ETHIK, ÖKONOMIE UND VULNERABILITÄT – ASPEKTE DER GESUNDHEITSVERSORGUNG VON IRREGULÄREN MIGRANT/INN/EN IN DER EU¹

*Ursula TRUMMER und Sonja NOVAK-ZEZULA, Center for Health and
Migration, Wien*

INHALT

1	Einleitung – Zur Relevanz des Themas	206
2	Ziele, Fragestellungen und Struktur des Beitrags	207
3	Ethische Aspekte der Gesundheitsversorgung von irregulären Migrant/inn/en in der EU	208
4	Ökonomische Aspekte der Gesundheitsversorgung von irregulären Migrant/inn/en in der EU	211
5	Überblick über die Studie „Kostenanalyse zur Gesundheitsversorgung für irreguläre Migrant/inn/en“	212
6	Methoden und Datengrundlage	212
7	Ergebnisse	215
7.1	Belgien	216
7.2	Italien	217
7.3	Österreich	219
7.4	Spanien	221
8.	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	222
9.	Literatur	223

¹ Dieser Text basiert auf folgendem Artikel: TRUMMER, Ursula und NOVAK-ZEZULA, Sonja (2018): Humanitäre und ökonomische Aspekte der Gesundheitsversorgung von irregulären MigrantInnen in der Europäischen Union – Ergebnisse einer europäischen Studie, SWS-Rundschau 58 (1), 95–115.

1 Einleitung – Zur Relevanz des Themas

In der 2015 beschlossenen Migrationsagenda der EU wird „irreguläre Migration“, d. h. die Einreise bzw. der Aufenthalt ohne gültigen rechtlichen Status, vorwiegend unter der Zielsetzung diskutiert, diese zu verhindern. Das in der Europäischen Menschenrechtscharta festgeschriebene Grundrecht auf Gesundheitsversorgung ist für irreguläre Migrant/inn/en in der EU in einen Graubereich gedrängt. Derzeit gewährt eine Mehrheit der EU-Mitgliedsstaaten lediglich Zugang zur Notfallversorgung.

Nach einem Überblick über die ethischen und ökonomischen Aspekte der Gesundheitsversorgung von irregulären Migrant/inn/en in der EU präsentiert der Artikel Analyseergebnisse einer Studie in vier EU-Mitgliedsländern zu ökonomischen Kosten der Versorgung dieser Migrant/inn/en. Dabei erfolgt ein Vergleich der Primärversorgung in einem frühen Stadium von Krankheit mit der Versorgung von Notfällen im Krankenhaus, die aus Behandlungsversäumnissen entstehen.

In ihrem jährlichen Bericht über Migration gibt die OECD für 2016 rund fünf Millionen Zuzüge in den OECD-Raum an (OECD 2017). Ein besonders wichtiges Zielgebiet für Migration sind die EU bzw. die EU-Mitgliedsstaaten. Neben Arbeitsmigration sind besonders in den Jahren 2015 und 2016 auch andere Formen von Migration in die EU wie etwa Fluchtbewegungen in den Fokus gerückt. Im Jahr 2015 stellten 1,255.600 Menschen einen Erstasyantrag in den EU-Mitgliedsstaaten (EUROSTAT 2016). In den OECD-Ländern wurde in den Jahren 2015 und 2016 etwa 1,5 Millionen Menschen internationaler Schutz in Form von Asyl gewährt (OECD 2017).

Irreguläre Migration, d. h. die Einreise in ein anderes Land bzw. der Aufenthalt in einem anderen Land ohne gültigen rechtlichen Status, ist ein begleitendes Element regulärer Migrationsbewegungen. Oft sind kriminelle Hintergründe wie Menschen-smuggel Treiber irregulärer Migration.

Die Europäische Kommission berichtet von „beispiellosen Ausmaßen“ irregulärer Migration in den Jahren 2015 und 2016 und bezeichnet den Menschen-smuggel als dynamische, global kriminelle Aktivität.² Es ist das erklärte Ziel der Europäischen Union, irreguläre Migration zu verhindern und irregulär aufhältige Migrant/inn/en einer raschen Rückführung zuzuführen. Dieses Ziel ist in der „Europäischen Migrationsagenda“ (EC COM 2015) definiert. Diese enthält aber keine entsprechenden Richtlinien, was mit Menschen passieren soll, während sie sich als irreguläre Migrant/inn/en auf dem Territorium der EU befinden. Diese Unklarheit eröffnet insbesondere in Bezug auf festgeschriebene ethische Grundrechte, wie z. B. das Recht auf Gesundheitsversorgung, einen Raum für Diskussionen.

Im Status der Irregularität besitzen Personen keinen rechtlichen Aufenthaltsstatus und damit in einer Mehrzahl der EU-Mitgliedsstaaten auch keinen bzw. einen nur

² Vgl. <https://ec.europa.eu/home-affairs/what-we-do/policies/irregular-migration-return-policy_en>.

sehr eingeschränkten Zugang zu Gesundheitsleistungen. Das ist einerseits aus ethischen Gründen bedenklich, denn der Zugang zu Gesundheitsleistungen ist in der Europäischen Grundrechtscharta als Menschenrecht festgeschrieben.³ Andererseits ist das auch aus Gründen der öffentlichen Gesundheit kritisch zu hinterfragen: Die Risiken der Verbreitung ansteckender Krankheiten wie Tuberkulose, Hepatitis oder sexuell übertragbarer Krankheiten sind durch mangelnde Kontrolle und Behandlung auch für die Gesamtbevölkerung erhöht.

Des Weiteren stellen sich ökonomische Fragen, nämlich: Sollen bzw. können die EU-Mitgliedsstaaten die Kosten der Gesundheitsversorgung von irregulären Migrant/inn/en tragen? Diese Personen sind im Status der Irregularität in den meisten Fällen nicht krankenversichert und leisten nur geringe steuerliche Beiträge für staatliche Sozialsysteme.

Ist die Gesundheitsversorgung von irregulären Migrant/inn/en ökonomisch leistbar, und welche Folgekosten entstehen, wenn diese nicht erfolgt?

2 Ziele, Fragestellungen und Struktur des Beitrags

Dieser Artikel möchte das Bewusstsein über eine in der EU aufhältige Gruppe von Menschen schärfen, die in einer Grauzone lebt, welche durch schwierigste Lebensbedingungen, Armut und Unsicherheit gekennzeichnet ist. Es handelt sich vielleicht um die vulnerabelste Gruppe von in der EU aufhaltigen Menschen.

Es wird der Frage nachgegangen, wie verschiedene EU-Mitgliedsstaaten Gesundheitsversorgung für irreguläre Migrant/inn/en regeln und wie die Versorgung innerhalb dieser Rahmenbedingungen stattfindet.

Da eine Exklusion von der regulären Gesundheitsversorgung oft auf der Grundlage von ökonomischen Argumenten erfolgt, wird auch die Frage gestellt, ob Exklusion von Versorgung tatsächlich Kosten einspart, oder ob Exklusion vielmehr zusätzliche Kosten erzeugt, indem sie nicht selten zu prinzipiell vermeidbarer, teurer Notfallversorgung führt.

Diese Frage nimmt Punkt 3 der Resolution 1946 der Parlamentarischen Versammlung des Europarats (CoE 2013) auf, in der darauf hingewiesen wird, dass erschwerte Zugänge zur Gesundheitsversorgung für vulnerable Gruppen wie z. B. für irreguläre Migrant/inn/en zu verzögerter Behandlung mit negativen Auswirkungen für individuelle und öffentliche Gesundheit und zu ungewollten Verteuerungseffekten in der Versorgung führen können.

Ist es ökonomisch sinnvoll, den Zugang zu Gesundheitsleistungen auf den Notfall zu beschränken? Welche Kosten verursacht Notfallversorgung im Vergleich zur Primär-

³ Vgl. <http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_de.pdf>.

versorgung, das heißt einer allgemeinen und direkt zugänglichen Versorgung im niedergelassenen Bereich? Welche Empfehlungen können aus Vergleichen von Versorgungsfällen in Bezug auf irreguläre Migrant/inn/en gezogen werden? Welche Schlüsse lassen sich für ethische Aspekte der Gesundheitsversorgung von irregulären Migrant/inn/en ableiten? Diese Fragen werden im Artikel anhand von Untersuchungsergebnissen und beispielhaften Fallanalysen behandelt.

