, als Studierende aus mittlerer, gehobener und hoher Schicht (Anteil jeweils 0,5%; zu den Gründen vgl. 4.4.5) (IHS 2016, 204).

In der Stichprobe der Erhebungsblätter wiesen 60% der Klient/Innen Pflichtschule als höchste abgeschlossene Ausbildung auf. 11% verfügten über eine Lehrausbildung, jeweils 10% über einen BMS-Abschluss bzw. Matura sowie 8% über einen Uni- bzw. Fachhochschulabschluss. Das Bildungsniveau ist in der Stichprobe bei Österreicher/Innen sowie Personen unter 30 Jahren am höchsten, bei Nicht-Europäer/Innen am geringsten. Nur 4% der Befragten befinden sich derzeit in einer Ausbildung. Am höchsten ist der Anteil mit 12% bzw. 11% bei unter 30-Jährigen bzw. bei Österreicher/Innen.

Nach Angaben der Caritas Sozialberatung Wien handelt es sich bei den nicht-versicherten Klient/Innen in erster Linie um eher bildungsferne Schichten. Relativ gut gebildet sind allerdings Frauen mit EU-Leistungsangelegenheiten (Unklarheit, welche Behörde bzw. welches Land innerhalb der EU für den Versicherungsschutz zuständig ist; siehe 4.4.8.5) (Interview Abedi/Madreiter).

Bei den nicht-krankenversicherten Personen handelt es sich somit erwartungsgemäß um Personen mit geringer Bildung. Mitte 2015 betrug der Anteil von Personen ab 15 Jahren in der Gesamtbevölkerung mit höchstens Pflichtschulabschluss 27% (Erhebungsblätter: 60%), hingegen verfügten 32% über eine Lehrausbildung (Erhebungsblätter: 11%) (www.statistik.at: Bildung, Kultur).

4.4.2.4 Familienstand

In der Stichprobe der Erhebungsblätter waren 38% der Klient/Innen alleinstehend bzw. ledig, 37% befanden sich in einer Partnerschaft, 18% waren geschieden bzw. getrennt lebend und 7% verwitwet. Am ehesten in einer Partnerschaft befanden sich Personen unter 30 Jahren (51%) sowie Frauen (48%).

Nach Angaben der Caritas Sozialberatung Wien zeigt sich bei den unversicherten Klient/Innen hinsichtlich Familienstand ein „Mix“ und keine eindeutige Tendenz (Interview Abedi/Madreiter).

In der Gesamtbevölkerung lebten Mitte 2016 von allen Personen außerhalb Anstaltshaushalten 49% in einer Partnerschaft, exkl. als Kind in einer Familie lebende Personen sogar 67% (www.statistik.at: Bevölkerung). Es kann daher vermutet werden, dass sich nicht-krankenversicherte Personen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung seltener in einer Partnerschaft befinden.

4.4.2.5 Staatsbürgerschaft¹⁸ bzw. Migrationshintergrund

Im Rahmen der Studierenden-Sozialerhebung weisen bei Bildungsausländer/Innen 5% keine Krankenversicherung auf, bei Bildungsinländer/Innen lediglich 0,5%. Unter den Bildungsinländer/Innen mit Migrationshintergrund der ersten bzw. der zweiten Generation beträgt die Nicht-Versichertenquote 2,2% bzw. 2,4%, unter den Bildungsinländer/Innen ohne Migrationshintergrund nur 0,4% (IHS 2016, 194).

Nach dem Jahresbericht der Amber-Med Wien für 2015 sind die zwei großen Gruppen von Klient/Innen Personen mit Migrationshintergrund sowie Asylwerber/Innen (unabhängig vom derzeitigen Status des Verfahrens). Von den insgesamt 2.445 Klient/Innen waren 32% Asylwerber/Innen.¹⁹ Nach Staatsbürgerschaft kamen 4% der Patient/Innen aus Österreich, 31% aus EU-Ländern, 19% aus Rest-Europa und 38% aus Ländern außerhalb Europas (bei 7% war die Herkunft unbekannt) (Amber-Med 2016, 10f).

Auch bei der Marienambulanz Graz handelt es sich bei den unversicherten Patient/Innen im Jahr 2015 in erster Linie um Personen mit Migrationshintergrund. Auch die Flüchtlingsbewegungen (aus Syrien, Irak, Afghanistan) waren seit Herbst 2015 deutlich spürbar. 4% aller unversicherten Klient/Innen waren Österreicher/Innen. Von den rund 550 nicht-versicherten Klient/Innen, für die Informationen zur Staatsbürgerschaft im Jahresbericht zur Verfügung stehen (rund 67% von insgesamt 820), kamen 6% aus Österreich, 69% aus EU-Ländern, 2% aus anderen europäischen Ländern und 24% aus nicht-europäischen Ländern (Marienambulanz 2016, 13).

¹⁸ Die Türkei und Russland werden in den folgenden Auswertungen zu Europa gezählt.

¹⁹ Nicht enthalten in dieser Zahl ist die mobile medizinische Versorgung von durchreisenden Fremden und Asylwerber/Innen, die im Rahmen von Spontanhilfe-Maßnahmen von August bis Dezember 2015 durchgeführt wurde.

In der Stichprobe der Erhebungsblätter kamen 8% der Befragten aus Österreich, 39% aus EU-Ländern sowie jeweils 27% aus übrigen europäischen Ländern bzw. aus nicht-europäischen Ländern. Am höchsten war der Anteil der Österreicher/Innen bei den über 60-Jährigen Klient/Innen mit 17%.

Nach Angaben der Caritas Sozialberatung Wien sind von Nicht-Versicherung in erster Linie EU-Staatsbürger/Innen, vorwiegend aus ärmeren Ländern (Rumänien, Bulgarien, Ungarn, Slowakei), sowie Migrant/Innen aus Drittländern betroffen. Dazu kommen ehemalige Asylwerber/Innen, die im Rahmen des Bleiberechts eine RWR-Karte plus bekommen. Obwohl bei diesen Personen grundsätzlich eine Krankenversicherung bestehen sollte, werden auch Asylberechtigte (Interview Abedi/Madreiter) sowie Asylwerber/Innen, deren Verfahren negativ abgeschlossen wurde (Dawid/Heitzmann 2015, 179), als von Nicht-Krankenversicherung Betroffene genannt. Bei österreichischen Staatsbürger/Innen handelt es sich eher um Einzelfälle (Interview Abedi/Madreiter).

Insgesamt zeigt sich, dass österreichische Staatsbürger/Innen, deren Anteil in der Bevölkerung 85% beträgt (www.statistik.at: Bevölkerung), unter den nicht-krankenversicherten Personen deutlich unterrepräsentiert sind.

4.4.2.6 Wohnsituation

Nach Angaben der Caritas Sozialberatung Wien ist die Wohnungsproblematik generell ein großes Thema, da sich die Klient/Innen mit fehlendem Krankenversicherungsanspruch mit ihren geringen Einkommen die teuren Wohnungen kaum leisten können. Es herrschen daher prekäre Wohnverhältnisse vor. Für die Beratung selbst ist ein Meldezettel Voraussetzung (für Wohnungslose gibt es eine eigene Beratungsstelle). Es gibt aber immer wieder verdeckt wohnungslose Klient/Innen. Dabei handelt es sich in erster Linie um Frauen, die im Familien- oder Bekanntenkreis Unterkunft finden und dort vorübergehend gemeldet sind (Interview Abedi/Madreiter).

Wohnungslosigkeit ist z.T. einer der schwierigen Lebensumstände von Klient/Innen der Marienambulanz Graz (Marienambulanz 2016, 14). Von den Klient/Innen der Amber-Med Wien im Jahre 2015 lebten 80% in einer privaten Unterkunft, 8% in einem Wohnquartier, 2% waren wohnungslos. Die Patient/Innen in Privatunterkünften leben oft in sehr beengten Verhältnissen mit schlechter Ausstattung, prekären Verträgen und überteuerten Mietpreisen (Amber-Med 2016, 13f).

In der Stichprobe bei den Erhebungsblättern gaben 28% der Klient/Innen an, wohnungslos zu sein. Überdurchschnittlich hoch war dieser Anteil bei den über 60-Jährigen

(37%), bei den Nicht-Europäer/Innen (35%), bei Männern (34%), bei EU-Staatsbürger/Innen (33%) sowie bei 30-59-Jährigen (32%). Es könnte aber sein, dass von mehreren Klient/Innen das Wohnen in einem Wohnquartier als wohnungslos eingestuft wurde.

Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass Wohnungslosigkeit bzw. eine prekäre Wohnsituation bei nicht-krankenversicherten Personen relativ häufig anzutreffen ist.

4.4.2.7 Haushaltsgröße

In der Stichprobe der Erhebungsblätter gaben 81% der Klient/Innen an, nicht alleine in einem Haushalt zu leben. Überdurchschnittlich hoch war dieser Anteil bei Personen aus den übrigen europäischen Ländern (100%), bei Personen unter 30 Jahren (93%) sowie bei Frauen (84%). Im Durchschnitt betrug die Haushaltsgröße 2,7 Personen, wobei diese wiederum bei Personen aus dem restlichen Europa (3,4), bei Personen unter 30 Jahren (2,9) sowie bei Frauen (2,8) überdurchschnittlich ausfiel.²⁰

Von allen Personen in Privathaushalten in Österreich waren Mitte 2016 83% nicht alleinlebend. Die durchschnittliche Haushaltsgröße betrug 2,2 Personen (www.statistik.at: Bevölkerung). Damit entsprach der Anteil der nicht Alleinlebenden in der Stichprobe in etwa jenem in der Gesamtbevölkerung; die durchschnittliche Haushaltsgröße war jedoch etwas größer als in der Gesamtbevölkerung. Allerdings stellt sich die Frage, inwieweit die potentielle Unterbringung in Wohnquartieren bei diesem Vergleich eine Rolle spielt.

Im Rahmen der Stichprobe wohnten 23% der Klient/Innen gemeinsam mit Kindern unter 14 Jahren²¹ im Haushalt. Überdurchschnittlich war dieser Anteil bei Personen mit österreichischer Staatsbürgerschaft (33%), bei über 60-Jährigen (32%), bei Personen aus dem restlichen Europa (31%) sowie bei Frauen (27%). Im Durchschnitt lebte eine Person in der Stichprobe mit 0,4 Kindern unter 14 Jahren zusammen. Überdurchschnittlich hoch war dieser Wert bei Klient/Innen aus dem restlichen Europa (0,7) sowie bei über 60-Jährigen (0,6).

In der Gesamtbevölkerung beträgt der Anteil der Haushalte mit Kindern unter 15 Jahren an allen Haushalten 20%, die durchschnittliche Anzahl beträgt 0,3. Somit dürfte das Zusammenleben mit Kindern unter 14 Jahren bei Personen in der Stichprobe etwas häufiger vorkommen als in der Gesamtbevölkerung.

²⁰ Die entsprechenden Ergebnisse aus den Erhebungsblättern sind inkl. Personen, die angaben, wohnungslos zu sein, da die entsprechenden Verteilungen ähnlich wie unter Ausschluss dieser Personen ausfielen, und mit deren Einbezug insgesamt mehr Fälle in der Auswertung inkludiert sind.

²¹ Das Kriterium „Kinder unter 14 Jahren“ wurde in den Erhebungsblättern aufgrund der Ermöglichung der Berechnung eines Äquivalenz-Einkommens herangezogen.

4.4.2.8 „Lebensunterhalt“

Nach Auskunft der Caritas Sozialberatung Wien können sich die nicht-versicherten Klient/Innen nur schwer in den Arbeitsmarkt integrieren. Ein weiterer Teil verfügt zwar über eine (prekäre) Beschäftigung, die aber nicht für einen Versicherungsschutz qualifiziert (Interview Abedi/Madreiter).

In der Stichprobe der Erhebungsblätter wurde als häufigster „Lebensunterhalt“ Arbeitslosigkeit ohne Anspruch auf Arbeitslosengeld/Notstandshilfe angegeben (41%), gefolgt von Nicht-Erwerbstätigkeit aufgrund eines fehlenden Aufenthaltstitels (14%) und dem Status als Hausfrau bzw. -mann (13%).

Tab. 6: Erhebungsblätter: „Lebensunterhalt“ (nicht repräsentativ!)

Situation	Anteil %
Arbeitslosigkeit ohne Anspruch auf AMS-Leistung	41
Keine Erwerbstätigkeit, da kein Aufenthaltstitel	14
Hausfrau/-mann	13
Nicht angemeldet beschäftigt	8
Arbeitsunfähig/Schwangerschaft	5
In Ausbildung	5
(Auslands)Pension/Sozialhilfe	4
Geringfügig beschäftigt (ohne Opting-In)	3
Asylwerber/In bzw. positiver Asylbescheid	3
Touristisches Visum bzw. zu Besuch in Österreich	2
Tagestruktur nach BHG	1
Sonstiges	1

n=112

Abgesehen von Personen mit einer Staatsbürgerschaft aus dem restlichen Europa bzw. außerhalb Europas (hier: „keine Erwerbstätigkeit, da kein Aufenthaltstitel“ mit einem Anteil von 31% bzw. 21%) stellt Arbeitslosigkeit ohne Anspruch auf Arbeitslosengeld/Notstandshilfe auch in allen Untergruppen nach Geschlecht, Alter und Staatsbürgerschaft die häufigste Angabe zum „Lebensunterhalt“ dar. Relativ am häufigsten geben dies Männer (61%), EU-Staatsbürger/Innen (60%) und Österreicher/Innen (56%) an. Die Angabe Haushalt spielt insbesondere bei über 60-Jährigen (21%), Frauen (20%) und unter 30-Jährigen (17%) eine Rolle, während das Kriterium (Auslands)Pension/Sozialhilfe insbesondere auf Österreicher/Innen (22%) und über 60-Jährige (21%) zutrifft.

Tab. 7: Erhebungsblätter: Häufigste Angaben zum „Lebensunterhalt“ nach Untergruppen (nicht repräsentativ!)

Gruppe	1. Angabe	2. Angabe	3. Angabe
Männer	Arbeitslos ohne Anspruch AMS 61% (+)	Kein Aufenthaltstitel, keine Erwerbstätigkeit 15%;	Geringfügig beschäftigt 7% (+)
Frauen	Arbeitslos ohne Anspruch AMS 30% (-)	Haushalt 20% (+)	Kein Aufenthaltstitel, keine Erwerbstätigkeit 14%
Unter 30 Jahren	Arbeitslos ohne Anspruch AMS 29% (-),	Haushalt 17% (+)	Kein Aufenthaltstitel, keine Erwerbstätigkeit 17% (+)
30-59 Jahre	Arbeitslos ohne Anspruch AMS 50% (+)	Nicht angemeldet beschäftigt 16% (+);	Kein Aufenthaltstitel, keine Erwerbstätigkeit 16%
60+ Jahre	Arbeitslos ohne Anspruch AMS 47% (+),	Haushalt 21% (+),	(Auslands)Pension/- Sozialhilfe 21% (+)
Österreich	Arbeitslos ohne Anspruch AMS 56% (+),	(Auslands)Pension/- Sozialhilfe 22% (+)	-
EU	Arbeitslos ohne Anspruch AMS 60% (+)	Haushalt 14%	-
Restliches Europa	Kein Aufenthaltstitel, keine Erwerbstätigkeit 31% (+)	Arbeitslos ohne Anspruch AMS 28% (-);	Haushalt 14%
Nicht-Europa	Kein Aufenthaltstitel, keine Erwerbstätigkeit 21% (+),	Arbeitslos ohne Anspruch AMS 21% (-),	Nicht angemeldet beschäftigt (+); Haushalt je 14%

(+/-): Abweichung des Anteils um mindestens drei Prozentpunkte von allen Befragten in der Stichprobe

In Summe gaben 11% der Klient/Innen in der Stichprobe an, „erwerbstätig“ zu sein (nicht angemeldet bzw. geringfügig beschäftigt ohne Opting-In). Überdurchschnittlich war dieser Anteil bei den 30-59-Jährigen (18%) sowie bei Personen von außerhalb Europas (17%).

Insgesamt zeigt sich somit erwartungsgemäß eine nur geringe Einbindung von nicht-krankenversicherten Personen in den Arbeitsmarkt, und wenn dann ausschließlich auf Basis von prekären Beschäftigungen. Als „Lebensunterhalt“ herrscht Arbeitslosigkeit ohne Anspruch auf Sozialleistungen, Nicht-Erwerbstätigkeit aufgrund eines fehlenden Aufenthaltstitels bzw. der Status als Hausfrau-/mann vor.

4.4.2.9 Einkommenssituation

Bei der Studierenden-Sozialerhebung zeigt sich ein Zusammenhang zwischen finanziellen Schwierigkeiten und dem Sachverhalt der Nicht-Versicherung. Bei (sehr) starken finanziellen Schwierigkeiten beträgt die Nicht-Versichertenquote 2,4%, bei (gar) keinen finanziellen Schwierigkeiten 0,8% (teils/teils: 1,5%) (IHS 2016, 204).

Die überwiegende Mehrheit der Klient/Innen der Caritas Sozialberatung Wien verfügt über ein geringes oder gar kein Einkommen (Interview Abedi/Madreiter).

Auch dem Jahresbericht 2015 der Amber-Med Wien zufolge leben die meisten Patient/Innen in relativer Armut ohne geregeltes Einkommen. Aufgrund der prekären Verhältnisse können sie die finanziellen Mittel für eine Krankenbehandlung und/oder

Medikamente bzw. Heilbehelfe nicht aufbringen (Amber-Med 2016, 7). Gleichfalls geht der Jahresbericht 2015 der Marienambulanz Graz davon aus, dass der Großteil der Patient/Innen in prekären Verhältnissen und in einer unsicheren sozialen Situation lebt. Bei vielen Klient/Innen bestehen finanzielle Armut und Verschuldung (Marienambulanz 2016, 5/14)

80% der Befragten im Rahmen der Erhebungsblätter verfügten laut eigener Angabe über gar kein persönliches Einkommen. Überdurchschnittlich hoch war dieser Anteil bei EU-Bürger/Innen (93%) sowie bei über 60-Jährigen (90%). Das durchschnittliche persönliche Einkommen pro Monat belief sich auf 89,- EUR. Unterdurchschnittlich fiel dieses bei EU-Bürger/Innen (24,- EUR), Männern (51,- EUR) sowie bei über 60-Jährigen (74,- EUR) aus.

