

Migration und Gesundheit

Einführung

Das österreichische Gesundheitswesen ist auf dreifache Weise belastet. Das höhere Durchschnittsalter führt zu einer steigenden Nachfrage an Gesundheits- und Pflegeleistungen, während gleichzeitig die Zahl der Erwerbstätigen stagniert und daher verhältnismäßig weniger Menschen ins System einzahlen. Zudem gibt es einen Fachkräftemangel im Gesundheitssektor, und die Arbeitsbedingungen sind herausfordernd. Gerade in der Pflege trifft dies überproportional oft migrantische Arbeitnehmer:innen. Darüber hinaus, weisen viele migrantische und/oder rassistisch diskriminierte Menschen einen vergleichsweise schlechteren Gesundheitszustand auf und nehmen präventive Angebote seltener in Anspruch ([Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit](#)). Grund dafür sind sozioökonomische und strukturelle Ungleichheiten sowie Diskriminierungs- und Stigmatisierungserfahrungen im Kontakt mit Gesundheitsinstitutionen. Gesundheitsleistungen sollten kein Privileg sein, deshalb tritt die AK Wien schon lange für ein Ende der „Zwei-Klasse-Medizin ein“ und fordert einen schnelleren und transparenteren Zugang zu Behandlungen.

Das folgende Impulspapier geht auf drei Fokusgruppen zurück, in denen Expert:innen aus Verwaltung, Wissenschaft und Praxis gemeinsam mit der AK-Wien Problemlagen sowie Lösungsansätze und Handlungsmöglichkeiten zum Thema „Migration und Gesundheit“ beleuchtet haben. Die Fokusgruppen fanden am 12. Februar 2025 statt und haben sich mit den Unterthemen „migrantische und/oder rassistisch diskriminierte Arbeitnehmer:innen im Gesundheitssystem“, „migrantische und/oder rassistisch diskriminierte Patient:innen im Gesundheitssystem“ sowie „Zukunft des Gesundheits- und Pflegesystems“ beschäftigt.

Der Dialogprozess

Der Dialogprozess Migration in Wien hat Expert:innen der Arbeiterkammer Wien mit externen Stakeholdern aus Wissenschaft, Verwaltung und Praxis zusammengebracht, um Bedürfnisse und Lebensrealitäten von migrantischen und/oder rassistisch diskriminierten Personen in Wien in den Fokus zu nehmen. Mit den Teilnehmenden wurden einerseits

aktuelle Herausforderungen und Problemlagen besprochen, aber auch Lösungsvorschläge und Potentiale für Veränderung erarbeitet.

Ziele waren die Vernetzung von relevanten Akteur:innen in einem vertraulichen Rahmen und die inhaltliche Entwicklung von Handlungsempfehlungen. Als erster dieser Art, hatte der Dialogprozess zum Ziel eine Grundlage für die AK interne Auseinandersetzung zum Thema Migration zu bieten. Die Veröffentlichung der entstandenen Papiere ist nun ein Schritt den Prozess transparent zu machen und weitere Debatten anzustoßen. In insgesamt sechs Workshops zu den Themen Wohnen, Arbeit, Bildung, Demokratie, Gesundheit sowie öffentlicher Raum wurden Potenziale zur Verbesserung der sozialen, kulturellen und politischen Teilhabe von migrantischen und/oder rassistisch diskriminierten Wiener:innen auf kommunaler Ebene ausgelotet. Der Dialogprozess wurde vom Institut für Stadt und Regionalforschung der Österreichischen Akademie der Wissenschaften wissenschaftlich begleitet. An sechs Terminen von Jänner bis März 2025 wurden in jedem der Workshops drei Fokusgruppen abgehalten und so insgesamt über 150 Expert:innen in verschiedenen Konstellationen zusammengebracht. Die Fokusgruppengespräche wurden transkribiert, thematisch ausgewertet und die Ergebnisse in sechs Impulspapieren zusammengefasst. Das vorliegende Papier ist die Dokumentation des Prozesses und der Diskussionen in den sechs Workshops.

Arbeitsdefinition

Für den Dialogprozess lag der Fokus auf migrantischen und/oder rassistisch diskriminierten Personen, die in Wien leben. Die Definition wurde bewusst breit gewählt, um Fremdzuschreibungen nicht zu reproduzieren, die Heterogenität der Zielgruppe sichtbar zu machen und Diskriminierungserfahrungen in die Analyse miteinzubeziehen. Manche Ausschlüsse hängen eng mit der Staatsangehörigkeit und/oder bestimmten Aufenthaltstiteln zusammen, andere Ungleichbehandlungen im Alltag, Diskriminierung und Rassismus betreffen nicht nur migrantische Personen, sondern eine breitere Gruppe an Personen, die als vermeintlich ethnisch, religiös und kulturell „Andere“ betrachtet werden. Deswegen ist es sinnvoll, nicht ausschließlich auf Staatsangehörigkeit oder sogenannten Migrationshintergrund zu fokussieren, sondern (rassistische) Diskriminierung als sozial relevante Kategorie zu benennen. Gleichzeitig wurde in den Workshops, wenn nötig, eingegrenzt, um spezifische Herausforderungen in Bezug auf bestimmte Aufenthaltstitel und Lebensrealitäten beleuchten zu können.

Ausgangslage

Wien ist historisch eine vielfältige Stadt, die als Hauptstadt eines Vielvölkerstaats in der Vergangenheit lange von Migration geprägt war und dies bis heute ist. Seit den 1990er Jahren ist Wien wieder eine stark wachsende Stadt und hat 2023 die Marke von zwei Millionen Einwohner:innen überschritten. Die aktuelle Stadtgesellschaft ist migrantisch, wie [Bevölkerungsstatistiken der Stadt Wien](#) zeigen: So hatten im Jahr 2024 35,4% der Wiener:innen eine ausländische Staatsangehörigkeit und 40,2% der Wiener:innen waren im Ausland geboren. Wenn diese zwei Kategorien zusammengefasst werden, haben 45,4% der Wiener:innen eine so genannte ausländische Herkunft, diese Zahl erhöht sich noch einmal auf 51%, wenn auch jene Personen dazugezählt werden, deren Eltern beide im

Ausland geboren wurden. In fünf Bezirken - in Rudolfsheim-Fünfhaus, der Brigittenau, Favoriten, Margareten und Meidling – hat bereits mehr als die Hälfte der Wohnbevölkerung eine ausländische Herkunft. Die Wiener Bevölkerung ist mit 180 verschiedenen Staatsangehörigkeiten höchst divers, wobei die größten Gruppen 2024 serbische, türkische, deutsche, polnische und syrische Staatsangehörige waren. Ein Blick auf die Zusammensetzung der Wiener Bevölkerung nach Alter im [Integrations- und Diversitätsmonitor der Stadt Wien 2023](#), macht zudem deutlich, dass sich der Migrationsbezug der Wiener Gesellschaft in Zukunft noch erhöhen wird: Von den heutigen Kindern unter 10 Jahren haben rund 75% Migrationsbezug, dh. sie besitzen nicht die österreichische Staatsbürger:innenschaft, wurden im Ausland geboren, oder einer bzw. beide ihrer Elternteile ist im Ausland auf die Welt gekommen. Wien ist durch Zuzug das einzige Bundesland, dass sich verjüngt hat und ist seit 2015 das jüngste Bundesland Österreichs, wie die [Entwicklung der Wiener Bevölkerung seit 1961](#) zeigt.

Migrantische und/oder rassistisch diskriminierte Personen sind auch unerlässlich für den Arbeits- und Wirtschaftsstandort Wien. Laut einer [Studie zur wirtschaftlichen Bedeutung von Zuwanderung auf den Wiener Wirtschafts- und Arbeitsmarkt](#) haben 43% der Erwerbstätigen in Wien einen sogenannten Migrationshintergrund und laut [Integrations- und Diversitätsmonitor der Stadt Wien](#) wird nahezu die Hälfte der tatsächlich geleisteten Arbeitszeit von Wiener:innen mit ausländischer Herkunft geleistet. Hierbei gibt es jedoch bedeutsame Unterschiede je nach Herkunft, Aufenthaltsdauer, Bildungsstatus und Geschlecht. Wiener:innen mit Herkunft aus einem Drittstaat sind öfter von instabiler Beschäftigung, sozial ungünstigen Arbeitszeiten, niedriger Nettoentlohnung und Dequalifizierung betroffen. Dies zeigt sich auch in Bezug auf Branchen und Beschäftigungsverhältnisse: So hatten im Jahr 2023 83% der in Wien tätigen Hilfskräfte eine ausländische Herkunft, aber nur 11,4% der städtischen Bediensteten eine nicht österreichische Staatsbürger:innenschaft. [Zahlen aus 2022](#) zeigen, dass rund 71% der Menschen, die die Straßen und Gebäude Wiens reinigen, 60% derer, die sich um die Instandhaltung der Wohnhäuser kümmern und 57% derer, die als Arbeiter:innen in der Baubranche tätig waren, nicht die österreichische Staatsangehörigkeit hatten und demnach nicht wählen durften. Ebenso sind knapp über 50% der Arbeitnehmer:innen in den Bereichen Gastronomie, Tourismus und Reinigung vom Wahlrecht ausgeschlossen, obwohl sie einen essentiellen Beitrag zum Funktionieren dieser Stadt leisten. Auch Rassismus und Diskriminierung spielen eine erhebliche Rolle in der heutigen Arbeitswelt und beeinflussen die Erwerbsbiographien und das Leben in der Stadt von migrantischen und/oder rassistisch diskriminierten Wiener:innen.

Die Arbeiterkammer Wien ist die Vertretung aller Arbeiter:innen und Angestellten in Wien und somit auch die Vertretung vieler in Wien lebender Migrant:innen. Viele Herausforderungen und Probleme der Arbeitswelt und des Alltags sind für alle Arbeitnehmer:innen, ob mit oder ohne Migrationsbezug, dieselben. Dennoch gibt es auch Aspekte, die für migrantische und/oder rassistisch diskriminierte Menschen besonders herausfordernd sind. Es liegt im Interesse der Arbeiterkammer, die spezifischen Bedürfnisse und Problemlagen von Migrant:innen aufzugreifen, ernst zu nehmen und diese gezielt in ihre Arbeit als Interessensvertretung einzubeziehen. Der Dialogprozess Migration in Wien ist ein wichtiger Schritt, um sich die Situation von in Wien lebenden Migrant:innen in einem strukturierten Austauschprozess gezielt anzusehen, Maßnahmen für die interessenspolitische Positionierung der Arbeiterkammer Wien zu entwickeln, die eigene Position als Vertretung von migrantisch geprägten Arbeitnehmer:innen zu reflektieren und die Teilhabe von Migrant:innen zu stärken.

Handhabung der Impulspapiere

Für jeden der sechs Themenbereiche Wohnen, Arbeit, Bildung, Demokratie, Gesundheit sowie öffentlicher Raum wurde ein eigenes Impulspapier erstellt. Diese stehen jeweils für sich, können aber auch zusammen gelesen werden und bedingen einander oft. So kann z.B. prekäres Wohnen und Arbeiten schwer getrennt gedacht werden und wirft oft auch Fragen der Gesundheit auf. Die Impulspapiere sind jeweils in Unterthemen gegliedert und beschreiben zuerst die Herausforderungen des jeweiligen Themenbereichs. Hier finden sich auch anonymisierte Zitate der Expert:innen aus den Fokusgruppen. Darauf folgen Handlungsempfehlungen, die in den Fokusgruppen mit den Expert:innen entwickelt wurden.

Im Folgenden werden die wichtigsten aktuellen Herausforderungen, analog zu den Unterthemen der Fokusgruppen behandelt. Darauf aufbauend folgen Handlungsempfehlungen, die von den Expert:innen in den Fokusgruppen entwickelt wurden.

