

# Humanitäre und ökonomische Aspekte der Gesundheitsversorgung von irregulären MigrantInnen in der Europäischen Union – Ergebnisse einer europäischen Studie

Ursula Trummer/Sonja Novak-Zezula (Wien)

Ursula Trummer/Sonja Novak-Zezula: *Humanitäre und ökonomische Aspekte der Gesundheitsversorgung von irregulären MigrantInnen in der Europäischen Union – Ergebnisse einer europäischen Studie* (S. 95–115)

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 MigrantInnen in der EU in einen Graubereich gedrängt. Derzeit gewährt eine Mehrheit der EU-Mitgliedsstaaten lediglich Zugang zur Notfallversorgung. Nach einem Überblick zu humanitären und ökonomischen Aspekten der Gesundheitsversorgung von irregulären MigrantInnen in der EU präsentiert der Artikel Analyseergebnisse einer Studie in vier EU-Mitgliedsländern zu ökonomischen Kosten der Versorgung von irregulären MigrantInnen: Dabei erfolgt ein Vergleich der Primärversorgung (allgemeine und direkt zugängliche Versorgung im niedergelassenen Bereich in einem frühen Stadium von Krankheit) mit der Versorgung von Notfällen im Krankenhaus, die aus Behandlungsversäumnissen entstehen. Die Untersuchungsergebnisse belegen, dass Inklusion in die Primärversorgung Notfälle verhindern und Behandlungskosten sparen hilft. Die Wahrung des Menschenrechts auf Gesundheit durch frühen Zugang zu Versorgung scheint sich damit auch als ökonomisch sinnvoll zu erweisen.

*Schlagworte: irreguläre Migration, Menschenrechte, Gesundheitsversorgung, Behandlungskosten*

Ursula Trummer/Sonja Novak-Zezula: *Humanitarian and Economic Aspects of Health Care for Irregular Migrants in the European Union – Results of a European Study* (pp. 95–115)

The European Migration Agenda 2015 places a focus on combatting irregular migration flows and to emphasize the early return of migrants without regular status, but does not give directives on how to and to which extent to provide basic health protection for irregular migrants while residing on European Union territory. Access to health care is enshrined as a basic human right in the European Charter of Fundamental Rights. However, a majority of EU member states complies with this by granting access to emergency care only. The article gives first an overview concerning humanitarian and economic aspects of health care for irregular migrants in the European Union, followed by results of a study in four European Union member states that compares economic cost analyses of primary care (general and direct access to treatment in the registered doctors' sector in the early onset of illness) with emergency care treatment in hospitals. Results show that timely inclusion into primary care is cost saving compared to hospital treatment of emergency conditions. Ensuring the human right for health by allowing access to treatment in the early onset of illness seems to be reasonable, also in economic terms.

*Keywords: irregular migration, human rights, health care, treatment costs*

## 1. Einleitung – Zur Relevanz des Themas

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 vor allem 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 Erstasylantrag 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.<sup>1</sup> Es ist das erklärte Ziel der Europäischen Union, irreguläre Migration zu verhindern und irregulär aufhältige MigrantInnen einer raschen Rückführung zuzuführen. Dieses Ziel ist in der »Europäischen Migrationsagenda« (EC COM 2015) definiert. Die Europäische Migrationsagenda enthält aber keine Richtlinien dazu, was mit Menschen passieren soll, während sie sich als irreguläre MigrantInnen auf dem Territorium der EU befinden. Diese Unklarheit eröffnet insbesondere in Bezug auf festgeschriebene humanitäre Grundrechte, wie z. B. das Recht auf Gesundheitsversorgung, einen Raum für Diskussionen.

Im Status der Irregularität haben Personen keinen rechtlichen Aufenthaltsstatus und damit in einer Mehrzahl der EU-Mitgliedsstaaten auch keinen bzw. einen nur sehr eingeschränkten Zugang zu Gesundheitsleistungen. Das ist einerseits aus humanitären Gründen bedenklich, denn der Zugang zu Gesundheitsleistungen ist in der Europäischen Grundrechtscharta als Menschenrecht festgeschrieben.<sup>2</sup> Andererseits ist das auch aus Gründen der öffentlichen Gesundheit bedenklich: Risiken ansteckender Krankheiten wie Tuberkulose, Hepatitis oder sexuell übertragbarer Krankheiten sind durch mangelnde Kontrolle und Behandlung auch für die Gesamtbevölkerung erhöht.

Weiters stellen sich ökonomische Fragen: Sollen bzw. können die EU-Mitgliedsstaaten die Kosten der Gesundheitsversorgung von irregulären MigrantInnen tragen? Diese Personen sind im Status der Irregularität in den meisten Fällen nicht kranken-versichert und leisten nur geringe steuerliche Beiträge für staatliche Sozialsysteme. Ist die Gesundheitsversorgung von irregulären MigrantInnen ökonomisch leistbar, und welche Kosten entstehen, wenn sie nicht erfolgt?