Weiters gaben 46% der Befragten an, auch über keinerlei Haushaltseinkommen zu verfügen. Überdurchschnittlich hoch war dieser Anteil bei Personen außerhalb Europas und bei EU-Bürger/Innen (jeweils 54%) sowie bei Männern (53%). Das Äquivalenzeinkommen²² pro Monat betrug im Durchschnitt 324,- EUR. Unterdurchschnittlich fiel dieser Wert bei Personen aus Nicht-Europa (236,- EUR), bei 30-59-Jährigen (260,- EUR), bei Männern (285,- EUR) sowie bei EU-Bürger/Innen (305,- EUR) aus.²³

Laut EU-SILC 2016 betrug das durchschnittliche monatliche Äquivalenzeinkommen in der Gesamtbevölkerung 2.171 EUR (www.statistik.at: Soziales). Es zeigt sich insgesamt erwartungsgemäß deutlich, dass nicht-krankenversicherte Personen – wenn überhaupt – über nur sehr geringe Einkommen verfügen.

4.4.3 Jemals aufgetretene bzw. frühere Perioden einer Nicht-Versicherung

13% der Befragten im Rahmen Studierenden-Sozialerhebung waren während ihres Studiums in Österreich schon zumindest für ein Monat jemals nicht krankenversichert (Frauen: 11%, Männer: 15%). Nach dem Alter betrachtet traf dies auf 22% der Studierenden zwischen 26 und 30 Jahren und auf 16% der über 30-Jährigen zu. In den jüngeren Altersgruppen gaben dies deutlich weniger Studierende an.

Bildungsausländer/Innen (16%) waren häufiger jemals von Nicht-Versicherung betroffen als -inländer/Innen (12%). Nach Migrationshintergrund der Bildungsinländer/Innen gaben

²² Gewichtung des Haushaltseinkommens mit der Zusammensetzung des Haushalts: Gewicht von 1 für die erste Person im Haushalt ab 14 Jahren, Gewicht von 0,5 für alle weiteren Personen im Haushalt ab 14 Jahren, Gewicht von 0,3 für alle Personen im Haushalt unter 14 Jahren. Division des Haushaltseinkommens durch die Summe der Gewichte pro Haushalt.

²³ Die Ergebnisse zu den Haushalts- bzw. Äquivalenzeinkommen aus den Erhebungsblättern sind inkl. Personen, die angaben, wohnungslos zu sein, da die entsprechenden Verteilungen ähnlich wie unter Ausschluss dieser Personen ausfielen, und durch deren Einbezug mehr Fälle in der Auswertung inkludiert sind.

jene der ersten und zweiten Zuwanderungsgeneration (je 17%) im Vergleich zu BildungsinländerInnen ohne Migrationshintergrund (12%) häufiger an, bereits einmal während des Studiums nicht krankenversichert gewesen zu sein. Unter BildungsausländerInnen mit nicht-deutscher Erstsprache findet sich mit 20% der höchste Anteil (IHS 2016, 199).

Studierende aus gehobener und hoher Schicht (nur Studierende mit inländischen Eltern berücksichtigt) weisen mit jeweils 13% eine etwas höhere Wahrscheinlichkeit auf, jemals über keine Krankenversicherung verfügt zu haben, als Studierende aus niedriger (12%) und mittlerer Schicht (11%) (zu den Gründen vgl. 4.4.5) (IHS 2016, 204).

Im Rahmen der Erhebungsblätter gaben von den 68% jener Personen, die zumindest schon einmal über eine Versicherung (in Österreich) verfügt hatten,²⁴ 27% an, vor der jetzigen Periode zumindest schon einmal Zeiten ohne Krankenversicherung aufgewiesen zu haben. Überdurchschnittlich hoch war dieser Anteil bei 30-59-Jährigen (34%), EU-BürgerInnen (32%) sowie BürgerInnen von außerhalb Europas, Männern und über 60-Jährigen (jeweils 31%).

Unter StudentInnen scheinen somit Phasen einer Nicht-Versicherung zumindest einmal während der Gesamtstudiendauer relativ häufig vorzukommen, insbesondere bei älteren Studierenden und solchen mit Migrationshintergrund. Im Rahmen der Erhebungsblätter zeigt sich, dass eine Nicht-Krankenversicherung für einen erheblichen Anteil jener, die zumindest schon einmal über eine Versicherung in Österreich verfügt hatten, ein sich wiederholendes Problem darstellt.

4.4.4 Dauer einer Nicht-Versicherung

Die durchschnittliche Dauer der versicherungsfreien Zeit von jemals nicht-krankenversicherten Studierenden betrug bei allen davon Betroffenen 5,6 Monate (Männer 6,1 Monate; Frauen 5,1 Monate). Nach Altersgruppen wiesen über 30-Jährige mit durchschnittlich rund 7,5 Monaten die längste Dauer auf. Mit durchschnittlich rund acht Monaten ist die bisherige versicherungsfreie Zeit unter BildungsausländerInnen am längsten (IHS 2016, 194/199/204).

Nach Angaben der Caritas Sozialberatung Wien fehlt ein Krankenversicherungsschutz bei den österreichischen KlientInnen eher vorübergehend bzw. phasenweise. Personen aus

²⁴ Unter den 32%, die noch nie über eine Versicherung in Österreich verfügten, sind auch Personen, die sich erst relativ kurz in Österreich befinden.

EU-Ländern oder aus Drittstaaten sind hingegen häufig schon längere Zeit in Österreich und ohne Versicherung. Sie versuchen z.T. über Monate bzw. Jahre, sich in das Beschäftigungs- bzw. Sozialsystem zu integrieren, da die sozialen Verhältnisse im Heimatland als noch schlechter empfunden werden. Vor allem dann, wenn zumindest bei einer Person aus dem Familienkreis eine Chance auf Integration besteht, bleiben die Familienmitglieder häufig in Österreich (Interview Abedi/Madreiter).

Der Vertreterin der IG-Flex zufolge dauern die Phasen der Nicht-Versicherung bei den eher jüngeren Klient/Innen (unter 35-Jährige) im Durchschnitt zwischen sechs und zwölf Monaten, gelegentlich aber auch bis zu 18 Monaten. Bei älteren Klient/Innen, vor allem bei jenen ohne österreichische Staatsbürgerschaft, fallen diese Phasen wesentlich länger (von zwei bis fünf Jahren) aus (Interview Bohrn-Mena).

In der Stichprobe der Erhebungsblätter gaben wie bereits oben angeführt 32% der Befragten an, noch nie über eine Krankenversicherung (in Österreich) verfügt zu haben. Überdurchschnittlich hoch war dieser Anteil mit 45% bei Personen von außerhalb Europa (Asylwerber/Innen, geflüchtete Fremde) sowie mit 36% bei den 30-59-Jährigen. Von den übrigen 68%, die zumindest schon einmal über eine Krankenversicherung (in Österreich) verfügt haben, waren 22% seit maximal sechs Monaten ohne Versicherung, 37% seit ca. einem Jahr, 13% seit ca. zwei Jahren, 15% seit ca. drei bis fünf Jahren und 13% seit sechs oder mehr Jahren. Im Median bestand die versicherungslose Zeit seit Sommer 2016, also rund einem Jahr. Schon überdurchschnittlich lange dauert die gegenwärtige Phase der Nicht-Versicherung bei Personen ab 60 Jahren (Median: Frühjahr 2015), EU-Bürger/Innen (Median: Sommer 2015), sowie bei Männern und 30-59-Jährigen (Median jeweils Winter 2015/16). Die durchschnittliche Dauer einer früheren versicherungslosen Zeit (vor der derzeitigen Periode) betrug bei allen davon betroffenen Personen 23 Monate.

Es dürfte sich daher bei der Dauer einer Nicht-Versicherung zu einem erheblichen Teil auch um längere Perioden von zumindest einem Jahr handeln, insbesondere bei Personen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft bzw. mit Migrationshintergrund.

4.4.5 Ursachen für Nicht-Versicherung

Der am häufigsten genannte Grund für den Verlust der Krankenversicherung bei Studierenden ist das

- Überschreiten der Altersgrenze für die Anspruchsberechtigung über die Versicherung der Eltern (27%);

- jeweils rund ein weiteres Fünftel konnte sich die studentische Selbstversicherung nicht leisten oder
- wusste nicht, dass eine Selbstversicherung (nach Auslaufen einer Anspruchsberechtigung über eine Angehörigeneigenschaft oder nach einer zeitweisen Beschäftigung) erforderlich ist; weitere Gründe waren in absteigender Reihenfolge
- keine rechtzeitige Einreichung des Leistungsnachweises für die Anspruchsberechtigung über die Versicherung der Eltern (16%),
- die Nicht-Leistbarkeit einer freiwilligen Versicherung bei geringfügiger Beschäftigung (10%),
- die Nicht-Erbringung des Leistungsnachweises für die Angehörigeneigenschaft bei den Eltern (10%),
- die Nicht-Versicherung durch den/die Arbeitgeber/In (9%),
- die Nicht-Bekanntgabe des Endes einer kurzen Erwerbstätigkeit (8%),
- Unwissenheit, wie eine (Mit)Versicherung erlangt werden kann (7%), sowie
- die Nicht-Anerkennung einer ausländischen Krankenversicherung (2%) (IHS 2016, 201).

Der geringere Anteil nicht krankenversicherter Studierender in der Altersgruppe über 30 Jahre im Vergleich zu Studierenden zwischen 26 und 30 Jahren (vgl. 4.4.2.2) ist auf den hohen Anteil an Studierenden, die über den zweiten Bildungsweg an die Hochschule gekommen sind oder bereits vor Aufnahme eines Studiums erwerbstätig waren, zurückzuführen. Für sie besteht aufgrund der Versicherung über den/die Arbeitgeber/In ein geringeres Risiko, die Krankenversicherung zu verlieren, als für Studierende, die häufiger zwischen elterlicher Versicherung, temporärer Versicherung durch Erwerbstätigkeit und eventuell auch studentischer Selbstversicherung wechseln (müssen) (IHS 2016, 199).

Dass Studierende aus hoher Schicht eine etwas höhere Wahrscheinlichkeit haben, über keine Krankenversicherung zu verfügen als Studierende aus niedriger Schicht (nur Studierende mit inländischen Eltern in die Betrachtung einbezogen; vgl. 4.4.2.3), ist ebenfalls insbesondere darauf zurückzuführen, dass Studierende aus niedriger Schicht häufiger erwerbstätig sind bzw. sein müssen als Studierende aus hoher Schicht und daher der Krankenversicherungsschutz vermehrt durch den/die Arbeitgeber/In gewährleistet ist (IHS 2016 199f).

Nach Ansicht der Vertreterin der IG-Flex liegt die Nicht-Versicherung von nicht (versicherungspflichtig) erwerbstätigen älteren Frauen häufig an der Tatsache, dass sie alleinstehend (geschieden) sind und daher auch keine Angehörigeneigenschaft aufweisen. Zuvor haben sie in vielen Fällen unbezahlte Familienarbeit verrichtet. Bei jüngeren (25 bis 35 Jahre alten), nicht (voll) in Erwerbsarbeit eingebundenen Personen sei die Prävalenz von Nicht-Versicherung ein Schichtphänomen. Bei Personen aus höherem sozialem Segment werde häufig eine Eingliederung durch die Eltern ermöglicht bzw. deren Fehlen durch diese kompensiert. Wenn die Eltern jedoch nicht einspringen können, würden von den Betroffenen häufig Gelegenheitsjobs ausgeführt oder sie fielen zur Gänze aus dem Versicherungssystem (Interview Bohrn-Mena). Die Studierenden-Sozialerhebung kommt schichtbezogen jedoch zu teilweise gegenteiligen Schlussfolgerungen bei Studierenden (vgl. weiter oben).

In der Stichprobe der Erhebungsblätter wurde als häufigster Grund für das Fehlen eines Krankenversicherungsschutzes Nicht-Erwerbstätigkeit ohne Anspruch auf AMS- oder BMS-Leistungen²⁵ bei nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft angegeben (28%), gefolgt vom Status als Tourist/In bzw. der Angabe „auf Besuch“ oder auch zum Zweck medizinischer Behandlung in Österreich zu sein (13%)²⁶ sowie fehlender Aufenthaltstitel²⁷ und Probleme beim Asylstatus (kein Bescheid, Status noch nicht aktiv, keine Grundversorgung) (jeweils 12%).²⁸

²⁵ Ursache für fehlenden Anspruch auf Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung bei Arbeitslosigkeit ist in erster Linie, dass Betroffene noch keiner (oder nicht ausreichend lange einer) arbeitslosenversicherungspflichtigen Beschäftigung nachgegangen sind und somit keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld erwarben. Bei erstmaliger Inanspruchnahme sind 52 Wochen innerhalb der letzten 24 Monate erforderlich, ansonsten 28 Wochen innerhalb der letzten 12 Monate. Sofern nicht ein sonstiges Versicherungsverhältnis (z.B. über Angehörigeneigenschaft etc.) besteht, sind diese Personen auch nicht krankenversichert (dies gilt auch für nicht vorgemerkte Arbeitslose). Zum Anspruch auf BMS-Leistungen für nicht-österreichisches Staatsbürger/Innen vgl. 2.4.2.

²⁶ Beispiel: Schwangere Frau aus Rumänien fährt zur Schwester nach Wien, da sie dem rumänischen Gesundheitssystem bei der Geburtshilfe nicht „traut“. Sofern sich der/die Patient/In nur vorübergehend außerhalb seines/ihrer zuständigen Mitgliedstaates bzw. des gewöhnlichen Aufenthaltsstaates aufhält, besteht eine Kranken-Absicherung nur im Rahmen einer Notfallversorgung.

²⁷ Bei Personen mit fehlendem Aufenthaltstitel ist davon auszugehen, dass kein Krankenversicherungsschutz erworben werden kann, da ansonsten die Gefahr der Aufdeckung und damit des Landesverweises besteht.

²⁸ Die Grenzen zwischen einzelnen Kategorien von Gründen sind jedoch fließend und nicht immer zu 100% trennscharf.

Tab. 8: Erhebungsblätter: Gründe für Nicht-Versicherung (nicht repräsentativ!)

Grund/Ursache	Anteil %
Keine Erwerbstätigkeit, ohne Sozialleistungsanspruch, nicht-österreichische Staatsbürgerschaft	28
„Zu Besuch“, „Tourist/In“, zum Zwecke medizinischer Behandlung in Österreich	13
Fehlender Aufenthaltstitel	12
Probleme mit Asylstatus (kein Bescheid, Status noch nicht aktiv, keine Grundversorgung)	12
Arbeit verloren/Kündigung	6
AMS-/BMS-Leistung eingestellt (Ende Kurs/Projekt, keine sozialarbeiterische Beratung)	6
Arbeit nicht möglich (Pflege, Krankheit, Arbeitsunfall, Schwangerschaft)	4
Angehörigeneigenschaft verloren (Scheidung/Trennung, ²⁹ Angehörigeneigenschaft bei Elternteil verloren)	4
Länger im Ausland (und österreichische Staatsbürgerschaft)	4
Von Arbeitgeber/In keinen Lohn erhalten, nicht angemeldet beschäftigt	3
Selbstversicherung (Beitrag nicht gezahlt, sonstige Probleme)	3
Administrative Gründe (keinen Antrag gestellt; weiß nicht, wie Versicherung beantragen)	3

n=90

Auch für beide Geschlechter (Anteil Frauen 29%; Männer 26%), alle Altersgruppen (60+ 31%; <30 28%; 30-59 25%) sowie EU-Bürger/Innen (56%) stellt „Nicht-Erwerbstätigkeit ohne Sozialleistungsanspruch bei nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft“ die häufigste Ursache für die Nicht-Krankenversicherung dar. Bei Personen aus Nicht-Europa ist der am öftesten genannte Grund „Probleme mit dem Asylstatus“ (35%), bei Personen ab 60 Jahren auch bzw. bei Personen aus dem restlichen Europa ausschließlich die Tatsache, zu Besuch bzw. als Tourist/In oder auch zum Zweck medizinischer Behandlung in Österreich zu sein (31% bzw. 27%). Bei österreichischen Staatsbürger/Innen sind die am häufigsten genannten Gründe ein längerer Auslandsaufenthalt (44%) bzw. die Einstellung einer AMS- oder BMS-Leistung (22%).

²⁹ Eine Scheidung/Trennung als Auslöser mit einem darauffolgenden Fehlen einer Krankenversicherung aufgrund des Verlusts der Angehörigeneigenschaft betrifft fast ausschließlich Frauen. Dies kommt z.B. dann vor, wenn Unterhaltszahlungen zwar den Lebensunterhalt sichern, aber (aus Unkenntnis) keine Selbstversicherung abgeschlossen wird.

Tab. 9: Erhebungsblätter: Häufigste Angaben Gründe für Nicht-Versicherung nach Untergruppen (nicht repräsentativ!)