Migrantische und/oder rassistisch diskriminierte Personen als Arbeitnehmer:innen im Gesundheits- und Pflegesystem

1) Herausforderungen

Gesundheitsberufe und berufsrechtliche Regelungen

Die [Gesundheitsberufe in Österreich](#) unterliegen klaren berufsrechtlichen Regelungen, die durch einen Tätigkeits- bzw. Berufsvorbehalt, einen Bezeichnungsvorbehalt sowie einen Ausbildungsvorbehalt geschützt werden. Das heißt, die Befugnisse und Kompetenzen; aber auch die Verantwortung, die den Berufsangehörigen übertragen wird, so wie die Ausbildung, die verpflichtend ist, um diese Tätigkeiten fachgerecht ausüben zu können, sind rechtlich determiniert. Das sind derzeit über 37 Gesundheitsberufe, welche in 14 Berufsgesetzen geregelt sind. Seit der Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes 2016 gibt es eine Dreigliederung der Gesundheits- und Pflegeberufe in DGKP (Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger:innen, mit Bachelorabschluss), PFA (Pflegefachassistenz, zweijährige Ausbildung) und PA (Pflegeassistenz, einjährige Ausbildung). Wie Expert:innen kritisch anmerkten, ist die derzeitige Struktur mit zwei Assistenzberufen unübersichtlich. Diese Entwicklungen haben zu einer Fragmentierung der Pflegeberufe geführt. Die mit den berufsrechtlichen Regelungen einhergehenden strukturellen Hierarchien erzeugen Ausschlüsse, die migrantische und/oder rassistisch diskriminierte Arbeitnehmer:innen besonders treffen, da diese überproportional oft in untergeordneten Positionen, wie Pflegeassistenz oder Pflegefachassistenz arbeiten, wie in den Workshops thematisiert wurde.



Stichwort Gesundheitsreform, Pflegereform, wir setzen vermehrt auf Assistenzberufe, weil sie billiger sind, die werden mit Kompetenzen überhäuft, obwohl die Ausbildungszeit nicht erhöht wird, was zu Überforderung führt, wenn ich Sachen machen muss, die ich nicht gut kann oder wo es niemanden gibt, mit dem ich das absprechen kann. Das Risiko, dass diese Personen dann selber negative psychische und physische Schäden davontragen, ist extrem hoch.

Nostrifizierung

Die Expert:innen waren sich einig: der [Nostrifizierungsprozess](#) stellt für Arbeitnehmer:innen mit einer ausländischen Qualifikation in einem Gesundheitsberuf eine enorme Herausforderung dar. Nostrifikationsprozesse sind langwierig, teuer und oft entmutigend. Zudem gibt es hohe sprachliche Hürden bei hochqualifizierten Fachkräften (je nach Berufsgruppe B1, B2 oder C1). Kosten für Übersetzungen und fehlende Einkommensmöglichkeiten während dieser Zeit machen den Einstieg ins System unnötig schwer. Dies hat zur Folge, dass Personen mit ausländischer Berufsqualifikation erst verzögert qualifikationsadäquat in den Arbeitsmarkt einsteigen können und es zu einem [skills mismatch](#) kommt. Besonders frustrierend ist es, wenn Personen innerhalb der EU bereits nostrifiziert sind und in Österreich dennoch den gesamten Prozess erneut

durchlaufen müssen. Derzeit haben laut [Jahresbericht des GBR 2023](#), 11% der in Gesundheits- und Krankenpflegeberufen tätigen Arbeitnehmer:innen ihre Berufsqualifikation im Ausland erworben. Wie ein [Forschungsbericht des ÖIF](#) zur Anerkennung und Nostrifizierung in der Pflege zeigt, erfüllt mehr als die Hälfte der Pflegekräfte ihre Ausbildungsaufgaben nicht innerhalb der vorgegebenen Zeit. In vielen Fällen suchen sich Betroffene in dieser Zeit und aufgrund von finanziellem Druck eine qualifikationsinadäquate Beschäftigung oder eine Beschäftigung in einem anderen Berufsfeld, wodurch wertvolle Fachkräfte verloren gehen.



Da ist zum Beispiel diese Chirurgin aus der Ukraine, sie war dort Oberärztin und ist jetzt schon zwei Jahre da und lernt nur Deutsch für die Nostrifizierung, dh. zwei Jahre nicht in der Praxis und es kann mir keiner erzählen, dass wir solche Potenziale einfach liegen lassen wollen. Als könnte man in so einer Position nicht auch manchmal in Englisch kommunizieren.

Sprachkenntnisse

Vielfältige Sprachkenntnisse sind in den Gesundheitsberufen in Wien besonders wichtig, da auch viele Patient:innen mehrsprachig sind bzw. eine andere Erstsprache als Deutsch haben. Gerade im Alter gewinnt die Erstsprache oftmals nochmal an Bedeutung, weswegen mehrsprachiges Fachpersonal sehr wichtig ist. Trotzdem heben die Expert:innen hervor, dass Deutsch in Österreich eine Voraussetzung ist, um im Gesundheitsbereich arbeiten zu können, da die Verständigung mit Patient:innen zentral ist.



Da beißt sich die Katze in den Schwanz, die Berufsangehörigen müssen Deutsch lernen und arbeiten aber nicht, aber wenn sie nicht arbeiten, wie sollen sie die Sprache lernen, da wäre es viel besser ein „learning by doing“ und enge Begleitung in der Praxis von Kolleg:innen.

Das Erlernen der deutschen Sprache stellt für viele Menschen, die erst als Erwachsene nach Österreich kommen, eine erhebliche finanzielle und organisatorische Herausforderung dar, insbesondere für diejenigen, die eine Vollzeitbeschäftigung und familiäre Verpflichtungen haben. Diese Mehrfachbelastung führt oft dazu, dass sie trotz fachlicher Qualifikationen nicht im Gesundheitsbereich tätig werden.

Arbeitsbedingungen

Die Expert:innen identifizierten vor allem die Arbeitsbedingungen als große Herausforderung im Gesundheitsbereich. Viele Bereiche im Gesundheitssektor sind strukturell überbelastet, was sich in unzureichender Personalausstattung und unregelmäßigen Arbeitszeiten widerspiegelt. Fehlende Dienstplanstabilität und die Notwendigkeit von Mehrarbeit führen zu zusätzlichem Stress. Darüber hinaus sind migrantische und/oder rassistisch diskriminierte Arbeitnehmer:innen häufiger in niedrig qualifizierten Gesundheitsberufen tätig und erleben dabei neben ausgeprägten Hierarchien auch wenig Anerkennung, was zum Teil an den bereits beschriebenen berufsrechtlichen Regelungen liegt. Ein Problem sind hier insbesondere mangelnde Wertschätzung, Abwertung und diskriminierende Erfahrungen. Wenn niedrig qualifizierte Betreuungs- und Pflegekräfte unter prekären Arbeitsbedingungen eingesetzt werden, besteht die Gefahr, dass die Qualität der Pflege leidet und gleichzeitig die berufliche Zufriedenheit sowie die langfristige Bindung an den Beruf deutlich sinken. Während die AK die Interessen aller Arbeitnehmer:innen auch in Gesetzgebungsverfahren vertritt, werden andere Interessenvertretungen der Gesundheitsberufe – mit Ausnahme der Ärztekammer – unzureichend eingebunden, wie in den Workshops kritisch angemerkt wurde.

Frauen in Gesundheitsberufen

Das Gesundheitssystem wird primär von Frauen getragen, da [die Mehrheit der Beschäftigten weiblich ist](#). Allerdings ist der Anteil von Frauen vor allem in Berufen mit niedriger Qualifizierung hoch, während Führungspositionen und der medizinische Fachbereich männlich dominiert sind. In manchen Bereichen, wie Pflege und Betreuungsdiensten, wird dies besonders deutlich: Laut Zahlen der [Statistik Austria](#) sind hier österreichweit zwischen 80 und 90 % der Beschäftigten weiblich. Die Staatsangehörigkeit wird nicht für jeden Bereich erfasst, insbesondere in der häuslichen Pflege und Betreuung ist der Anteil von Beschäftigten ohne österreichische Staatsangehörigkeit hoch. Für Frauen im Gesundheitssystem, die über ausländische Abschlüsse verfügen und mit bereits geschilderten Hürden im Nostrifizierungsprozess konfrontiert sind, arbeiten zudem häufig unter ihrem tatsächlichen Qualifikationsniveau. Die Erfüllung der Anerkennungsauflagen, oder das Erlernen der Sprache wird durch fehlende Arbeitgeber:innenunterstützung, instabile Dienstpläne und Kinderbetreuungsaufgaben zusätzlich erschwert. Diese strukturellen Barrieren können zu einer dauerhaften Dequalifizierung führen und behindern beruflichen Aufstieg sowie gesellschaftliche Teilhabe.

Diskriminierung und Rassismus

Rassismus und Diskriminierung sind ein großes Problem für migrantisch gelesene Arbeitnehmer:innen im Gesundheitssystem und findet auf allen Ebenen statt: zwischen Kolleg:innen, zwischen Arbeitnehmer:innen und Führungskräften und im Kontakt mit



Rassismus bzw Intoleranz bzw Ignoranz im Gesundheitssystem kommt in vielfältigen Weisen vor. Wir bekommen viele Meldungen von Ärzt:innen und Pflegekräften, die von Rassismus betroffen sind, das geht von Mikroaggressionen bis zum verhinderten Aufstieg.



Oft ist es dann so, dass die Leute, die selbst Migrationsgeschichte haben, alles, was Patient:innen betrifft, die auch eine Migrationsgeschichte haben, übernehmen müssen, ohne Supervision. Das ist überfordernd und die Leute verzweifeln dann, da gibt es einfach auch keine Kultur, um über sowas zu sprechen.

Patient:innen. Das reicht von konkreten rassistischen Aussagen und Handlungen, bis hin zu strukturellen Barrieren und diskriminierenden Arbeitspraxen, wie unfaire Arbeitsaufteilung und verwehrtten Aufstiegsmöglichkeiten. Die Expert:innen betonen zudem die Notwendigkeit, für Mehrfachdiskriminierungen zu sensibilisieren und diese zu berücksichtigen. Hier fehlen konkrete Unterstützungsangebote für Arbeitnehmer:innen und eine Begleitung und Sensibilisierung von

Patient:innen, besonders in der Pflege. In diesem Zusammenhang fehlt es an verpflichtenden rassismuskritischen Aus- und Weiterbildungen für Führungskräfte und Personal.

Kultursensibilität in der Praxis und in der Ausbildung

Die Expert:innen merkten an, dass das Thema Diversität aktuell nur eine untergeordnete Rolle in der Ausbildung aller Gesundheitsberufe spielt, obwohl sowohl Arbeitnehmer:innen



Wenn wir alle gleichbehandeln, heißt das eigentlich meistens, dass wir die meisten schlecht behandeln, also z.B. auch in Bezug auf Trauer, Verlust, Erkrankung was hat das für einen Impact. Auf das kulturelle Verständnis wird da viel zu wenig hingeschaut.

als auch Patient:innen in Bezug auf Herkunft, Erstsprachen und Lebensrealitäten divers sind. Es ist wichtig, unterschiedliche Zugänge zu Gesundheit, Krankheit, Pflege und Tod zu verstehen und zu respektieren, um eine umfassende kultur- und diversitätssensible

Versorgung zu gewährleisten. Gleichzeitig müssen auch Themen wie Rassismus, Diskriminierung und Machthierarchien in der Ausbildung thematisiert werden und entsprechende Anlaufstellen geschaffen werden. So fehlen derzeit an den Arbeitsstellen – insbesondere in Krankenhäusern – Abteilungen, die speziell auf Diversität geschult sind und als Anlaufstelle für sowohl Patient:innen als auch Mitarbeitende dienen können.

Fehlendes Systemwissen und Aufstiegsmöglichkeiten

Insbesondere Menschen, die nicht in Österreich aufgewachsen sind, fehlt oft das Systemwissen, das heißt Wissen über Karrierewege sowie die Funktionsweise, die spezifischen Anforderungen und Strukturen des österreichischen Gesundheitssystems. Neu hinzugezogene Personen haben zudem nicht im gleichen Ausmaß Zugang zu Netzwerken, die Aufstiege ermöglichen und Karrierewege fördern. Zusatzausbildungen sind zudem oft teuer. Ohne ein grundlegendes Verständnis für die Strukturen und Prozesse des Gesundheitssystems sowie für potenzielle Karrieremöglichkeiten fällt es Arbeitnehmer:innen schwerer, sich beruflich weiterzuentwickeln. Derzeit fehlen spezifische Beratungsangebote, die neu hinzugezogene Fachkräfte dabei unterstützen, das System zu verstehen und navigieren zu können.