1 [https://ec.europa.eu/home-affairs/what-we-do/policies/irregular-migration-return-policy\\_en](https://ec.europa.eu/home-affairs/what-we-do/policies/irregular-migration-return-policy_en), 30.1.2018.

2 [http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text\\_de.pdf](http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_de.pdf), 6.12.2017.

## 2. Ziele, Fragestellungen und Aufbau des Artikels

Dieser Artikel möchte das Bewusstsein über eine in der EU aufhältige Gruppe von Menschen schärfen, die in einer Grauzone lebt, welche von schwierigsten Lebensbedingungen, Armut und Unsicherheit gekennzeichnet ist.

Es wird der Frage nachgegangen, wie verschiedene EU-Mitgliedsstaaten Gesundheitsversorgung für irreguläre MigrantInnen regeln und wie Versorgung innerhalb dieser Rahmenbedingungen stattfindet.

Da eine Exklusion von Gesundheitsversorgung oft mit ökonomischen Argumenten erfolgt, wird die Frage gestellt, ob Exklusion von Versorgung tatsächlich Kosten einspart, oder ob Exklusion Kosten erzeugt, indem sie 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 MigrantInnen 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 Primärversorgung, d. h. zu einer allgemeinen und direkt zugänglichen Versorgung im niedergelassenen Bereich? Welche Empfehlungen können aus Vergleichen von Versorgungsfällen in Bezug auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung für irreguläre MigrantInnen gezogen werden? Welche Schlüsse lassen sich für humanitäre Aspekte der Gesundheitsversorgung von irregulären MigrantInnen ableiten? Diese Fragen werden im Artikel anhand von Untersuchungsergebnissen und beispielhaften Fallanalysen behandelt.

Nach der einführenden Erläuterung der Relevanz des Themas (Kap. 1) sowie der Ziele und Fragestellungen des Artikels in diesem Kapitel beschäftigt sich Kapitel 3 mit den humanitären Aspekten und Kapitel 4 mit den ökonomischen Aspekten der Gesundheitsversorgung von irregulären MigrantInnen in der EU, wobei in Kapitel 4 auch auf den derzeitigen Forschungsstand eingegangen wird. Kapitel 5 bietet einen knappen Überblick über die dem Artikel zugrunde liegende empirische Studie, die sich mit den ökonomischen Effekten der Gesundheitsversorgung für irreguläre MigrantInnen in vier EU-Mitgliedsstaaten befasst. Die verwendeten Methoden und die Datengrundlage werden in Kapitel 6 erläutert. Kapitel 7 präsentiert die Untersuchungsergebnisse in Form von exemplarischen ökonomischen Kostenanalysen für Erkrankungen, die im Primärversorgungssystem behandelbar sind. Für diese Krankheiten werden ökonomische Kosten von zeitgerechter Behandlung im Primärversorgungssystem mit Notfallbehandlung im Krankenhaus verglichen. Die Darstellung erfolgt exemplarisch anhand der vier in der Studie erfassten EU-Mitgliedsstaaten Belgien, Italien, Österreich und Spanien. Diese vier Mitgliedsstaaten repräsentieren verschiedene geographische Räu-

me, Gesundheitsfinanzierungssysteme und Regulierungen zur Gesundheitsversorgung irregulärer MigrantInnen.

Aus den Studienergebnissen werden abschließend in Kapitel 8 zusammenfassende Schlussfolgerungen abgeleitet.

### 3. Humanitäre Aspekte der Gesundheitsversorgung von irregulären MigrantInnen in der EU

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

Die Plattform für internationale Zusammenarbeit für undokumentierte MigrantInnen PICUM mit Sitz in Brüssel ist die Dachorganisation eines Netzwerks von 155 NGOs, die in verschiedenen, vorwiegend EU-Mitgliedsländern mit bzw. für irreguläre(n) MigrantInnen arbeiten.<sup>3</sup>

In einem Länderbericht von PICUM für Deutschland wird die Bedeutung der Inklusion aller MigrantInnen 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, 2).

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

Bereits im Bericht der portugiesischen EU-Ratspräsidentschaft 2007, der Migration und Gesundheit als Schwerpunktthema behandelt, werden irreguläre MigrantInnen als besonders vulnerable Gruppe genannt, die aufgrund ihres unsicheren Status sowohl ein erhöhtes Gesundheitsrisiko als auch gleichzeitig verschlechterte Zugangsbedingungen zu Gesundheitsleistungen haben (Fernandes et al. 2007). Die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Regelung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung innerhalb der EU bzw. in den einzelnen EU-Mitgliedsstaaten sind unklar. Ein 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 von legalem Status oder finanziellem Vermögen. Das soll insbesondere sozioökonomisch benachteiligte und vulnerable Gruppen vor den extremsten Benachteiligungen schützen (siehe bereits ECHR 1950).

<sup>3</sup> <http://picum.org/>, 13.12.2017.