3 Ethische Aspekte der Gesundheitsversorgung von irregulären Migrant/inn/en in der EU

Nichtregierungsorganisationen (NGOs) weisen darauf hin, dass eine bestimmte Anzahl von Personen irregulär in Europa bzw. in der EU aufhältig ist und dies auch in nächster Zeit sein wird. Sie argumentieren, dass dafür Sorge getragen werden muss, grundlegende Menschenrechte für diese Personen zu sichern, und dies trotz aller nachvollziehbarer Bemühungen, irreguläre Einwanderung und Aufenthalt zu verhindern (siehe etwa PICUM 2016).

Die Plattform für internationale Zusammenarbeit für undokumentierte Migrant/inn/en PICUM mit Sitz in Brüssel ist die Dachorganisation eines Netzwerks von 155 NGOs, die in verschiedenen, vorwiegend EU-Mitgliedsländern mit bzw. für irreguläre(n) Migrant/inn/en arbeiten.⁴

In einem Länderbericht von PICUM für Deutschland wird die Bedeutung der Inklusion aller Migrant/inn/en unabhängig von ihrem rechtlichen Status als ein entscheidendes Element in der Armutsbekämpfung definiert. Inklusion bedeutet in diesem Zusammenhang, „den Zugang zu wesentlichen sozialen Dienstleistungen zu gewähren, wie beispielsweise Gesundheitsversorgung, Bildung und Obdachlosenhilfe“ (PICUM 2016, p. 2).

Innerhalb definierter Grundrechte ist der Zugang zur Gesundheitsversorgung von der Europäischen Union und vom Europarat in verschiedenen politischen Dokumenten und Richtlinien als ethische Verpflichtung festgeschrieben. Die besondere Vulnerabilität von irregulären Migrant/inn/en wird dabei anerkannt und als besondere Herausforderung angemerkt (EU 2010; CoMCoE 2011; CoE 2013).

Bereits im Bericht der portugiesischen EU-Ratspräsidentschaft 2007, in dem Migration und Gesundheit als Schwerpunktthema behandelt wurde, werden irreguläre Migrant/inn/en als besonders vulnerable Gruppe genannt, die aufgrund ihres unsicheren Status sowohl ein erhöhtes Gesundheitsrisiko als auch gleichzeitig verschlechterte Zugangsbedingungen zu Gesundheitsleistungen aufweisen (FERNANDES et al. 2007). Die rechtlichen Rahmenbedingungen zur Regelung des Zugangs zu Gesundheitsversorgung innerhalb der EU bzw. in den einzelnen EU-Mitgliedsstaaten sind unklar. Ein

⁴ Vgl. <<http://picum.org/>>.

Grund dafür ist die Verankerung auf verschiedenen Ebenen: Der Zugang zur Gesundheitsversorgung ist als grundlegendes Menschenrecht definiert (PACE 2007) und damit als ein Recht unabhängig vom legalen Status oder finanziellen Vermögen. Das soll insbesondere sozioökonomisch benachteiligte und vulnerable Gruppen vor den extremsten Benachteiligungen schützen (siehe bereits ECHR 1950).

Alle Mitgliedsstaaten der EU anerkennen dieses Menschenrecht (PACE 2007; PICUM 2007), gleichzeitig beschränken es nationale Regelungen aber auf unterschiedliche Art und in divergierendem Umfang auf bestimmte Kernleistungen, z. B. auf Notfallversorgung. Die unterschiedlichen nationalen Finanzierungssysteme für Gesundheitsversorgung definieren darüber hinaus die Zugangsmöglichkeiten zu Versorgungsleistungen.

Der rechtliche und faktische Zugang von irregulären Migrant/inn/en in den EU-Mitgliedsstaaten zur Gesundheitsversorgung wurde mit Schwerpunkt auf die ethischen Aspekte der Gesundheitsversorgung in den letzten zehn Jahren in mehreren europäischen Forschungsprojekten behandelt.

Im Jahr 2009 veröffentlichte das Médecins du Monde European Observatory einen Bericht zum Zugang zur Gesundheitsversorgung für irreguläre Migrant/inn/en in elf EU-Mitgliedsstaaten (CHAUVIN et al. 2009). Die Informationen dazu stammen von den europäischen Niederlassungen von Médecins du Monde, einer NGO, die weltweit in 44 Ländern Einrichtungen zur Gesundheitsversorgung für Menschen betreibt, die aus rechtlichen oder finanziellen Gründen keinen Zugang zum Gesundheitssystem haben. Unter diesen Klient/inn/en befinden sich auch irreguläre Migrant/inn/en. Der Bericht zeigt, dass die Möglichkeiten zur Gesundheitsversorgung für die spezifische Klientel in den untersuchten Ländern variieren und dass auf Seiten der Klient/inn/en ein geringes Bewusstsein hinsichtlich ihrer Rechte auf Gesundheitsversorgung besteht.

2010 erschienen zwei EU-finanzierte Projektberichte zum Thema: Im Projekt „*Health Care in NowHereland*“, das am Center for Health and Migration in Wien durchgeführt wurde, erfolgte auf Basis von Dokumentenanalysen die erste Zusammenstellung von rechtlichen Regulierungen für 27 EU-Mitgliedsstaaten, die Schweiz und Norwegen (KARL-TRUMMER et al. 2010). „*Health Care in NowHereland*“ zeigte zum Erhebungszeitpunkt 2010, dass 20 der damals 27 EU-Mitgliedsstaaten irregulären Migrant/inn/en keinen Zugang zur Gesundheitsversorgung mit Ausnahme von Notfallversorgung erlauben. Drei Mitgliedsstaaten, nämlich Belgien, Italien und das Vereinigte Königreich, ermöglichen einen partiellen Zugang, d. h., sie definieren explizite Regulierungen für einen Zugang zu einem limitierten Spektrum an Leistungen. Vier Mitgliedsstaaten, Spanien, Frankreich, die Niederlande und Portugal, erlauben irregulären Migrant/inn/en einen Zugang zum selben Leistungsspektrum wie ihren Staatsbürger/inne/n. Voraussetzung dafür ist die Vorlage von Dokumenten, die bestimmte Anforderungskriterien, wie z. B. eine minimale Aufenthaltsdauer im Land, belegen (KARL-TRUMMER et al. 2010).

Das HUMA-Netzwerk, ein Zusammenschluss von NGOs aus 16 EU-Mitgliedsstaaten, versuchte zwischen 2008 und 2010, Überzeugungsarbeit zu leisten, um irreguläre Migrant/inn/en und Asylwerber/innen im Hinblick auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung Staatsbürger/inne/n gleichzustellen. Das Netzwerk erarbeitete einen vergleichenden Überblick zu spezifischen Regulierungen für 16 EU-Mitgliedsstaaten (HUMA 2010). Das Netzwerk gelangt zu dem Schluss, dass das Recht auf Zugang zu Gesundheitsversorgung für irreguläre Migrant/inn/en und damit ihr Recht auf Gesundheit in der EU nicht garantiert ist. Es wird betont, dass die existierenden diskriminierenden legalen Rahmenbedingungen gemeinsam mit Zugangsbarrieren in der Praxis die Erfüllung des Menschenrechts auf Gesundheit einschränken.

Die Europäische Grundrechteagentur, deren zentrales Mandat es ist, zu beobachten, wie die Menschenrechte in der EU implementiert und eingehalten werden, publizierte 2011 einen Bericht, in dem zehn EU-Mitgliedsstaaten inkludiert waren (FRA 2011). Dieser Bericht gelangt zu der Schlussfolgerung, dass die Regulierungen im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung für irreguläre Migrant/inn/en zwischen den untersuchten Staaten stark variieren und vom bloßen Zugang zur Notfallversorgung bis zum selben Zugang wie für Staatsbürger/innen, der in den verschiedenen Mitgliedsstaaten unterschiedlich geregelt ist, reichen.

Das Centre of Migration, Policy and Society an der Universität Oxford (COMPAS) veröffentlichte im Jahr 2015 eine Studie zu nationalen rechtlichen Regulierungen des Zugangs zur Gesundheitsversorgung für irreguläre Migrant/inn/en. Diese Studie umfasste 28 EU-Mitgliedsstaaten (SPENCER & HUGHES 2015). Der COMPAS-Bericht bestätigt, dass irreguläre Migrant/inn/en in allen 28 EU-Mitgliedsstaaten das Recht auf Notfallversorgung haben. In zehn Mitgliedsstaaten besteht darüber hinaus das Recht auf Zugang zu einem definierten Ausmaß an Versorgung im niedergelassenen und stationären Bereich. Dieses Recht wird in einigen Fällen allerdings dadurch konterkariert, dass von den Patient/inn/en die Übernahme eines signifikanten Kostenanteils verlangt wird. Der Bericht listet weiters elf Länder auf, in denen irreguläre Migrant/inn/en kein Recht auf Screening in Bezug auf infektiöse Erkrankungen bzw. auf deren Behandlung haben (SPENCER & HUGHES 2015).