Fehlende Unterstützungsangebote bei Aus- und Weiterbildung

Wie in den Diskussionen der Fokusgruppen deutlich wurde, stellen Aus- und Weiterbildung für viele migrantische und/oder rassistisch diskriminierte Personen eine erhebliche finanzielle, aber auch psychische Belastung dar, wären aber für den beruflichen Aufstieg und Zukunftsperspektiven wichtig. In den meisten Fällen werden sie berufsbegleitend absolviert und sind oft für die Betroffenen sehr teuer. In diesem Zusammenhang fehlt es an Angeboten, die Personen gezielt während der Zeit der Aus- und Weiterbildung unterstützen und unterschiedliche Lebensrealitäten sowie insbesondere Betreuungspflichten berücksichtigen. Neben finanzieller Unterstützung für Ausbildungskosten ist ein großes Thema der Umgang mit belastenden Erfahrungen sowie die zeitlichen Ressourcen, bei arbeitsstundenintensiver Lohnarbeit, Schicht- und Nachtdiensten sowie Mehrfachbelastungen. Das führt dazu, dass Menschen, die eigentlich in dem Beruf arbeiten wollen, die Ausbildung abbrechen, oder Möglichkeiten zur Weiterbildung zur höheren Qualifizierung nicht von allen Personengruppen gleich in Anspruch genommen werden.

24h Betreuung und häusliche Pflege

In Wien ist die Betreuung zu Hause noch unzureichend ausgebaut, obwohl der überwiegende Teil älterer Menschen in den eigenen vier Wänden alt werden will. Ohne gezielte Maßnahmen, droht ein wachsender grauer Markt. Die 24-Stunden-Betreuung ist eine Arbeit, die vor allem von migrantischen Frauen ausgeübt wird: Laut einem [Bericht von Amnesty International](#) zu dem Thema sind 92% der Beschäftigten weiblich und über 98% besitzen nicht die österreichische Staatsbürger:innenschaft. Die Datenlage ist aber unzureichend, da viele Arbeitnehmer:innen in Privathaushalten nicht angemeldet werden, oder die Migration ausländischer Arbeitskräfte undokumentiert erfolgt (vor allem im EU-



Die Haftungsfrage ist noch nicht geklärt, solange die Haftungsfrage auf die Betreuerin abgewälzt wird, weil die Agentur ja nur eine Vermittler:innenrolle spielt, ist das äußerst schwierig. Und es braucht da eine gesetzliche Regelung, und ja das wäre Marktberichtigend, dazu stehe ich, dass wir auch mit 10% der aktuell 1000 Agenturen flächendeckend funktionieren.



Wir erleben viele Teilnehmer:innen, die die Voraussetzungen erfüllen und im Aufnahmeprozess unauffällig sind und dann, je mehr Beziehung aufgebaut wird, oder wenn es dann um Gewalt in der Pflege geht, was ja auch abgehandelt wird, dass da dann die Traumen herauskommen, die sie am Anfang gut einpacken und da muss man echt viel aushalten, um das zu managen. Da fehlt es an Angebot.

Raum), wie eine Studie zu [transnationalen Betreuungs- und Pflegekräften in Privathaushalten](#) zeigt. Das Hausbetreuungsgesetz regelt zwar die Kompetenzen von Personenbetreuer:innen, allerdings werden diese, wie in den Fokusgruppen kritisch angemerkt wurde, seitens der Agenturen nicht ausreichend kommuniziert und bieten keinen angemessenen arbeitsrechtlichen Schutz. Insbesondere wurde kritisiert, dass die Haftungsfrage zwischen Agenturen, Familien und Betreuer:innen ungeklärt ist und keine gesetzlich verbindlichen Qualitätsstandards existieren. In der Praxis ist daher sowohl den Familien als auch den Betreuer:innen oft nicht klar, was die Arbeit in der 24h-Betreuung für Aufgaben umfasst und welche Arbeitsbedingungen damit einhergehen, etwa in Bezug auf Arbeitszeiten, Ruhephasen, körperliche Belastungen, oder Vergütung. Bei Missbrauch und Gewalt in der Pflege ist es für Personenbetreuer:innen zudem sehr schwer, ihre Rechte durchzusetzen und psychologische und juristische Unterstützung zu erhalten, da sie als alleine arbeitende Personen oft keinen oder nur wenig Zugang zu Informationen und Netzwerken haben.

Einbeziehung der Berufsgruppen in die Gesetzgebung

In den Fokusgruppen wurde kritisiert, dass die Berufsgruppe der Ärzt:innen in Gesetzgebungsverfahren stärker vertreten ist, als andere Gesundheitsberufe, wie die Pflege und Betreuung. Während die AK als Interessensvertretung die Interessen aller Gesundheitsberufe vertritt, wird nur die Berufsgruppe der Ärzt:innen, die mit der Ärztekammer eine starke Lobbyvertretung hat, in Gesetzgebungsverfahren verbindlich konsultiert. Hier fehlt ein einheitliches Vorgehen, dass insbesondere den Berufsstand der Pflege berücksichtigt. Da viele Beschäftigte im Gesundheitsbereich migrantische und/oder rassistisch diskriminierte Arbeitnehmer:innen sind, wäre es außerdem wichtig, auch ihre Interessen, Erfahrungen und Forderungen in die Gesetzgebung miteinzubeziehen.



Pflegekräfte müssen bei Gesetzesnovellierungen dabei sein, es wäre unvorstellbar ein Gesetz für Ärzte zu machen, ohne die Ärztekammer einzubeziehen. Und manchmal werden wir eingebunden und dann spiegeln die Gesetze das in keinster Weise wider, das geht nicht.

Neoliberalisierung der Pflege

Die Kommerzialisierung und Privatisierung von Pflegeeinrichtungen haben dazu geführt, dass Pflege zunehmend, als Ware betrachtet wird und es hier einen grenzübergreifenden Wettbewerb gibt. Der Fokus verschiebt sich von gemeinwohlorientierter Versorgung hin zu Effizienz, Wettbewerb und Profitabilität. Dies hat Auswirkungen auf die Herkunftsländer, da es zu einem *brain drain* kommt, aber auch auf die Arbeitsbedingungen und Personalbesetzung in Österreich. Das heißt es gibt eine steigende Belastung für Pflegekräfte und eingeschränkte Versorgung für Pflegebedürftige. Aktuell findet auch eine quantitative Verschiebung von der höchsten Ausbildungsstufe in Richtung Pflegeassistentenberufe statt. Wie Teilnehmende der Workshops betonten, birgt dies die Gefahr der De-professionalisierung des Pflegesystems und wirkt sich auf die Qualität der Pflege und Betreuung aus.



Es ist auch ein solidarischer Grundaspekt sie hier auszubilden, auch wenn sie dann wieder zurückgehen, denn es ist auch ein Brain-Drain im Herkunftsland, da wäre das einfach auch nur korrekt.

2) Handlungsempfehlungen

01

Berufsrechtliche Regelungen überarbeiten

Das österreichische Gesundheitssystem weist eine hohe Komplexität in berufsrechtlichen Zuständigkeiten auf. Die historisch gewachsene Zentrierung auf ärztliche Tätigkeiten beeinflusst nicht nur die politischen Entscheidungsprozesse, sondern auch die heutigen Strukturen der Leistungserbringung in der Akutversorgung, im Notfall- und Rettungswesen, in der Langzeitpflege sowie im niedergelassenen und mobilen Bereich. Trotz Weiterentwicklung in den Ausbildungen und den damit verbundenen Fähigkeiten und Fertigkeiten der einzelnen Disziplinen, bleibt die Nutzung der Kompetenzen hochqualifizierter Gesundheitsberufe oft eingeschränkt. Um die Gesundheitsversorgung der Menschen trotz aller Herausforderungen gewährleisten zu können, ist eine interprofessionelle Kooperation zwischen den Gesundheitsberufen nicht nur sinnvoll, sondern strukturell notwendig. Dafür ist es dringend notwendig berufsrechtliche Regelungen zu überarbeiten, um Hierarchien zwischen Berufsgruppen abzubauen und vorhandene Ressourcen zu nutzen. Aktuell führt die starke Fokussierung bspw. auf Pflegeassistentenberufe zu einer Deprofessionalisierung und in weiterer Folge zu hohen Kosten. Hier braucht es einen klaren Fokus auf Qualität statt bloßer Quantität. Es sollten daher vielmehr die beruflichen Potentiale der gehobenen Dienste in den Vordergrund gerückt werden, um das Gesundheitswesen für die Zukunft zu stärken. .

02

Anerkennung/Nostrifizierung/Nostrifikation

Um dem Fachkräftemangel wirksam zu begegnen, braucht es ein deutlich vereinfachtes, einheitliches und weniger bürokratisches Anerkennungssystem für im Ausland erworbene Qualifikationen. Statt lange und teure Ergänzungsausbildungen zu verlangen, oder Menschen zurück ins Grundstudium zu schicken, sollten sie als Fachkräfte anerkannt und gezielt durch Weiterbildungen begleitet werden. Eine enge Begleitung im Anerkennungsprozess, kombiniert mit einem frühen Zugang zum Arbeitsmarkt und praxisorientiertem „Learning by doing“, würde nicht nur den Prozess des Ankommens für neu hinzugezogene Fachkräfte erleichtern, sondern auch das System entlasten. Arbeitgeber:innen sollten ihre Mitarbeitenden bei Qualifizierungen aktiv unterstützen und fördern, zB. durch Absolvierung von Qualifizierungsmaßnahmen in der Arbeitszeit. Gleichzeitig braucht es mehr Angebote zu finanzieller Unterstützung, wie etwa eine Übernahme der Ausbildungskosten nach dem Vorbild des WAFF, damit Nostrifikant:innen nicht aus wirtschaftlicher Not in berufsfremde Tätigkeiten abwandern.

Sprachförderung und Anerkennung von Mehrsprachigkeit

03

Es braucht mehr und flächendeckendes Angebot an Sprachkursen, damit Menschen, deren Erstsprache nicht Deutsch ist, schnell und niederschwellig die Sprache erlernen können, z.B. durch mehr fachspezifische Kursangebote. Mehrsprachigkeit sollte als wertvolle Ressource und Kompetenz anerkannt und gezielter eingesetzt werden, zum Beispiel in der Betreuung und Pflege von mehrsprachigen Patient:innen. Kolleg:innen und Arbeitgeber:innen sollen Kolleg:innen, deren Erstsprache nicht Deutsch ist, dabei unterstützen, wenn es zum Beispiel Verständnisprobleme auf Grund von Dialekten gibt.

Verbesserung der Arbeitsbedingungen

04

Arbeitsbedingungen im Gesundheits- und Pflegebereich müssen verbessert werden, um Gesundheitsberufe attraktiver zu machen. Dazu gehören ein gesetzlich geregelter Personalschlüssel, die Möglichkeit erlernte Kompetenzen auch tatsächlich anzuwenden und abzurechnen, Dienstplanstabilität, um Beruf und Familie vereinbar zu machen, Arbeitszeitverkürzung, um dem Körper und der Psyche Zeit zu geben, sich vom anstrengend Arbeitsalltag zu regenerieren. Rassismus und Diskriminierung müssen aktiv bekämpft werden, damit sich die Arbeitsbedingungen für migrantische und/oder rassistisch diskriminierte Arbeitnehmer:innen nachhaltig verbessern und ein diskriminierungsfreies Arbeitsumfeld gewährleistet werden kann.

Gezielte Unterstützung von migrantischen und/oder rassistisch diskriminierten Frauen

05

Um die berufliche Integration migrantischer und/oder rassistisch diskriminierter Frauen im Gesundheitswesen nachhaltig zu fördern, müssen strukturelle Hürden im Nostrifizierungsprozess gezielt abgebaut werden. Dazu gehören unter anderem arbeitsrechtlich verankerte Freistellungen für Qualifizierungsmaßnahmen, sprachliche und fachliche Unterstützungsangebote am Arbeitsplatz, eine verlässliche Dienstplangestaltung durch gesetzliche Regelungen bezüglich Personalbesetzung und Personalschlüssel, der Ausbau kostenloser und flexibler Kinderbetreuungsmöglichkeiten sowie Unterstützung und Beratung bei sexistischen und/oder rassistischen Übergriffen.

Mehr Fokus auf Interprofessionalität, Kultursensibilität und Rassismuskritik in der Ausbildung

06

In der Ausbildung aller Gesundheitsberufe sollte mehr Fokus auf Kultursensibilität und Interprofessionalität gelegt werden. Es fehlt an Bewusstsein für die vielfältigen Übersetzungsprozesse, die in Gesprächen mit Patient:innen anderer Herkunft stattfinden. Um Interdisziplinarität und Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen zu

verbessern, braucht es entsprechende Schulungen und gegenseitige Wertschätzung. Interprofessionalität muss schon in der Ausbildung gelebt und rassismuskritische sowie kultur- und diversitätssensibles Handeln als zentrale Kompetenz verankert werden.