Alle Mitgliedsstaaten der EU anerkennen dieses Menschenrecht (Pace 2007, PICUM 2007). Gleichzeitig beschränken es nationale Regelungen aber auf unterschiedliche Art und in unterschiedlichem 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 MigrantInnen in den EU-Mitgliedsstaaten zur Gesundheitsversorgung wurde mit Schwerpunkt auf den humanitären Aspekten 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 MigrantInnen 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 KlientInnen befinden sich auch irreguläre MigrantInnen. Der Bericht zeigt, dass die Möglichkeiten zur Gesundheitsversorgung für die spezifische Klientel in den untersuchten Ländern variieren und dass den KlientInnen ihre Rechte auf Gesundheitsversorgung nur in geringem Maße bewusst sind.

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, für Norwegen und die Schweiz (Karl-Trummer et al. 2010). »*Health Care in NowHereland*« zeigte zum Erhebungszeitpunkt 2010, dass 20 der damals 27 EU-Mitgliedsstaaten irregulären MigrantInnen 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, nämlich Frankreich, die Niederlande, Portugal und Spanien, erlauben irregulären MigrantInnen einen Zugang zum selben Leistungsspektrum wie ihren StaatsbürgerInnen. Voraussetzung dafür ist die Vorlage von Dokumenten, die Anforderungskriterien wie z. B. eine minimale Aufenthaltsdauer im Land belegen (Karl-Trummer et al. 2010).

Das HUMA-Netzwerk, ein Zusammenschluss von NGOs aus zehn EU-Mitgliedsstaaten, versuchte zwischen 2008 bis 2010, Überzeugungsarbeit zu leisten, um irreguläre MigrantInnen und AsylwerberInnen im Hinblick auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung StaatsbürgerInnen gleichzustellen. Das Netzwerk erarbeitete einen vergleichenden Überblick zu spezifischen Regulierungen für zehn EU-Mitgliedsstaaten (HUMA 2010). Das Netzwerk kommt zu dem Schluss, dass das Recht auf Zugang zur Gesundheitsversorgung für irreguläre MigrantInnen 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 (HUMA 2010).

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 kommt zum Schluss, dass die Regulierungen im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung für irreguläre MigrantInnen zwischen den untersuchten Staaten stark variieren und vom bloßen Zugang zur Notfallversorgung bis zum selben Zugang wie für StaatsbürgerInnen reichen, der in den verschiedenen Mitgliedsstaaten unterschiedlich geregelt ist (FRA 2011).

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 MigrantInnen. Diese Studie umfasste 28 EU-Mitgliedsstaaten (Spencer/Hughes 2015). Der COMPAS-Bericht bestätigt, dass irreguläre MigrantInnen 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 PatientInnen die Übernahme eines signifikanten Kostenanteils verlangt wird. Der Bericht listet weiters elf Mitgliedsländer auf, in denen irreguläre MigrantInnen 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 MigrantInnen von einer umfassenden Gesundheitsversorgung im öffentlichen Gesundheitswesen ausschließen.

Für irreguläre MigrantInnen bedeutet dies, dass in vielen EU-Mitgliedsstaaten der medizinische Notfall die einzige Möglichkeit ist, Gesundheitsversorgung zu erhalten. Das humanitäre 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 ExpertInnen aus den Bereichen Migrations- und Gesundheitsforschung, dass ein universeller Zugang zu Gesundheitsleistungen innerhalb der EU geboten ist und dieser auch irreguläre MigrantInnen einschließen muss (MdM 2013, Deblonde et al. 2015, ECDC 2015, WHO/EBRD/The Worldbank 2017). So wurde nach einem Konsensusprozess im Rahmen internationaler ExpertInnentreffen 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 laut die erste Empfehlung:

*»Das Prinzip des universellen und gleichberechtigten Zugangs zur Gesundheitsversorgung sollte für alle Personen, die sich de facto in einem Land aufhalten, gelten, unabhängig von ihrem legalen Status.«<sup>4,5</sup>*

#### 4. Ökonomische Aspekte der Gesundheitsversorgung von irregulären MigrantInnen in der EU

Die Beschränkung auf 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 1997, Kruzikas 2004, Russo 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 mit früher Diagnostik und Behandlung sowie effektivem 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 MigrantInnen in der EU stehen erst an in ihren Anfängen, erste Ergebnisse liegen aber für spezifisch vulnerable MigrantInnengruppen 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 MigrantInnen auf (FRA 2015). Auf der Ebene von Einzelfällen wurde ein solcher Effekt im Rahmen einer Vergleichsstudie mit den asiatischen Metropolen Singapur und Hongkong auch für Österreich und Italien festgestellt (Trummer et al. 2014).

Um in den Debatten zu humanitären und ökonomischen Aspekten des universellen Zugangs zur Gesundheitsversorgung von irregulären MigrantInnen die Wissensgrundlage über ökonomische Aspekte von Inklusion und Exklusion zu erweitern, führten die Autorinnen die diesem Artikel zugrunde liegende Studie (Trummer et al. 2016) durch.

---

4 Englischer Originalwortlaut: »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 der Autorinnen).

5 <http://equi-health.eea.ion.int/index.php/9-uncategorised/336-expert-consensus>, 15.12.2017.