Diese Forschungsprojekte zeigen übereinstimmend, dass die Mehrheit der jeweils erfassten EU-Mitgliedsstaaten irreguläre Migrant/inn/en von einer umfassenden Gesundheitsversorgung im öffentlichen Gesundheitswesen ausschließen.

Für irreguläre Migrant/inn/en bedeutet dies, dass in vielen EU-Mitgliedsstaaten der medizinische Notfall die einzige Möglichkeit darstellt, Gesundheitsversorgung zu erhalten. Das ethische Problem dabei ist, dass ein auf den Notfall beschränkter Zugang zur Gesundheitsversorgung zur Folge hat, dass Krankheitsfälle nicht rechtzeitig behandelt werden, sondern betroffene Personen solange an einer Krankheit leiden, bis diese lebensbedrohend und der Zugang zur Versorgung damit zwingend wird.

Es besteht breiter Konsens unter Expert/inn/en aus den Bereichen Migrations- und Gesundheitsforschung, dass ein universeller Zugang zu Gesundheitsleistungen innerhalb der EU geboten ist und dieser auch irreguläre Migrant/inn/en einschließen muss (MdM 2013; DEBLONDE et al. 2015; ECDC 2015; WHO et al. 2017). So wurde nach einem Konsensprozess im Rahmen internationaler Expert/inn/entreffen zwischen 2012 und 2016 ein Empfehlungspapier (INGLEBY & PETROVA-BENEDICT 2016) erarbeitet und dieses von der Internationalen Organisation für Migration mit Sitz in Brüssel veröffentlicht. Darin lautet die erste Empfehlung:

„Das Prinzip des universellen Zugangs zur Gesundheitsversorgung sollte für alle Personen, die sich de facto in einem Land aufhalten, gelten, unabhängig von ihrem legalen Status.“⁵

4 Ökonomische Aspekte der Gesundheitsversorgung von irregulären Migrant/inn/en in der EU

Die Beschränkung auf die Notfallversorgung wirft auch ökonomische Fragen auf. Notfallversorgung ist teuer und vermeidbare Notfallversorgung ist ein prominentes Thema in der gesundheitsökonomischen Diskussion insbesondere in den USA (PAPPAS et al. 1997; KRUIKAS et al. 2004; RUSSO et al. 2007), wo aufgrund des im Vergleich mit den EU-Mitgliedsstaaten unterschiedlichen Gesundheitssystems größere Personengruppen unversichert sind. Europäische Studien zur öffentlichen Gesundheit belegen, dass medizinische Notfälle durch ein effektives System von Primärversorgung und Prävention vermieden werden können (CAMINAL et al. 2004; RIZZA et al. 2007; MAGAN 2011; ROSANO 2013). CAMINAL et al. legten dazu 2004 eine europaweite Liste von Erkrankungen vor, die durch frühe Diagnostik und Behandlung und effektives Behandlungsmanagement in der Primärversorgung behandelbar sind.

Dieses Thema wird bisher noch kaum in Verbindung mit irregulärer Migration betrachtet. Studien zur ökonomischen Dimension unzureichender und verzögerter Gesundheitsversorgung für irreguläre Migrant/inn/en in der EU stehen erst in ihren Anfängen, erste Ergebnisse liegen aber für spezifisch vulnerable Migrant/inn/en Gruppen bereits vor. Für Deutschland wurde der Verteuerungseffekt ungenügender Zugänge für Asylsuchende zur Primärversorgung nachgewiesen (BOZORGMEHR & RAZUM 2015). Für Schweden und Griechenland zeigte eine Studie der Europäischen Grundrechteagentur Verteuerungseffekte der Zugangsbeschränkung für irreguläre Migrant/inn/en auf (FRA 2015). Auf der Ebene von Einzelfällen wurde ein solcher Effekt im Rahmen

⁵ „The principle of universal and equitable health coverage should be applied to all persons residing de facto in a country, regardless of their legal status.“ (eigene Übersetzung); vgl. <http://equi-health.eea.iom.int/index.php/9-uncategorised/336-expert-consensus>.

einer Vergleichsstudie mit den asiatischen Metropolen Singapur und Hongkong auch für Österreich und Italien festgestellt (TRUMMER et al. 2014).

Um in den Debatten zu ethischen und ökonomischen Aspekten des universellen Zugangs zur Gesundheitsversorgung von irregulären Migrant/inn/en die Wissensgrundlage zu ökonomischen Aspekten von Inklusion und Exklusion zu erweitern, führten die Autorinnen die diesem Artikel zugrunde liegende Studie (TRUMMER et al. 2016) durch.

5 Überblick über die Studie „Kostenanalyse zur Gesundheitsversorgung für irreguläre Migrant/inn/en“

Ziel der vom Center for Health and Migration in Wien umgesetzten Untersuchung war eine Gegenüberstellung der ökonomischen Kosten von zeitgerechter Behandlung irregulärer Migrant/inn/en in der Primärversorgung und jener Kosten, die durch verzögerte Versorgung im Rahmen von Notfallbehandlung im Krankenhaus entstehen (TRUMMER et al. 2016).

Die Studie wurde im Zeitraum 2014 bis 2016 im Auftrag der Internationalen Organisation für Migration im Rahmen des EQUI-HEALTH-Projekts *„Fostering Health Provision for Migrants, the Roma and Other Vulnerable Groups“* (kofinanziert durch die EU-Generaldirektion Gesundheit und Lebensmittelsicherheit) durchgeführt.

Aufgrund knapper Ressourcen konnten maximal vier EU-Mitgliedsstaaten in die Studie inkludiert werden. Die Auswahl der Länder erfolgte unter Berücksichtigung ihrer unterschiedlichen geographischen Lage (in Süd- bzw. Westeuropa gemäß der statistischen Einteilung der Vereinten Nationen) sowie von Unterschieden in Bezug auf die Gesundheitssystemfinanzierung (steuerfinanziert bzw. versicherungsbasiert) und Regulierungen für den Zugang zur Gesundheitsversorgung (Zugang nur zur Notfallversorgung bzw. zu einem breiteren Spektrum von Gesundheitsleistungen). Ausgewählt wurden folgende Länder: Belgien, Italien, Österreich und Spanien.

6 Methoden und Datengrundlage

Informationen wurden auf zwei Ebenen gesammelt: Auf einer ersten Ebene wurde der länderspezifische Kontext beschrieben. Hierfür erfolgte eine Dokumentenanalyse zu rechtlichen Rahmenbedingungen und Finanzierungssystemen sowie zu demographischen Grunddaten. Auf einer zweiten Ebene wurden die ökonomischen Kosten von zeitgerechter Behandlung im Primärversorgungssystem im Vergleich zur Notfallbehandlung im Krankenhaus für jene Erkrankungen analysiert, die im Primärversorgungssystem gut behandelbar sind.

Dafür wurden Vignetten, kurze Beschreibungen unterschiedlicher Szenarios, entwickelt, die sich aus der systematischen Variation definierter Elemente ergeben (FINCH 1987; HUGHES 1998; BARTER & RENOLD 1999). Die entwickelten Vignetten bilden die Behandlungsverläufe mit allen diagnostischen und therapeutischen Schritten sowie der Medikation ab. Für diese Behandlungsverläufe wurden die anfallenden Kosten mit einem gesundheitsökonomischen *Micro-Costing*-Ansatz (XU et al. 2014) berechnet, d.h. einer Methode zur Kostenschätzung, die eine präzise Berechnung ökonomischer Kosten von Gesundheitsinterventionen erlaubt.