07

Gezielte Unterstützung und Beratung

Migrantische und/oder rassistisch diskriminierte Personen, die im Gesundheitssystem arbeiten wollen, sind eine Bereicherung und notwendig, um das System langfristig zu erhalten und der Diversität von Patient:innen gerecht zu werden. Ihre Bedürfnisse sind unterschiedlich und sie müssen dahingehend unterstützt werden. Manche Geflüchtete bringen traumatische Erfahrungen mit, die im Aufnahmeprozess oft unbemerkt bleiben, aber später – etwa im Umgang mit schwierigen Themen wie Gewalt in der Pflege – sichtbar werden. Sie brauchen psychosoziale Unterstützung und ein vertrauensvoller Beziehungsaufbau ist zentral. Um Ausbildungsabbrüchen vorzubeugen, braucht es begleitende Beratung, bessere Information über das Gesundheitssystem sowie die Möglichkeit, abteilungsübergreifend zu lernen und sich in Lerngruppen zu vernetzen. Strukturentlastende Maßnahmen wie verpflichtende Lerntage vor Prüfungen sind ein kleiner Schritt, reichen aber nicht aus. Unterstützungsformate wie Buddy-Systeme können hilfreich sein, jedoch nur dann, wenn sie mit echten zeitlichen Ressourcen hinterlegt sind, damit weder die Buddys noch die neuen Kolleg:innen überfordert werden.

08

Arbeitgeber:innen in die Pflicht nehmen

Arbeitgeber:innen haben ein Interesse daran, qualifiziertes Personal zu bekommen und zu halten. Sie sollten daher Aus- und Weiterbildungen in der Arbeitszeit ermöglichen. Weiterbildungskontingente für DGKP (Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger:in) sollten tatsächlich erfüllt werden und Arbeitgeber:innen dahingehen kontrolliert werden. Führungskräfte sollten auf Diversität und Rassismuskritik geschult werden, um Mitarbeiter:innen bei Diskriminierung und Rassismus bestmöglich zu unterstützen und ihre Fürsorgepflicht wahrzunehmen.

09

Förderung von Quereinsteiger:innen

Um mehr migrantische und/ oder rassistisch diskriminierte Menschen für Gesundheitsberufe zu gewinnen, braucht es eine gezielte Finanzierung zur Förderung von Quereinsteiger:innen. Niederschwellige und flexible Einstiegsmodelle, die nicht auf Ausbildungsqualität verzichten, sind entscheidend, um Menschen dort abzuholen, wo sie stehen. Programme wie das Pflegestipendium sollten nicht nur für klassische Ausbildungswege, sondern auch für außerordentliche Ergänzungen im Anerkennungs- und Nostrifizierungsprozess zugänglich sein und erhöht werden. Betriebe und Arbeitgeber:innen sollten ihre Beschäftigten bei Aus- und Weiterbildungen

unterstützen und ihre Mitarbeitenden dazu gewinnen, innerhalb des Betriebes Umschulungen zu machen und Aufstiegsmöglichkeiten aufzeigen.

10

24H Betreuung reglementieren

Die 24-Stunden-Betreuung braucht dringend klare gesetzliche Rahmenbedingungen und Qualitätsstandards, wie es etwa im Burgenland bereits umgesetzt wird, mit verpflichtender Fortbildung und der Möglichkeit, sich nach der Ausbildung für eine Anstellung oder Selbstständigkeit zu entscheiden. Ein zentrales Problem ist die ungeklärte Haftungsfrage zwischen Agenturen und Betreuer:innen. Hier braucht es klare gesetzliche Regelungen, um Verantwortung zuzuweisen und unseriöse Anbieter zu reduzieren. Zusätzlich braucht es einen klaren Katalog mit Rechten und Pflichten, Sprachstandards (z. B. zur Notrufkommunikation) für alle Beteiligten – Familien, Betreuer:innen und Agenturen – sowie regelmäßige Kontrollen.

11

Berufsgruppen und migrant:ische Arbeitnehmer:innen müssen in Entscheidungsprozesse eingebunden werden

Bei gesetzlichen Novellierungen müssen die Berufsgruppen mehr einbezogen werden und ihre Expertise muss sich auch in den Gesetzesentwürfen wiederfinden. Viele Arbeitnehmer:innen im Gesundheitswesen sind migrantische und/oder rassistisch diskriminierte Personen, ihre Perspektiven müssen in Entscheidungsprozesse und öffentliche Diskurse integriert und sichtbar gemacht werden. Auch im beruflichen Alltag und in Betriebsratsgremien bzw. Personalvertretungen braucht es mehr migrantische und/oder rassistisch diskriminierte Mitglieder, um einen Perspektivenwechsel zu ermöglichen.

Migrantische und/oder rassistisch diskriminierte Personen als Patient:innen im Gesundheits- und Pflegesystem

1) Herausforderungen

Erfahrungen mit Rassismus und Diskriminierung

Wie in den Diskussionen der Fokusgruppen deutlich wurde, machen viele migrantisch gelesene Personen im österreichischen Gesundheitswesen Erfahrungen mit



Die Perspektive der Betroffenen ist: ich werde nicht verstanden, ich werde nicht versorgt und ich glaube die Einrichtung ist rassistisch.

Rassismus und Diskriminierung, wodurch sie schlechtere Gesundheitschancen oder Barrieren im Zugang zu Gesundheitsversorgung haben. So wird ihnen das Wissen um ihren eigenen Körper und ihre Gesundheit abgesprochen, Bedürfnisse, Sorgen oder Schmerzen werden weniger ernst genommen bzw. nehmen sich Ärzt:innen und behandelndes Personal nicht ausreichend Zeit für ihre Anliegen. In den Workshops haben die Expert:innen von Fällen aus der Praxis berichtet, wo Patient:innen unzureichende Informationen über mögliche Gefahren und Nebenwirkungen von Behandlungen erhalten haben, diese Informationen nicht verstanden und nicht in verständlicher Sprache erklärt bekommen haben, oder trotz mehrmaligem Fragen, keine Folgetermine bekommen haben. Während für Österreich spezifische Studien vorerst noch fehlen, wurde in den Workshops auf Studien aus Deutschland verwiesen, deren Ergebnisse auch für Österreich als relevant eingeschätzt werden. So gibt es vom Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitor (NaDiRa) eine Studie zum Schwerpunkt [Rassismus und Gesundheit](#) aus dem Jahr 2023, die zeigt, dass ein Drittel aller muslimischen Personen und 38% aller Schwarzen Personen von Diskriminierungserfahrungen betroffen waren. In einer anderen [Studie](#) aus Deutschland wird auf die Bedeutung struktureller und institutioneller Diskriminierung in Bezug auf gesundheitliche Ungleichheiten hingewiesen. Mangelnde kulturelle Sensibilität und teils fehlendes Fachwissen in Bezug auf Abweichungen von der Norm des Weißen, männlichen Körpers, können zu Fehldiagnosen führen. So haben Workshop Teilnehmende von Fällen berichtet, wo bspw. Hautärzt:innen Schwierigkeiten hatten, physiologische Varianten von Hauterkrankungen bei dunkelhäutigen Menschen richtig einzuordnen. Solche Erfahrungen schwächen das Vertrauen in Institutionen und behindern langfristig den gleichwertigen Zugang zu Gesundheitsleistungen. Viele Menschen fühlen sich nicht ernst genommen bzw. werden nicht ernst genommen und es fehlt den Institutionen



Da wird eine Gruppe von Menschen aus dem Gesundheitswesen ausgeschlossen, wenn man nicht einmal feststellen kann, ob ich blass bin oder nicht. Viele setzen sich mit dem Thema nicht auseinander und da gibt es dann Missdiagnosen und da ist sogar ein Fall, wo eine Frau dann verstorben ist.



Ein Problem ist die einfache Diagnose, viele Ärzt:innen können keine Diagnose auf dunklerer Haut durchführen.

sowie dem Personal an interkulturellen Kompetenzen und an Akzeptanz, dass es unterschiedliche Zugänge zu Gesundheit gibt.

Bürokratische und strukturelle Barrieren

Vielen Personen, die erst seit kurzem in Österreich sind und nicht hier als Patient:innen sozialisiert wurden, fehlt grundlegendes Wissen über das Gesundheitssystem, wie zum Beispiel das Hausarztssystem, die verschiedenen Fachärzt:innen, oder das System der Überweisungen und Krankenkassaleistungen. Die Folgen dieses fehlenden Systemwissens beschrieben die Expert:innen wie folgt: oftmals suchen Personen als erstes ein Spital auf, da sie die Institution Krankenhaus kennen, wo sie aber de facto nicht richtig aufgehoben sind und nicht die Behandlung und Anbindung bekommen, die sie eigentlich benötigen würden. Dies verursacht hohe Mehrkosten und führt zu Frustration und Verunsicherung bei Patient:innen. Gerade bei komplexeren oder chronischen Krankheiten, wie etwa Diabetes, fehlt es oft an der Kommunikation zwischen verschiedenen Stellen (NGOs, Ambulanz, niedergelassener Bereich). Die Menschen wissen nicht, wo sie mit ihren Problemen hingehen sollen, und die fehlende Navigationskompetenz und die fragmentierte Versorgung machen eine gute, rasche und zielgerichtete Behandlung schwierig. Außerdem gibt es viele bürokratische Hürden, wie etwa schwer verständliche und teils lange Wartezeiten, sodass Personen mit geringem Wissen über das Gesundheitssystem oft nicht oder nur verspätet bzw. nur mit Hilfe anderer diese Leistungen erhalten.



Wir haben eine extrem fragmentierte Versorgungslandschaft in Österreich, deswegen wissen die Leute nicht wo sie hingehen sollen, wenn sie ein konkretes Gesundheitsproblem haben, was eben langfristig dazu führt, dass bestimmte Bereiche überfordert sind, weil viele Leute aufschlagen, obwohl es nicht notwendig wäre und andere haben mehr Angebot als Leute.

Sprachliche Barrieren und fehlende Dolmetscher:innen

Derzeit gibt es nur teilweise und nicht in allen Bereichen des Gesundheitssystems Zugang zu professionellen Dolmetscher:innen bzw. Informationen in einfacher Sprache. In der Praxis werden vor allem Kinder und Familienangehörige als Dolmetscher:innen herangezogen. Die Expert:innen berichteten, dass in Notsituationen auch schon Reinigungskräfte als Dolmetscher:innen im Krankenhaus eingesetzt wurden, was bestehende strukturelle Lücken im Bereich professioneller Sprachmittlung deutlich macht. Für Personen, die diese Dolmetschleistungen erbringen, ist das eine hohe Mehrbelastung und Verantwortung. Keine oder fehlerhafte Übersetzungen können gesundheitliche Konsequenzen nach sich ziehen, da nicht gewährleistet ist, dass wichtige medizinische Informationen korrekt vermittelt bzw. verstanden werden.



Es fehlt die Sensibilität, ich habe viel Übersetzungserfahrung mit meinen Eltern, und ich kann mich nur an einen Arzt erinnern, der wirklich mit meiner Mutter gesprochen hat und nicht mit mir. ansonsten wurde sie immer „verkindlicht“ und ich „verelterlicht“.

Versorgungslücken für Menschen ohne Krankenversicherung

Obwohl 99,9 % der österreichischen Bevölkerung versichert ist, haben ca. 100.000 Personen keine Krankenversicherung. Viele davon sind prekär Beschäftigte oder Personen, die, obwohl sie anspruchsberechtigt sind, keine Mindestsicherung beantragt haben. Auch

Menschen, deren Asylverfahren negativ abgeschlossen wurde, sowie obdachlose Menschen haben oft keinen Zugang zu Krankenversicherung. Für diese Personengruppen gibt es in Wien mit AmberMed, den Barmherzigen Brüdern und dem neunerhaus Gesundheitszentrum zwar Anlaufstellen, das Angebot zielt in der Regel auf akute Notfälle ab, umfasst nur wenige bis keine präventiven Angebote und löst das strukturelle Problem der Nicht-Versicherung nicht. Eine [Studie zu Wohnungslosenhilfe und Pflege](#) des Dachverbands der Wiener Sozialeinrichtungen zeigt Lücken in der Versorgung insbesondere für jene Personen auf, die keine Anspruchsberechtigung haben, weil sie aufgrund ihres Aufenthaltsrechtlichen oder sozialrechtlichen Status die Kriterien für eine Förderbewilligung nicht erfüllen. Das Fehlen von Sozial- und Krankenversicherung wurde auch in einem [Projekt zu Obdachlosigkeit und Krebsvorsorge](#) als zentrales Hindernis im Zugang zu Versorgung identifiziert. Eine fehlende Gesundheitsversorgung auch nur in einem kurzen Zeitraum, kann schwerwiegende Folgen für die langfristige Gesundheit der Betroffenen haben und große Folgekosten erzeugen.