Gruppe	1. Angabe	2. Angabe	3. Angabe
Männer	Keine Erwerbstätigkeit, nicht Österreich 26%	Zu Besuch/Tourist/In 16% (+)	Probleme Asylstatus 13%
Frauen	Keine Erwerbstätigkeit, nicht Österreich 29%	Fehlender Aufenthaltstitel 15% (+)	Zu Besuch/Tourist/In 12%
Unter 30 Jahre	Keine Erwerbstätigkeit, nicht Österreich 28%	Probleme Asylstatus 16% (+)	Fehlender Aufenthaltstitel; zu Besuch/Tourist/In je 13%
30-59 Jahre	Keine Erwerbstätigkeit, nicht Österreich 25% (-)	Fehlender Aufenthaltstitel 15% (+)	Probleme Asylstatus 10%
60+ Jahre	Keine Erwerbstätigkeit, nicht Österreich 31% (+)	Zu Besuch/Tourist/In 31% (+)	-
Österreich	Länger im Ausland 44% (+)	AMS-/BMS-Leistung eingestellt 22% (+)	-
EU	Keine Erwerbstätigkeit 56% (+)	-	-
Restliches Europa	Zu Besuch/Tourist/In 27% (+)	Keine Erwerbstätigkeit 23% (-)	Fehlender Aufenthaltstitel 18% (+)
Nicht-Europa	Probleme Asylstatus 35% (+)	Fehlender Aufenthaltstitel 19% (+)	Zu Besuch/Tourist/In 15%

(+/-): Abweichung des Anteils um mindestens drei Prozentpunkte von allen Befragten in der Stichprobe

Allgemein betrachtet dürfte die Tatsache der Nicht-Versicherung bei österreichischen Staatsbürger/Innen i.d.R. mit Statusübergängen, fehlender Information bzw. einer „Lücke im System“ in Zusammenhang zu bringen sein, z.B. Auslandsösterreicher/Innen, die nach längerer Abwesenheit zurückkehren, oder Personen, die eine Frist in einem Verfahrenslauf versäumt haben (vgl. auch Dawid/Heitzmann 2015, 179).

Bei EU-Bürger/Innen und andere Migrant/Innen ohne Versicherungsschutz handelt es sich um (auch ältere) Personen, die noch nicht fünf Jahre in Österreich leben oder noch keinen Daueraufenthalt nachweisen können, und damit keinen BMS-Anspruch aufweisen, und die auch keinen Anspruch auf AMS-Leistungen erworben haben (Interview Abedi/Madreiter). Es sind Menschen, darunter auch Bettler/Innen und Wohnungslose, die z.T. ohne gültige Aufenthaltspapiere in Österreich leben und niemals in das Sozialsystem integriert waren oder den Zugang verloren haben, bzw. Personen in prekären oder irregulären Arbeitsverhältnissen ohne Absicherung durch die Sozialversicherung und niedrigen Löhnen.³⁰ Die Betroffenen haben auch keine Ansprüche auf Familien- oder andere Sozialleistungen (Amber-Med 2016, 6f/10f; Dawid/Heitzmann 2015, 179; Marienambulanz 2016, 13/22f). Zum Teil handelt es sich auch um Personen, die in Österreich „auf Besuch“ oder zum Zwecke medizinischer

³⁰ Die Tatsache, dass keine Meldung zur Sozialversicherung vorliegt, verhindert das Eintreten der Pflichtversicherung grundsätzlich nicht. Aufgrund der Pflichtversicherung wären auch nicht angemeldet beschäftigte Personen de iure versichert. Von den Betroffenen dürfte jedoch in den meisten Fällen ein Versuch zur Feststellung bzw. Durchsetzung einer Pflichtversicherung unterlassen werden. Gründe dafür sind Informationsmängel oder die Angst vor Konsequenzen wie etwa Verlust der Beschäftigung und/oder die Gefahr des Landesverweises im Falle von unberechtigtem Aufenthalt.

Behandlung sind bzw. um Tourist/Innen, vorwiegend aus ärmeren, östlichen EU-Staaten. Diese kommen für eine bessere medizinische Betreuung nach Österreich, auch z.B. zur AIDS-Hilfe (Interview Abedi/Madreiter).

Bei Asylwerber/Innen, die grundsätzlich in der Bundesbetreuung krankenversichert sind, liegt der Grund für die Nicht-Versicherung zumeist in einem Wechsel des Wohnortes ohne Antrag, wodurch die Grundversorgung (Krankenversicherung und Taschengeld für den Lebensbedarf durch die Landesregierung) verloren geht (Marienambulanz 2016, 13/22f).

4.4.6 Potentielle Eingliederung in die Krankenversicherung

Bei der erstmaligen oder erneuten Integration von nicht-versicherten Klient/Innen in das Sozial- und Gesundheitssystem ist die behandelnde bzw. betreuende Einrichtung eine wichtige Schnittstelle. Betroffene sind aus gesundheitlichen, psychosozialen oder sprachlichen Gründen häufig auch nicht eigenständig in der Lage, sich um ihre Leistungsansprüche zu kümmern (Neupert 2015). In den Einrichtungen wird versucht, die sozial- und fremdenrechtliche Situation im Beratungsgespräch zu klären und entsprechende Informationen bereitzustellen (Interview Abedi/Madreiter).

In der Stichprobe der Erhebungsblätter waren 57% der Befragten der Meinung, auch in Zukunft keine Eingliederung in die Krankenversicherung in Österreich zu erfahren. Überdurchschnittlich hoch fiel dieser Anteil bei EU-Bürger/Innen (67%) und 30-59-Jährigen (66%) aus.

Von jenen 43% der Personen, die mit einem künftigen Einbezug rechnen, wurde dieser durchgehend innerhalb der nächsten sechs Monate (im Median im Frühjahr 2017) erwartet. Als häufigster dafür ausschlaggebender Umstand wurde die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit genannt (26%), gefolgt vom Bezug einer AMS- bzw. BMS-Leistung sowie dem Erlangen einer Angehörigeneigenschaft (aufgrund von Heirat, Zusammenzug oder Aufnahme einer Erwerbstätigkeit des/der Partner/In) (jeweils 21%).

Tab. 10: Erhebungsblätter: Umstände für künftige Eingliederung in die Krankenversicherung (nicht repräsentativ!)

Umstand	Anteil %
Aufnahme Erwerbstätigkeit	26
Bezug AMS- bzw. BMS-Leistung	21
Erlangen einer Angehörigeneigenschaft (aufgrund von Heirat, Zusammenzug, Aufnahme einer Erwerbstätigkeit des/der Partner/In)	21
Asyl/Grundversorgung (positiver Bescheid, [Wieder]Aufnahme)	13
Selbstversicherung (Zahlung Beitrag)	8
Sonstige Absicherung (Caritas, ³¹ privat)	8
Bezug sonstiger Leistung/Pension	3
Beantragung Visum	3

n=39

Die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit als meistgenannter Umstand für den künftigen Einbezug in die Krankenversicherung traf auch auf Personen ab 60 Jahren (Anteil 60%), EU-Bürger/Innen (50%) und Männer (36%) zu. Der Bezug einer AMS- bzw. BMS-Leistung wurde in erster Linie von Österreicher/Innen (Anteil 71%) und 30-59-Jährigen (27%) genannt. Ausschlaggebendster Umstand für Personen aus dem restlichen Europa (Anteil 50%), unter 30-Jährige (44%) und Frauen (32%) ist das Erlangen einer Angehörigeneigenschaft. Personen aus nicht-europäischen Ländern sahen eine Eingliederung in erster Linie im Rahmen von Asylstatus bzw. Grundversorgung (Anteil 33%).

³¹ Von der Caritas Sozialberatung Wien erfolgt grundsätzlich keine Übernahme von Kosten für eine Krankenversicherung. Die Caritas stellt jedoch in Notfällen geringe finanzielle Mittel zur Verfügung, um Notlagen zu überbrücken (z.B. bis eine Versicherung im Rahmen der BMS oder eine Selbstversicherung, etc. greift) (Interview Abedi/Madreiter).

Tab. 11: Erhebungsblätter: Häufigste Umstände für künftige Eingliederung in die Krankenversicherung nach Untergruppen (nicht repräsentativ!)

Gruppe	1. Angabe	2. Angabe	3. Angabe
Männer	Erwerbstätigkeit 36% (+)	AMS-/BMS-Leistung 29% (+)	Sonstige Absicherung 14% (+); Asyl/Grundversorgung 14%
Frauen	Angehörigeneigenschaft 32% (+)	Erwerbstätigkeit 20% (-)	AMS-/BMS-Leistung 16% (-)
Unter 30 Jahren	Angehörigeneigenschaft 44% (+)	Erwerbstätigkeit 28%	Asyl/Grundversorgung 11%
30-59 Jahre	AMS-/BMS-Leistung 27% (+)	Asyl/Grundversorgung 20% (+)	Erwerbstätigkeit 13% (-); Selbstversicherung 13% (+); sonstige Absicherung 13% (+)
60+ Jahre	Erwerbstätigkeit 60% (+)	AMS-/BMS-Leistung 40% (+)	-
Österreich	AMS-/BMS-Leistung 71% (+)	-	-
EU	Erwerbstätigkeit 50% (+)	-	-
Restliches Europa	Angehörigeneigenschaft 50% (+)	Erwerbstätigkeit 40% (+)	-
Nicht-Europa	Asyl/Grundversorgung 33% (+)	AMS-/BMS-Leistung 17% (-)	Angehörigeneigenschaft 17% (-); Selbstversicherung 17% (+)

(+/-): Abweichung des Anteils um mindestens drei Prozentpunkte von allen Befragten in der Stichprobe

Allgemein gelingt bei österreichischen Staatsbürger/Innen die Erlangung von Sozialansprüchen (z.B. auf AMS-Leistungen, BMS, Familienleistungen, etc.) und damit einer Krankenversicherung i.d.R. relativ rasch und unkompliziert. Der notwendige Schritt zur Inklusion liegt zumeist in noch durchzuführenden Antragstellungen auf Sozialleistungen, der Informationsweitergabe bzw. der Vernetzung mit Sozialarbeiter/Innen (Marienambulanz 2016, 13/22f).

Hingegen haben Migrant/Innen, die noch nicht ausreichend lange in Österreich leben (kein unbefristeter Aufenthalt) und keine Sozialleistungsansprüche aufweisen, nur geringe Chancen auf Eingliederung, da zumeist auch kein BMS-Anspruch besteht (Interview Abedi/Madreiter). Insbesondere auch EU-Bürger/Innen hätten kaum Möglichkeiten zur Erlangung eines Krankenversicherungsschutzes in Österreich. Selbstversicherungen sind schwer leistbar und es besteht eine Wartezeit. Die vorrangige Strategie besteht darin, einen Versicherungsschutz im Heimatland zu bewirken, und/oder die Patient/Innen zu überzeugen, größere kostenintensivere Behandlungen wieder im Heimatland durchführen zu lassen (Marienambulanz 2016, 13/22f).

Bei Asylwerber/Innen wird i.d.R. ein Antrag auf Wiederaufnahme in die Grundversorgung gestellt, der zumeist erfolgreich ist (Marienambulanz 2016, 13/22f).

4.4.7 Risikogruppen für Nicht-Versicherung

4.4.7.1 Prekär Beschäftigte

Gründe für die Zunahme prekärer Beschäftigungen (Praktika, Scheinselbständigkeit, [teilweise] unangemeldete Beschäftigungen, etc.) sind die relativ hohe Arbeitslosigkeit und der damit einhergehende große Druck am Arbeitsmarkt (Interview Bohrn-Mena). Grundsätzlich sollte bei Praktika und anderen unselbständigen Tätigkeiten jedenfalls eine Unfallversicherung bestehen. Arbeitnehmer/Innen, die für ihre Tätigkeiten einen Verdienst über der Geringfügigkeitsgrenze (2017: monatlich EUR 425,70) erhalten, müssten aufgrund der Pflichtversicherung vollversichert werden.

In der Nationalratssitzung vom 29.6.2017 wurde zudem klargestellt, dass bei neuen Selbstständigen (sowie bestimmten Betreibern freier Gewerbe und Ausübenden bauerlicher Nebentätigkeiten) bereits bei der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit geprüft werden soll, ob eine Pflichtversicherung nach dem ASVG oder nach dem GSVG bzw. dem BSVG vorliegt. Bereits Erwerbstätige können ihre Versicherungszuordnung überprüfen lassen. An das Ergebnis sind sowohl der Versicherungsträger als auch das Finanzamt gebunden (ORFon 2017).

In der Praxis dürften jedoch einschlägige Tätigkeiten häufig unbezahlt, nicht angemeldet oder auf Werkvertrags-/Honorarbasis (z.B. 20 Stunden Wochenarbeitszeit, aber offiziell nur geringfügig beschäftigt) erfolgen. Betroffene junge Menschen leisten z.B. prekär abgesicherte Praktika häufig für ihre Berufserfahrung und ihren Lebenslauf. Von prekären Beschäftigungsverhältnissen betroffene ältere Menschen sind am Arbeitsmarkt zumeist schwer vermittelbar. Sie geraten auch häufig zusätzlich unter Druck, da jüngere Arbeitnehmer/Innen extensive Arbeitszeiten leisten und z.T. wesentlich kostengünstiger sind.

Sowohl die Gebietskrankenkassen als auch der/die betroffene Arbeitnehmer/In (z.B. per Brief an den/die Arbeitgeber/In) kann bei entsprechender Sachlage eine Sozialversicherung einfordern. Es kann eine Anstellung sowie die Nachzahlung der Gehälter und der Sozialversicherungs-Beiträge rückwirkend bis zu fünf Jahren eingefordert werden.

Von administrativer Seite erfolgt eine routinemäßige Prüfung der lohnabhängigen Abgaben (quartalsmäßig werden jeweils ca. zehn Prozent aller Unternehmen geprüft) durch die Sozialversicherung gemeinsam mit der Finanzpolizei. Es wird (mit entsprechender Bearbeitungsdauer) bei Verdacht der Umgehung das Vorliegen von regulären Beschäftigungsverhältnissen geprüft. Für Beschäftigte auf Baustellen bzw. generell für illegal Beschäftigte („Arbeiterstrich“) ist die Bauarbeiter-Urlaubs- und Abfertigungskasse als „Baupolizei“ zuständig. Gemeinsam mit der Finanzpolizei und der zuständigen

Gebietskrankenkasse erfolgt eine Prüfung aller lohnabhängigen Abgaben (GPLA-Prüfung). Die Aufwände für die betroffenen Beschäftigten scheinen in den jeweiligen Unternehmen i.d.R. nicht bei den Sozialausgaben sondern bei den Spesen (zur Steuerreduktion und Verschleierung) auf.

Wird ein betreffender Sachverhalt individuell vorgebracht, erfolgt eine Niederschrift bei der Sozialversicherung oder auch bei „watchlist-prekaer.at“ mittels akkordiertem Fragebogen, die auch als Anzeige gilt. Es werden die Anonymität und der Schutz der betroffenen Person gewahrt. Es erfolgt eine umgehende Prüfung auf Sozialversicherungs- und Gehaltsanspruch durch die zuständige Gebietskrankenkasse auf Basis des Lohn- und Sozialdumpinggesetzes. Die Erhebung dauert wenige Wochen. In der Zwischenzeit besteht im Hinblick auf eine gültige Krankenversicherung die Möglichkeit einer Kulanzlösung mit der jeweiligen Gebietskrankenkasse.

In der Praxis trauen sich jedoch jüngere Betroffene häufig nicht, ihre Rechte durchzusetzen, weil sie z.B. später einmal längerfristig im betreffenden Unternehmen arbeiten wollen. Oder es handelt sich z.B. um kleine Branchen wie etwa Architektur, in denen sich eine potentielle Beschwerde bei allen für eine spätere Anstellung in Frage kommenden Unternehmen schnell herumspricht. Von älteren Betroffenen wird häufig aus Angst vor Konsequenzen des/der Arbeitgeber/In eine nicht versicherte Beschäftigung gegenüber gar keiner Beschäftigung präferiert.

Der IG-Flex liegen konservative Schätzungen vor, dass bei Praktika (Schüler/Innen, Studierende, freiwillige Praktikant/Innen vor/während/nach der Ausbildung) und Scheinselbständigen (jüngere und ältere Betroffene v.a. in der Branche Pflege und Altenbetreuung) insgesamt 200.000 Personen über ihre Beschäftigung nicht sozialversichert sind. Dies bedeutet jedoch nicht 1:1 das Nicht-Vorliegen einer Krankenversicherung, da eine Krankenversicherung über eine Angehörigeneigenschaft (Eltern, Partner/In) oder über die Zahlung von Beiträgen für eine Selbstversicherung, etc. gegeben sein kann (Interview Bohrm-Mena).

Nach eigener Angabe im Rahmen der Studierenden-Sozialerhebung 2015 wurden 53% der Studierenden während ihres (letzten) Praktikums in Österreich nicht vollversichert.³² Wesentlich häufiger kommt dies im Rahmen von Pflichtpraktika (63%) als bei freiwilligen Praktika (43%) vor. Deutliche Unterschiede zeigten sich nach Geschlecht: Während 61% der Frauen im Rahmen von Praktika nicht sozialversichert wurden, lag dieser Anteil bei Männern

³² Unter Herausrechnung von Studierenden, die die Frage nach der Versicherungssituation mit „weiß nicht“ beantwortet haben (18%).

nur bei 41%. Ebenso wurden Bildungsausländer/Innen (66%) häufiger während des Praktikums nicht sozialversichert als Bildungsinländer/Innen (51%). Von Studierenden, die bezahlte Praktika absolviert haben, war nur eine Minderheit (24%) nicht sozialversichert, während Studierende mit unbezahlten Praktika weit überwiegend nicht zur Sozialversicherung angemeldet wurden (94%) (IHS 2016, 178/181).

4.4.7.2 Personen, die eine freiwillige Versicherung nicht in Anspruch nehmen (können)

Eine Angehörigeneigenschaft von Studierenden bei den Eltern ist i.d.R. nur bis unter 27 Jahren möglich. Diese sind nach Überschreiten der Altersgrenze gefährdet, den Versicherungsschutz zu verlieren (Interview Abedi/Madreiter). Studierende an österreichischen Hochschulen (ohne Doktoratsstudierende und Incoming-Mobilitätsstudierende) waren im Sommersemester 2015 durchschnittlich 26,2 Jahre alt (IHS 2016, 27). Die Überschreitung der Altersgrenze für die elterliche Mitversicherung war auch mit 27% der Angaben der meistgenannte Grund für den Verlust der Krankenversicherung von betroffenen Studierenden im Rahmen der Studierenden-Sozialerhebung 2015 (IHS 2016, 201; vgl. auch 4.4.5).