Grundlage für die Vignettenentwicklung und die Kostenanalyse waren Primärdaten, die bei Praxispartnern erhoben wurden, die Gesundheitsversorgung für irreguläre Migrant/inn/en anbieten. Ziel war es, aus jedem der vier Länder Daten jeweils aus einer Primärversorgungseinrichtung und einem Krankenhaus zu sammeln. Für Italien, Österreich und Spanien konnte dieses Ziel erreicht werden. In Belgien war es trotz intensiver Bemühungen nur möglich, Daten im Primärversorgungssystem zu erheben. Die Datensammlung erfolgte in folgenden Organisationen: in Belgien in der Polyclinic von Médecins du Monde in Brüssel (Primärversorgungseinrichtung, NGO); in Italien im Centro per la salute della Famiglia Straniera (Primärversorgungseinrichtung, öffentlich) und im Santa Maria Nuova-Krankenhaus (öffentlich), beide in Reggio Emilia; in Österreich in der Arztpraxis des Neunerhauses (Primärversorgungseinrichtung, NGO) und im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder (konfessionelles Krankenhaus öffentlichen Rechts), beide in Wien; in Spanien in der Unitat de Salut Internacional Vall d'Hebron-Drassanes Secció de Salut Comunitària in Barcelona (Primärversorgungseinrichtung, öffentlich) und im Germans Trias I Pujol (Can Ruti) (Krankenhaus in Badalona, öffentlich).

Die Datenerhebung erfolgte mittels Fragebogens, der Fragen zur Person (Alter, Geschlecht, Herkunftsland, Dauer des Aufenthalts im Aufnahmeland), zu sozialen Gesundheitsdeterminanten (Arbeit, Einkommen, Wohnen, finanziell abhängige Familienmitglieder im Herkunfts- und Aufenthaltsland) sowie Fragen zur medizinischen Versorgung (Anzahl der Besuche, Gesundheitsprobleme und Diagnosen, erbrachte Leistungen, Medikamente und Heilmittel, Diagnostik, verwendete Zeit der Mitarbeiter/innen, Überweisungen in andere Organisationen) umfasste.

Die Datenerhebung folgte einem standardisierten Verfahren. Die Organisationen erhielten den Fragebogen per E-Mail mit der Bitte, sich mit dem Instrument vertraut zu machen. Es folgten Besuche durch die Forscherinnen vor Ort. In diesem Rahmen wurde eine Kooperationsvereinbarung unterzeichnet, die auch den vertraulichen Umgang mit Daten regelte. Das Erhebungsinstrument wurde genau besprochen, die Samplingprozedur sowie gegebenenfalls organisationsspezifische Adaptierungen wurden vereinbart. So wurde z.B. bei einer Einrichtung, die an fünf Wochentagen geöffnet hat, vereinbart, dass an jedem Tag einer festgelegten Woche die ersten beiden Patient/inn/en, die über keinen Aufenthaltstitel verfügten, gezogen wurden. Eine andere Einrichtung, bei der nur an wenigen Tagen in der Woche Leistungen angeboten werden, zog die ersten zehn Patient/inn/en ohne Aufenthaltstitel, die im Laufe einer festgelegten Woche die Orga-

nisation aufsuchten. Die Organisationen wendeten das definierte Samplingverfahren an und zogen damit jeweils zehn Fälle, d. h. konkrete Patient/inn/en.

Diese Patient/inn/en wurden um ihr Einverständnis gebeten, ihre Daten in anonymisierter Form für die Studie zur Verfügung zu stellen. Jener Teil des Fragebogens, mit dem Daten zur Person und zu sozialen Gesundheitsdeterminanten erhoben wurden, wurde auf Basis der Angaben des/der Patient/e/i/n durch eine/n Sozialarbeiter/in oder eine/n kulturellen Mediator/in ausgefüllt. Die Daten zu Diagnose und medizinischem Behandlungsverlauf wurden auf Grundlage der Patient/inn/enakten eingetragen. Im Anschluss an die Erhebungsphase wurden die ausgefüllten Bögen an das Center for Health and Migration in Wien übermittelt.

Eine Ausnahme im Prozess der Datenerhebung bildete das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Wien. Das Krankenhaus stellte einen anonymisierten Datensatz mit Daten aller nicht versicherten Patient/inn/en des Jahres 2013 zur Verfügung. Da der rechtliche Aufenthaltsstatus von Patient/inn/en nicht erhoben wird, wurde als Annäherung an irreguläre Migrant/inn/en dieser Datensatz nach Drittstaatenangehörigen gefiltert. Auf eine Erweiterung des Samples um nicht versicherte Migrant/inn/en aus EU-Mitgliedsstaaten wurde verzichtet, da nicht gesichert angenommen werden kann, dass diese nicht über einen gültigen Aufenthaltsstatus verfügen.

Eine Bewertung der Repräsentativität der ausgehobenen Datensätze für die medizinischen Behandlungen der jeweiligen Einrichtungen erfolgte durch Expert/inn/eneinschätzungen von Mitarbeiter/inne/n. Im Falle des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder in Wien wurde eine Zufallsstichprobe gezogen und ihre Repräsentativität mit dem Programm SPSS Statistics statistisch überprüft. Für die gezogenen Fälle übermittelte das Krankenhaus die vollständigen, anonymisierten Krankengeschichten an das Center for Health and Migration.

Aus den pro Organisation erhobenen Fällen wurde als Datenquelle für die weitere Analyse jeweils ein Fall nach den folgenden Kriterien ausgewählt: (1) Diagnose, die in der Primärversorgung behandelt werden kann und soll, (2) Einschätzung der Einrichtung, dass der Fall repräsentativ für die medizinische Betreuung in der Organisation ist, sowie (3) Beitrag zum Ziel, in der Studie ein heterogenes Spektrum an Diagnosen abzudecken.

Jeder der ausgewählten Fälle wurde als Ausgangsbasis für eine Vignettenentwicklung herangezogen. Für die in unserer Studie ausgewählten Fälle wurden folgende Vignettenelemente definiert: der Schweregrad einer Diagnose und damit einhergehend das Behandlungssetting (Primärversorgungseinrichtung bzw. Krankenhaus).

Zu jedem Fall wurde zunächst eine Primärvignette entwickelt. Diese beschreibt den jeweiligen Schweregrad der Erkrankung und das Behandlungssetting, wie sie in den Einrichtungen erhoben wurden. Ein Beispiel dafür ist eine leichte Depression, die in einer Einrichtung zur primären Gesundheitsversorgung behandelt wird.

Danach wurde für die Entwicklung der dazugehörigen Sekundärvignette der Schweregrad der Erkrankung verändert. Mit dieser Veränderung geht auch die Veränderung des Behandlungssettings einher. Im genannten Beispiel würde das bedeuten, dass eine schwere Depression stationär im Krankenhaus behandelt werden muss. Um eine realistische Sekundärvignette zu entwickeln, wurden Registerdaten, Ergebnisse von Literaturrecherchen und Expert/inn/eneinschätzungen herangezogen. Damit erlaubten die Vignetten die Ermittlung robuster ökonomischer und im Vergleich zu Einzelfallstudien besser verallgemeinerbarer Ergebnisse.

Im nächsten Schritt wurde eine Kostenanalyse mit einem *Micro-Costing*-Ansatz durchgeführt, um Kosten im Zusammenhang mit den Vignetten zu berechnen. Die Kostenanalyse bezog folgende Ebenen mit ein: (1) direkte medizinische Kosten in Bezug auf die Arbeitszeit von medizinischen, pflegerischen und anderen Mitarbeiter/innen, in Bezug auf Medikamente und Hilfsmittel, Verbrauchsgüter, diagnostische Verfahren (z. B. Labor, Röntgen); (2) direkte nicht medizinische Kosten, wie Fahrtkosten und für die Zeit, die der/ die Patient/in in der Einrichtung verbringt; sowie (3) indirekte Kosten, wie den Verdienstentgang des/der Patient/e/i/n oder den Produktivitätsverlust für die Gesellschaft. Die Kostenanalyse erfolgte aus drei Perspektiven: aus der Perspektive des/der Patient/e/i/n, der Perspektive des Gesundheitssystems sowie aus der Perspektive der Gesellschaft.

Die kalkulierten Kosten der Vignetten zur primären Gesundheitsversorgung wurden den Kosten der Vignetten im Zusammenhang mit verzögerter Betreuung im Krankenhaussetting gegenübergestellt: Die Differenz drückt das Kosteneinsparungspotenzial durch frühzeitige Betreuung in der Primärversorgung bei Vermeidung von Hospitalisierung aus.

Die folgende Darstellung der Ergebnisse konzentriert sich auf die Perspektive des Gesundheitssystems, da hier die tatsächlichen Kosten der medizinischen Versorgung entstehen und diese realistisch kalkuliert werden können.

7 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Analyse länderspezifisch dargestellt. Zunächst werden jeweils Kontextinformationen zu demographischen und rechtlichen Rahmenbedingungen geboten, dann werden jeweils die Primärdaten, die Vignettenentwicklung und die ökonomische Analyse (Perspektive des Gesundheitssystems) beschrieben.