Zwei-Klassen-Medizin und private Leistungen

In Österreich bildet sich stetig eine immer prägnantere Zwei-Klassen-Medizin heraus. Insbesondere in Wien steigt der Druck auf Kassenärzt:innen, die immer mehr Patient:innen betreuen, während die Zahl der Wahlärzt:innen wächst. In Wien gibt es sowohl im fachärztlichen als auch allgemeinärztlichen Bereich unbesetzte Kassenstellen, in manchen Bereichen, wie Frauen- oder Kindergesundheit kann man bereits von einem Mangel sprechen. Dazu kommt, dass manche Behandlungen und Therapien nicht von der Krankenversicherung übernommen werden bzw. nur Teile der Kosten und es für die Genehmigung und Rückerstattung von Kassenleistungen teils lange Wartezeiten gibt. Insbesondere im Bereich der Prävention und der psychischen Gesundheit, können Leistungen meist nur mit hohem Selbstbehalt in Anspruch genommen werden und sind so ein Privileg für ökonomisch besser situierte Menschen.

Ungleichheit von Gesundheitskompetenzen

Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass die Gesundheitskompetenzen in Österreich allgemein relativ niedrig sind. Die Expert:innen halten allerdings fest, dass es in Bezug auf Prävention und der Förderung von Gesundheitskompetenzen strukturelle und systemische Barrieren gibt, die gerade für migrantische und/oder rassistische diskriminierte Personen folgeschwer sein können. Zugangsbarrieren sind hier intersektional zu verorten. Unterschiedliche Gesundheitskompetenzen, die sich u.a. aus Bildungshintergrund, sozio-ökonomischer Ausgangslage, Sprachkenntnissen, Diskriminierung und kulturellen Erfahrungen ergeben, führen dazu, dass nicht alle Patient:innen in der Lage sind, angemessen für ihre Gesundheit zu sorgen, oder Zugang zu Gesundheitsangeboten zu erlangen. Gesundheitsinstitutionen sind häufig nicht auf die speziellen Bedürfnisse, Perspektiven und Lebensumstände von migrantischen und/oder rassistisch diskriminierten Menschen vorbereitet. Viele Angebote, insbesondere der Gesundheitsförderung und Prävention, adressieren zudem schon aufgrund ihrer Konzeption vorrangig privilegierte Personengruppen. Das Fehlen kultursensibler Angebote verstärkt nicht nur bestehende Ungleichheiten im Zugang zur



Und dann werden diese Broschüren 1 zu 1 übersetzt und bei dieser Broschüre stand dann als Beispiel für Bewegungsempfehlung: Eine Stunde Gartenarbeit und eine Stunde Radfahren, okay, also die Zielgruppe hat weder einen Garten noch wird sie Radfahren, die Leute blättern dann einfach weiter und denken das ist nicht für sie...

Gesundheitsversorgung, sondern beeinträchtigt auch die Qualität der Behandlung und das Vertrauen in das System.

Young Carers und pflegende Angehörige

Pflegende Angehörige und sogenannte *Young Carers*, also Kinder und Jugendliche, die familiäre Pflegeaufgaben übernehmen, stehen vor zahlreichen Herausforderungen. Sie tragen oft eine immense Verantwortung und müssen häufig Beruf oder Schule mit ihren Pflegeaufgaben vereinbaren, was zu



Das Problem ist, dass Frauen, und es sind zu 90% Frauen, die ihre Angehörigen pflegen, dass diese Frauen dann selbst unterversorgt sind in ihrer eigenen Gesundheit. Die Frauen sind dann aber auch damit konfrontiert, dass wenn sie dann zum Arzt gehen, dass man sie nicht ernst nimmt.

Überforderung und gesundheitlichen Problemen führen kann. Die Expert:innen hielten dazu fest, dass Migrantische und/oder rassistisch diskriminierte pflegende Angehörige zusätzlich strukturellen Barrieren ausgesetzt sind: Sie haben oft erschwerten Zugang zu Unterstützungsangeboten, etwa aufgrund sprachlicher Hürden, fehlender Information in der Erstsprache oder mangelndem Vertrauen in öffentliche Stellen, darüber hinaus ist das Angebot oft nicht mit kulturellen oder religiösen Bedürfnissen der zu Pflegenden kompatibel. Prekäre Wohn- und Arbeitsverhältnisse können die Pflege im häuslichen Umfeld zusätzlich erschweren. Rassistische Diskriminierung, etwa im Kontakt mit Behörden oder im Gesundheitssystem, verstärkt zudem das Gefühl, mit der Situation allein gelassen zu werden. *Young Carers* bleiben in ihrer Rolle oft unsichtbar und erhalten wenig Unterstützung, obwohl sie eine entscheidende, aber wenig anerkannte Stütze des Pflegesystems darstellen. Für migrantische *Young Carers* ist die Lage oft besonders belastend: Sie müssen Pflege, Schule und häufig auch Übersetzungs- und Vermittlungsrollen für ihre Familien übernehmen.

3) Handlungsempfehlungen

01 Mehr Kultursensibilität im Gesundheitswesen: Rassismus und Diskriminierung bekämpfen

Es braucht mehr Kultursensibilität und Rassismuskritik im Gesundheitswesen. Rassismuskritische und diversitätssensible Medizin muss fester Bestandteil der Ausbildung werden, denn Rassismus und Diskriminierung im Gesundheitswesen haben schwerwiegende Folgen, da sie zu Fehldiagnosen und falscher Behandlung sowie zu einem Vertrauensverlust in das System führen können. Um dem entgegenzuwirken, braucht es strukturelle Maßnahmen: Vermittlung von rassismuskritischen Kompetenzen in der Ausbildung von Gesundheitsberufen, verpflichtende Schulungen zu rassismuskritischem Handeln im Gesundheitswesen, bessere Beschwerdemöglichkeiten, sowie eine klare Haltung von Institutionen gegen jede Form von Ausgrenzung. Zusätzlich braucht es kontinuierliche Supervision und regelmäßige Fortbildungen für Personal im Gesundheitswesen, um die eigene Praxis immer wieder kritisch zu hinterfragen.

02 Datenlücken schließen

In der Medizin braucht es mehr diversitätssensible Forschung, weil viele Diagnosen, Behandlungen und Medikamente noch immer auf männlichen, meist Weißen Referenzwerten basieren. Das führt dazu, dass bestimmte Erkrankungen bei migrantischen und/oder rassistisch diskriminierten Personen unterdiagnostiziert bleiben oder falsch diagnostiziert werden. Aus intersektionaler Perspektive sind hier migrantische und/oder rassistisch diskriminierte Frauen besonderen Risiken ausgesetzt, da sie hier eine doppelte Nichtbeachtung erfahren. Um gerechte, wirksame und individualisierte Versorgung zu ermöglichen, müssen Datenlücken geschlossen werden und diversitätssensibles und intersektionales Wissen flächendeckend als Querschnittsthemen in Ausbildungen integriert werden.

03 Bürokratische Hürden abbauen

Bürokratische Hürden im Gesundheitssystem müssen abgebaut werden. Diese hindern vor allem Menschen, deren Erstsprache nicht Deutsch ist und die noch nicht lange in Österreich leben, oder Personen, die einen niedrigeren Bildungsstand oder geringe sozio-ökonomische Ressourcen haben, Leistungen zu beziehen, auf die sie Anspruch haben. Darüber hinaus binden komplexe Anträge auch innerhalb der Verwaltung viele Ressourcen. Hier wäre zum Beispiel eine Gesundheitsdrehscheibe, eine Onlineplattform, die mehrsprachig ist und in einfacher Sprache mit guter Suchfunktion zur Verfügung steht bzw. Gesundheitslots:innen eine Möglichkeit, um bürokratische Hürden abzubauen und abzufedern.

Ausbau von Dolmetscher:innen im Gesundheitssystem

04

Es braucht in allen Bereichen des Gesundheitssystems Angebote für professionelle Dolmetsch- und Übersetzungsleistungen, damit auch Menschen, deren Erstsprache nicht Deutsch ist, gut versorgt werden können. Darüber hinaus sollen auch die Übersetzungsleistungen von Gesundheitspersonal wertgeschätzt, finanziell anerkannt und bei Bedarf auch speziell gefördert werden.

Versorgung ausbauen

05

Es braucht im niedergelassenen Bereich mehr Kassenplätze und eine flächendeckende Versorgung über Kassenleistungen. Um langfristige gesundheitliche Schäden und hohe Folgekosten zu vermeiden, braucht es eine lückenlose Krankenversicherung für die gesamte Bevölkerung. Primärversorgungszentren müssen ausgebaut und diverse Gesundheitsberufe mit Fokus auf die interprofessionelle Zusammenarbeit miteinbezogen werden. Versorgung muss hier intersektional gedacht werden, mit kultursensiblen als auch gendersensiblen Angeboten. Migrantische und/oder rassistisch diskriminierte Frauen und ihre Bedürfnisse sollten besondere Beachtung finden, damit Beschwerden ernst genommen werden und adäquate Diagnosen gestellt werden. Ein Best Practice Beispiel ist hier das Frauengesundheitszentrum FEM Med im 10ten Bezirk. Versorgungslücken u.a. in der Psychotherapie, Psychologie, Ergotherapie, Logopädie, Gynäkologie, Pädiatrie müssen geschlossen werden, und zwar so, dass diese Behandlungen kein Privileg sind.

Mehr Investition in Bildung

06

Um langfristig Chancengerechtigkeit und eine gerechtere Gesundheitsversorgung zu fördern, braucht es deutlich mehr Investitionen in Bildung. Bereits in der frühen Bildung sollten Vorurteile und Rassismus aktiv thematisiert und abgebaut werden. Schulen sollen zu Orten werden, an denen Kinder und Jugendliche auch lernen, Gesundheitsfürsorge zu praktizieren. Ein best practice Beispiel sind School Nurses, die regelmäßig in Schulen Workshops anbieten und eng mit Schulpsycholog:innen zusammenarbeiten, allerdings ist dies momentan nur in Form eines Pilotprojektes realisiert und daher nicht nachhaltig verankert. Damit alle Kinder unabhängig vom Standort oder sozialen Hintergrund die gleichen Chancen haben, braucht es eine flächendeckende, staatlich abgesicherte Struktur.

Beratungsangebote ausbauen und Gesundheitsinformationen zugänglich machen

07

Um Gesundheitschancen gerechter zu gestalten, braucht es einen massiven Ausbau aufsuchender Beratungsangebote und zugänglicher Gesundheitsinformationen. Viele Menschen kennen ihre Rechte im

Gesundheitssystem nicht – etwa das Recht auf Aufklärung – oder fühlen sich unsicher im Arztgespräch. Hier kann gezielte Unterstützung, z. B. durch das Üben solcher Gespräche und die Vermittlung von Navigationskompetenz, zu echter Selbstermächtigung führen. Health Navigators, die spezifische Zielgruppen in der Gesundheitsvorsorge begleiten, und Gesundheitslots:innen, die Menschen mit chronischen Erkrankungen wie Diabetes durch das oft fragmentierte System führen, sind dafür zentrale Ansätze. Diese Unterstützung muss professionell organisiert und bezahlt sein. Ehrenamtliche Modelle, die oft von Frauen getragen werden, überlasten genau jene, die ohnehin schon viele Care-Aufgaben schultern. Informationsmaterial muss mehrsprachig, in einfacher Sprache und zielgruppenadäquat konzipiert sein.

Prävention und Gesundheitskompetenzen fördern

08

Prävention und Gesundheitsförderung sind mehr als einmal Blut abnehmen und ein paar Ratschläge in der Ordination. Sie müssen als kontinuierlicher, lebensbegleitender Prozess verstanden werden. Gesundheitsförderung muss bereits in Bildungseinrichtungen beginnen und Kinder in ihren Lebensrealitäten erreichen, zB. mit einer gesunden Jause, einem ausgewogenen, kostenfreien Mittagessen, regelmäßiger Bewegung im Schulalltag sowie mentaler Gesundheitsbildung. Zentrale Voraussetzung für wirksame Prävention ist zudem der Ausbau von Gesundheitskompetenz, also die Fähigkeit, Informationen über Gesundheit zu finden, zu verstehen, zu bewerten und im Alltag umzusetzen. Das betrifft nicht nur Individuen, sondern auch Institutionen, die ihre Kommunikation kultursensibel, mehrsprachig und barrierefrei gestalten müssen. Dazu braucht es einen systemischen Ansatz: Prävention darf nicht alleinige Aufgabe der Krankenversicherung sein. Es müssen auch die Bereiche Bildung, Arbeit, Soziales, Stadtplanung, Umwelt und Verkehr aktiv eingebunden werden, wie etwa durch sichere Radwege, leistbares Wohnen, Zugang zu gesunder Ernährung und ein diskriminierungsfreier Arbeitsmarkt.