Die Voraussetzungen für die studentische Selbstversicherung liegen häufig nicht vor (Interview Abedi/Madreiter). Weiters scheint auch deren Leistbarkeit eine Rolle zu spielen: Im Rahmen der Studierenden-Sozialerhebung 2015 gaben 20% der Betroffenen als Grund für den Verlust der Krankenversicherung an, sich die studentische Selbstversicherung nicht leisten zu können (IHS 2016, 201; vgl. auch 4.4.5).

Auch bei geringfügiger Beschäftigung bzw. selbständiger Beschäftigung unterhalb der Pflichtversicherungsgrenze könnte eine Nicht-Inanspruchnahme einer freiwilligen Sozialversicherung daran liegen, dass sich Betroffene die Beiträge nicht leisten können oder wollen (vgl. z.B. Fink et al. 2001). Im Rahmen der Erhebungsblätter nannten 3% der Befragten geringfügige Beschäftigung (ohne freiwillige Versicherung) als „Lebensunterhalt“ (vgl. 4.4.2.8). Bei der Studierenden-Sozialerhebung 2015 gaben 10% der Betroffenen als Grund für den Verlust der Krankenversicherung an, sich die freiwillige Versicherung bei geringfügiger Beschäftigung nicht leisten zu können (IHS 2016, 201; vgl. auch 4.4.5).

Eine freiwillige Selbstversicherung (studentische Selbstversicherung bzw. bei geringfügiger Beschäftigung) ist nach Angaben der IG Flex am ehesten bei jungen Studierenden bzw. Akademiker/Innen mit gehobener sozialer Herkunft anzutreffen. Andere Betroffene können sich die entsprechenden Beiträge häufig nicht leisten. Allerdings gewährt

der ÖH-Sozialfonds (finanziert durch ÖH, Wissenschaftsministerium, Hochschulen) im Bedarfsfall finanzielle Aushilfen für Studierende ohne Beschäftigung, Sozialversicherung bzw. familiäre Unterstützung.

Zur allgemeinen Selbstversicherung siehe 4.4.8.3.

4.4.7.3 Beeinträchtigte Personen

Allgemein können schwierige persönliche Lebensumstände, Drogenabhängigkeit oder psychische Krisen eine erfolgreiche Selbstorganisation verhindern. Häufig ist die eigene Gesundheit bzw. Krankheit nur eines von vielen Problemen und das Gesundheitsbewusstsein ist oft niedrig, eine Krankenversicherung rückt in der persönlichen Prioritätenskala nach hinten (Fuchs 2009, 330).

Im Speziellen genannt wurden von der Caritas Wien Personen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis sowie Menschen mit Beeinträchtigungen, die (seit Geburt) eine Angehörigeneigenschaft zu einem Elternteil aufweisen, auch wenn es nach der Kindheit kaum mehr familiären Kontakt gibt. Bei letzteren Personen ergeben sich im Falle des Verlustes der Krankenversicherung durch den Elternteil für die über die Angehörigeneigenschaft versicherten erwachsenen Kinder Probleme, z.B. wenn erst bekannt wird, dass keine Krankenversicherung mehr besteht, wenn die Betroffenen eine medizinische Dienstleistung unmittelbar in Anspruch nehmen wollen bzw. müssen (etwa beim Einloggen der E-Card bei dem/der Ärzt/In, etc.) (Tel., Mail Kargl).

4.4.7.4 Rückkehrer/Innen aus dem Ausland

Vereinzelte sind auch Österreicher/Innen von Nicht-Versicherung betroffen, die nach längerer Zeit aus dem Ausland zurückkehren und in Österreich erst wieder Fuß fassen müssen. Es bedarf häufig einer längeren Klärung, ob z.B. ein Anspruch auf eine AMS- oder BMS-Leistung besteht (Interview Abedi/Madreiter).

Im Rahmen der Erhebungsblätter gaben 4% aller Befragten bzw. 44% der befragten Personen mit österreichischer Staatsbürgerschaft als Grund für die Nicht-Versicherung einen längeren Auslandsaufenthalt an (vgl. 4.4.5).

4.4.7.5 Migrant/Innen

Migrant/Innen, die keinen Anspruch auf BMS und auch (noch) keinen Anspruch auf AMS-Leistungen haben (z.B. Personen ohne qualifizierenden Aufenthaltstitel bzw. mit aufenthaltsrechtlichen Problemen; Personen ohne Beschäftigung bzw. Einkommen; Personen, die nach Österreich gekommen sind, um eine Beschäftigung zu finden, etc. vgl. auch 2.4.2), sind, wenn es auch keine Partner/In gibt, bei der/dem eine Angehörigeneigenschaft möglich ist, i.d.R. auch nicht krankenversichert.

Arbeitslose Personen ohne Leistungsanspruch sind hauptsächlich EU-Staatsbürger/Innen und Migrant/Innen aus Drittländern (vgl. auch 4.4.5) mit keiner oder nur kurzfristiger Erwerbstätigkeit. Das betrifft z.B. auch ehemalige Asylwerber/Innen, die im Rahmen des Bleiberechts eine RWR-Karte plus bekommen, nach einem Job-Verlust (Interview Abedi/Madreiter).

Wenn eine Beschäftigung besteht (z.B. Reinigungskraft, Bauarbeiter/In, „Arbeiter/Innen-Strich“, etc.), wird diese häufig unangemeldet ausgeführt (Interview Abedi/Madreiter). Drittstaatsangehörige ohne Aufenthaltsgenehmigung arbeiten z.T. auch als Erntehelfer/Innen, Zeitungsverkäufer/Innen oder Sexarbeiter/Innen. Eine Klage auf das Bestehen eines Dienstverhältnisses bzw. die Einforderung von (korrekten) Löhnen und Sozialversicherung ist bei den meisten Betroffenen unrealistisch, sei es aus Gründen von Sprachbarrieren, Unwissenheit über die Rechtslage oder der Angst vor Konsequenzen wie etwa Landesverweis (Interviews Abedi/Madreiter; Bohrn-Mena).

4.4.8 Potentielle Faktoren bzw. „Lücken“, die den Versicherungsschutz gefährden können

In den Expert/Innen-Interviews bzw. -Telefonaten sowie von Medien-Seite wurden folgende Faktoren angeführt, die den Krankenversicherungsschutz (vorübergehend) gefährden können.

4.4.8.1 Mangelnde Information über Leistungsansprüche

Als genereller Risikofaktor wurde fehlende oder ungenügende Information über die gesetzlichen Grundlagen und Ansprüche identifiziert. Die Betroffenen würden es daher z.T. verabsäumen, (rechtzeitig) AMS-, BMS-, Krankenversicherungs- bzw. Familienleistungen zu beantragen, sich selbst zu versichern oder als Angehörige versichern zu lassen. Ungenügende Informationen hinsichtlich der Bedingungen und Fristen für Sozialleistungen führten bei

manchen Klient/Innen dazu, dass sie nicht krankenversichert seien, obwohl ein Anspruch vorhanden wäre.

Laut der Sozialberatung der Caritas Wien stellt sich der Informationsstand der Klient/Innen über ihre Möglichkeiten, eine Krankenversicherung zu bekommen (z.B. Inanspruchnahme von BMS), unterschiedlich dar. Der Großteil der Klient/Innen in Wien wisse aber über die eigenen Rechte ganz gut Bescheid. Es kommt aber in Einzelfällen auch vor, dass die Möglichkeit eines Krankenversicherungsschutzes deshalb nicht genutzt wird, weil Informationslücken oder Nachlässigkeit dazu führen, dass z.B. Fristen versäumt werden. Dies ist z.B. der Fall, wenn eine Person den Aufenthaltstitel eines Kindes zu spät verlängern lässt und deshalb Leistungsbezüge eingestellt werden und für einen längeren Zeitraum nicht mehr ausbezahlt werden (können) (Interview Abedi/Madreiter).

Nach Angabe der Vertreterin der IG Flex spielt eine Nicht-Information über freiwillige Versicherungen (studentische Selbstversicherung, Opting-In bei geringfügiger Beschäftigung) bei jungen Betroffenen aufgrund des niederschweligen Informationsangebots über Internet und Broschüren kaum eine Rolle. Anders stelle sich die Situation bei älteren Betroffenen dar, die häufig über keinen Internetzugang verfügen (kein privater/s PC/Tablet/Smartphone, kein Computerarbeitsplatz). Migrant/Innen mit mangelnden Sprachkenntnissen bzw. allgemein Personen mit niedrigem Bildungsniveau hätten besondere Schwierigkeiten, ausreichende Informationen zu bekommen (Interview Bohrn-Mena).

Im Rahmen der Studierenden-Sozialerhebung 2015 gaben 19% der Betroffenen als Grund für den Verlust der Krankenversicherung an, nicht gewusst zu haben, dass eine Selbstversicherung (nach Auslaufen einer Anspruchsberechtigung über eine Angehörigeneigenschaft oder nach einer zeitweisen Beschäftigung) erforderlich ist. 7% wussten generell nicht, wie eine (Mit)Versicherung erfolgen könnte (IHS 2016, 201). Im Rahmen der Erhebungsblätter in den niederschweligen Einrichtungen führten 7% der Befragten potentielle informationsbedingte Gründe (keinen Antrag gestellt; Beiträge für Selbstversicherung nicht bezahlt bzw. sonstige Probleme mit Selbstversicherung; weiß nicht, wie Versicherung beantragen; keine sozialarbeiterische Beratung) für ihre Nicht-Versicherung an. Darüber hinaus gaben weitere 3% der Befragten geringfügige Beschäftigung (ohne freiwillige Versicherung) als „Lebensunterhalt“ an (vgl. auch 4.4.2.8; 4.4.5)

4.4.8.2 Abschaffung der täglichen Geringfügigkeitsgrenze

Mit Jahresbeginn 2017 wurde die tägliche Geringfügigkeitsgrenze abgeschafft. Seither entstehen vollsozialversicherungspflichtige Dienstverhältnisse nur noch, wenn monatlich

mehr als EUR 425,70 verdient wird. Wird aber beispielsweise in der Film- und Musikwirtschaft eine Person fünfmal im Monat mit einem Tagsatz von EUR 300,- für unterschiedliche Aufträge gebucht, dann entstehen fünf verschiedene Beschäftigungsverhältnisse, die jeweils unter der Geringfügigkeitsgrenze liegen. Der Auftraggeber muss zunächst nur die Unfallversicherungsbeiträge leisten. Der/die Arbeitnehmer/In ist dadurch vorerst ohne sonstigen Versicherungsschutz.

Bis Ende 2016 entstand hingegen an jedem Tag, an dem die tägliche Geringfügigkeitsgrenze überschritten wurde, ein Versicherungsschutz. Nun stellt sich regelmäßig erst im Folgejahr bei der Abrechnung durch die Gebietskrankenkasse heraus, dass die Geringfügigkeitsgrenze – wie im Beispiel – überschritten wurde. Der/die Arbeitnehmer/In muss dann die Dienstnehmer-Beiträge nachzahlen. Erst dann entsteht rückwirkend u.a. ein Krankenversicherungsschutz. Der/die Arbeitgeber/In hat nur eine pauschale Nachzahlung von 16,4% an Sozialversicherungsbeiträgen zu leisten.

Für Unternehmen sind die getrennten Einzelverträge damit günstiger als kontinuierliche Verträge mit regulären Sozialversicherungsbeiträgen. Ausschlaggebend ist nach einem Mitglieder-Schreiben der WKÖ, dass Dienstnehmer/Innen in unregelmäßiger Folge und nur tageweise angestellt werden: Die jeweiligen Vertragsverhältnisse sind unabhängig voneinander zu gestalten und es dürfen im Vorfeld nicht weitere Arbeitstage oder Arbeitszeiten vereinbart werden (Der Standard 2017).

4.4.8.3 Wartezeit bei der allgemeinen Selbstversicherung

Die grundsätzliche sechsmonatige Wartefrist bei der allgemeinen Selbstversicherung (wenn nicht im Anschluss an ein qualifiziertes Ausmaß an Vorversicherungszeiten) begünstigt Versicherungslücken (Interview Abedi/Madreiter).

4.4.8.4 Dauer Kinderbetreuungsgeldbezug und arbeitsrechtliche Karenz

Versicherungslücken können nach Auslaufen des Kinderbetreuungsgeldes entstehen, wenn die Dauer der arbeitsrechtlichen Karenz (zumeist 24 Monate) länger als die Bezugsdauer der gewählten Kinderbetreuungsgeld-Variante³³ ist, und damit der Bezug des Kinderbetreuungsgeldes vor dem erneuten Arbeitsbeginn endet (z.B. Wahl der Variante „20+4 Monate“ durch Alleinerziehende, die davon ausgingen, dass die Variante auch für

³³ Für Geburten ab 1.3.2017 flexibles Kindergeldkonto anstelle der bisherigen pauschalen Kinderbetreuungsgeld-Varianten.

Alleinerziehende 24 Monate Bezug bedeutet). Der/die Arbeitgeber/In stellt Betroffene i.d.R. nicht vorzeitig wieder an. Solange ein (karenziertes) Beschäftigungsverhältnis besteht, kann weder eine AMS-Leistung noch BMS bezogen werden (Interview Abedi/Madreiter; Tel. Kargl).

Grundsätzlich muss für den Bezug der BMS (wie auch für Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe) eine arbeitsfähige Person dem Arbeitsmarkt zu Verfügung stehen.³⁴ Besteht eine Krankenversicherung ausschließlich über den Bezug des Kinderbetreuungsgeldes, wird von den Behörden vorausschauend die Wahl einer ausreichenden langen Kinderbetreuungsgeld-Variante empfohlen. Kommt es dennoch zu einem wie dem oben beschriebenen Fall – die Wahl der Kinderbetreuungsgeld-Variante erfolgt individuell – drängt die BMS-Behörde die betroffene Person, mit dem/der Arbeitgeber/In über eine frühere Wiedereinstellung zu verhandeln. Bleibt diese Verhandlung jedoch ergebnislos und kann die Wahl einer (zu) kurzen Kinderbetreuungsgeld-Variante nicht mit speziellen Umständen gerechtfertigt werden, wird die BMS-Leistung verweigert, was auch Bestand vor Gericht hat.

Eine mögliche „Lösung“ bei diesem Sachverhalt wäre eine Kündigung des Arbeitsverhältnisses durch den/die Dienstnehmer/In – damit steht die Person dem Arbeitsmarkt zur Verfügung und hat Anspruch auf BMS, ggf. auch auf eine AMS-Leistung, und damit auf eine Krankenversicherung (Tel. Stanzl).

4.4.8.5 Auszahlungsverzögerungen bei Leistungen

Auszahlungsverzögerungen bei Familienleistungen wie dem Kinderbetreuungsgeld, das für eine Krankenversicherung elementar sein kann, ergeben sich etwa bei Unklarheit, welche Behörde bzw. welches Land innerhalb der EU für die Leistungserbringung zuständig ist. Dies ist z.B. der Fall, wenn eine österreichische Staatsbürgerin oder Migrantin mit Aufenthaltstitel mit ihrem Kind in Österreich lebt, der Vater mit EU-Staatsbürgerschaft aber in einem anderen EU-Land lebt und/oder arbeitet.

Auf Basis der EU-Richtlinie zu Familienleistungen mit einem Fokus auf das Beschäftigungsland wird im Beispiel geprüft, ob der Vater im Ausland versichert ist und daraus ein Anspruch für Mutter und Kind zu Lasten des jeweiligen EU-Staates abgeleitet werden kann. Die Klärung, welches EU-Land für die Versicherung zuständig ist, kann längere Zeit in Anspruch nehmen. Zumeist ist die betroffene Person, in diesem Fall die Mutter, für die

³⁴ Eine Ausnahme besteht bis zum Alter von 1,5 Jahren des Kindes, wenn keine geeignete Kinderbetreuung zur Verfügung steht.

Klärung der Ansprüche und bei der Antragstellung auf sich allein gestellt. Österreich leistet nur im Bedarfsfall, der Anspruch auf Kinderbetreuungsgeld wird genau geprüft. Häufig wird die Leistung auch bei letztlich festgestelltem Anspruch in Österreich erst nach längerer Zeit (häufig vergehen mehrere Monate bis zu einem Jahr) ausbezahlt. Obwohl bei stattgegebenem Antrag die Krankenversicherung auch rückwirkend gilt, besteht vorerst während der Zeit der Auszahlungsverzögerung keine Versicherung.

Es besteht zwar in Wien mit der MA 40 eine Vereinbarung für eine Überbrückungshilfe bzw. eine Vorstreckung der BMS-Leistung, wenn sich eine Klärung der Ansprüche länger hinzieht; dies ist den Betroffenen aber häufig nicht bekannt und funktioniert nur durch Intervention von NGOs oder MA 11 (Interview Abedi/Madreiter). Zudem war die Rückzahlung der BMS-Leistung durch die Betroffenen nach z.B. rückwirkend zuerkanntem Kinderbetreuungsgeld-Bezug aufgrund des Vermögensfreibetrags bei der BMS in der Praxis schwierig durchführbar. Dieses Problem wurde aber nunmehr saniert (Tel. Stanzl).

Auszahlungsverzögerungen bei Familienleistungen oder auch bei der BMS (z.B. Klärung des Anspruchs), gelegentlich auch bei AMS- oder Krankenversicherungs-Leistungen, können auch entstehen, wenn etwa der/die Arbeitgeber/In in Konkurs gegangen ist, oder wenn die notwendigen Dokumente bzw. Unterlagen für die Berechnung der Leistung fehlen.

Während der generellen Antragsfrist von rund drei Monaten bei der BMS kann es kurzfristig zu Versicherungslücken kommen. Die Versicherung greift zwar in der Regel im Nachhinein rückwirkend, temporär stellt dies jedoch keine Lösung dar. Zur Überbrückung auch von Versicherungslücken werden betroffene Personen teilweise von den BMS-Behörden zur Caritas verwiesen. Die Caritas kann jedoch nicht immer flächendeckend aushelfen bzw. eine Behandlung vorfinanzieren. Etwaige aufgewendete Kosten werden durch die BMS-Behörden nicht rückerstattet (Interview Abedi/Madreiter).