## 5. Überblick über die Studie »Kostenanalyse zur Gesundheitsversorgung für irreguläre MigrantInnen«

Ziel der vom Center for Health and Migration in Wien verfassten Untersuchung war eine Gegenüberstellung der ökonomischen Kosten von zeitgerechter Behandlung irregulärer MigrantInnen 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 einbezogen werden. Die Auswahl der Länder erfolgte unter Berücksichtigung ihrer unterschiedlichen geographischen Lage (Lage in Südeuropa bzw. Westeuropa gemäß der statistischen Einteilung der Vereinten Nationen), sowie von Unterschieden in Bezug auf die Gesundheitssystemfinanzierung (steuerfinanziert bzw. versicherungsbaasiert) und Regulierungen für den Zugang zur Gesundheitsversorgung (Zugang nur zur Notfallversorgung bzw. Zugang 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: Dafür 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 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 mit der Medikation ab. Für diese Behandlungsverläufe wurden die anfallenden Kosten mit einem gesundheitsökonomischen *Micro-Costing*-Ansatz (Xu et al. 2014) berechnet, 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 MigrantInnen anbieten. Ziel war es, aus jedem der vier Länder Daten jeweils aus einer Primärversorgungseinrichtung und aus 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 Fragebogen, 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 MitarbeiterInnen, 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 Sampling-Prozedur sowie gegebenenfalls organisationsspezifische Adaptierungen wurden vereinbart: So wurde z. B. mit einer an fünf Wochentagen geöffneten Einrichtung vereinbart, dass an jedem Tag einer festgelegten Woche die ersten beiden PatientInnen, die über keinen Aufenthaltstitel verfügen, gezogen werden. Eine andere Einrichtung, die nur an wenigen Tagen in der Woche Leistungen anbietet, zog die ersten zehn PatientInnen ohne Aufenthaltstitel, die im Laufe einer festgelegten Woche die Organisation aufsuchten. Die Organisationen wendeten das definierte Sampling-Verfahren an und zogen damit jeweils zehn Fälle, d. h. konkrete PatientInnen.

Diese PatientInnen 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 PatientIn durch eine Sozialarbeiterin oder kulturelle Mediatorin ausgefüllt. Die Daten zu Diagnose und medizinischem Behandlungsverlauf wurden auf Grundlage der PatientInnenakten eingetragen. Nach der 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 PatientInnen des Jahres 2013 zur Verfügung. Da der rechtliche Aufenthaltsstatus von PatientInnen nicht erhoben wird, wurde dieser

Datensatz als Annäherung an die Gruppe von irregulären MigrantInnen nach Drittstaatenangehörigen gefiltert. Auf eine Erweiterung des Samples um nicht versicherte MigrantInnen aus EU-Mitgliedsstaaten wurde verzichtet, da nicht gesichert angenommen werden konnte, dass diese nicht über einen gültigen Aufenthaltsstatus verfügten.

Eine Bewertung der Repräsentativität der ausgehobenen Datensätze für die medizinischen Behandlungen der jeweiligen Einrichtungen erfolgte durch ExpertInneneinschätzungen von MitarbeiterInnen. Im Fall 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 folgenden Kriterien ausgewählt: Diagnose, die in der Primärversorgung behandelt werden kann und soll, Einschätzung der Einrichtung, dass der Fall repräsentativ für die medizinische Betreuung in der Organisation ist, sowie 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).

Für jeden 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 ExpertInneneinschätzungen 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 MitarbeiterInnen, in Bezug auf Medikamente und Hilfsmittel, Verbrauchsgüter und diagnostische Verfahren (z. B. Labor, Röntgen); (2) direkte nicht medizinische Kosten, wie Fahrtkosten und für die Zeit, die der/die PatientIn in der Einrichtung verbringt; sowie (3) indirekte Kosten, wie den Verdienstentgang des/der PatientIn oder den Produktivitätsverlust für die Gesellschaft. Die Kostenanalyse erfolgte aus drei Perspektiven: aus der

Perspektive des/der PatientIn, 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 (Spitalsaufenthalt) aus.

Die folgende Präsentation 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 gegeben, dann werden jeweils die Primärdaten, die Vignettenentwicklung und die ökonomische Analyse (Perspektive des Gesundheitssystems) beschrieben.

### 7.1 Belgien

#### 7.1.1 Demographische und rechtliche Rahmenbedingungen

Zum Stichtag 1.1.2017 hatte Belgien eine Gesamtbevölkerung von 11,365.834 Personen<sup>6</sup> mit einem AusländerInnenanteil (Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft) von 11,7 Prozent im Jahr 2016.<sup>7</sup>

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

Irreguläre MigrantInnen 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 Antragstellers/der Antragstellerin stattfindet und in deren Rahmen eine finanzielle Bedürftigkeit festgestellt werden muss.

6 <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/graph.do?tab=graph&plugin=1&language=en&pcode=tps00001> , 6.12.2017.

7 <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&plugin=1&language=en&pcode=tps00157> , 6.12.2017.