7.1 Belgien

Belgien hat ein versicherungsbasiertes Gesundheitssystem. Legal im Land aufhältige Personen sind verpflichtet, sich bei einer der sechs nicht gewinnorientierten Gesundheitsversicherungen zu registrieren. Alle Staatsbürger/innen und darüber hinaus alle legal aufhältigen Migrant/inn/en bezahlen einen Versicherungsbeitrag und einen gesetzlich festgelegten, einkommensabhängigen Betrag für die Leistungen. Personen in großer Armut erhalten Unterstützung durch lokale Sozialämter.

Irreguläre Migrant/inn/en haben Zugang zur Gesundheitsversorgung durch das *“Urgent Medical Assistance”*-System. Der Zugang umfasst neben der Notfallversorgung auch präventive Gesundheitsversorgung und Krankenbehandlung im niedergelassenen Bereich und im Krankenhaus. Voraussetzungen sind ein durch ärztliche Bescheinigung nachgewiesener medizinischer Bedarf, eine Meldeadresse in Belgien und eine Befragung, die üblicherweise in der Wohnung des/r Antragsteller/s/in stattfindet, und in deren Rahmen eine finanzielle Bedürftigkeit festgestellt werden muss. Obwohl irreguläre Migrant/inn/en das Recht auf Gesundheitsversorgung haben, erschweren praktische und administrative Barrieren den Zugang.

Die Daten, welche die Basis für die Vignettenentwicklung bilden, stammen aus der von Médecins du Monde Belgium betriebenen Polyclinic in Brüssel. Médecins du Monde (MdM) ist eine NGO, die Primärversorgung für Personen anbietet, die Schwierigkeiten beim Zugang zum Regelgesundheitssystem haben: Unter diesen Personen befinden sich rund 70 Prozent irreguläre Migrant/inn/en.

Ausgewählt wurde der Fall eines 35-jährigen Mannes aus Guinea, der sich seit zwei Jahren irregulär in Belgien aufhielt. Er lebte in einem besetzten Haus und hatte daher Wohnkosten zu tragen. Als ausgebildeter Mathematiker gab der Mann durchschnittlich sechs Stunden pro Woche Nachhilfestunden für Schüler/innen. Er hatte für keine finanziell abhängigen Angehörigen zu sorgen. Innerhalb des Zeitraums von zwei Jahren besuchte er die MdM-Polyclinic insgesamt 14-mal. Bei seinen Besuchen präsentierte er Gesundheitsprobleme, die zur Diagnose Epilepsie führten.

Dem realen Behandlungsverlauf folgend umfasst die Primärvignette die Elemente „Epilepsie“ für den Schweregrad der Diagnose sowie „Primärversorgungseinrichtung“ für das Setting. Hätte der Patient keinen Zugang zur Primärversorgung gefunden und würden aufgrund fehlender medikamentöser Einstellung epileptische Anfälle einsetzen, dann wäre eine Behandlung im stationären Bereich notwendig. Die Sekundärvignette umfasst dementsprechend die Elemente „Epilepsie mit leichten Krampfanfällen“ für den Schweregrad der Diagnose sowie „Krankenhaus“ für das Setting. Die Annahme von leichten Anfällen erfolgt, weil die meisten epilepsiebedingten Krankenhausaufenthalte wegen leichter Anfälle stattfinden und in der Alterskategorie, in die der Patient fällt, die meisten Anfälle leicht sind.

Grundlage für die Kostenermittlung der Primärvignette sind Daten aus dem Nationalen Gebührenkatalog für niedergelassene Ärzte (Rijksinstituut voor Ziekte-en Invaliditeitsverzekering) sowie das *Pharmaceutical Price Information Service* für die Medikamentation.

Zur Kostenermittlung für die Sekundärvignette wurden Daten zur durchschnittlichen Aufenthaltsdauer aus der nationalen Krankenhausstatistik (<https://tct.fgov.be/webetct/etct-web/anonymous?lang=fr>) herangezogen, die eine durchschnittliche Hospitalisierung von zwei Tagen veranschlagt. Für die Kostenermittlung der stationären Betreuung wurden die diagnosespezifischen Behandlungstarife herangezogen. Angenommen wurde weiters, dass der Patient mit der Ambulanz ins Krankenhaus gebracht wurde.

Die Kostenanalyse der Primärvignette mit einer Behandlung von Epilepsie in einer Primärversorgungseinrichtung ergibt direkte medizinische Kosten in Höhe von 380 Euro für die Arbeitszeit des medizinischen Personals und 20 Euro für Medikamente, insgesamt also 400 Euro.

Die Kostenanalyse der Sekundärvignette mit einer Behandlung von Epilepsie mit leichten Krampfanfällen im Krankenhaus ergibt direkte medizinische Kosten von 1.660 Euro für den Krankenhausaufenthalt inklusive Medikamente und diagnostischer Verfahren, dazu kommen Transportkosten für die Ambulanz in Höhe von 60 Euro. Damit belaufen sich die Gesamtkosten für die stationäre Versorgung im Gesundheitssystem in der Höhe von 1.720 Euro.

Die vergleichende Analyse zeigt: Das Einsparungspotenzial für das Gesundheitswesen liegt in diesem Beispiel bei 77 Prozent der Kosten, wenn frühzeitige Behandlung im Primärversorgungsbereich zugänglich ist und Notfallversorgung im Krankenhaus vermieden wird.

7.2 Italien

Italien hat ein steuerbasiertes Gesundheitssystem. Staatsbürger/innen leisten ihre Beiträge über das allgemeine progressive Einkommenssteuersystem und durch Zuzahlungen. Ausnahmen von Zuzahlungen bestehen im Zusammenhang mit Alter, Sozialstatus, Behinderung und aufgrund bestimmter chronischer oder seltener Erkrankungen.⁶

Irreguläre Migrant/inn/en haben Zugang zum Gesundheitssystem durch das sogenannte “STP – *Temporarily Present Foreigners*”-System, das einen für sechs Monate gültigen, aber erneuerbaren anonymen Code vergibt. Der STP wird kostenlos von der lokalen Gesundheitsbehörde ausgestellt. Reguläre Zuzahlungen für Leistungen werden nicht in Rechnung gestellt, wenn eine Selbstdeklaration von Armut vorliegt. Der STP ermöglicht Zugang zu präventiven, dringlichen und essenziellen Versorgungsleistungen

⁶ Vgl. <http://equi-health.eea.iom.int/images/SAR_Italy_final.pdf>.

sowie zu Behandlungen, die aus Gründen der öffentlichen Gesundheit notwendig sind, nicht aber zur allgemeinmedizinischen Versorgung.⁷

Die Daten, welche die Basis für die Vignettenentwicklung bilden, stammen aus dem Centro per la Salute della Famiglia Straniera (CSFS), einer Einrichtung der lokalen Gesundheitsbehörde in Reggio Emilia, die für irreguläre Migrant/inn/en ein breites Spektrum an Behandlungen anbietet.

Ausgewählt wurde der Fall eines 37-jährigen Manns aus Tunesien, der sich seit fünf Jahren irregulär in Italien aufhielt. Er war obdachlos, lebte auf der Straße und ging keiner Arbeit nach. Innerhalb von vier Monaten suchte der Mann das CSFS wegen Problemen mit der Lunge insgesamt 15-mal auf. Da er nur wenig Italienisch sprach, unterstützte ein Kulturmediator die Kommunikation mit den Ärzt/inn/en. Diagnostiziert wurde Asthma. Das Gesundheitszentrum führte eine Tuberkulosestestung durch, veranlasste ein Lungenröntgen und eine Tomographie der Brust und versorgte den Patienten mit Medikamenten gegen Asthma.

Dem realen Behandlungsverlauf folgend umfasst die Primärvignette die Elemente „Asthma“ für den Schweregrad der Diagnose sowie „Primärversorgungseinrichtung“ für das Setting. Hätte der Patient keinen Zugang zur Primärversorgung gefunden und hätte sich sein Asthma verschlimmert, wäre eine Notfallbehandlung im stationären Bereich notwendig. Die Sekundärvignette umfasst dementsprechend die Elemente „schweres Asthma, ohne Komplikation“ für den Schweregrad der Diagnose sowie „Krankenhaus“ für das Setting.