4.4.8.6 Sanktionen bei AMS- bzw. Krankenversicherungsleistungen

Wird eine AMS- oder Krankenversicherungs-Leistung (z.B. Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Rehabilitationsgeld) aufgrund einer Sanktion vollständig eingestellt, kann ersatzweise keine BMS bezogen werden, und es besteht damit u.U. auch kein Krankenversicherungsschutz. Die einzige Ausnahme besteht derzeit noch (bis Ende 2017) für Richtsatzergänzer/Innen (z.B. Bezug von BMS zusätzlich zu einer Notstandshilfe) in Wien, deren BMS im Falle einer

Sanktion durch das AMS mit Leistungskürzung oder -streichung teilweise weiter aufgestockt wird (Interview Abedi/Madreiter).³⁵

Bei einer (Neu-)Vorstellung beim AMS bzw. der Gebietskrankenkasse wird die entsprechende Versicherungsleistung i.d.R. allerdings ohnehin (wieder) gewährt und es besteht damit auch (wieder) ein Krankenversicherungsschutz (Tel. Stanzl).

4.4.8.7 BMS: Angehörigeneigenschaft bzw. Nicht-Inanspruchnahme

Für Personen, die die Angehörigeneigenschaft in der Krankenversicherung nach einer Scheidung bzw. Trennung verloren haben, besteht, wenn der Unterhalt geregelt ist, bei entsprechender Bedürftigkeit ein BMS-Anspruch. BMS-Leistungen werden auch gewährt, wenn der Versuch, Unterhaltszahlungen zu erhalten, „ernsthaft“ betrieben wird (Tel. Stanzl).

Ein Nicht-Einbezug in die Krankenversicherung kann jedoch Personen in Partnerschaften betreffen, wenn eine Angehörigeneigenschaft (noch) nicht möglich ist, und ein Anspruch auf BMS nicht gegeben ist, weil der/die Partner/In über ein entsprechendes Einkommen verfügt (Interview Abedi/Madreiter).

Bei der BMS in Wien gibt es im Rahmen von Bedarfsgemeinschaften mit einerseits anspruchsberechtigten Personen, die über die BMS in die Krankenversicherung einbezogen werden, und andererseits nicht anspruchsberechtigten Personen (z.B. Partner/In mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft und befristetem Aufenthaltstitel) für letztere Personen mittlerweile keine Option der Angehörigen-Eigenschaft bei der Krankenversicherung über die BMS.

Die Regelung – eingeführt nach einer Stellungnahme des Rechnungshofes, der kritisiert hatte, dass ohne gesetzliche Grundlage alle (sich legal in Österreich aufhaltigen) Mitglieder einer Bedarfsgemeinschaft BMS beziehen können, wenn auch nur eine Person in der Bedarfsgemeinschaft auf BMS anspruchsberechtigt ist – betrifft allerdings nur Neuanträge; bereits zuvor beziehende derartige Bedarfsgemeinschaften erhalten die Leistung im Sinne einer Härtefallregelung für Altfälle bzw. Verlängerungsanträge unverändert.

Mit dem neuen, ab 1.1.2018 geltenden, Wiener Mindestsicherungs-Gesetz wird jedoch bei Vorliegen einer unterhaltsrechtlichen Beziehung für Kinder sowie Ehepartner/Innen (nicht: Lebensgefährt/Innen) ein entsprechender Rechtsanspruch gewährt, und diese „Lücke“, die aus quantitativer Sicht ohnehin zu vernachlässigen ist, saniert (Tel., Mail Kargl; Tel. Stanzl).

³⁵ Allerdings verfügen diese Personen ohnehin über eine BMS-Leistung und damit eine Krankenversicherung.

Stigmatisierung, etc. als Grund für eine Nicht-Inanspruchnahme der BMS (und damit einer Krankenversicherung im Rahmen der BMS) spielt bei Frauen über 50 Jahren und im ländlichen Bereich (keine Anonymität) eine Rolle. Zusätzliche Hemmschwellen für eine Beantragung bilden im niedrigen Bildungsniveau Sprachbarrieren und Informationslücken, bzw. im hochgebildeten Segment „Stolz“ und Habitus (Interview Bohrn-Mena).

4.4.9 Individuelle „Folgen“ von Nichtversicherung

Hinsichtlich individueller „Folgen“ einer Nicht-Krankenversicherung existiert in Österreich nur wenig Empirie darüber, ob und inwieweit ungesicherte Krankheitsrisiken mit einem schlechteren Gesundheitszustand und einem unterschiedlichen Inanspruchnahme-Verhalten von medizinischen Leistungen zusammenhängen.

4.4.9.1 Subjektiver und objektiver Gesundheitszustand

Einer Sekundäranalyse der Daten der WHO-Studie „Gesundheit und Gesundheitsversorgung“ von Dezember 2000 zufolge, wurde der subjektive Gesundheitszustand von nicht krankenversicherten Personen im Vergleich zu krankenversicherten Personen nur geringfügig schlechter eingestuft (Fuchs 2009, 332). Nach Angabe der Expert/Innen der Sozialberatung der Caritas Wien dürfte der Gesundheitszustand von nicht versicherten Personen tatsächlich schlechter sein. Insbesondere ältere Migrant/Innen wirkten abgearbeitet, erschöpft und psychisch angegriffen (Interview Abedi/Madreiter).

Die meisten Patient/Innen der Marienambulanz Graz sind körperlich krank, wobei sowohl das physische als auch das soziale Wohlbefinden beeinträchtigt sind. Viele Betroffene sind auch psychisch belastet. Grundsätzlich entsprechen die Erkrankungen jenen der jüngeren österreichischen Bevölkerung, allerdings mit einem Schwerpunkt auf psychischen Problemen.

Die häufigsten Diagnosen werden im Bereich Psyche (19%), akute Infekte (12%) sowie Blutdruck/Herz und chronische Schmerzen (jeweils 11%) gestellt. Die vorkommenden Krankheitsbilder in der Psychiatriesprechstunde sind in absteigender Häufigkeit Sucht, posttraumatische Belastung, Depressionen, Anpassungsstörungen, Psychosen, Angst und andere psychische Probleme. Bei der „Rollenden Ambulanz“ betreffen häufige Beschwerden den Bewegungsapparat, Infekte aber auch chronische Symptome wie Hypertonie u.a. (Marienambulanz 2016, 5/11/15/18).

Ähnlich stehen bei den Krankheitsbildern der Klient/Innen der Amber-Med Wien Bluthochdruck, diverse Infekte, Erkrankungen des Bewegungsapparats sowie Diabetes Typ I und Typ II an erster Stelle (Amber-Med 2016, 12).

Im Rahmen der Erhebungsblätter wurden von den teilweise vorgegebenen Gründen für das Aufsuchen der Ambulanz am häufigsten „chronisches Problem“ (34%), „akutes Problem“ (32%) und „Schwangerschaft“ (13%) genannt. Ein chronisches Problem wurde relativ gesehen am häufigsten von Personen ab 60 Jahren (Anteil 53%), ein akutes Problem von Personen mit österreichischer Staatsbürgerschaft (Anteil 44%) und eine Schwangerschaft von Personen unter 30 Jahren (Anteil 29%) angeführt.

Tab. 12: Erhebungsblätter: Gründe für Aufsuchen der Ambulanz (nicht repräsentativ!)

Grund	Anteil in %	Gruppen, in denen der Grund häufig vorkommt
Chronisches Problem	34	60+ Jahre: 53%; Männer: 42%; Rest-Europa: 38%
Akutes Problem	32	Österreich: 44%; <30 Jahre: 42%; EU: 38%
Schwangerschaft	13	<30 Jahre: 29%; Nicht-Europa: 21%; Frauen: 20%; Rest-Europa: 17%
Medikamente	8	EU: 17%; 30-59 Jahre: 14%; Männer: 12%
Notfall	7	60+ Jahre: 21%; Nicht-Europa: 14%
Psychische Probleme	4	Österreich: 22%; 30-59 Jahre: 6%
Empfehlung von Caritas/Überweisung	3	

n=112

Insgesamt gibt es Anhaltspunkte, dass der Gesundheitszustand von nicht-versicherten Personen im Vergleich zu versicherten Personen schlechter ist. Insbesondere psychische Beeinträchtigungen dürften verstärkt auftreten.

4.4.9.2 Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

Wenn keine akute Behandlungsbedürftigkeit besteht, kann bei Nicht-Versicherung eine medizinische Versorgung durch den/die behandelnde/n Ärzt/In verwehrt werden. In der Notfallbehandlung besteht hingegen eine Verpflichtung zur Versorgung von Patient/Innen. Auch Menschen ohne Aufenthaltstitel haben grundsätzlich Anspruch auf diese; allerdings ist dieser Sachverhalt in der Praxis nicht konfliktfrei (Neupert 2015).

Sofern auch kein (zumindest potenzieller) Anspruch auf BMS besteht, haben nicht versicherte Patienten für ambulante und stationäre Leistungen in Krankenanstalten den so genannten „Selbstzahlertarif“ zu entrichten bzw. werden als Privatpatient/Innen betrachtet. Dieser Tarif wird von der jeweiligen Landesregierung mittels Verordnung festgelegt und ist in

der Regel kostendeckend ausgerichtet. Niedergelassene Ärzt/Innen sind in der Gestaltung der Tarife für nicht Versicherte grundsätzlich frei (Amber-Med 2016, 7; Fuchs 2009, 329).

Bei Patient/Innen, die nicht an das Sozial- und Gesundheitssystem angebunden werden können, ist eine Refinanzierung der medizinischen Behandlung häufig nicht möglich, da die Betroffenen i.d.R. aufgrund ihrer geringen Einkommen die Kosten als Selbstzahler/Innen nicht tragen können (Neupert 2015). Können die Patient/Innen doch die Rechnung übernehmen, verschulden sie sich häufig auf längere Zeit (Amber-Med 2016, 7).

Bei einer Sekundäranalyse, ob die Tatsache der Nicht-Versicherung mit der Nicht-Inanspruchnahme einer Gesundheitsversorgung aus finanziellen Gründen innerhalb des letzten Jahres zusammenhängt, ergab sich auf Basis der Daten der WHO-Studie „Gesundheit und Gesundheitsversorgung“ von Dezember 2000 zwar kein statistisch signifikantes Ergebnis, nicht Versicherte berichteten jedoch öfter von einer entsprechenden Nicht-Inanspruchnahme (Fuchs 2009, 332).

Nach den Erfahrungen der behandelnden Einrichtungen betreiben nicht-versicherte Personen aus Kostengründen eindeutig weniger Gesundheitsvorsorge. In erster Linie aus Angst vor unbezahlbaren Rechnungen wird medizinische Hilfe oft erst gesucht, wenn der Leidensdruck groß ist und die Beschwerden so akut sind, dass u.U. eine langwierige Behandlung notwendig wird. Trotz einiger spezifischer Angebote in Wien (neben Amber-Med auch Caritas Louisebus, Neunerhaus, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder) kommen die Patient/Innen oft erst bereits mit ausgeprägter Symptomatik (Amber-Med 2016, 6ff/14).

Auch der Expertin der IG-Flex zufolge steht für Armutsbetroffene Prävention generell nicht im Vordergrund, schon gar nicht für Personen ohne Versicherung. Es stehen dann zahlreiche andere Probleme im Mittelpunkt. Betroffene gehen dann zum/r Ärzt/In, in die Ambulanz oder in das Spital, wenn ein dringender medizinischer Bedarf besteht, insbesondere von Kindern. Vor allem Männer begeben sich so lange wie möglich nicht in medizinische Betreuung. So wird etwa eine Grippe mit Bettruhe ohne Behandlung auskuriert. Personen, die temporär nicht versichert sind, warten abgesehen von dringenden Akutfällen mit der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen so lange, bis sie wieder versichert sind (Interviews Abedi/Madreiter; Bohrn-Mena).

Im Rahmen der Erhebungsblätter gaben in Summe 39% der Patient/Innen an, die niederschwellige Ambulanz entweder aufgrund eines Not- oder Akutfalles aufgesucht zu haben (vgl. 4.7.1).

Eine eklatante Unterversorgung besteht bei Nicht-Versicherten bei Zahnersatz und Zahnbehandlungen (langes Zuwarten) oder auch bei alternativen Behandlungsmöglichkeiten.

Geplante Operationen (z.B. Orthopädie) oder kostenintensive Therapien sind für unversicherte Personen kaum erreichbar. Bei jüngeren Betroffenen bleiben auch psychische Erkrankungen und Depression oft unbehandelt, was zu einem Teufelskreis im Zusammenhang mit allgemeiner Unsicherheit, geringem Einkommen, etc. führt (Amber-Med 2016, 7; Interviews Abedi/Madreiter; Bohrn-Mena).

Insgesamt scheinen nicht-versicherte Personen eine medizinische Behandlung – wenn überhaupt – tendenziell erst relativ spät in Anspruch zu nehmen, wenn die Symptome bereits fortgeschrittener sind.

4.4.10 Hilfe für Betroffene im Krankheitsfall

Die meisten nicht-versicherten Personen nutzen im Akutfall Anlaufstellen, die Behandlungen auch ohne Krankenversicherung vornehmen. Es existieren mehrere ambulante und stationäre Einrichtungen, die eine kostenlose Versorgung für nicht Krankenversicherte anbieten (neben den erwähnten ambulanten Einrichtungen in Wien und Graz z.B. das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Wien). Auch einzelne niedergelassene Ärzt/Innen, die zum Teil mit karitativen Organisationen zusammenarbeiten, offerieren diesen Service. Im Allgemeinen ist das Angebot auf größere Städte konzentriert und vor allem in ländlichen Regionen gering.

Nach Aufzeichnungen der Amber-Med Wien haben mehr als 85% der Patient/Innen, vor allem Migrant/Innen und Menschen ohne Dokumente, über Mundpropaganda von der Einrichtung erfahren, da diese bei Nonprofit-Organisationen und Behörden gut bekannt ist. Es gibt aber auch eine steigende Anzahl von Patient/Innen, die via Internet auf die Einrichtung aufmerksam wurden (Amber-Med 2016, 7f/14).

Bei der Sozialberatung der Caritas Wien erfolgt eine sozialrechtliche Beratung von nicht-versicherten Klient/Innen. Wenn keine aufrechte Versicherung und auch keine (rasche) Eingliederungsmöglichkeit bestehen (vgl. 4.4.6), wird für medizinische Behandlungen i.d.R. an einschlägige Institutionen wie Amber-Med Wien oder auch das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder verwiesen. Diese Einrichtungen verweisen die Patient/Innen unter Umständen wiederum an bestimmte Ärzt/Innen, die kostenlos behandeln. Selbst eine ersatzweise Einsatz-Leistung bei einem/r Ärzt/In (z.B. während der Antragsfrist auf BMS) ist von den Betroffenen häufig nicht leistbar. Nicht versicherte Schwangere (zumeist kein Aufenthaltstitel, keine Sozialansprüche) werden an die Aktion Leben und die Elisabethstiftung verwiesen, die unter Umständen eine ermäßigte Geburt im Krankenhaus Göttlicher Heiland vermitteln können (Interview Abedi/Madreiter).

Abseits von der medizinischen Behandlung in niederschwelligen Einrichtungen wurden noch folgende „Coping“-Strategien beschrieben:

- Jüngere Betroffene weisen häufig multiple Probleme auf, wo die fehlende Krankenversicherung nur ein Problem unter vielen darstellt. Auf der anderen Seite sind jüngere Menschen aber auch i.d.R. gesünder und gleichzeitig kreativ bei der Suche nach potentiellen Auswegen aus Problemlagen. Z.T. werden auch Aushilfs-Lösungen im medizinischen Bereich über den großen Bekanntenkreis, Wohngemeinschaften, etc. organisiert (Interview Bohrn-Mena).
- Migrant/Innen sind eher im Familienverband bzw. privat organisiert als Österreicher/Innen und helfen sich bei Bedarf auch in medizinischen Angelegenheiten (provisorisch) gegenseitig.
- Teilweise erfolgt auch ein Umzug von nicht-versicherten Personen nach Wien, da dort die ärztliche Versorgung (auch für Nicht-Versicherte) besser gewährleistet ist. Auf der anderen Seite sind aber die Wohnkosten in Wien wesentlich höher und adäquate Wohngelegenheiten häufig nur schwer ausfindig zu machen.
- Vereinzelt wird von zuvor selbständig Beschäftigten die SVA-Weiterversicherung für einen herabgesetzten Monatsbeitrag von EUR 32,57 genutzt (Interview Abedi/Madreiter).