Obwohl irreguläre MigrantInnen das Recht auf Gesundheitsversorgung haben, erschweren praktische und administrative Barrieren den Zugang.

### 7.1.2 Primärdaten

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 sind rund 70 Prozent irreguläre MigrantInnen.

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

### 7.1.3 Vignetten

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, 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 weil in der Alterskategorie des Patienten die meisten Anfälle leicht sind.

### 7.1.4 Kostenanalyse

Grundlage für die Kostenermittlung der Primärvignette sind Daten aus dem Nationalen Gebührenkatalog für niedergelassene ÄrztInnen (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/anonymou?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 von 20 Euro für Medikamente, insgesamt also 400 Euro.

Die Kostenanalyse der Sekundärvisite 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 für das Gesundheitssystem auf 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

### 7.2.1 Demographische und rechtliche Rahmenbedingungen

Zum Stichtag 1.1.2017 hatte Italien eine Gesamtbevölkerung von 60,589.445 Personen<sup>8</sup> mit einem AusländerInnenanteil (Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft) von 9,3 Prozent im Jahr 2016.<sup>9</sup>

Italien hat ein steuerbasiertes Gesundheitssystem. StaatsbürgerInnen 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.<sup>10</sup>

Irreguläre MigrantInnen 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 sowie zu Behandlungen, die aus Gründen der öffentlichen Gesundheit notwendig sind, nicht aber zur allgemeinmedizinischen Versorgung.<sup>11</sup>

### 7.2.2 Primärdaten

Die Daten, welche die Basis für die Vignettenentwicklung bilden, stammen aus dem Centro per la Salute della Famiglia Straniera (CSFS), einer Einrichtung der lokalen

8 <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/graph.do?tab=graph&plugin=1&language=en&pcode=tps00001>, 6.12.2017.

9 <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&plugin=1&language=en&pcode=tps00157>, 6.12.2017.

10 [http://equi-health.eea.iom.int/images/SAR\\_Italy\\_final.pdf](http://equi-health.eea.iom.int/images/SAR_Italy_final.pdf), 14.12.2017.

11 <http://www.epim.info/wp-content/uploads/2011/02/HUMA-Publication-Comparative-Overview-16-Countries-2010.pdf>, 14.12.2017.

Gesundheitsbehörde in Reggio Emilia, die für irreguläre MigrantInnen 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 ÄrztInnen. Diagnostiziert wurde Asthma. Das Gesundheitszentrum führte eine Tuberkulose-Testung durch, veranlasste ein Lungenröntgen sowie eine Tomographie der Brust und versorgte den Patienten mit Medikamenten gegen Asthma.

### 7.2.3 Vignetten

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.

### 7.2.4 Kostenanalyse

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

Für die Sekundärvignette wurde – den Daten zur durchschnittlichen Aufenthaltsdauer männlicher Patienten zwischen 35 und 39 Jahren mit Asthma (ICD 10-codes: J45 und J46) in Italien im Zeitraum 2001 bis 2012 folgend – eine Hospitalisierung von 5,2 Tagen veranschlagt. Für die Ermittlung der Kosten der stationären Betreuung wurden die Tarife für Akutkrankenhäuser herangezogen. Angenommen wurde außerdem, 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, von 110 Euro für diagnostische Verfahren und von 40 Euro für Medikamente, insgesamt 290 Euro.

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

#### 7.3.1 Demographische und rechtliche Rahmenbedingungen

Zum Stichtag 1.1.2017 hatte Österreich eine Gesamtbevölkerung von 8,772.865 Personen<sup>12</sup> mit einem AusländerInnenanteil (Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft) von 15,3 Prozent im Jahr 2016 (Statistik Austria 2017).

Österreich hat ein versicherungsbasiertes Gesundheitssystem, das mit Arbeit und Erwerbseinkommen oder mit dem System der Mindestsicherung verknüpft ist. 99,9 Prozent der österreichischen StaatsbürgerInnen und MigrantInnen mit legalem Aufenthaltsstatus sind in das Versicherungssystem inkludiert (Hofmarcher 2013). Registrierte AsylwerberInnen haben über das System der Grundversorgung Zugang zur Gesundheitsversorgung.

Die bestehenden rechtlichen Regulierungen sehen keinen Zugang zur Gesundheitsversorgung für irreguläre MigrantInnen vor, beinhalten aber die Verpflichtung für Krankenhäuser zur Notfallversorgung<sup>13</sup> 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 MigrantInnen anbieten.<sup>14</sup>

#### 7.3.2 Primärdaten

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 MigrantInnen, 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-BürgerInnen irregulär, wenn sie definierte Voraussetzungen nicht erfüllen. Diese sind Erwerbstätigkeit als ArbeitnehmerIn oder Selbständige/r in Österreich bzw. Ausbildung als Hauptzweck des Aufenthalts sowie ausreichende Mittel zur Sicherung der Existenz und Krankenversicherungsschutz.<sup>15</sup>

12 [https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung\\_nach\\_staatsangehoerigkeit\\_geburtsland/index.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_staatsangehoerigkeit_geburtsland/index.html), 6.12.2017.