Grundlage für die Kostenermittlung der Primärvignette sind Daten der statistischen Datenbank der OECD (www.oecd-ilibrary.org) und der Internationalen Organisation für Arbeit (ILO; laborsta.ilo.org/) für die Arbeitszeit der Gesundheitsfachkräfte sowie das *Pharmaceutical Price Information Service* für die Medikamentation. Preise für Röntgen und Tomographie wurden entsprechend den Tarifen für ambulante Patient/inn/en berechnet.

Für die Sekundärvignette wurde – den Daten zur durchschnittlichen Aufenthaltsdauer männlicher Patienten zwischen 35 und 39 Jahren mit Asthma (ICD 10-codes: J45 and J46) in Italien im Zeitraum 2001 bis 2012 folgend – eine Hospitalisierung (Spitalsaufenthalt) von 5,2 Tagen veranschlagt. Für die Ermittlung der Kosten der stationären Betreuung wurden die Tarife für Akutkrankenhäuser herangezogen. Angenommen wurde weiters, dass der Patient mit der Ambulanz in das Krankenhaus gebracht wurde.

Die Kostenanalyse der Primärvignette mit einer Behandlung von Asthma in einer Primärversorgungseinrichtung ergibt direkte medizinische Kosten in Höhe von 140 Euro für die Arbeitszeit des medizinischen Personals, 110 Euro für diagnostische Verfahren und 40 Euro für Medikamente, also insgesamt 290 Euro.

Die Kostenanalyse der Sekundärvignette mit einer Behandlung von schwerem Asthma im Krankenhaus ergibt direkte medizinische Kosten von 1.830 Euro, dazu kom-

⁷ Vgl. <<http://www.epim.info/wp-content/uploads/2011/02/HUMA-Publication-Comparative-Overview-16-Countries-2010.pdf>>.

men Transportkosten für die Ambulanz in Höhe von 230 Euro. Damit belaufen sich die Gesamtkosten für die stationäre Versorgung für das Gesundheitssystem auf 2.060 Euro.

Die vergleichende Analyse zeigt: Das Einsparungspotenzial für das Gesundheitswesen liegt in diesem Beispiel bei 86 Prozent der Kosten, wenn frühzeitige Behandlung im Primärversorgungsbereich zugänglich ist und Notfallversorgung im Krankenhaus vermieden wird.

7.3 Österreich

Österreich hat ein versicherungsbasiertes Gesundheitssystem, das mit Arbeit und Erwerbseinkommen oder mit dem System der Mindestsicherung verknüpft ist. 99,9 Prozent der österreichischen Staatsbürger/innen und Migrant/inn/en mit legalem Aufenthaltsstatus sind in das Versicherungssystem inkludiert (HOFMARCHER 2013). Registrierte Asylwerber/innen haben über das System der Grundversorgung Zugang zur Gesundheitsversorgung.

Die bestehenden rechtlichen Regulierungen sehen keinen Zugang zur Gesundheitsversorgung für irreguläre Migrant/inn/en vor, beinhalten aber die Verpflichtung für Krankenhäuser zur Notfallversorgung⁸ sowie die Behandlungspflicht für Tuberkulose und die Möglichkeit zur anonymen Geburt. Daneben gibt es NGOs, die Gesundheitsversorgung außerhalb des Regelsystems anbieten und die durch Spenden, ehrenamtliche Arbeit und teilweise durch Steuergelder finanziert werden. Eine Datenbank mit Stand 2010 zählt für Österreich neun NGOs, die Krankenbehandlung auch für irreguläre Migrant/inn/en anbieten.⁹

Die Daten, die die Basis für die Vignettenentwicklung bilden, stammen aus dem Neunerhaus. Das Neunerhaus ist eine mit öffentlichen Geldern und Spenden finanzierte Arztpraxis einer NGO, die primäre Gesundheitsversorgung für Obdachlose, darunter irreguläre Migrant/inn/en, in Wien anbietet.

Ausgewählt wurde der Fall einer 50-jährigen Frau aus Ungarn, die sich irregulär in Österreich aufhielt. Nach dreimonatigem Aufenthalt in Österreich wird der Aufenthalt von EU-Bürger/inne/n irregulär, wenn sie definierte Voraussetzungen nicht erfüllen. Diese sind Erwerbstätigkeit als Arbeitnehmer/in oder Selbständige/r in Österreich bzw. Ausbildung als Hauptzweck des Aufenthalts sowie ausreichende Mittel zur Sicherung der Existenz und Krankenversicherungsschutz.¹⁰

Die Frau lebte in einer Obdachloseneinrichtung, in der sie keinen finanziellen Beitrag für die Unterbringung leisten musste. Zum Zeitpunkt der Erhebung arbeitete sie als

⁸ KAKuG (Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten) Stammfassung: BGBl. Nr. 1/1957, § 22.

⁹ Vgl. <http://c-hm.com/wp-content/uploads/2015/08/NHL_practice_rz_EN-1.pdf>.

¹⁰ Vgl. <<https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/12/Seite.120810.html#AllgemeineInformationen>>.

Masseurin auf dem irregulären Arbeitsmarkt, aufgrund von gesundheitlichen Einschränkungen allerdings nur vier Stunden pro Woche.

Im Zeitraum Juli bis November 2014 besuchte sie die Neunerhaus-Arztpraxis sechsmal. Beim ersten Besuch wurde sie aufgrund eines geschwollenen Knöchels vorgestellt; eine entsprechende Untersuchung wurde durchgeführt und die Frau wurde mit einer Salbe und einem Verband versorgt. Erst bei einem folgenden Besuch berichtete sie der Ärztin von psychischen Problemen. Diagnostiziert und medikamentös behandelt wurden eine Angststörung und eine leichte Depression. Im weiteren Verlauf erhielt die Patientin psychosoziale Beratung und verschiedene Medikamente. Die Behandlung dauerte insgesamt zwölf Wochen.

Entsprechend dem realen Behandlungsverlauf umfasst die Primärvignette die Elemente „leichte Depression“ für den Schweregrad der Diagnose sowie „Primärversorgungseinrichtung“ für das Setting. Hätte die Patientin keinen Zugang zur Primärversorgung gefunden und sich ihre leichte Depression zu einer schweren Depression entwickelt, wäre eine stationäre Aufnahme notwendig, wenn die Alltagsbewältigungsfähigkeit stark eingeschränkt und Suizidgefahr gegeben wäre. Die Sekundärvignette umfasst demzufolge die Elemente „schwere Depression“ für den Schweregrad der Diagnose sowie „Krankenhaus“ für das Setting.

Grundlage für die Kostenermittlung der Primärvignette sind Daten der Wiener Gebietskrankenkasse, der Tarifikatalog für Vertragsärzt/inn/e/n der Allgemeinmedizin sowie die Pharmazeutische Preisinformation der Gesundheit Österreich GmbH.

Für die Kostenermittlung wurden in diesem Fall Routinedaten zur Finanzierung österreichischer öffentlicher Krankenhäuser¹¹ herangezogen. Auf Basis von Expert/inn/eneinschätzungen und österreichischen Routinedaten beträgt die durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer für Frauen mit mittelschweren Depressionen in der Alterskategorie der 50- bis 54-Jährigen im Schnitt 13,7 Tage (Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen DIAG/ Gesundheit Österreich GmbH).

Die Kostenanalyse der Primärvignette mit der Behandlung einer leichten Depression in einer Primärversorgungseinrichtung ergibt direkte medizinische Kosten in Höhe von 170 Euro für die Arztbesuche und 60 Euro für Medikamente und Verbandsmaterial, also insgesamt 230 Euro. In diese Kalkulation wurde auch die Behandlung des Knöchels miteinbezogen, da Mitarbeiter/innen des Neunerhauses berichteten, dass es sehr typisch ist, dass Patient/inn/en zunächst kleinere Gesundheitsprobleme präsentieren, um zu prüfen, ob die Einrichtung und die Mitarbeiter/innen vertrauenswürdig sind. Erst dann werden psychische Probleme angesprochen.

Die Kostenanalyse der Sekundärvignette mit der stationären Behandlung einer mittelschweren Depression in einem österreichischen öffentlichen Krankenhaus ergibt Kosten in der Höhe von 3.810 Euro. Dazu kommen Kosten für den Krankentransport

¹¹ Für eine detaillierte Beschreibung des Krankenhausfinanzierungssystems in Österreich siehe: <https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Krankenanstan/len/LKF_Leistungsorientierte_Krankenanstanlenfinanzierung/>.

in Höhe von 60 Euro und für die sogenannte „Hotelkomponente“¹² im Krankenhaus in Höhe von 160 Euro, die aufgrund fehlenden Vermögens der Patientin nicht eingehoben werden können. Die Gesamtkosten liegen damit bei 4.030 Euro.