Kindergrundsicherung

09

Eine Kindergrundsicherung ist zentral, um Chancengleichheit von Anfang an zu ermöglichen, nicht nur in finanzieller Hinsicht, sondern auch im Zugang zu Bildung, Betreuung und Gesundheit. Bildung ist ein entscheidender Gesundheitsfaktor, ebenso wie der Zugang zu Angeboten, die frühzeitig die psychische Gesundheit von Kindern fördert wie etwa ausreichend Therapieplätzen. Dafür braucht es deutlich mehr Ressourcen. Prävention und Gesundheitsförderung spielen eine Schlüsselrolle. Eine umfassende Kindergrundsicherung muss daher weit über finanzielle Unterstützung hinausgehen und strukturelle Barrieren abbauen, um jedes Kind stark zu machen.

10

Pflegende Angehörige und *Young Carers*

Pflegende Angehörige und vor allem *Young Carers* brauchen eine besondere Unterstützung, da sie meistens doppelt oder mehrfach belastet sind. Migrantische und/oder rassistisch diskriminierte pflegende Angehörige holen sich meist erst besonders spät Unterstützung, aus Angst nicht ernst genommen oder diskriminiert zu werden, oder weil das Unterstützungssystem nicht mit den (kulturellen und/oder religiösen) Bedürfnissen der zu Pflegenden kompatibel ist. Gerade hier muss aufsuchend unterstützt werden, dies könnte zum Beispiel auch über die betriebliche Gesundheitsvorsorge geschehen bzw. über Betriebsrät:innen, die möglicherweise schon einen Zugang zu pflegenden Personen haben.

Zukunft des Gesundheits- und Pflegesystems

1) Herausforderungen

Demografische Entwicklung und das Trilemma der Gesundheitsversorgung

Die demografische Entwicklung in Österreich stellt das Gesundheitssystem vor ein komplexes „Trilemma“: Erstens führt die alternde Bevölkerung zu einer steigenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, da ältere Menschen häufiger medizinische Versorgung benötigen. Schon jetzt, so die Expert:innen, werden 50% der medizinischen Leistungen im Spital von älteren Patient:innen in Anspruch genommen. Zweitens stagniert die Zahl der Erwerbstätigen, was zu einem Fachkräftemangel im Gesundheitssektor führt. Drittens sinkt die Finanzierungsbasis für das umlagefinanzierte System, da weniger Steuer- und Beitragszahlungen zur Verfügung stehen, wenn nicht durch arbeitsmarktpolitische Maßnahmen eine höhere Erwerbsbeteiligung (beispielsweise von Frauen, aber insbesondere auch von älteren Menschen erreicht wird). Diese drei Faktoren verstärken sich gegenseitig und stellen eine erhebliche Herausforderung für die zukünftige Gesundheitsversorgung in Österreich dar.

Systematische Versorgungsprobleme und fehlendes Übergreifen der Systeme

Das österreichische Gesundheitssystem ist nach wie vor stark auf kurative Medizin ausgerichtet, also auf die Behandlung bestehender Krankheiten, anstatt auf deren Vermeidung durch Prävention und Gesundheitsförderung. Die Expert:innen in den Workshops stellten fest, dass obwohl viele Versorgungsprobleme bereits vor einer akuten Verschlechterung sichtbar sind, es kaum regulative Maßnahmen, um frühzeitig gegenzusteuern, gibt. Viele Betroffene landen daher direkt im Krankenhaus, was eine der kostenintensivsten Optionen ist. Diese einseitige Schwerpunktsetzung zeigt sich unter anderem in der vergleichsweise hohen Zahl kostenintensiver Krankenhausbetten, während strukturell wichtige, niedrighschwellige Versorgungsangebote im häuslichen Umfeld, wie mobile Pflege- und Betreuungsdienste, psychosoziale Unterstützung oder Angehörigenentlastung, unzureichend ausgebaut sind. Medizinische und therapeutische Angebote sind z.B. in der Langzeitpflege stark unterentwickelt. Pflegekräfte sind zwar vorhanden, können ihre



Ein paar kleine Stellschrauben, an denen man drehen könnte: Wie finanziere ich die Versorgungsstruktur? Welche Kompetenzen bekommen die Gesundheitsberufe? Wo versorge ich die Menschen?



Die Leistungen der einzelnen Berufe muss ich verrechnen können z.B. im Spital, in der Langzeitpflege, und in der mobilen Pflege und dann gibt es dazwischen Bereiche, wo ich als Gesundheitsberuf gar nicht mehr wirksam sein kann, weil nur der Bereich finanziert wird. Dh. in der Ambulanz, im Krankenhaus kann ich es abrechnen aber bei meiner Nachbarin nicht mehr, und die kann dann auch nicht auf meine Leistung zugreifen, obwohl ich neben ihr wohne und die muss dann ins Krankenhaus fahren.



Emanzipation zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen ist Grundlage, damit das System weiterhin funktioniert. Da braucht es viel Anerkennung und die Expertise der Pflege muss auch in reale Kompetenzen übersetzt werden.

Kompetenzen jedoch oft nicht ausschöpfen, weil es die rechtlichen Rahmenbedingungen nicht zulassen. Gleichzeitig werden wichtige Berufsgruppen (wie Pflegekräfte, Therapeut:innen, Sozialarbeiter:innen oder Gesundheitspsycholog:innen) in der präventiven und gemeindenahen Versorgung zu wenig systematisch eingebunden. Das führt zu einer strukturellen Schieflage: Ressourcen fließen vor allem in akute, stationäre Versorgung, während eine umfassende, wohnortnahe und interprofessionell abgestimmte Prävention auf der Strecke bleibt.

Föderalismus

Eine der großen Herausforderungen im Gesundheits- und Pflegebereich ist der bestehende Föderalismus, der zu einer Zersplitterung der Systeme führt. In Österreich gibt es derzeit zehn unterschiedliche Systeme, die neun Bundesländer und den Bund, die jeweils unterschiedliche Verwaltungsstrukturen, Regelungen und Vorgaben haben. Dies führt zu komplexen und undurchsichtigen Finanzierungsströmen, und zu zerteilten Zuständigkeiten zB im Bereich der Gesundheitsförderung. Diese Vielfalt erschwert nicht nur die Effizienz und Transparenz des Systems, sondern führt auch zu erheblichen Ungleichheiten in der Versorgung und der Qualität.

Fehlende Investitionen in Prävention und Gesundheitsförderung



Alle anderen Themen gehen dann in der politischen Diskussion unter, die Prävention, die psychische Gesundheit, die Gesundheitsförderung und dann hat man halt ein paar kleine Projekte und wir sehen, dass die gesunden Jahre vor dem Pensionsantritt schon vorbei sind.



Wir haben da im Präventionsbereich sehr viele „Papierln“ Gesundheitsziele, Jugendgesundheitsstrategie, die Gesundheitsförderungsstrategie, die Bundeszielsteuerungskommission usw. ich sehe da einen riesigen Gap zwischen dem was da drinnen steht, Absichtserklärungen aber Maßnahmen werden dann schon schwammiger und wenn es ums Geld geht, ist es aus und das ist ein riesiges Problem für alle.

In den Workshops wurde kritisch angemerkt, dass im österreichischen Gesundheitswesen im internationalen Vergleich nach wie vor zu wenig in Prävention investiert wird, obwohl vorbeugende Maßnahmen langfristig die Gesundheitskosten senken und die Bevölkerung gesünder halten könnten, wie es das [Beispiel der Frühen Hilfen](#) zeigt. Ein zentrales Problem sind unklare Zuständigkeiten: Zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern fehlt eine einheitliche Regelung, was wirksame und koordinierte Präventionsarbeit erschwert. Im Bereich der Prävention gibt es

momentan hauptsächlich Projektfinanzierungen und nur wenige langfristig ausfinanzierte Programme. Obwohl einzelne Pilotprojekte oft erfolgreich sind, werden sie nicht auf andere Bundesländer ausgerollt, oder in die Regelversorgung übernommen.

Defizit an Diversitätssensibler Forschung

Es fehlt an diversitätssensibler Forschung im Gesundheitsbereich. Derzeit gilt in der Erforschung von Krankheiten und Symptomen sowie der Testung von Medikamenten, der Weiße Mann als Referenz. Medikamente und Krankheitsbilder müssen auch für Frauen erforscht werden und die Forschung muss sich selbstkritisch von rassistischen und diskriminierenden Altlasten sowie biologistischen Vorannahmen befreien. Darüber hinaus braucht es eine stärkere Einbeziehung intersektionaler Perspektiven, zu Gender, Herkunft, Behinderung, sexueller Orientierung oder sozialem Status

KI-Bias und Digitalisierung

Die Nutzung von KI im Gesundheitsbereich birgt Chancen und Herausforderungen. Ein zentrales Problem ist die mangelnde Diversität von Trainingsdaten, die häufig eurozentristisch geprägt sind, etwa bei der Erkennung von Hautkrankheiten wie Muttermalen, wo in Bezug auf dunkle Haut weniger valide Daten vorliegen. Zudem fehlt es in Österreich bislang an einer systematischen Qualitätssicherung und Reglementierung digitaler Gesundheitsanwendungen, insbesondere im Bereich KI. Viele dieser Systeme stammen von internationalen Unternehmen, deren Modelle und Logiken nicht transparent und nicht öffentlich kontrolliert sind. In Bezug auf die Digitalisierung im Gesundheitsbereich waren die Meinungen der Expert:innen teils unterschiedlich: Gesundheitsportale, eCards, ELGA, Online-Terminvergaben oder Telemedizin setzen digitale Grundkenntnisse und technische Infrastruktur voraus. Für die einen, ist dies eine Hürde und wirkt exkludierend, für andere wiederum ist z.B. die Online-Terminvergabe eine Möglichkeit einen Termin zu bekommen, ohne ein Telefonat führen zu müssen. Einig waren sich die Expert:innen allerdings darin, dass Informationen und digitale Kompetenzen sowohl in der Bevölkerung als auch in den Gesundheitsberufen gefördert werden und Informationen und Anwendungen in verschiedenen Sprachen und einfacher Sprache angeboten werden müssen.

Fachkräftemangel im Gesundheitsbereich und „Gastarbeiter:innenmentalität“

Der Fachkräftemangel im Gesundheitsbereich lässt sich nicht allein durch mehr Personal lösen, es braucht vor allem eine Anerkennung der Leistungen der Personen, die nach Österreich kommen und langfristige Bleibeperspektiven. Wie in den Fokusgruppen kritisiert wurde, werden derzeit nicht ausreichend gezielte und nachhaltige Anreize gesetzt, damit sich Personen, die aus Drittstaaten nach Österreich zum Arbeiten kommen langfristig in Österreich niederlassen. Kritisch sehen Expert:innen insbesondere die Praxis an, dass private Anbieter:innen und Agenturen Arbeitskräfte aus Ländern wie den Philippinen teilweise nur für einen begrenzten Zeitraum nach Österreich bringen, um in der Pflege zu arbeiten. Es herrscht somit eine Art „Gastarbeiter:innenmentalität“, die nicht nur für die betroffenen Personen eine Belastung ist und sie in dem Prozess des Ankommens in Österreich einschränkt, sondern auch für das Gesundheitssystem selbst, das auf qualifizierte Fachkräfte angewiesen ist, die sich langfristig niederlassen. Für eine Fachkräftestrategie im Gesundheitsbereich, darf aber nicht nur auf den Bereich Anwerbung gesetzt werden, sondern es müssen auch bestehende Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensiven weiter ausgebaut werden. Wie in den Fokusgruppen angemerkt wurde, wird aktuell zunehmend auf Assistenzberufe gesetzt, die kostengünstiger sind und immer mehr Aufgaben übernehmen müssen. Die daraus resultierende Überlastung untergräbt nicht nur die Versorgungsqualität, sondern auch die Attraktivität der Berufe. Auch neue Modelle wie das Pflegestipendium für Quereinsteiger:innen wirken auf den ersten Blick hilfreich, doch drei Jahre Ausbildung bei nur 1600 Euro (2025) monatlich sind für viele schlicht nicht machbar.