5 Ausmaß und Betroffenheit von Nicht-Versicherung im zeitlichen Verlauf

Die öffentliche Diskussion über das Problem der Nicht-Erfassung von Personen durch die Krankenversicherung wird in Österreich seit längerem geführt. Parallel dazu wurden in den letzten Jahren mehrere politische Maßnahmen gesetzt, die zu einer Ausweitung des Krankenversicherungsschutzes bzw. zur Schließung von Lücken führten:

- Seit Mai 2004 sind auch hilfs- und schutzbedürftige Fremde (Asylwerber/Innen, Asylberechtigte, nicht abschiebbare Personen, etc.) im Rahmen einer zwischen dem Bund und den Ländern vereinbarten Grundversorgung krankenversichert (BMSG 2004);
- mit 1.7.2006 wurde die Schutzfrist in der Krankenversicherung nach Beendigung eines Dienstverhältnisses von drei auf sechs Wochen verlängert (vgl. auch 2.4.1). Bereits zuvor wurde die Lücke für jene arbeitslosen Personen, die auf Grund der vier Wochen dauernden Wartefrist nicht sofort Arbeitslosengeld beantragen und daher spätestens nach Ende der damals drei Wochen dauernden Schutzfrist nicht krankenversichert waren, geschlossen (AK Wien 2006, 15; BMSG 2004);
- seit 1.8.2009 sind auch Personen, die wegen der Anrechnung des Partner/Inneneinkommens keinen Anspruch auf Notstandshilfe haben, während der Zeit der Arbeitslosenmeldung (eigenständig) krankenversichert. Zum Zeitpunkt der Einführung waren etwa 6.000 Personen von der Neuregelung betroffen (AK Wien 2013, 19; BMASK 2009, 3/9);
- mit dem Ersatz der Sozialhilfe durch die BMS erfolgte ab 1.9.2010 auch der Einbezug von BMS-Bezieher/Innen in die Krankenversicherung (vgl. 2.3). Allerdings wurde auch bereits im Rahmen der Sozialhilfe Krankenhilfe gewährt: Die Leistungen entsprachen prinzipiell dem Spektrum der Sachleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. In erster Linie dominierte jedoch die Übernahme der jeweiligen Behandlungskosten im Einzelfall, wobei im ärztlichen bzw. ambulanten Bereich als strukturelle Vorsorge in der Regel sogenannte „Sozialhilfe-Krankenscheine“ zum Einsatz kamen (Fuchs 2009, 328f).³⁶ In der Studie von 2003 wurde geschätzt, dass sich die Gesamtzahl der

³⁶ Neben der anlassbezogenen Krankenhilfe bestand jedoch auch die Möglichkeit, dass der Sozialhilfeträger für den/die Hilfesuchende/n die Beiträge für eine Selbstversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung übernahm. Dabei war eine Herabsetzung aufgrund der wirtschaftlichen Verhältnisse ausgeschlossen, die Beiträge leiteten sich stets von der Höchstbeitragsgrundlage ab. Die Entscheidung für oder gegen eine Selbstversicherung wurde von den Sozialhilfeträgern i.d.R. nach ökonomischen Gesichtspunkten gefällt; d.h. es wurden jene Personen versichert, bei denen sich die Übernahme der Beiträge im Vergleich zur Übernahme der

(registrierten) Krankenhilfe-Anspruchsberechtigten (exkl. Selbstversicherte) im Dezember 2002 auf 19.000 Personen belief (Fuchs et al. 2003, 14). Im Jahr 2015 wurden für insgesamt 79.000 Personen Krankenversicherungsbeiträge im Rahmen der BMS geleistet (Pratscher 2016, 855);

- Vor 2013 erhielten Personen, deren Antrag auf Berufsunfähigkeits- oder Invaliditätspension abgelehnt worden war und die gegen den Bescheid geklagt hatten, bis zur endgültigen Entscheidung einen Pensionsvorschuss. Anfang 2013 wurde diese soziale Absicherung während des Sozialgerichtsverfahrens aufgehoben. Die sozialpolitische Intention der Aufhebung war, in Verbindung mit modifizierten Sperrfristen eine redundante Pensionsantragstellung (ohne gesundheitlicher Verschlechterung) zu unterbinden. Dies brachte aber auch Nachteile für „einmalige“ Antragsteller/Innen. Betroffene, die sich in einem aufrechten Arbeitsverhältnis befanden und deren Anspruch auf Krankengeld bereits ausgeschöpft war, hatten auch keinen Anspruch auf eine AMS-Leistung, da sie nicht arbeitslos waren, und verfügten damit u.U. auch über keine Krankenversicherung. Darüber hinaus erhielten aufgrund der Neuregelung vom Krankengeld ausgesteuerte Personen, die einen unaufschiebbaren Krankenhausaufenthalt vor sich hatten, während eines solchen Aufenthalts keine sozialversicherungsrechtliche Leistung mehr. Die Lücke für die genannten Fallkonstellationen wurde mit 1.1.2016 durch das Inkrafttreten des SRÄG 2015 geschlossen. Es besteht nun Anspruch auf Sonderkrankengeld (inkl. Krankenversicherung), wenn bei aufrechtem Arbeitsverhältnis kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung und Krankengeld mehr besteht und ein Pensions-Klagsverfahren anhängig ist. Versicherte mit aufrechtem Arbeitsverhältnis sind seitdem nach Aussteuerung vom Krankengeld nicht mehr gezwungen, ihr Arbeitsverhältnis aufzulösen, um zumindest Arbeitslosengeld zu beziehen. Sie haben nun bis zur rechtskräftigen Erledigung ihres Sozialgerichtsverfahrens einen gesetzlichen Anspruch auf Sonderkrankengeld. Zusätzlich können die Satzungen der Krankenversicherungsträger für vom Krankengeld ausgesteuerte Personen für den Zeitraum eines unaufschiebbaren und notwendigen Krankenhausaufenthaltes ebenfalls ein Sonderkrankengeld vorsehen (APA 2015; Stumptner-Diethör 2017, 35/37/44f).

Grundsätzlich sollten die erwähnten Maßnahmen zu einer Verringerung des Risikos für Perioden einer Nicht-Krankenversicherung geführt haben. Es ist an dieser Stelle ausdrücklich

Behandlungskosten „rentierte“ (eher ältere Personen, chronisch Kranke etc.). Aufgrund der Wartezeit bei der Selbstversicherung wurden für gewöhnlich auch nur längerfristige Sozialhilfebezieher/Innen versichert.

darauf hinzuweisen, dass die folgenden Analysen ausschließlich der Untersuchung des Ausmaßes und der Betroffenheit von Nicht-Versicherung im zeitlichen Verlauf dienen, und aufgrund der durch die Herstellung von zeitlicher Vergleichbarkeit bedingten Einschränkung der verwendeten Datenquellen als eigenständige und getrennte Analyse gegenüber den ermittelten Quoten an Personen, die im Jahr 2015 keine Absicherung gegen Krankheit aufweisen (vgl. 3.2), zu betrachten sind. Für das Jahr 2015 sind letztere Quoten aussagekräftiger.

5.1 „Nicht-Versichertenquoten“ (auf Basis von administrativen Daten)

Für die Analyse des zeitlichen Verlaufs bei den insgesamt krankenversicherten Personen bzw. im Umkehrschluss dem Anteil von nicht als versichert registrierten Personen an der Gesamtbevölkerung steht die jährliche offizielle Bekanntgabe der versicherten Personen durch den Hauptverband (vgl. zuletzt Hauptverband 2017, 18) zur Verfügung. Die Studie von 2003 (Fuchs et al. 2003) ist in dieser Hinsicht nicht sehr aussagekräftig, da die Zahl der nicht-versicherten Personen aufgrund von noch ausstehenden Meldungen zur damals in Fertigstellung begriffenen Anspruchsberechtigendatenbank des Hauptverbands seitens einiger Versicherungsträger überschätzt wurde. Sowohl für die Studie zu den nicht-krankenversicherten Personen von 2003 als auch für die gegenständliche Studie für das Jahr 2015 ist darauf hinzuweisen, dass bestimmte zusätzliche Informationen bzw. Quellen in unterschiedlichem Ausmaß für die Analyse berücksichtigt werden konnten (z.B. zu Ein- und Auspendler/Innen und deren Angehörigen, ausschließlich privatrechtlich versicherten Freiberufler/Innen und deren Angehörigen, Grundwehrdienern, Häftlingen), die sowohl eine Vergleichbarkeit untereinander als auch mit den offiziellen Daten des Hauptverbands verunmöglichen.

Vor dem Jahr 2002 gab es keine genauen offiziellen statistischen Aufzeichnungen: Es wurden nicht krankenversicherte Personen sondern lediglich Krankenversicherungsverhältnisse gezählt. Darüber hinaus war es auch nicht möglich, die Zahl der Angehörigen statistisch genau zu erfassen. Der Versicherungsgrad wurde grob auf 99% geschätzt (vgl. Hauptverband 2002, 16f). Mit der Implementierung der Anspruchsberechtigendatenbank des Hauptverbands ab 2002 war es erstmals möglich, relativ genau die Anzahl der in der sozialen Krankenversicherung anspruchsberechtigten Personen zu erfassen, und es konnten erstmals vollständige personenbezogene Auswertungen durchgeführt werden (Hauptverband 2003, 16).

Der zur Analyse der offiziellen Statistiken des Hauptverbands herangezogene Beobachtungszeitraum berücksichtigt daher die Jahre 2002 bis 2016. Es dürfte aber auch dieser zeitliche Verlauf noch durch die erwähnten verspäteten Meldungen zur Anspruchsberechtigten-Datenbank verzerrt sein. Am Ende des Beobachtungszeitraums ist der Anstieg bei Asylwerber/Innen und geflüchteten Fremden ab dem Jahr 2015 zu bedenken, deren Registrierung in der Krankenversicherung als teilweise verspätet angenommen werden kann (vgl. auch 3.2.1.2).

Die zusätzlich Leistungsberechtigten bei den Krankenfürsorgeanstalten wurden vom Hauptverband stets mit 200.000 Personen geschätzt. Ab dem Jahr 2012 erfolgte eine (gerundete) Korrektur der Gesamtzahl der Versicherten um Personen mit Wohnsitz im Ausland. Auspendler/Innen und deren Angehörige mit ausländischer Krankenversicherung sowie ausschließlich privatrechtlich krankenversicherte Personen (v.a. kammerzugehörige Freiberufler/Innen und deren Angehörige), die den Versicherungsgrad erhöhen, wurden in den offiziellen Statistiken nicht berücksichtigt. Das Gleiche gilt für nicht versicherte, aber anderweitig geschützte Personen, wie Grundwehrdiener, Häftlinge sowie Personen, deren Krankenschutz vor der Einführung der BMS 2010/11 durch die Krankenhilfe im Rahmen der Sozialhilfe gewährleistet wurde.

Bei den „Nicht-Versichertenquoten“ im Verhältnis zur Wohnbevölkerung zeigt sich im Beobachtungszeitraum aufgrund von Nachzieheffekten bei der Anspruchsberechtigten-Datenbank, den oben beschriebenen Maßnahmen zur Erweiterung des Versicherungsschutzes und der Zunahme von beitragsleistenden Erwerbstätigen eine tendenzielle Abnahme von anfangs fast 3% (2002 bis 2004) auf 0,2% (2013/14; 2015 wieder Anstieg, der aber durch Auf-/Abrundungen verdeckt ist). Im Jahr 2012 erfolgt ein Zeitreihenbruch aufgrund der erstmals erfolgenden Korrektur für Personen mit Wohnsitz im Ausland. Ab dem Jahr 2015 führte der Anstieg bei Asylwerber/Innen und geflüchteten Fremden zwar zu einer weiteren deutlichen Zunahme der Anzahl der Versicherten, aber zu einer geringeren Erhöhung dieser Größe im Vergleich zur Wohnbevölkerung, weshalb die „Nicht-Versichertenquote“ auf zuletzt 0,5% (2016) zunimmt. Bei den Beitragsleistenden zeigt sich im Beobachtungszeitraum aufgrund der oben genannten Gründe sowie der Zunahme der Erwerbstätigen-Quote eine durchgehende Steigerung. Hingegen hat sich die Anzahl der Angehörigen ohne Kinder aufgrund der Zunahme der Beitragsleistenden kontinuierlich reduziert. Bei den angehörig Kindern ergibt sich tendenziell eine Abnahme über den

gesamten Beobachtungszeitraum, in Einzeljahren (2004, 2006, 2007, 2014 und 2016) jedoch eine Zunahme.³⁷

Tab. 13: „(Nicht-)Versicherte“ 2002-2016 auf Basis von administrativen Daten

Jahr	Bevölkerung in 1.000 Jahresdurchschnitt	Versicherte in 1.000* Jahresdurchschnitt	Davon (ohne KFA u. Korrektur WS Ausland)			„Nicht-Versicherte“ in % Bevölkerung
			Beitragsleistende in 1.000 JD	Angehörige ohne Kinder in 1.000 JD	Kinder in 1.000 JD	
2002	8.082	7.860	5.520	532	1.608	2,7
2003	8.118	7.884	5.559	528	1.596	2,9
2004	8.169	7.942	5.624	514	1.603	2,8
2005	8.225	8.047	5.750	493	1.603	2,2
2006	8.268	8.161	5.873	481	1.606	1,3
2007	8.295	8.203	5.916	469	1.617	1,1
2008	8.322	8.250	5.989	454	1.607	0,9
2009	8.341	8.285	6.043	441	1.601	0,7
2010	8.361	8.331	6.106	433	1.593	0,4
2011	8.389	8.408	6.198	423	1.587	-0,2
2012**	8.426	8.400	6.288	413	1.572	0,3
2013**	8.477	8.460	6.367	404	1.572	0,2
2014**	8.544	8.530	6.453	396	1.576	0,2
2015**	8.630	8.610	6.553	382	1.571	0,2
2016**	8.740	8.700	6.662	371	1.582	0,5

Q: Hauptverband 2003-2017; www.statistik.at: Bevölkerung; eigene Berechnungen Europäisches Zentrum JD=Jahresdurchschnitt; WS=Wohnsitz

* Gesamtzahl Versicherte stets inkl. geschätzte 200.000 Leistungsberechtigte bei Krankenfürsorgeanstalten; ** Gesamtzahl Versicherte korrigiert um Personen mit Wohnsitz Ausland (2012 minus 74.000; 2013 minus 83.000; 2014 minus 94.000; 2015 minus 97.000; 2016 minus 115.000); die Summe aus Beitragsleistenden, Angehörigen ohne Kinder und Kindern plus 200.000 KFA-Versicherte übersteigt daher in diesen Jahren die Gesamtzahl der Versicherten um die jeweilige Korrektur

Bei der „Nicht-Versichertenquote“ nach Einzeljahren im Vergleich zum jeweiligen Vorjahr lassen sich folgende auffällige Entwicklungen beobachten, denen potentielle Ursachen zugeordnet werden:

- 2005 (minus 0,6 Prozentpunkte): Mai 2004 Einführung Grundversorgung für Fremde; Nachzieheffekte Anspruchsberechtigendatenbank?;
- 2006 (minus 0,9 Prozentpunkte): Nachzieheffekte Anspruchsberechtigendatenbank, (Juli 2006 Verlängerung Schutzfrist nach Beendigung eines Dienstverhältnisses)?;
- 2010 (minus 0,3 Prozentpunkte): ab August 2009 eigener Krankenversicherungsanspruch bei Einstellung Notstandshilfe aufgrund Partner/Inneneinkommen, ab September 2010 BMS mit Krankenversicherung?;
- 2011 (minus 0,6 Prozentpunkte): ab 2010/11 BMS mit Krankenversicherung?;

³⁷ Die Anzahl der Beitragsleistenden, der Angehörigen ohne Kinder sowie der Kinder ist stets ohne Versicherte bei den Krankenfürsorgeanstalten und stets ohne Korrektur für Versicherte mit Wohnsitz Ausland.

- 2012 (minus 0,3 Prozentpunkte; gerechnet ohne Korrektur für Versicherte mit Wohnsitz im Ausland): ab 2010/11 BMS mit Krankenversicherung?;
- 2015 (plus 0,1 Prozentpunkte; verdeckt durch Auf-/Abrundung): verspätete Registrierung Asylwerber/Innen/geflüchtete Fremde in Krankenversicherung?;
- 2016 (plus 0,2 Prozentpunkte; korrigiert um Auf-/Abrundung): verspätete Registrierung Asylwerber/Innen/Fremde in Krankenversicherung?

Wird der Zeitraum 2002 bis 2016 zusätzlich noch gesamthaft betrachtet, so hat die Zahl der Versicherten (pro Jahr) stärker zugenommen als die Wohnbevölkerung, im Zeitraum 2012 bis 2016³⁸ hat sich dieses Verhältnis (bei Exklusion der Personen mit Wohnsitz im Ausland) jedoch (geringfügig) umgekehrt. Es zeigt sich nochmals aufsummiert die deutliche Steigerung bei den Beitragsleistenden und die kontinuierliche Abnahme bei den Angehörigen ohne Kinder. Die Anzahl der angehörig Kinder hat über den gesamten Beobachtungszeitraum tendenziell leicht abgenommen, sich seit 2012 jedoch tendenziell leicht erhöht.

Tab. 14: Bevölkerung und Versicherte: aufsummierte Entwicklungen 2002 bis 2016 bzw. 2012 bis 2016*

Kategorie	2002-2016		2012-2016	
	Summe in 1.000	Pro Jahr in 1.000	Summe in 1.000	Pro Jahr in 1.000
Bevölkerung	+658	+47	+314	+79
Versicherte	+840 (+955)	+60 (+68)	+300 (+342)	+75 (+85)
Beitragsleistende	+1.142	+82	+374	+94
Angehörige o Kinder	-161	-12	-42	-11
Kinder	-26	-2	+10	+3

Q: Hauptverband 2003-2017; www.statistik.at: Bevölkerung; eigene Berechnungen Europäisches Zentrum

* in Klammer Zahlen für Entwicklung ohne Korrektur für Personen mit Wohnsitz Ausland (ab 2012);

Beitragsleistende, Angehörige immer ohne Korrektur für Personen mit Wohnsitz Ausland

Bei der Krankenversicherung im Rahmen der BMS bzw. bis inkl. 2011 (teilweise) im Rahmen der Sozialhilfe (Selbstversicherte) ergibt sich aufgrund der Umstellung auf die BMS ein deutlicher Anstieg bei den geleisteten Krankenversicherungsbeiträgen im Jahr 2011. Nach dem Jahr 2011 zeigt sich sowohl bei den betroffenen Personen als auch bei den Beitragsausgaben eine stetige Zunahme. Die stärkste diesbezügliche Zunahme ergibt sich (aufgrund der generellen Zunahme von Bedürftigen und des Anstiegs bei Asylwerber/Innen und geflüchteten Fremden?) jeweils von 2014 auf 2015 bzw. von 2015 auf 2016 mit plus

³⁸ Gesonderte Betrachtung des Zeitraums 2012 bis 2016 aufgrund der 2012 erstmals durchgeführten Korrektur für Personen mit Wohnsitz im Ausland.

15.000 bzw. 14.000 bei den Personen und plus 7,5 bzw. 7,9 Mio. EUR bei den Krankenversicherungsbeiträgen.