Die vergleichende Analyse zeigt: Das Einsparungspotenzial für das Gesundheitswesen liegt in diesem Beispiel bei 94 Prozent der Kosten, wenn frühzeitige Behandlung im Primärversorgungsbereich zugänglich ist und Notfallversorgung im Krankenhaus vermieden wird.

7.4 Spanien

Spanien hat ein steuerbasiertes Gesundheitssystem. Bis zum April 2012 hatten alle Personen auf spanischem Territorium freien Zugang zur Gesundheitsversorgung. Begründet mit der ökonomischen Krise erließ das spanische Gesundheitsministerium im April 2012 das *Royal Decree-Law* 16/2012, das für die Bevölkerung eine Reihe von Einschränkungen der Gesundheitsversorgung mit sich brachte. Artikel 3 dieses Gesetzes legt fest, dass irreguläre Migrant/inn/en nur bei einem Notfall (d.h. bei einer schweren Erkrankung oder einem Unfall), im Falle von Schwangerschaft sowie von prä- und postnataler Versorgung Zugang zur Gesundheitsversorgung haben.¹³

Die Daten, die die Basis für die Vignettenentwicklung bilden, stammen vom Hospital Germans Trias I Pujol (Can Ruti), einem öffentlichen Krankenhaus in Badalona, das tertiäre Gesundheitsversorgung auf regionaler Ebene anbietet.

Ausgewählt wurde der Fall eines 46-jährigen Manns aus Pakistan, der sich seit vier Jahren und drei Monaten irregulär in Spanien aufhielt. Vor seiner Erkrankung arbeitete er 17 Stunden pro Tag an sieben Tagen in der Woche in einem kleinen Lebensmittelgeschäft. Er verdiente rund 350 Euro pro Monat. Mit anderen irregulären Migranten teilte er eine private Unterkunft, für die sein Mietanteil monatlich 80 Euro betrug. Fünf Familienmitglieder in Pakistan waren finanziell von ihm abhängig.

Als er in die Notfallambulanz des Can Ruti-Krankenhauses kam, hatte er starke Brustschmerzen und unkontrollierte Hypertonie. Er wurde für acht Tage stationär aufgenommen. Da im Zuge einer Herzkatheter-Untersuchung eine koronare Herzerkrankung diagnostiziert wurde, erfolgte eine Bypass-Operation.

Dem realen Krankheitsverlauf entsprechend umfasst die Primärvignette die Elemente „koronare Herzerkrankung“ für den Schweregrad der Diagnose sowie „Kranken-

¹² Die sogenannte „Hotelkomponente“, also der Verpflegungskostenbeitrag, der von Patient/inn/en an den Krankenanstaltenträger entrichtet werden muss, wird gemäß Krankenanstaltengesetz pro Aufenthaltstag (inklusive Aufnahme- und Entlassungstag) eingehoben. Zur Vermeidung unverhältnismäßiger Belastungen ist die Beitragspflicht auf 28 Tage pro Kalenderjahr begrenzt (vgl. <<https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.837712>>, Zugriff: 27.03.2020).

¹³ Vgl. <https://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fiche-ro.documentos_MdM_Report_access_healthcare_times_crisis_and_rising_xenophobia_edcfd8a3%232E%23pdf>.

haus“ für das Setting. Für die Sekundärvignette wird auf Basis von Expert/inn/eneinschätzungen angenommen, dass der Krankheitsverlauf nicht so schwerwiegend wäre, würde der Blutdruck frühzeitig regelmäßig kontrolliert und medikamentös eingestellt. Die Sekundärvignette umfasst dementsprechend die Elemente „Bluthochdruck“ für den Schweregrad der Diagnose sowie „Primärversorgungseinrichtung“ für das Setting.

Grundlage für die Kostenermittlung der Primärvignette ist der Spanische DRG-Katalog 2013 (Norma SNS 2013 AP27). Basis für die Kostenkalkulation der Sekundärvignette zur Primärversorgung bei Bluthochdruck (Kosten betreffen den ärztlichen und pflegerischen Zeitaufwand und die Medikamentenversorgung) sind nationale und internationale Richtlinien der Versorgung (*NICE and ESC-ESH Guidelines*) sowie das *Pharmaceutical Price Information Service* für die Medikation.

Die Kostenanalyse der Primärvignette mit einer Versorgung einer koronaren Herzkrankung im Krankenhaus ergibt Kosten in Höhe von 19.000 Euro für die stationäre Behandlung inklusive Herzkatheteruntersuchung und Bypassoperation.

Die Kostenanalyse der Sekundärvignette zur Primärversorgung bei Bluthochdruck ergibt Kosten in der Höhe von 40 Euro für die Arbeitszeit des Gesundheitspersonals und 50 Euro für Medikamente, insgesamt also 90 Euro.

Die vergleichende Analyse zeigt: Das Einsparungspotenzial für das Gesundheitswesen liegt in diesem Beispiel bei annähernd 100 Prozent der Kosten, wenn frühzeitige Behandlung im Primärversorgungsbereich zugänglich ist und Notfallversorgung im Krankenhaus vermieden wird.

8. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse bestätigen jene anderer Studien, die mit unterschiedlichen Methoden zu jeweils ähnlichen Schlüssen gelangen (BOZORGMEHR & RAZUM 2015; FRA 2015): Zeitgerechte Behandlung in der Primärversorgung ist ökonomisch kostengünstiger als die späte Versorgung von Notfällen!

Es wurden im Rahmen dieses Beitrags vier Diagnosen analysiert, die in der Primärversorgung behandelbar sind: Epilepsie, Asthma, Depression und Bluthochdruck. Für alle vier Diagnosen lassen sich bei zeitgerechter Versorgung beträchtliche Einsparungspotenziale gegenüber der Behandlung im Notfall feststellen.

Die vorliegenden Ergebnisse legen nahe, dass die in den meisten EU-Mitgliedsstaaten gängige Exklusion von irregulären Migrant/inn/en aus der Primärversorgung eine Weichenstellung hinein in die kostenintensive Notfallversorgung darstellt und damit erhöhte Kosten der Gesundheitsversorgung mit sich bringt.

Aus ethischer Perspektive ist die frühe Inklusion in die Gesundheitsversorgung uneingeschränkt zu befürworten. Das Menschenrecht auf Gesundheit tritt nicht erst im

Notfall in Kraft. Die Ergebnisse der hier dargestellten Studie liefern einen Hinweis, dass auch aus ökonomischen Gründen eine solche Inklusion zu befürworten ist.

Weitere Untersuchungen, die populationsumfassender arbeiten, sind also dringend zu empfehlen!

9 Literatur

- BARTER C. & RENOLD E. (1999), *The Use of Vignettes in Qualitative Research*. Social Research Update. Surrey.
- BOZORGMEHR K. & RAZUM O. (2015), Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: a Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013. *PLoS ONE*, 7. <<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0131483>> [Zugriff: 16-01-2018].
- CAMINAL, J. et al. (2004), The Role of Primary Care in Ambulatory Care Sensitive Conditions. *European Journal of Public Health*, 3, pp. 246–251.
- CHAUVIN P. et al. (2009), *Access to Healthcare for Undocumented Migrants in 11 European Countries*. Médecins du Monde European Observatory in Access to Healthcare 2008 Survey Report. Paris.
- CoE (COUNCIL OF EUROPE PARLIAMENTARY ASSEMBLY) (ed.) (2013), *Resolution 1946 (2013) Equal Access to Health Care*. <<http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=19991&lang=en>> [Zugriff: 07-12-2017].
- CoMCoE (COMMITTEE OF MINISTERS OF THE COUNCIL OF EUROPE) (ed.) (2011), *Recommendation CM/ Rec (2011)13 to Member States on Mobility, Migration and Access to Health Care*. Strasbourg.
- DEBLONDE J. et al. (2015), Restricted Access to Antiretroviral Treatment for Undocumented Migrants: a Bottle Neck to Control the HIV Epidemic in the EU/ EEA. *BMC Public Health*, 15, 1228 <doi: 10.1186/s12889-015-2571-y>.
- EC COM (EUROPÄISCHE KOMMISSION) (ed.) (2015), *Mitteilung der Kommission an das Europäische Parlament, den Rat, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen. Die Europäische Migrationsagenda*. COM (2015) 240. final. Brüssel, 13-05-2015. <<http://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2015/DE/1-2015-240-DE-F1-1.PDF>> [Zugriff: 07-12-2017].
- ECDC (EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL) (ed.) (2015), *Expert Opinion on the Public Health Needs of Irregular Migrants, Refugees or Asylum Seekers across the EU's Southern and South-eastern borders*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control. <<http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Expert-opinion-irregular-migrants-public-health-needs-Sept-2015.pdf>> [Zugriff: 29-01-2018].
- ECHR (EUROPEAN COURT OF HUMAN RIGHTS) (1950), *Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms*. Rome: Council of Europe.
- EU (EUROPEAN UNION) (ed.) (2010), *Consolidated Treaties Charter of Fundamental Rights*. Luxembourg.