Was ein guter Lösungsansatz wäre, wir sollten versuchen es nicht quantitativ, sondern qualitativ zu stemmen, sprich die Ausbildung durchlässiger, die Nostrifikation durchlässiger und einfacher. Wir haben ein hohes Potenzial an Leuten, die viel können aber nichts dürfen.

Fehlendes ganzheitliches Gesundheitsdenken

Wie die Expert:innen in den Workshops betonten, muss Gesundheit auch aus staatlicher Sicht ganzheitlich gedacht werden. Gesundheit wird häufig von Faktoren beeinflusst, die außerhalb des eigentlichen

Gesundheitssystems liegen: Dazu zählen unter anderem die Wohn- und Luftqualität, Zugang zu gesunder Ernährung, sichere Arbeits- und Lebensverhältnisse, finanzielle Stabilität, psychosoziale Belastungen sowie die Qualität und Zugänglichkeit von Bildung. Um diesen komplexen Einflussfaktoren gerecht zu werden, braucht es integrative Versorgungsansätze an verschiedenen Orten des Lebens. Bildungseinrichtungen wie Schulen und Kindergärten können dabei eine zentrale Rolle spielen, etwa durch gesunde Schulverpflegung, Bewegungsförderung und psychosoziale Unterstützung. Aber auch



Die Schule ist der praktische Ort, wo man es schaffen kann, dass alle Kinder das gleiche bekommen, denn sonst ist es von den Eltern abhängig und so hätte dann jeder die gleichen Chancen. Das schafft Chancengerechtigkeit.



Sozio-ökonomischer Status und Bildung sind die stark bestimmenden Determinanten des Gesundheitsstatus, wo die Probleme ähnlich sind, Migration per se, eigentlich nicht.

sozialraum-orientierte Ansätze, wie quartiersbezogene Gesundheitsnetzwerke oder kommunale Gesundheitszentren, tragen dazu bei, Gesundheitschancen in benachteiligten Stadtteilen strukturell zu verbessern. Ein weiteres Beispiel ist die arbeitsplatzbezogene Gesundheitsförderung, insbesondere in Bereichen mit hoher physischer oder psychischer Belastung und prekären Beschäftigungsverhältnissen. Betriebe können gezielt Maßnahmen zur Gesundheitsprävention etablieren. Um all diese Räume wirksam zu nutzen, braucht es eine ganzheitliche Gesundheitsstrategie, die sektorenübergreifend denkt, personelle Ressourcen stärkt und die sozialen Bedingungen der Gesundheit systematisch mit einbezieht. Solch ein ganzheitlicher Ansatz ist insbesondere für migrantische und/oder rassistisch diskriminierte Menschen von Bedeutung, da rassistische Diskriminierung Gesundheitsdeterminanten maßgeblich beeinflusst.

Nicht-realisiertes Potential im Gesundheitsberuferegister

Im [Gesundheitsberuferegister](#) werden Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, Diplomierte Operationstechnische Assistenz (OTA) und gehobene medizinisch-therapeutisch-diagnostische Dienste (MTD) erfasst. Eingetragene Personen erhalten einen Berufsausweis und ein Teil der Datenbank ist öffentlich zugänglich, sodass Angehörige und Patient:innen nach passenden Angeboten suchen können. Positiv hervorzuheben ist, dass Sprache ein Teil des Registers ist, wenn auch freiwillig. Eine Registrierung ist Voraussetzung für die Ausübung des jeweiligen Gesundheitsberufes und listet die erworbenen Qualifikationen der registrierten Personen auf. Ein großes Problem sehen die Expert:innen darin, dass das Register nicht konsequent aktualisiert wird, da es hier einer entsprechenden rechtlichen Grundlage fehlt. Dadurch bildet es die tatsächliche Situation im Gesundheitswesen nur verzerrt, oder veraltet ab. Darüber hinaus wird das Beschäftigungsausmaß im Register gar nicht erfasst. Dadurch verliert das Register als Planungsinstrument an Aussagekraft und macht eine präzise Personalbedarfsplanung unmöglich. Das erschwert sowohl die Analyse bestehender Versorgungsgenpässe als auch eine vorausschauende Gesundheitsplanung.

3) Handlungsempfehlungen

01

Strukturierte Versorgungskonzepte unter Einbindung aller Gesundheitsberufe und bessere Koordination der Systeme

Es ist dringend notwendig, strukturierte und integrierte Versorgungskonzepte, wie insbesondere Disease Management Programme zu entwickeln, die auf die unterschiedlichen Bedürfnisse der Patient:innen zugeschnitten sind und wo Leistungen auch abrechenbar sind. Dazu gehört eine verstärkte Interprofessionalität, bei der Ärzt:innen, Pflegekräfte, Sozialarbeiter:innen und andere Gesundheitsberufe enger zusammenarbeiten, um ganzheitliche Betreuung zu gewährleisten. Viele Patient:innen, besonders mit chronischen Erkrankungen oder komplexen Bedürfnissen, profitieren von einem koordinierten Ansatz. Eine bessere Vernetzung und eine sinnvollere Verteilung von Kompetenzen könnten nicht nur die Versorgung verbessern, sondern auch dazu beitragen, Ressourcen effizienter zu nutzen. Für Patient:innen wäre der Weg durch das Gesundheitssystem durch strukturierte Behandlungspfade ebenfalls erleichtert.

02

Zentralisierung forcieren und umfassende Fachkräftestrategie entwickeln

Die zehn unterschiedlichen Systeme im Gesundheitssystem und der Pflege sollten vereinheitlicht werden, um effizienter und übersichtlicher zu funktionieren. Die betrifft vor allem eine einheitliche und transparente Finanzierung, eine einheitliche und koordinierte Zuständigkeit im Bereich Prävention, sowie die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern über Bundesländergrenzen hinweg. Ergänzend dazu ist eine umfassende Fachkräftestrategie im Gesundheits- und Pflegebereich notwendig, die nicht nur auf kurzfristige Personaldeckung abzielt, sondern auch Ausbildung, Qualifizierungsmaßnahmen, Förderung von Quereinsteiger:innen, faire Arbeitsbedingungen und Aufstiegsmöglichkeiten strukturell stärkt. Dafür braucht es eine langfristige und ganzheitliche Strategie, in der Arbeitnehmer:innen wertschätzend, nachhaltig und sinnvoll im gesamten Integrationsprozess begleitet und unterstützt werden.

03

Diversitätssensible Forschung fördern

Die Förderung diversitätssensibler Forschung muss sowohl im medizinischen als auch im sozialwissenschaftlichen Bereich systematisch ausgebaut werden. In der Medizin braucht es mehr Studien, die geschlechtsspezifische, sozio- kulturelle Unterschiede in Krankheitsverläufen und Behandlungserfolgen berücksichtigen, um eine bedarfsgerechtere und gerechtere Versorgung sicherzustellen. Gleichzeitig ist es unerlässlich, sozialwissenschaftliche Forschung zu

Arbeitsbedingungen, Diskriminierungserfahrungen und strukturellen Benachteiligungen migrantischer und/oder rassistisch diskriminierter Arbeitnehmer:innen und Patient:innen im Gesundheitswesen gezielt zu fördern. Nur durch valide, differenzierte Daten und interdisziplinäre Forschung können evidenzbasierte Maßnahmen für mehr Chancengleichheit und Teilhabe entwickelt und implementiert werden.

Prävention und Gesundheitsförderung stärken

04

Prävention und Gesundheitsförderung für migrantische und/oder rassistisch diskriminierte Menschen müssen strukturell gestärkt und umfassend gedacht werden. Allgemein braucht es mehr Investition in langfristige Präventionsangebote. Dabei darf der Fokus nicht auf individueller Verhaltensänderung liegen, sondern muss soziale, ökonomische und gesellschaftliche Gesundheitsdeterminanten wie Wohnverhältnisse, Arbeitsbedingungen, Diskriminierungserfahrungen und Zugang zu Bildung und Gesundheitsversorgung mit einbeziehen. Es braucht integrierte Maßnahmen, die auf kommunaler Ebene ansetzen, kultursensibel und partizipativ gestaltet sind und gezielt strukturelle Benachteiligungen abbauen. Diese Maßnahmen sollten unter Beteiligung migrantischer und/oder rassistisch diskriminierter Menschen entwickelt und evaluiert werden, um zu verhindern, dass an ihren tatsächlichen Lebensrealitäten und Bedürfnissen vorbeigeplant wird.

Einbindung von migrantischen und/oder rassistisch diskriminierten Menschen in Entscheidungen und als Entscheidungsträger:innen

05

Um ein gerechtes und inklusives Gesundheitssystem zu schaffen, braucht es das Prinzip: „*Mit uns und nicht über uns*“. Migrantische und/oder rassistisch diskriminierte Menschen müssen nicht nur Patient:innen sein, über die gesprochen wird, sondern aktiv als Kolleg:innen, Fachkräfte und Entscheidungsträger:innen eingebunden werden. Ihre Perspektiven und Erfahrungen sind unverzichtbar – gerade in einem vielfältigen Gesundheitssystem. Mehr Menschen mit Migrationsbiografie in Gesundheits- und Pflegeberufen sowie in Führungspositionen stärkt nicht nur die kulturelle Sensibilität, sondern auch das Vertrauen in die Versorgung.

Health in All Policies

06

Der Ansatz *Health in All Policies* betont, dass Gesundheit nicht allein im Gesundheitssystem entsteht, sondern in allen Lebensbereichen mitgedacht werden muss, von Bildung über Wohnen bis zum Arbeitsmarkt. Es braucht ein ganzheitliches Verständnis von Gesundheit, das bei politischen Entscheidungen auf allen Ebenen berücksichtigt wird. Aktuell wird Verantwortung für Prävention und Gesundheitsförderung oft

hin- und hergeschoben, Projekte bleiben stecken, weil sich niemand zuständig fühlt. Statt Einzelmaßnahmen auf individueller Ebene braucht es klare Strukturen und eine gemeinsame politische Haltung, die Gesundheit als Querschnittsthema verankert. Nur durch ein koordiniertes Zusammenspiel aller Sektoren kann nachhaltige Gesundheitsförderung gelingen.

07

Bundesweites Ausrollen von erfolgreichen Präventionsmaßnahmen

Erfolgreiche Präventionsprojekte im Gesundheitsbereich, die gezielt auf die Bedürfnisse migrantischer und/oder rassistisch diskriminierter Menschen eingehen, wie etwa *Frühe Hilfen*, sollten bundesweit ausgerollt und strukturell verankert werden, damit bereits entwickelte Ressourcen gut genutzt werden können. Die Regionalität mancher Ansätze ist hier nicht immer zielführend und sollte im Sinne einer ganzheitlichen, bundesweiten Strategie zurückgedrängt werden. Dabei ist sicherzustellen, dass diese Programme kulturell sensibel, mehrsprachig und niedrigschwellig gestaltet sind sowie in enger Zusammenarbeit mit Communities und zivilgesellschaftlichen Organisationen entwickelt und umgesetzt werden. Eine langfristige Finanzierung, klare und verbindliche Zuständigkeiten sowie die Integration solcher Ansätze in bestehende Gesundheitsstrukturen sind unerlässlich, um gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern und bestehende Versorgungsbarrieren abzubauen.

08

Digitalisierung

Die Digitalisierung im Gesundheitsbereich muss so gestaltet werden, dass sie auch migrantischen und/oder rassistisch diskriminierten Menschen den Zugang zu Gesundheitsleistungen erleichtert, anstatt neue Hürden zu schaffen. Digitale Anwendungen sollten barrierefrei, mehrsprachig und kultursensibel entwickelt sowie durch analoge Unterstützungsangebote ergänzt werden. Es braucht außerdem eine Qualitätssicherung digitaler Gesundheitsangebote sowie einen Fokus auf „Digital Literacy“, damit Menschen auch zu den richtigen Informationen kommen. Letztlich führt die Überbetonung digitaler Lösungen dazu, dass viele Menschen – insbesondere ältere oder sozial benachteiligte Gruppen – ausgeschlossen werden, anstatt sie zu integrieren.