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

14 [http://c-hm.com/wp-content/uploads/2015/08/NHL\\_practice\\_rz\\_EN-1.pdf](http://c-hm.com/wp-content/uploads/2015/08/NHL_practice_rz_EN-1.pdf), 6.12.2017.

15 <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/12/Seite.120810.html#AllgemeineInformationen>, 16.1.2017.

Die Frau lebte in einer Obdachloseneinrichtung, in der sie keinen finanziellen Beitrag für die Unterbringung leisten musste. Zum Zeitpunkt der Erhebung arbeitete sie als Masseurin am schwarzen Arbeitsmarkt, aufgrund von gesundheitlichen Einschränkungen 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.

### 7.3.3 Vignetten

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.

### 7.3.4 Kostenanalyse

Grundlage für die Kostenermittlung der Primärvignette sind Daten der Wiener Gebietskrankenkasse, der Tarifkatalog für VertragsärztInnen der Allgemeinmedizin sowie die Pharmazeutische Preisinformation der Gesundheit Österreich GmbH.

Für die Kostenermittlung wurden in diesem Fall Routinedaten zur Finanzierung österreichischer öffentlicher Krankenhäuser<sup>16</sup> herangezogen. Auf Basis von ExpertInneneinschätzungen 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 einer Behandlung einer leichten Depression in einer Primärversorgungseinrichtung ergibt direkte medizinische Kosten in Höhe von 170 Euro für die Arztbesuche und von 60 Euro für Medikamente und Verbandsmaterial, insgesamt 230 Euro. In diese Kalkulation wurde auch die Behandlung des Knöchels miteinbezogen, da MitarbeiterInnen des Neunerhauses berichteten, dass

16 Für eine detaillierte Beschreibung des Krankenhausfinanzierungssystems in Österreich siehe: [https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Krankenanstalten/LKF\\_Leistungsorientierte\\_Krankenanstaltenfinanzierung/](https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Krankenanstalten/LKF_Leistungsorientierte_Krankenanstaltenfinanzierung/), 6.12.2017.



es sehr typisch ist, dass PatientInnen zunächst kleinere Gesundheitsprobleme präsentieren, um zu prüfen, ob die Einrichtung und die MitarbeiterInnen vertrauenswürdig sind. Erst dann werden psychische Probleme angesprochen.

Die Kostenanalyse der Sekundärvignette mit einer stationären Behandlung einer mittelschweren Depression in einem österreichischen öffentlichen Krankenhaus ergibt Kosten in Höhe von 3.810 Euro. Dazu kommen Kosten für den Krankentransport in Höhe von 60 Euro und für die sogenannte »Hotelkomponente« 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

### 7.4.1 Demographische und rechtliche Rahmenbedingungen

Zum Stichtag 1.1.2017 hatte Spanien eine Gesamtbevölkerung von 46,528.966 Personen<sup>17</sup> mit einem AusländerInnenanteil (Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft) von 9,5 Prozent im Jahr 2016.<sup>18</sup>

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 MigrantInnen nur bei einem Notfall (bei einer schweren Erkrankung oder einem Unfall), im Fall von Schwangerschaft sowie von prä- und postnataler Versorgung Zugang zur Gesundheitsversorgung haben.<sup>19</sup>

### 7.4.2 Primärdaten

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

17 <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/graph.do?tab=graph&plugin=1&language=en&pcode=tps00001>, 6.12.2017.

18 <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&plugin=1&language=en&pcode=tps00157>, 6.12.2017.

19 [https://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.documentos\\_MdM\\_Report\\_access\\_healthcare\\_times\\_crisis\\_and\\_rising\\_xenophobia\\_edcfd8a3%232E%23pdf](https://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.documentos_MdM_Report_access_healthcare_times_crisis_and_rising_xenophobia_edcfd8a3%232E%23pdf), 16.3.2016.

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 unkontrollierten Bluthochdruck. Er wurde für acht Tage stationär aufgenommen. Da im Zuge einer Herzkatheter-Untersuchung eine koronare Herzerkrankung diagnostiziert wurde, erfolgte eine Bypass-Operation.

### 7.4.3 Vignetten

Dem realen Krankheitsverlauf entsprechend umfasst die Primärvignette die Elemente »koronare Herzerkrankung« für den Schweregrad der Diagnose sowie »Krankenhaus« für das Setting. Für die Sekundärvignette wird auf Basis von ExpertInneneinschätzungen 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.

### 7.4.4 Kostenanalyse

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 sowie 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 Herzerkrankung im Krankenhaus ergibt Kosten in Höhe von 19.000 Euro für die stationäre Behandlung inklusive Herzkatheter-Untersuchung und Bypass-Operation.

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

Die Ergebnisse unserer Untersuchung bestätigen Ergebnisse anderer Studien, die mit verschiedenen Methoden zu ähnlichen Schlüssen kommen (Bozorgmehr/Razum 2015, FRA 2015): Zeitgerechte Behandlung in der Primärversorgung ist ökonomisch kostengünstiger als späte Versorgung von Notfällen.