Tab. 15: Krankenversicherung im Rahmen BMS bzw. Sozialhilfe: Personen und Ausgaben

Jahr	Personen in 1.000	KV-Beiträge in Mio. EUR	Gesamtausgaben inkl. sonstiger Krankenhilfe in Mio. EUR
2009*		13,9	
2010*		13,1	
2011*	49	22,4	24,5
2012	55	28,9	30,6
2013	61	31,8	33,5
2014	64	33,5	35,0
2015	79	41,0	42,5
2016	93	48,9	51,8

Q: Pratscher 2011-2017

* (teilweise) Selbstversicherte im Rahmen Sozialhilfe

In den Jahren 2015 bzw. 2016 ergab sich bei den durch Krankenversicherungsbeiträge im Rahmen der BMS unterstützten Personen folgendes Bild:

- 2015: 79.000 (28% der BMS-unterstützten Personen insgesamt), davon 32.000 Männer, 29.000 Frauen und 18.000 Kinder (Pratscher 2016, 855f);
- 2016: 93.000 (30% der BMS-unterstützten Personen insgesamt), davon 39.000 Männer, 32.000 Frauen und 22.000 Kinder (Pratscher 2017, 842/846).

5.2 Sozio-demographische Merkmale von Betroffenen und Ursachen für Nicht-Krankenversicherung (diverse Daten und Informationen)

Für die Analyse von sozio-demographischen Merkmalen von Betroffenen bzw. der Ursachen für Nicht-Krankenversicherung im Zeitverlauf können ausschließlich die Studie von 2003 sowie die gegenständliche Studie herangezogen werden.

Nach den administrativen Daten der Erhebung von 2003 waren Personen im Alter von 15-29 Jahren unter den nicht-geschützten Personen stark überproportional vertreten. Weitere quantitative Ergebnisse ergaben eine leicht überproportionale Betroffenheit von Männern. Diese Erkenntnisse von 2003 werden im Wesentlichen durch die aktuellen Ergebnisse für das Jahr 2015 bestätigt: Grundsätzlich sind Männer häufiger von Nicht-Versicherung betroffen als Frauen. Die größten Versicherungslücken nach Altersgruppen finden sich in absteigender

Reihenfolge bei Personen zwischen 20 und 29 Jahren, zwischen 15 und 19 Jahren sowie ab 65 Jahren.

Quantitativ nachweisbar (Signifikanzniveau jeweils $p < 0,01$) war 2003 auf Basis einer Sekundäranalyse einer stichprobenbasierten Erhebung von WHO und Statistik Austria auch eine stärkere Betroffenheit von Personen mit niedriger Bildung sowie von nicht in Österreich geborenen Personen (Fuchs et al. 2003, 14). Für 2015/17 kann sowohl auf Basis der Erhebungsblätter in niederschweligen Einrichtungen als auch der Expert/Innen-Interviews (für Staatsbürgerschaft bzw. Migrationshintergrund zusätzlich auch auf Basis der Jahresberichte der niederschweligen Einrichtungen sowie der Studierenden-Sozialerhebung) davon ausgegangen werden, dass es sich bei den nicht-krankenversicherten Personen überwiegend um Personen mit geringer Bildung sowie um Personen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft bzw. Migrationshintergrund handelt.

Die im Rahmen von Fuchs et al. (2003) eingesetzten (ebenfalls nicht repräsentativen!) Erhebungsblätter in niederschweligen Einrichtungen zeigten zudem, dass Personen ohne Krankenversicherungsschutz nur eingeschränkt in das Erwerbsleben eingebunden sind. Es handelte sich dabei entweder um atypische Beschäftigungsverhältnisse (geringfügig beschäftigt, Werkvertrag) oder um Gelegenheits- bzw. Schwarzarbeit. Von den nicht erwerbstätigen Personen war ein erheblicher Anteil schon sehr lange ohne Beschäftigung. Laut den damals befragten Expert/Innen waren auch viele Betroffene nicht arbeitsfähig bzw. aus anderen Gründen nicht am Arbeitsmarkt vermittelbar (Fuchs 2009, 331f). Auch bei den Erhebungsblättern in den niederschweligen Einrichtungen bzw. den Expert/Innen-Interviews für das Jahr 2017 zeigt sich erwartungsgemäß eine nur geringe bzw. eingeschränkte Einbindung von nicht-krankenversicherten Personen in den Arbeitsmarkt. Wenn eine Erwerbstätigkeit vorliegt dann naturgemäß ausschließlich auf Basis von prekären Beschäftigungen und Gelegenheitsjobs, die aber nicht für einen Versicherungsschutz qualifizieren bzw. in deren Rahmen eine freiwillige Versicherung nicht wahrgenommen wird, oder nicht angemeldeter Beschäftigung. Im Rahmen der Erhebungsblätter dominieren beim „Lebensunterhalt“ der nicht-versicherten Personen die Angaben „Nicht-Erwerbstätigkeit ohne Anspruch auf Sozialleistungen“, Nicht-Erwerbstätigkeit aufgrund eines fehlenden Aufenthaltstitels bzw. der Status als Hausfrau/-mann. Nach Auskunft der befragten Expert/Innen können die nicht-versicherten Klient/Innen entsprechend nur schwer am Arbeitsmarkt Fuß fassen.

Nach der qualitativen Erhebung von 2003 (vgl. Fuchs 2009, 329) handelte es sich bei den betroffenen Personen – was die Ursachen bzw. Gründe für Nicht-Krankenversicherung betrifft – in erster Linie um

- arbeitslose Personen ohne Anspruch auf eine Leistung aus der Arbeitslosenversicherung: im Rahmen der Erhebungsblätter 2017 stellte dies mit rund einem Viertel der Nennungen den Hauptgrund für Nicht-Versicherung dar;
- Personen, die die Anspruchsberechtigung über eine Angehörigeneigenschaft aufgrund von Scheidung, eines Todesfalls oder der Überschreitung einer Altersgrenze verloren haben: im Rahmen der Erhebungsblätter 2017 gaben 4% als Ursache für die Nicht-Versicherung an, die Angehörigeneigenschaft aus diversen Gründen verloren zu haben;
- geringfügig oder nicht pflichtversichert selbständig beschäftigte Personen, die sich eine freiwillige Versicherung nicht leisten können oder wollen: im Rahmen der Erhebungsblätter 2017 waren 3% der Befragten (ohne Inanspruchnahme einer freiwilligen Versicherung) geringfügig beschäftigt, 1% gab an, die Beiträge zur SVA nicht bezahlt zu haben;
- dauerhaft obdachlose Personen: im Rahmen der Erhebungsblätter 2017 führten 4% bei der Frage nach der Ursache für die Nicht-Versicherung explizit (auch) Wohnungslosigkeit an, 28% bejahten die direkte Frage nach dem Vorliegen von Wohnungslosigkeit;
- vor kurzem aus einer Haft entlassene Personen: dieser Grund wurde im Rahmen der Erhebungsblätter 2017 nicht explizit genannt; sowie
- illegal beschäftigte bzw. aufhältige Personen: im Rahmen der Erhebungsblätter 2017 sahen 12% den Grund für die Nicht-Versicherung in einem fehlenden Aufenthaltstitel, darüber hinaus gaben 3% an, für ihre Arbeit keine Lohn erhalten zu haben bzw. nicht angemeldet beschäftigt gewesen zu sein.

Insgesamt zeigt sich somit sowohl bei den sozio-demographischen Merkmalen von nicht-krankenversicherten Personen als auch bei den Ursachen für Nicht-Versicherung zwischen den Erhebungen 2003 und 2015/17 erwartungsgemäß eine relativ ausgeprägte Kontinuität. Als zusätzliche zentrale Gründe bzw. Ursachen für den Status der Nicht-Versicherung wurden im Rahmen der Erhebungsblätter 2017 von 13% die Tatsache, nur auf Besuch oder auch zum

Zweck medizinischer Behandlung in Österreich zu sein bzw. sich als Tourist/In in Österreich aufzuhalten, sowie von 12% Probleme mit dem Asylstatus genannt.

Letzteres könnte auch eine (noch stärkere) Verlagerung innerhalb der nicht-krankenversicherten Personen hin zu „Armut-Migrant/Innen“ aus EU-Ländern (EU-Erweiterung nach 2003) und auch aus Drittstaaten, die nicht erwerbstätig sind und keinen Anspruch auf AMS- oder BMS-Leistungen haben, bzw. hin zu Asylwerber/Innen (verstärkter Zustrom ab 2015), die aus unterschiedlichen Gründen nicht von der Grundversorgung erfasst sind, andeuten. Ob und inwieweit dabei auch die im Beobachtungszeitraum gesetzten Maßnahmen zur Ausweitung des Versicherungsschutzes eine Rolle gespielt haben könnten (möglich wäre z.B., dass österreichische Staatsbürger/Innen von der Gesamtheit der Maßnahmen überproportional „profitiert“ haben), lässt sich nicht beurteilen.

6 Zusammenfassung

Die Krankenversicherung hat in Österreich den Status einer gesetzlich geregelten Pflichtversicherung. Diese knüpft an Erwerbstätigkeit bzw. die Realisierung eines sonstigen Pflichtversicherungstatbestandes an; der Krankenversicherungsschutz erstreckt sich aber auch auf anspruchsberechtigte Angehörige (abgeleiteter Versicherungsschutz) sowie auf freiwillig Selbstversicherte. In den letzten Jahren wurden mehrere politische Maßnahmen gesetzt, um den Einbezug von Personen in die Krankenversicherung zu forcieren. Dazu zählen die Einführung der Grundversorgung für hilfs- und schutzbedürftige Fremde, die Ausweitung der Schutzfrist nach Beendigung eines Dienstverhältnisses, eigenständige Krankenversicherung auch bei Verlust der Notstandshilfe aufgrund der Höhe des Partner/Inneneinkommens sowie der Einbezug von BMS-Bezieher/Innen in die Krankenversicherung.

Zur erneuten wissenschaftlichen Erfassung des Phänomens der Nicht-Versicherung nach der von BMGF und BMSG in Auftrag gegebenen Studie von 2003 sollten die bisherigen Kenntnisse über den Umfang bzw. die Zusammensetzung jenes Personenkreises, der über keinen Krankenversicherungs- bzw. einen gleichgestellten Schutz verfügt, für 2015/17 ergänzt bzw. aktualisiert und zusätzlich eine Übersicht zur Entwicklung des Ausmaßes und der Betroffenheit von Nicht-Versicherung im zeitlichen Verlauf von 2002 bis 2016 geboten werden.

Die Analyse von administrativen Daten wurde auf vorausgehende Auswertungen der Statistikabteilung des Hauptverbands aufgebaut. Sie diente in erster Linie einer genaueren Abgrenzung der Kalkulationsgrößen zur Feststellung von nicht-versicherten Personen, i.e., Wohnbevölkerung und als versichert bzw. anderweitig geschützt registrierte Personen. Die Ergebnisse sind aber aufgrund von fehlenden Daten bzw. Datenungenauigkeiten mit Vorsicht zu betrachten.

Unter Berücksichtigung vom beim Hauptverband registrierten Versicherten, Versicherten bei den Krankenfürsorgeanstalten (ohne Doppelzählung von Angehörigen), ausschließlich privatrechtlich versicherten kammerzugehörigen Freiberufler/Innen und deren Angehörige (grobe Schätzung), Grundwehrdienern, Häftlingen sowie Grenzgänger/Innen und deren Angehörige waren im Jahresdurchschnitt 2015 8,626 Mio. bzw. zu Jahresende 2015 8,673 Mio. Personen in Österreich gegen Krankheit abgesichert. Bei Gegenüberstellung mit der Wohnbevölkerung bedeutet dies, dass im Jahresdurchschnitt 2015 4.000 (oder 0,0% der

Wohnbevölkerung) und zu Jahresende 2015 27.000 Personen (oder 0,3% der Bevölkerung) keine Absicherung gegen Krankheit aufwiesen.

Die Differenz von mehr als 20.000 Nicht-Geschützten im Vergleich Jahresdurchschnitt 2015 zu Ende 2015 dürfte auf (noch) nicht krankenversicherte oder (noch) nicht als krankenversichert registrierte Asylwerber/Innen mit Ankunft Oktober bis Dezember 2015, die aber bereits in der Wohnbevölkerung aufscheinen, zurückzuführen sein. Die wesentlichen Unterschiede im Vergleich zur offiziellen Schätzung der (nicht) versicherten Personen seitens des Hauptverbands für 2015 sind die folgenden:

- Um 20.000 weniger geschätzte Leistungsberechtigte bei den Krankenfürsorgeanstalten (Berücksichtigung der Doppelzählung von anspruchsberechtigten Angehörigen);
- Berücksichtigung von ausschließlich privatrechtlich versicherten Freiberufler/Innen und deren Angehörigen (grobe Schätzung), Grundwehrdienern und Häftlingen (insgesamt rund 40.000 Personen);
- vollständiger Abzug von beim Hauptverband registrierten Versicherten mit Wohnsitz unbekannt bzw. Ausland; dafür auf der Gegenseite Berücksichtigung von auspendelnden Grenzgänger/Innen inkl. (Schätzung) anspruchsberechtigter Angehörige/r (vom Saldo her entspricht das Ergebnis allerdings ziemlich genau den berücksichtigten gerundeten 100.000 Personen mit Wohnsitz Ausland seitens des Hauptverbands);

Grundsätzlich sind Männer (Versicherungsgrad rund 0,5 Prozentpunkte unter dem Gesamtdurchschnitt) häufiger von Nicht-Versicherung betroffen als Frauen. Bei einer Betrachtung nach Alter und Geschlecht finden sich Konzentrationen an nicht gegen Krankheit abgesicherten Personen (Versicherungsgrad zumindest 0,5 Prozentpunkte unter dem Gesamtdurchschnitt) in absteigender Reihenfolge bei Männern im Alter von 18 bis 27 Jahren (Annahme: Präsenzdiener, Studenten, prekäre Beschäftigung, Asylwerber), Frauen im Alter von 18 bis 27 Jahren (Annahme: Studentinnen, prekäre Beschäftigung, Asylwerberinnen), Kindern im Alter von 0 Jahren (Annahme: verspätete Registrierung) sowie Männern und Frauen im Pensionsalter.

Die sonstigen herangezogenen quantitativen Daten sowie die eingesetzten qualitativen Methoden, im Einzelnen

- die Studierenden-Sozialerhebung 2015;

- die Analyse von Primär-Erhebungsblättern (nicht repräsentativ!) zu Klient/Innen in bzw. von Jahresberichten von „niederschwelligen“ Einrichtungen, die Krankenbehandlungen für betroffene Personen anbieten (Amber-Med Wien, Marienambulanz Graz);
- die Durchführung von halbstrukturierten Expert/Inneninterviews mit Mitarbeiter/Innen von Institutionen, die mit Gruppen arbeiten bzw. diese vertreten, die keinen Krankenversicherungsschutz aufweisen oder gefährdet sind, diesen zu verlieren oder keinen zu erwerben (Caritas Sozialberatung Wien und GPA-djp IG-Flex) sowie
- weitere Recherchen per Telefon und Mail,

dienten zur Interpretation und Ergänzung des Wissenstands der Analyse der administrativen Daten, z.B. zu Lebensrealitäten und der Versorgungspraxis von nicht-versicherten Personen. Essentiell war dabei die Erfassung zusätzlicher sozio-demographischer Merkmale wie Bildung, Familienstand, Staatsbürgerschaft und Erwerbstätigkeit. Gleichzeitig sollte untersucht werden, aufgrund welcher Umstände und in welchem zeitlichen Ausmaß es zu einem Fehlen des Krankenversicherungsschutzes kommt.

1,4% der Studierenden wiesen im Sommersemester 2015 nach eigener Angabe keine Krankenversicherung auf. Dies wären in absoluten Zahlen rund 4.500 Personen oder 0,05% der Wohnbevölkerung. Studierende dürften damit deutlich überproportional ohne Krankenversicherung sein. Amber-Med Wien betreute im Jahr 2015 insgesamt 2.445 Patient/Innen (0,03% der Wohnbevölkerung). Hinzu kamen ca. 3.000 Behandlungen von durchreisenden Fremden und Asylwerber/Innen. In der Marienambulanz Graz wurden im Jahr 2015 insgesamt 820 nicht versicherte Patient/Innen (0,01% der Bevölkerung) betreut. Im Rahmen der „Rollenden Ambulanz“ wurden zusätzlich 891 Kontakte gezählt.

Zu den sozio-demographischen Merkmalen von nicht-krankenversicherten Personen ließen sich folgende Anhaltspunkte feststellen:

- Geschlecht: Es kann aufgrund unterschiedlicher Hinweise nicht beurteilt werden, ob es – bei einem nach den administrativen Daten geringeren Versicherungsgrad von Männern – geschlechtsbezogene Unterschiede beim Aufsuchen von niederschwelligen Behandlungs- bzw. Beratungseinrichtungen gibt.
- Alter: Tendenziell scheinen eher jüngere Klient/Innen, die auch nach den administrativen Daten häufiger nicht versichert sind, in verstärktem Maße eine Einrichtung für unversicherte Patient/Innen in Anspruch zu nehmen (Ausnahme: Jahresdaten 2015 der Amber-Med Wien).

- Bildung: Bei den nicht-krankenversicherten Personen dürfte es sich erwartungsgemäß um Personen mit geringer Bildung mit einem hohen Anteil mit höchstens Pflichtschulabschluss handeln.
- Familienstand: Es kann vermutet werden, dass sich nicht-krankenversicherte Personen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung seltener in einer Partnerschaft befinden.
- Staatsbürgerschaft: Österreichische Staatsbürger/Innen sind unter den nicht-krankenversicherten Personen deutlich unterrepräsentiert.
- Wohnsituation: Es kann davon ausgegangen werden, dass Wohnungslosigkeit bzw. eine prekäre Wohnsituation bei nicht-krankenversicherten Personen relativ häufig anzutreffen ist.
- „Lebensunterhalt“: Es zeigt sich erwartungsgemäß eine nur geringe Einbindung von nicht-krankenversicherten Personen in den Arbeitsmarkt, und wenn dann ausschließlich auf Basis von prekären Beschäftigungen. Als „Lebensunterhalt“ wurde im Rahmen der Erhebungsblätter am häufigsten Nicht-Erwerbstätigkeit ohne Anspruch auf Sozialleistungen, Nicht-Erwerbstätigkeit aufgrund eines fehlenden Aufenthaltstitels bzw. der Status als Hausfrau-/mann angegeben.
- Einkommenssituation: Nicht-krankenversicherte Personen verfügen – wenn überhaupt – über nur sehr geringe Einkommen, sowohl was persönliche als auch was Haushaltseinkommen betrifft.