- EUROSTAT (ed.) (2016), *Statistics Explained*. Asylum Quarterly Report March 2016. <http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Asylum_quarterly_report> [Zugriff: 30-01-2018].
- FERNANDES A. et al. (2007), *Challenges for Health in the Age of Migration. Health and Migration in the European Union*. Report for the Portuguese EU Council Presidency. Lisbon.
- FINCH J. (1987), The Vignette Technique in Survey Research. *Sociology*, 1, pp. 105–114.
- FRA (EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS) (ed.) (2011), *Fundamental Rights of Migrants in an Irregular Situation in the European Union*. Vienna.
- FRA (EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS) (ed.) (2015), *The Cost of Exclusion from Healthcare to Migrants in an Irregular Situation in the EU*. Vienna.
- HOFMARCHER M. (2013), *Das österreichische Gesundheitswesen. Akteure, Daten*. Wien.
- HUGHES R. (1998), Considering the Vignette Technique and its Application to a Study of Drug Injecting and HIV Risk and Safer Behaviour. *Sociology of Health and Illness*, 3, pp. 381–400.
- HUMA (HEALTH FOR UNDOCUMENTED MIGRANTS AND ASYLUM SEEKERS NETWORK) (ed.) (2010), *Access to Health Care for Undocumented Migrants and Asylum Seekers in 10 EU Countries. Law and Practice*. Paris.
- INGLEBY D. & PETROVA-BENEDICT R. (2016), *Recommendations on Access to Health Services for Migrants in an Irregular Situation: an Expert Consensus*. Brussels, International Organization for Migration (IOM), Regional Office Brussels, Migration Health Division.
- KAKuG (Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten) Stammfassung: BGBl. Nr. 1/1957.
- KARL-TRUMMER U. et al. (2010), Access to Healthcare for Undocumented Migrants in the EU: a First Landscape of NowHereland. *Eurohealth*, 16 (1), pp. 13–16.
- KRUZIKAS D.T. et al. (2004), *Preventable Hospitalizations: a Window into Primary and Preventive Care*. Agency for Healthcare Research and Quality. HCUP Fact Book, 5, AHRQ Publication, 04-0056, <<http://archive.ahrq.gov/data/hcup/factbk5/factbk5.pdf>> [Zugriff: 08-02-2018].
- MAGAN P. (2011), Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions and Quality of Primary Care – their Relation with Socioeconomic and Health Care Variables in the Madrid Regional Health Service (Spain). *Medical Care*, 49 (1), pp. 17–23.
- MdM (MÉDECINS DU MONDE) (ed.) (2013), *Access to Healthcare in Europe in Times of Crisis and Rising Xenophobia. An Overview of the Situation of People Excluded from Healthcare Systems*. Paris, Doctors of the World – Médecins du Monde International Network. <http://www.uems.eu/_data/assets/pdf_file/0009/1530/MdM_Report_access_healthcare_in_times_of_crisis_and_rising_xenophobia.pdf> [Zugriff: 29-01-2018].
- OECD (ORGANIZATION OF ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT) (ed.) (2017), *International Migration Outlook 2017*. Paris. <<http://www.oecd.org/migration/international-migration-outlook-1999124x.htm>> [Zugriff: 08-02-2018].
- PACE P. (ed.) (2007), *International Migration Law. Migration and the Right to Health: a Review of European Community Law and Council of Europe Instruments*. Geneva, International Organization for Migration.
- PAPPAS G. et al. (1997), Potentially Avoidable Hospitalizations: Inequality in Rates between US Socioeconomic Groups. *American Journal of Public Health*, 87 (5), pp. 811–816.
- PICUM (PLATFORM FOR INTERNATIONAL COOPERATION ON UNDOCUMENTED MIGRANTS) (ed.) (2007), *Undocumented Migrants Have Rights! An Overview of the International Human Rights Framework*. Brussels.

- PICUM (PLATFORM FOR INTERNATIONAL COOPERATION ON UNDOCUMENTED MIGRANTS) (ed.) (2016), *PICUM-Länderbericht. Migranten ohne Aufenthaltsstatus und die Strategie Europa 2020: Soziale Inklusion für alle Migranten in Deutschland*. Brüssel. <http://picum.org/wp-content/uploads/2017/11/UndocumentedMigrantsandEurope2020StrategyinGermany_DE.pdf> [Zugriff: 07-12-2017].
- RIZZA P. et al. (2007), Preventable Hospitalization and Access to Primary Health Care in Areas of Southern Italy. *BMC Health Services Research*, 7 (134). <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-7-134?site=bmchealthservres.biomedcentral.com>> [Zugriff: 07-12-2017].
- ROSANO A. (2013), The Relationship between Avoidable Hospitalization and Accessibility to Primary Care: a Systematic Review. *European Journal of Public Health*, 3, pp. 356–360.
- RUSSO A. et al. (2007), *Trends in Potentially Preventable Hospitalizations among Adults and Children, 1997–2004*. HCUP Statistical Brief #36, August 2007. Rockville, Maryland, Agency for Healthcare Research and Quality.
- SPENCER S. & HUGHES V. (2015), Outside and In: Legal Entitlements to Health Care and Education for Migrants with Irregular Status in Europe. *European Human Rights Law Review*, 6, pp. 604–616.
- TRUMMER U. et al. (2014), *Migrants and Healthcare. Social and Economic Approaches*. Singapore, ASEF Public Health Network.
- TRUMMER U. et al. (2016), *Cost Analysis of Health Care Provision for Migrants and Ethnic Minorities. Thematic Study Developed and Implemented by C-HM under the Overall Guidance of IOM MHD RO Brussels within the Framework of the IOM/ EC EQUI-HEALTH Project “Fostering Health Provision for Migrants, the Roma, and Other Vulnerable Groups”*. Vienna.
- WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION), IBRD (INTERNATIONAL BANK FOR RECONSTRUCTION AND DEVELOPMENT) & THE WORLD BANK (eds.) (2017), *Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report*. <http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2017_global_monitoring_report_exesummary.pdf?ua=1> [Zugriff: 29-01-2018].
- XU X. et al. (2014), Micro-Costing Studies in the Health and Medical Literature: Protocol for a Systematic Review. *Systematic Reviews*, 3 (47) <doi: 10.1186/2046-4053-3-47>.

Internetquellen

- <http://c-hm.com/wp-content/uploads/2015/08/NHL_practice_rz_EN-1.pdf> [Zugriff: 06-12-2017].
- <http://equi-health.eea.iom.int/images/SAR_Italy_final.pdf> [Zugriff: 14-12-2017].
- <<http://equi-health.eea.iom.int/index.php/9-uncategorised/336-expert-consensus>> [Zugriff: 15-12-2017].
- <<http://picum.org/>> [Zugriff: 13-12-2017].
- <<http://www.epim.info/wp-content/uploads/2011/02/HUMA-Publication-Comparative-Overview-16-Countries-2010.pdf>> [Zugriff: 14-12-2017].
- <http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_de.pdf> [Zugriff: 06-12-2017].

<https://ec.europa.eu/home-affairs/what-we-do/policies/irregula-migration-return-policy_en> [Zugriff: 30-01-2018].

<<https://tct.fgov.be/webetctct/etct.web/anonymous?lang=fr>> [Zugriff: 13-12-2017].

<https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Krankenanstalten/LKF_Leistungsorientierte_Krankenanstaltenfinanzierung/> [Zugriff: 06-12-2017].

<<https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/12/Seite.120810.html#AllgemeineInformationen>> [Zugriff: 16-01-2017].

<https://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.documentos_MdM_Report_access_healthcare_times_crisis_and_rising_xenophobia_edcfd8a3%232E%23pdf> [Zugriff: 16-03-2016].