Es wurden hier 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 MigrantInnen aus der Primärversorgung eine Weichenstellung hinein in die kostenintensive Notfallversorgung darstellt und damit erhöhte Kosten der Gesundheitsversorgung mit sich bringt.

Aus einer humanitären 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 zu empfehlen.

## Literatur

- Barter, Christiane/Renold, Emma (1999) *The Use of Vignettes in Qualitative Research*. Social Research Update. Summer 1999. Surrey.
- Bozorgmehr, Kayvan/Razum, Oliver (2015) *Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures Among Asylum-Seekers and Refugees: a Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013*. In: PLoS ONE, Nr. 7, verfügbar unter: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0131483>, 16.1.2018.
- Caminal, Josefina et al. (2004) *The Role of Primary Care in Ambulatory Care Sensitive Conditions*. In: European Journal of Public Health, Nr. 3, 246–251.
- Chauvin, Pierre 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) (2013) *Resolution 1946 (2013) Equal Access to Health Care*, verfügbar unter: <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=19991&lang=en>, 7.12.2017.
- CoMCoE (Committee of Ministers of the Council of Europe) (2011) *Recommendation CM/Rec (2011)13 to Member States on Mobility, Migration and Access to Health Care*. Strasbourg.
- Deblonde, Jessika et al. (2015) *Restricted Access to Antiretroviral Treatment for Undocumented Migrants: a Bottle Neck to Control the HIV Epidemic in the EU/EEA*. In: BMC Public Health, Vol. 15, 1228. doi: 10.1186/s12889-015-2571-y.
- EC COM (Europäische Kommission) (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, 13.5.2015, verfügbar unter: <http://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2015/DE/1-2015-240-DE-F1-1.PDF>, 7.12.2017.
- ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) (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, verfügbar unter: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Expert-opinion-irregular-migrants-public-health-needs-Sept-2015.pdf>, 29.1.2018.
- ECHR (European Court of Human Rights) (1950) *Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms*. Rome: Council of Europe.
- EU (European Union) (2010) *Consolidated Treaties Charter of Fundamental Rights*. Luxembourg.
- Eurostat (2016) *Statistics Explained. Asylum Quarterly Report March 2016*, verfügbar unter: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Asylum\\_quarterly\\_report](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Asylum_quarterly_report), 30.1.2018.

- Fernandes, Ana 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, Janet (1987) *The Vignette Technique in Survey Research*. In: *Sociology*, Nr. 1, 105–114.
- FRA (European Union Agency for Fundamental Rights) (2011) *Fundamental Rights of Migrants in an Irregular Situation in the European Union*. Vienna.
- FRA (European Union Agency for Fundamental Rights) (2015) *The Cost of Exclusion from Healthcare to Migrants in an Irregular Situation in the EU*. Vienna.
- Hofmarcher, Maria (2013) *Das österreichische Gesundheitswesen. Akteure, Daten*. Wien.
- Hughes, Rhidian (1998) *Considering the Vignette Technique and its Application to a Study of Drug Injecting and HIV Risk and Safer Behaviour*. In: *Sociology of Health and Illness*, Nr. 3, 381–400.
- HUMA (Health for Undocumented Migrants and Asylum Seekers Network) (2010) *Access to Health Care for Undocumented Migrants and Asylum Seekers in 10 EU Countries. Law and Practice*. Paris.
- Ingleby, David/Petrova-Benedict, Roumyana (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, Ursula et al. (2010) *Access to Healthcare for Undocumented Migrants in the EU: a First Landscape of NowHereland*. In: *Eurohealth*, Nr. 1, 13–16.
- Kruzikas, Denise T. et al. (2004) *Preventable Hospitalizations: a Window into Primary and Preventive Care*. Agency for Healthcare Research and Quality. HCUP Fact Book, Nr. 5, AHRQ Publication Nr. 04-0056, verfügbar unter: <http://archive.ahrq.gov/data/hcup/factbk5/factbk5.pdf>, 8.2.2018.
- Magan, Purificación (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)*. In: *Medical Care*, Nr. 1, 17–23.
- MdM (Médecins du Monde) (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, verfügbar unter: [http://www.uems.eu/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/1530/MdM\\_Report\\_access\\_healthcare\\_in\\_times\\_of\\_crisis\\_and\\_rising\\_xenophobia.pdf](http://www.uems.eu/__data/assets/pdf_file/0009/1530/MdM_Report_access_healthcare_in_times_of_crisis_and_rising_xenophobia.pdf), 29.1.2018.
- OECD (Organization of Economic Cooperation and Development) (2017) *International Migration Outlook 2017*. Paris, verfügbar unter: <http://www.oecd.org/migration/international-migration-outlook-1999124x.htm>, 8.2.2018.
- Pace, Paola (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, Gregory et al. (1997) *Potentially Avoidable Hospitalizations: Inequality in Rates Between US Socioeconomic Groups*. In: *American Journal of Public Health*, Nr. 5, 811–816.
- PICUM (Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants) (2007) *Undocumented Migrants Have Rights! An Overview of the International Human Rights Framework*. Brussels.
- PICUM (Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants) (2016) *PICUM-Länderbericht. Migranten ohne Aufenthaltsstatus und die Strategie Europa 2020: Soziale Inklusion für alle Migranten in Deutschland*. Brüssel, verfügbar unter: [http://picum.org/wp-content/uploads/2017/11/UndocumentedMigrantsandEurope2020StrategyinGermany\\_DE.pdf](http://picum.org/wp-content/uploads/2017/11/UndocumentedMigrantsandEurope2020StrategyinGermany_DE.pdf), 7.12.2017.
- Rizza, Paolo et al. (2007) *Preventable Hospitalization and Access to Primary Health Care in Areas of Southern Italy*. In: *BMC Health Services Research*, Nr. 7, 134, verfügbar unter: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-7-134?site=bmchealthservres.biomedcentral.com>, 7.12.2017.
- Rosano, Aldo (2013) *The Relationship Between Avoidable Hospitalization and Accessibility to Primary Care: a Systematic Review*. In: *European Journal of Public Health*, Nr. 3, 356–360.
- Russo, Allison et al. (2007) *Trends in Potentially Preventable Hospitalizations Among Adults and*