Hinsichtlich jemals aufgetretener bzw. früherer Perioden einer Nicht-Versicherung scheinen bei Student/Innen Phasen einer Nicht-Versicherung zumindest einmal während der Gesamtstudiendauer relativ häufig vorzukommen (13%), insbesondere bei älteren Studierenden und jenen mit Migrationshintergrund. Im Rahmen der Erhebungsblätter zeigt sich, dass eine Nicht-Krankenversicherung für einen erheblichen Anteil jener Klient/Innen, die zumindest schon einmal über eine Versicherung in Österreich verfügt hatten, ein sich wiederholendes Problem darstellt. Bei der Dauer einer Nicht-Versicherung dürfte es sich zu einem erheblichen Teil auch um längere Perioden von zumindest einem Jahr handeln, insbesondere bei Personen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft bzw. mit Migrationshintergrund.

Was Gründe und Ursachen betrifft, dürfte allgemein betrachtet die Tatsache der Nicht-Versicherung bei österreichischen Staatsbürger/Innen i.d.R. mit außergewöhnlichen

Statusübergängen, fehlenden persönlichen Ressourcen, mangelnder Information und z.T. auch gewissen „Lücken im System“ in Zusammenhang zu bringen sein, z.B. Auslandsösterreicher/Innen, die nach längerer Abwesenheit zurückkehren, oder Personen, die eine Frist in einem Verfahrenslauf versäumt haben, auf die Zuerkennung einer Leistung warten oder keine sozialarbeiterische Unterstützung aufweisen.

Bei EU-Bürger/Innen und anderen Migrant/Innen ohne Versicherungsschutz handelt es sich i.d.R. um nicht erwerbstätige Personen, die noch nicht fünf Jahre in Österreich leben oder noch keinen Daueraufenthalt nachweisen können, und damit keinen BMS-Anspruch aufweisen, und die auch keinen Anspruch auf AMS-Leistungen erworben haben. Zum Teil handelt es sich auch um Personen, die in Österreich „auf Besuch“ oder auch zum Zwecke medizinischer Behandlung sind bzw. um Tourist/Innen, vorwiegend aus ärmeren, östlichen EU-Staaten.

Bei Asylwerber/Innen, die grundsätzlich in der Bundesbetreuung krankenversichert sind, liegt der Grund für die Nicht-Versicherung zumeist in einem Wechsel des Wohnortes ohne Antrag, wodurch die Grundversorgung (inkl. Krankenversicherung) verloren geht.

Die im Rahmen der Erhebungsblätter am häufigsten genannten Ursachen für Nicht-Versicherung waren entsprechend

- Nicht-Erwerbstätigkeit ohne Sozialleistungsanspruch bei nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft;
- „zu Besuch“, zum Zweck medizinischer Behandlung bzw. als Tourist/In“ in Österreich;
- fehlender Aufenthaltstitel sowie
- Probleme mit dem Asylstatus (kein Bescheid, Status noch nicht aktiv, keine Grundversorgung).

Bei österreichischen Staatsbürger/Innen dürfte die Erlangung von Sozialansprüchen (z.B. auf AMS-Leistungen, BMS, Familienleistungen, etc.) und damit einer Krankenversicherung i.d.R. relativ rasch und unkompliziert erfolgen. Der notwendige Schritt zur Inklusion liegt zumeist in noch durchzuführenden Antragstellungen auf Sozialleistungen, der Informationsweitergabe bzw. der Vernetzung mit Sozialarbeiter/Innen. Hingegen haben nicht erwerbstätige Migrant/Innen, die noch nicht ausreichend lange in Österreich leben (kein unbefristeter Aufenthalt) und keine Sozialleistungen beziehen, nur geringe Chancen auf Eingliederung, da zumeist auch kein BMS-Anspruch besteht. Bei Asylwerber/Innen wird i.d.R. ein Antrag auf Wiederaufnahme in die Grundversorgung gestellt, der zumeist erfolgreich ist.

Die am häufigsten genannten Umstände für eine künftige Inklusion in die Krankenversicherung im Rahmen der Erhebungsblätter, von der jedoch insgesamt nur eine Minderheit ausging, waren

- Aufnahme einer Erwerbstätigkeit;
- Bezug einer AMS- bzw. BMS-Leistung;
- Erlangen einer Angehörigeneigenschaft (aufgrund von Heirat, Zusammenzug, Aufnahme einer Erwerbstätigkeit des/der Partner/In) sowie
- Einbezug im Rahmen von Asyl bzw. Grundversorgung (positiver Bescheid, [Wieder]Aufnahme).

Als potentielle Risikogruppen für einen Verlust der Krankenversicherung wurden von den interviewten/befragten Expert/Innen bzw. in Medienberichten prekär Beschäftigte, Personen, die eine freiwillige Versicherung nicht in Anspruch nehmen (können), beeinträchtigte Personen, Rückkehrer/Innen aus dem Ausland sowie allgemein Migrant/Innen angeführt. Als potentielle Faktoren bzw. Lücken, die den Versicherungsschutz gefährden können, gelten mangelnde Informationen über Leistungsansprüche, die Abschaffung der täglichen Geringfügigkeitsgrenze, die Wartezeit bei der allgemeinen Selbstversicherung, die (individuell unterschiedliche) Dauer von Kinderbetreuungsgeldbezug und arbeitsrechtlicher Karenz, Auszahlungsverzögerungen bei Sozialleistungen, Sanktionen bei AMS- bzw. Krankenversicherungsleistungen sowie Probleme bei der BMS v.a. im Zusammenhang mit der Angehörigeneigenschaft bzw. einer potentiellen Nicht-Inanspruchnahme.

Im Sinne von individuellen „Folgen“ von Nichtversicherung deutet Einiges darauf hin, dass der Gesundheitszustand von nicht-versicherten Personen im Vergleich zu versicherten Personen schlechter ist. Insgesamt scheinen nicht-versicherte Personen eine medizinische Behandlung tendenziell auch erst relativ spät in Anspruch zu nehmen, wenn die Symptome bereits fortgeschrittener sind. Die Betroffenen nutzen (im Akutfall) häufig niederschwellige Anlaufstellen, die Behandlungen auch ohne Krankenversicherung vornehmen.

Beim zeitlichen Verlauf der „Nicht-Versichertenquoten“ im Verhältnis zur Wohnbevölkerung zeigt sich auf Basis der Analyse von offiziellen administrativen Versicherten-Daten des Hauptverbands im Beobachtungszeitraum 2002 bis 2016³⁹ aufgrund

³⁹ Aufgrund von methodischen und datentechnischen Unterschieden auch zueinander, sind die Studie zu den nicht-krankenversicherten Personen von 2003 und die gegenständliche Studie für eine Analyse des zeitlichen Verlaufs der „Nicht-Versichertenquoten“ nicht geeignet. Vor dem Jahr 2002 gab es keine genauen statistischen Aufzeichnungen; der Versicherungsgrad wurde auf 99% geschätzt.

von Nachzieheffekten bei der Anspruchsberechtigendatenbank, den oben beschriebenen Maßnahmen zur Ausweitung des Versicherungsschutzes und der Zunahme von beitragsleistenden Erwerbstätigen eine tendenzielle Abnahme von anfangs fast 3% (2002-2004) auf 0,2% (2013/14). Ab dem Jahr 2015 dürfte der Anstieg bei Asylwerber/Innen und geflüchteten Fremden zwar zu einer weiteren deutlichen Zunahme der Anzahl der Versicherten, aber zu einer geringeren Erhöhung dieser Größe im Vergleich zur Wohnbevölkerung geführt haben, weshalb die „Nicht-Versichertenquote“ auf zuletzt 0,5% (2016) zunimmt.⁴⁰

Für die Analyse von sozio-demographischen Merkmalen von Betroffenen bzw. der Ursachen für Nicht-Krankenversicherung im Zeitverlauf können ausschließlich die Studie von 2003 sowie die gegenständliche Studie herangezogen werden. Die Ergebnisse der Analyse von administrativen Daten nach Alter und Geschlecht sind im Wesentlichen relativ deckungsgleich: Grundsätzlich sind Männer häufiger von Nicht-Versicherung betroffen als Frauen. Relevante Versicherungslücken finden sich in erster Linie bei jüngeren Erwachsenen bzw. Jugendlichen unter 30 Jahren.

Auf Basis der qualitativen Daten und Methoden zeigt sich sowohl bei den sozio-demographischen Merkmalen von nicht-krankenversicherten Personen als auch bei den Ursachen für Nicht-Versicherung zwischen den Erhebungen 2003 und 2015/17 ebenfalls erwartungsgemäß eine relativ ausgeprägte Kontinuität.

Die im Rahmen der Erhebungsblätter 2017 relativ häufig erfolgte Nennung der Tatsache, nur auf Besuch in Österreich zu sein bzw. sich als Tourist/In oder auch zum Zweck medizinischer Behandlung in Österreich aufzuhalten, sowie von Problemen mit dem Asylstatus als zentrale Gründe bzw. Ursachen für den Status der Nicht-Versicherung, könnte jedoch auf eine (noch stärkere) Verlagerung innerhalb der nicht-krankenversicherten Personen hin zu „Armut-Migrant/Innen“ aus EU-Ländern (EU-Erweiterung nach 2003) und auch aus Drittstaaten, die nicht erwerbstätig sind und keinen Anspruch auf AMS- oder BMS-Leistungen haben, bzw. hin zu Asylwerber/Innen (verstärkter Zustrom ab 2015), die aus unterschiedlichen Gründen nicht von der Grundversorgung erfasst sind, hindeuten. Ob und inwieweit dabei auch die im Beobachtungszeitraum gesetzten Maßnahmen zur Ausweitung des Versicherungsschutzes eine Rolle gespielt haben könnten (möglich wäre z.B., dass

⁴⁰ Es ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass diese Analysen ausschließlich der Untersuchung des Ausmaßes und der Betroffenheit von Nicht-Versicherung im zeitlichen Verlauf dienen, und aufgrund der durch die Herstellung von zeitlicher Vergleichbarkeit bedingten Einschränkung der verwendeten Datenquellen als eigenständige und getrennte Analyse gegenüber den weiter oben referierten Quoten an Personen, die im Jahr 2015 keine Absicherung gegen Krankheit aufweisen, zu betrachten sind. Für das Jahr 2015 sind letztere Quoten aussagekräftiger.

österreichische Staatsbürger/Innen von der Gesamtheit der Maßnahmen überproportional „profitiert“ haben), lässt sich nicht beurteilen.

7 Quellen

7.1 Literatur

Amber-Med, Jahresbericht 2015, Wien 2016.

Ambulatorium Caritas Marienambulanz, Jahresbericht 2015, Graz 2016.

AK (Kammer für Arbeiter und Angestellte) Wien, Krank ohne Job: Die Schutzfrist, in: AK für Sie 11/2006, 15.

AK (Kammer für Arbeiter und Angestellte) Wien, Achtung, versichert bleiben, in: AK für Sie 1/2013, 19.

APA-Pressemeldung, AK-Erfolg: Lücke im Sozialrecht geschlossen Missglückte Pensionsvorschuss-Regelung wird repariert, OTS0029, 11. Dez. 2015, https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20151211_OT0029/ak-erfolg-luecke-im-sozialrecht-geschlossen-missglueckte-pensionsvorschuss-regelung-wird-repariert.

Benefit Consulting, Die beste Gruppen-Krankenversicherung für Wiener Ärztinnen und Ärzte, Wien o.J.

BMASK, Arbeitsmarktpaket II – Neue Chancen am Arbeitsmarkt, Wien, 17. Juni 2009.

BMSG, Bericht über die soziale Lage 2003-2004. Ressortaktivitäten, Analysen, Wien 2004.

Dawid E., Heitzmann K., Österreichische Nichtregierungsorganisationen in der Armutsbekämpfung: Entwicklungen, Leistungen, Lücken. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien 2015.

Fink, Marcel; Riesenfelder, Andreas; Tálos, Emmerich, Atypische Beschäftigungsverhältnisse – geringfügige Beschäftigung und Freie DienstnehmerInnen. Wien: Institut für Staats- und Politikwissenschaft/Universität Wien; L&R Sozialforschung 2001.

Fuchs M., Nicht krankenversicherte Personen in Österreich: Empirische Erkenntnisse und Lösungsansätze, in: Soziale Sicherheit 6/2009, 327-334.

Fuchs M., Jenseits des Gastarbeiterabkommens – Portabilität und Krankenversicherung für Pensionisten zwischen Österreich und der Türkei, in: Soziale Sicherheit 6/2014, 288-295.

Fuchs M., Schmied G., Oberzaucher N., Quantitative und qualitative Erfassung und Analyse der nicht-krankenversicherten Personen in Österreich. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien 2003.

GÖG, Ärzteliste der ÖÄK, Stand Dezember 2015, Wien 2016a.

GÖG, Ärzteliste der ZÄK, Stand Dezember 2015, Wien 2016b.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2002-2017, Wien 2002-2017.

- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Online-Ratgeber, <https://www.sozialversicherung.at/expert/enb.cgi>; abgerufen am 21.6.2017.
- IHS (Institut für Höhere Studien), Studierenden-Sozialerhebung 2015. Bericht zur sozialen Lage der Studierenden. Band 2: Studierende, Wien 2016.
- Neupert I., Die Unversicherten. Humanitäre und ökonomische Herausforderungen für das Gesundheitswesen und die Handlungskompetenz klinischer Sozialarbeit, in: Forum Sozialarbeit und Gesundheit 4/2015, 11-15.
- ORFon, „Kein freundlicher Akt“, 30.6.2017; <http://orf.at/stories/2397399/2397401/>.
- Pratscher K., Sozialhilfe, Behindertenhilfe und Pflegegeld der Bundesländer im Jahr 2009/2010 und in der Entwicklung seit 1999/2000, in: Statistische Nachrichten 12/2011, 1216-1230; 11/2012, 893-907.
- Pratscher K., Bedarfsorientierte Mindestsicherung der Bundesländer im Jahr 2011-2016, in: Statistische Nachrichten 1/2013a, 63-76; 12/2013b, 1126-1137; 12/2014, 914-925; 11/2015, 867-878; 11/2016, 846-858; 10/2017, 836-849.
- Riffer F., Schenk M., Lücken und Barrieren im österreichischen Gesundheitssystem aus Sicht von Armutsbetroffenen, Wien-Graz-Linz 2015.
- SVA (Sozialversicherungsanstalt der Gewerblichen Wirtschaft), Versicherung und Beiträge 2016. Infoblatt Informationen für Ärzte, Wien 2016.
- Der Standard, Wie sich Arbeitgeber bei geringfügig Beschäftigten Geld sparen, 13.6.2017; <http://derstandard.at/2000059169210/Wie-sich-Arbeitgeber-bei-geringfuegig-Beschaeftigten-Geld-sparen>.
- Statistik Austria, Gesundheit & Gesundheitsversorgung. Ergebnisse einer WHO-Studie für Österreich, Wien 2002.
- Statistik Austria, Statistisches Jahrbuch Österreichs 2017, Wien 2016.
- Statistik Austria, Online-Statistiken Bevölkerung/Bildung, Kultur/Soziales; www.statistik.at; abgerufen im Laufe des Jahres 2017.
- Stumptner-Diethör P., Verschärfung der Zugänge zu den österreichischen Pensionen und deren Auswirkungen, in: WISO 2/2017, 29-51.

7.2 Interviews, Telefonate und Mailverkehr

- Abedi, Andrea, DSA, Caritas der Erzdiözese Wien, stellvertretende Einrichtungsleiterin Sozialberatung, Juli 2017.
- Bettel, Mag. Irene, Statistik Austria, Abteilung Register, Klassifikationen und Geoinformation, Oktober, November 2016.
- Bohrn Mena, Veronika, GPA-djp, IG-Sekretärin, Juni 2017.

Braumüller, Dr. Ulrike, Versicherungsverband Österreich, Oktober 2016.

Cadek-Sauter, DI Marion, Benefit Consulting GmbH, November, Dezember 2016.

Czermak, Dr. Eva, Organisatorische Leiterin Ambulatorium Caritas Marienambulanz, November 2016.

Grillitsch, Karl, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Leiter Abteilung Statistik, August, September, Dezember 2016.

Jira, Mag. Marcel, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Abteilung LVB, August, Oktober, November 2016.

Kargl, Mag. Martina, Caritas der Erzdiözese Wien, sozialpolitische Referentin Bereich „Hilfe in Not“, Mai, Juni 2017.

Klimont, Mag. Jeannette, Statistik Austria, Abteilung Gesundheitsstatistik, Oktober 2016.

Loprais, Reinhard, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Internationale und Europäische Angelegenheiten der Sozialversicherung, Oktober 2016.

Madreiter Maria, Caritas der Erzdiözese Wien, Sozialarbeiterin Sozialberatung, Juli 2017.

Maier, DI Gerhard, Wiener Städtische, Oktober 2016.

Metzger, DI Karl, Uniqa Versicherung, Oktober 2016.

Penz, Mag. Claus, Ärztekammer Wien, Stabstelle Recht, Dezember 2016.

Richter, Dr. Thomas, Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, Versicherungs- und Beitragsabteilung, Oktober 2016.

Stanzl, DSA Peter, MAS, Magistratsabteilung 24, Gesundheits- und Sozialplanung, Juli/September 2017.

Stockreiter, DI Gerhard, Merkur Versicherung, November 2016.

Wiesbauer, Mag. Alexander, Statistik Austria, Direktion Bevölkerung, Oktober 2016.

Wotruba, Mag. Sebastian, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, März 2017.

8 Anhang

- Erhebungsblatt niederschwellige Einrichtungen
- Anleitung zum Ausfüllen des Erhebungsblatts
- Leitfaden Expert/Innen (siehe gesonderte Dokumente)