09

Gesundheitsberuferegister novellieren

Das Gesundheitsberuferegister (GBR) braucht eine Überarbeitung, damit es als effektives Planungs- und Steuerungsinstrument genutzt werden kann. Die BAK (Bundes Arbeiterkammer) sollte als alleinige Vollziehungsbehörde fungieren und die GÖG (Gesundheit Österreich GmbH) sollte als registerführende Behörde auftreten. Darüber hinaus

braucht es eine Ausweitung des GBR auf alle Gesundheitsberufe. Die 5-jährige Gültigkeitsfrist für die Berufsberechtigung bzw. die verpflichtende Verlängerung sollten aufgehoben werden. Des Weiteren braucht es eine infrastrukturelle Anbindung an andere Register, zB ein automatisierter SV-Datenabgleich, ZMR, Personenstandsregister, Strafregister, etc. Nur so lassen sich etwa fundierte Personalbedarfsmodelle für die langfristige Planung entwickeln. Ein transparentes, gut gepflegtes Register würde nicht nur helfen, häufige Berufswechsel besser zu verstehen, sondern auch wichtige Einblicke in Arbeitsbedingungen ermöglichen. Durch eine sinnvolle Verknüpfung mit anderen relevanten Datenquellen könnte der Staat gezielter handeln, Gesundheitsberufe stärken und die Versorgung nachhaltig verbessern.

Quellen und weiterführende Literatur

Allinger, Bernadette; Mairhuber, Ingrid (2021): Gesundheitsberufe in der Europäischen Union. Endbericht für die AK Wien Abteilung Gesundheitsberuferecht und Pflegepolitik. Wien: FORBA. Online verfügbar unter <https://aksearch.arbeiterkammer.at/Record/994903119903343>.

Amnesty International (2021): „Wir wollen nur ein paar Rechte“. 24- Stunden-Betreuer*innen werden ihre Rechte in Österreich verwehrt. Amnesty International. Online verfügbar unter https://www.amnesty.at/media/8593/amnesty-bericht_wir-wollen-nur-ein-paar-rechte-24h-betreuung-oesterreich_juli-2021_deutsch.pdf

Anzenberger, Judith; Bodenwinkler, Andrea; Breyer, Elisabeth (2015): Migration und Gesundheit. Literaturbericht zur Situation in Österreich. Wien: Gesundheit Österreich. Online verfügbar unter <https://aksearch.arbeiterkammer.at/Record/990004451340203343>.

Anzenberger, Judith; Gaiswinkler, Sylvia; Engel, Bettina (2016): Menschen mit Migrationshintergrund besser erreichen. Leitfaden zur Maßnahmengestaltung in Gesundheitsförderung und -versorgung. Anregungen und Tipps zu den Themen Ernährung/Bewegung und Adipositas/Diabetes. Wien: Gesundheit Österreich. Online verfügbar unter <https://aksearch.arbeiterkammer.at/Record/990004580820203343>.

Bajer, Marion; Pilwarsch, Johanna (2023): Wohnungslosenhilfe und Pflege. Explorative Studie zu Bedarf und Potenzialen für eine pflegerische Versorgung wohnungsloser Menschen in Wien. Wien: Gesundheit Österreich. Online verfügbar unter https://jasmin.goeg.at/id/eprint/2880/1/Wohnungslosenhilfe_Pflege_bf.pdf

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2023): Gesundheitsberufe in Österreich. Online verfügbar unter <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=489>

Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM) (2023): Rassismus und seine Symptome. Bericht des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors. Berlin. Online verfügbar unter https://www.rassismusmonitor.de/fileadmin/user_upload/NaDiRa/Rassismus_Symptome/Rassismus_und_seine_Symptome.pdf

Egger, Andrea; Flotzinger, Michael; Liebeswar, Claudia; Mayer, Wolfgang; Schmied, Gabriele; Steiner, Karin (2024): Anerkennung und Nostrifizierungen in der Pflege. Bedarfserhebung zu Nostrifikationslehrgängen in Gesundheits- und Krankenpflegeberufen. Wien: Österreichischer Integrationsfond. Online verfügbar unter https://www.integrationsfonds.at/fileadmin/content/AT/monitor/FB_2024_Anerkennung_Berufsqualifikationen_in_der_Pflege.pdf

Fadler, Astrid (2016): Risikofaktor Migration. Das Leben als MigrantIn kann in vielerlei Hinsicht die Gesundheit gefährden - auch ganz ohne Fluchterfahrung oder Kriegstrauma. In: *Arbeit und Wirtschaft*. 70 (7), S. 36-37. Online verfügbar unter https://aksearch.arbeiterkammer.at/Record/urn:nbn:at:at-akw:g-842741.LOG_0023.

Juraszovich, Brigitte (2017): Zur Wirkung und Wirksamkeit von Frühen Hilfen – Darstellung von Kosten und Nutzen anhand exemplarischer Fallvignetten. Wien: Gesundheit Österreich. Online verfügbar unter

https://jasmin.goeg.at/id/eprint/293/1/NZFH.at_Wirkung_Kosten_Nutzen_Fr%C3%BChe%20Hilfen_2017.pdf

Kajikhina, Katja; Koschollek, Carmen; Bozorgmehr, Kayvan; Sarma, Navina; Hövener, Claudia (2023): Rassismus und Diskriminierung im Kontext gesundheitlicher Ungleichheit – ein narratives Review. In: *Bundesgesundheitsblatt*. 66, S. 1099–1108. Online verfügbar unter https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10539181/pdf/103_2023_Article_3764.pdf

Klimont, Jeannette; Prammer-Waldhör, Michaela (2020): Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019. Wien: BMSGPK. Online verfügbar unter https://www.statistik.at/fileadmin/publications/Soziodemographische_und_soziooekonomi_sche_Determinanten_von_Gesundheit_2019.pdf

Kügler, Agnes (Hg.) (2014): Arbeiten in einer Grenzregion. Arbeits- und Lebenswelten Erwerbstätiger in der CENTROPE-Region. Wien: Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt – FORBA, Wirtschaftsuniversität Wien. Online verfügbar unter <https://aksearch.arbeiterkammer.at/Record/990004184610203343>.

Mairhuber, Ingrid; Allinger, Bernadette (2021): Transnationale Betreuungs- und Pflegekräfte in europäischen Privathaushalten. Endbericht für die AK Wien Abteilung Gesundheitsberuferecht und Pflegepolitik. Wien: FORBA. Online verfügbar unter <https://aksearch.arbeiterkammer.at/Record/994903120003343>.

Pilwarsch, Johanna; Schichl-Zach, Monika; Gruböck, Anna; Mathis-Edenhofer, Stefan; Wallner, Alexander; Cartaxo, Ana; Gyimes, Michael (2024): Jahresbericht Gesundheitsberuferegister 2023. Wien: Gesundheit Österreich. Online verfügbar unter https://jasmin.goeg.at/id/eprint/3746/3/GBR_Bericht_2023_bf.pdf

Pirklbauer, Sybille; Völkerer, Petra (2011): An der Betreuungskette. Die Versorgung von Kindern und Pflegebedürftigen im Haushalt wird immer öfter von Migrantinnen erbracht. Wer aber kümmert sich um deren Kinder zu Hause? In: *Arbeit und Wirtschaft*. 65 (4), S 28-29. Online verfügbar unter https://aksearch.arbeiterkammer.at/Record/urn:nbn:at:at-akw:g-314764.LOG_0021.

Schiffler, Tobias; Lehner, Lisa; Jeleff, Maren; Markovic, Lovro; Grabovac, Igor (2022): Obdachlosigkeit und Krebsvorsorge: Aktuelle Barrieren in der Gesundheitsversorgung (CANCERLESS). In: *Gesundheitswesen*. 84 (08/09), S. 877. Online verfügbar unter <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0042-1751148>

Schönherr, Daniel (2019): Diskriminierungserfahrungen in Österreich: Erleben von Ungleichbehandlung, Benachteiligung und Herabwürdigung in den Bereichen Arbeit, Wohnen, medizinische Dienstleistungen und Ausbildung. Wien: Verlag Arbeiterkammer Wien. Online verfügbar unter <https://emedien.arbeiterkammer.at/viewer/image/AC15399857/>

Statistik Austria (2024): Pflegedienstleistungsstatistik. Betreuungs- und Pflegepersonen (Köpfe) nach Geschlecht Ende 2023 [Dataset]. Online verfügbar unter https://www.statistik.at/fileadmin/pages/346/13_Betreuungs_Pflegepersonen_Koepfe_Geslecht_Ende_2023.ods

Dialogprozess Migration in Wien – Teilnehmende Institutionen

Der Dialogprozess Migration in Wien hat Expert:innen der Arbeiterkammer Wien mit externen Stakeholdern aus Wissenschaft, Verwaltung und Praxis zusammengebracht, um Bedürfnisse und Lebensrealitäten von migrantischen und/oder rassistisch diskriminierten Personen in Wien in den Fokus zu nehmen.

In insgesamt sechs Workshops zu den Themen Wohnen, Arbeit, Bildung, Demokratie, Gesundheit sowie öffentlicher Raum wurden Potenziale zur Verbesserung der sozialen, kulturellen und politischen Teilhabe von migrantischen und/oder rassistisch diskriminierten Wiener:innen auf kommunaler Ebene ausgelotet.

An sechs Terminen von Jänner bis März 2025 wurden in jedem der Workshops drei Fokusgruppen abgehalten und so insgesamt über 150 Expert:innen in verschiedenen Konstellationen zusammengebracht.

AMS Wien

Arbeiterkammer Burgenland

Arbeiterkammer OÖ

AST – Anlaufstelle Anerkennung

Baudirektion Stadt Wien

BAWO - Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe

Bundesagentur für Betreuung- und Unterstützungsleistungen

Beratungszentrum für Migrant:innen

Bildungsdirektion Wien

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Caritas der Erzdiözese Wien – Hilfe in Not

con.sens verkehrsplanung zt gmbh

Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen

Demokratie, was geht (Verein Gleisdreieck)

Diakonie Aufschwung

Diakonie Österreich

Fachstelle Demokratie (Verein Wiener Jugendzentren)

Fem Süd

Fonds Soziales Wien

Fremde werden Freunde

Frühe Hilfen

Österreichischer Verband gemeinnütziger Bauvereinigungen

Gewerkschaft GPA

Hochschule Campus Wien

Initiative Diskriminierungsfreies Bildungswesen
 fairplay – Initiative für Vielfalt und Antidiskriminierung
 Institut für Soziologie (Universität Wien)
 Institut für Stadt und Regionalforschung (ÖAW)
 Integrationshaus
 Interface Wien
 LEFÖ
 Lokale Agenda 21 Wien
 MA 13 - Bildung und Jugend
 MA 15 - Gesundheitsdienst der Stadt Wien
 MA 18 - Stadtentwicklung und Stadtplanung
 MA 19 - Architektur und Stadtgestaltung
 MA 20 – Energieplanung (Büro für Mitwirkung)
 MA 35 - Einwanderung und Staatsbürgerschaft
 MA 40 - Soziales, Sozial- und Gesundheitsrecht
 Medizinische Universität Wien
 Österreichischer Gewerkschaftsbund
 Pädagogische Hochschule Wien
 Polizei Wien
 PROSA – Projekt Schule für alle
 QMS – Qualitätsmanagement für Schulen
 Queer Base
 Riders Collective
 Österreichischer Gewerkschaftsbund
 Österreichisches Rotes Kreuz
 Search and Shape - Institut für angewandte Sozialwissenschaft
 SOS-Mitmensch
 Sprachförderzentrum der Bildungsdirektion Wien
 Sucht- und Drogenkoordination Stadt Wien
 Suchthilfe
 Stabsstelle Ukraine Flüchtlingskoordination (BMI)
 Technische Universität Wien
 Tilia – Büro für Landschaftsplanung
 Train of Hope
 Tralalobe

Universität Wien
Verein Disrupt
Verein Geht-Doch
Verein Piramidops
Verein Wiener Jugendzentren
VHS Brigittenau
VHS Wien
Vidaflex
Volkshilfe Wien
Waff
Wohnberatung Wien des Wohnservice Wien
WUK mpower
Younion
Zara – Verein für Zivilcourage und Anti-Rassismus Arbeit

IMPRESSUM

Medieninhaber: Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien,

Prinz-Eugen-Straße 20–22, 1040 Wien, Telefon: (01) 501 65 0

Offenlegung gem § 25 MedienG: siehe wien.arbeiterkammer.at/impresum

Auftraggeberin: AK Wien / Abt. Arbeitsmarkt und Integration und Abt. Kommunalpolitik und Wohnen

Rückfragen an: Kevin Fredy Hinterberger, Mara Verlič

Inhalt und Gestaltung: Institut für Stadt- und Regionalforschung, Österreichische Akademie der Wissenschaften

© 2026 AK Wien