- Children*, p. 1997–2004. HCUP Statistical Brief # 36, August 2007. Rockville, Maryland: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Spencer, Sarah/Hughes, Vanessa (2015) *Outside and In: Legal Entitlements to Health Care and Education for Migrants with Irregular Status in Europe*. In: European Human Rights Law Review, Nr. 6, 604–616.
- Statistik Austria (2017) *migration integration. zahlen. daten. indikatoren 2017*. Wien.
- Trummer, Ursula et al. (2014) *Migrants and Healthcare. Social and Economic Approaches*. Singapore: ASEF Public Health Network.
- Trummer, Ursula 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)/EBRD (European Bank for Reconstruction and Development)/The World Bank (2017) *Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report*, verfügbar unter: [http://www.who.int/healthinfo/universal\\_health\\_coverage/report/2017\\_global\\_monitoring\\_report\\_exesummary.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2017_global_monitoring_report_exesummary.pdf?ua=1), 29.1.2018.
- Xu, Xiao et al. (2014) *Micro-Costing Studies in the Health and Medical Literature: Protocol for a Systematic Review*. In: Systematic Reviews, May 21, Nr. 3, 47. doi: 10.1186/2046-4053-3-47.
- <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&plugin=1&language=en&p-code=tps00157>, 6.12.2017.
- [http://equi-health.eea.iom.int/images/SAR\\_Italy\\_final.pdf](http://equi-health.eea.iom.int/images/SAR_Italy_final.pdf), 14.12.2017.
- <http://equi-health.eea.iom.int/index.php/9-uncategorised/336-expert-consensus>, 15.12.2017.
- <http://picum.org/>, 13.12.2017.
- <http://www.epim.info/wp-content/uploads/2011/02/HUMA-Publication-Comparative-Overview-16-Countries-2010.pdf>, 14.12.2017.
- [http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text\\_de.pdf](http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_de.pdf), 6.12.2017.
- [https://ec.europa.eu/commission/priorities/migration\\_de](https://ec.europa.eu/commission/priorities/migration_de), 13.12.2017.
- [https://ec.europa.eu/home-affairs/what-we-do/policies/irregular-migration-return-policy\\_en](https://ec.europa.eu/home-affairs/what-we-do/policies/irregular-migration-return-policy_en), 30.1.2018.
- <https://tct.fgov.be/webetctct/etct.web/anonymous?lang=fr>, 13.12.2017.
- <https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Krankenanstalten/LKF-Leistungsorientierte-Krankenanstaltenfinanzierung/>, 6.12.2017.
- <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/12/Seite.120810.html#AllgemeineInformationen>, 16.1.2017.
- [https://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.documentos\\_MdM\\_Report\\_access\\_healthcare\\_times\\_crisis\\_and\\_rising\\_xenophobia\\_edcfd8a3%232E%23pdf](https://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.documentos_MdM_Report_access_healthcare_times_crisis_and_rising_xenophobia_edcfd8a3%232E%23pdf), 16.3.2016.
- [https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung\\_nach\\_staatsangehoerigkeit\\_geburtsland/index.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_staatsangehoerigkeit_geburtsland/index.html), 6.12.2017.

## Internetadressen

- [http://c-hm.com/wp-content/uploads/2015/08/NHL\\_practice\\_rz\\_EN-1.pdf](http://c-hm.com/wp-content/uploads/2015/08/NHL_practice_rz_EN-1.pdf), 6.12.2017.
- <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/graph.do?tab=graph&plugin=1&language=en&p-code=tps00001>, 6.12.2017.

## Kontakt:

[ursula.trummer@c-hm.com](mailto:ursula.trummer@c-hm.com)  
[sonja.novak-zezula@c-hm.com](mailto:sonja.novak-zezula@c-hm.com)