

Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen

Der rechtzeitige Zugang zur Primärversorgung ist eine humanitäre Notwendigkeit, die ökonomisch Sinn macht.

Ursula Trummer,
Sonja Novak-Zezula

Der Zuzug von Flüchtlingen nach Europa ist spätestens seit der Zuspitzung der Fluchtbewegungen aus den Krisenregionen Syrien, Afghanistan und Irak Thema in aller Munde. Die OECD spricht von einer nie zuvor erlebten humanitären Krise und Herausforderung¹, und nennt Österreich unter den vom Flüchtlingszuzug am meisten betroffenen Ländern innerhalb der EU.

Eurostat listet im vierten Quartalsbericht 2015 Österreich mit 30.800 Asylanträgen an dritter Stelle nach Deutschland (mit über 162.500 Anträgen) und Schweden (87.900 Anträge). Gemeinsam mit Italien und Frankreich haben diese drei Länder mehr als 75 Prozent aller Erstantragsteller in den EU 28 aufgenommen. Im Jahr 2015 haben 1.255.600 Menschen in Europa einen Erstasylantrag gestellt. Auf Österreich fallen dabei 85.505 Erstanträge, das entspricht einem Anstieg von +233 Prozent zum Vorjahr.^{2,3}

Neben regulärer und registrierter Einreise in die EU ist die Fluchtbewegung auch charakterisiert von irregulären Wanderungsströmen. Die Internationale Organisation für Migration (IOM) nennt in einer Pressemitteilung vom 21. Dezember 2015 für 2015 über eine Million irregulär in die EU eingereiste Personen.⁴ Vorliegende Erhebungen aus Deutschland und Schweden berichten über eine hohe, nicht genau bezifferbare Anzahl von Personen, die ohne oder nach erfolgter Registrierung untertauchen und deren Verbleib nicht weiter dokumentiert ist.⁵

Die EU hat in ihren Richtlinien die Gewährleistung der Gesundheitsversorgung für Asylwerber – ob regulär oder irregulär – als humanitäre Verpflichtung klar definiert.^{6,7,8} Auch von gesundheitswissenschaftlicher Seite wird die Wichtigkeit von Gesundheitsversorgung für Asylsuchende betont.⁹

Einige Europäische Projekte mit Co-Finanzierung der Generaldirektion Gesundheit, DG Sanco, zu Public-Health-Initiativen wurden 2016 gestartet und im Rahmen einer Konferenz im



Primärversorgung ist das Rückgrat eines effizienten Gesundheitssystems – das gilt auch für vulnerable Gruppen.

Mai 2016 in Lissabon vorgestellt¹⁰, 2017 werden erste Ergebnisse vorliegen. Das Center for Health and Migration, Wien, ist in solche Projekte involviert und wird darüber berichten (www.c-hm.com).

Was die Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen ökonomisch kosten wird, ist zumindest öffentlich noch nicht berechnet worden. Nicht-Versorgung dürfte auf alle Fälle teuer kommen. Nach geltenden Bestimmungen darf selbst irregulären Migrantinnen und Migranten – Personen, die keinen regulären Aufenthaltstitel haben, auch nicht den eines Asylsuchenden, und die in Österreich also kein Recht auf allgemeine Gesundheitsleistungen haben – die Versorgung im Notfall nicht verwehrt werden.¹¹ Nicht-Versorgung bzw. ungenügende Integration in die Primärversorgung bereitet daher mit großer Wahrscheinlichkeit den Weg in die teure Hospitalisierung von verschlimmerten Krankheitsverläufen. Für Deutschland wurde der Verteuerungseffekt ungenügender Zugänge zur Primärversorgung bereits nachgewiesen¹², ebenso für Schweden und Griechenland.¹³

Daten aus einer Vergleichsstudie: Kosten von Primärversorgung versus Versorgung im Krankenhaus

In einer europäischen Studie zur ökonomischen Analyse der Gesundheitsversorgung von vulnerablen Migrantengruppen – unter ihnen Personen ohne Versicherung – war Österreich (neben Belgien, Italien und Spanien) eines der vier fallbringenden Länder. Ziel der Studie war eine Evaluierung der ökonomischen Kosten von zeitgerechter Primärversorgung im Vergleich zu verspäteter Versorgung von bereits verschlechtertem Krankheitsgeschehen im Spital.¹⁴

Die Studie entwickelte einen innovativen methodischen Ansatz mit der Verwendung von Vignetten. Vignetten sind Kurzbeschreibungen von spezifischen, aus Kernelementen zusammengesetzten Szenarien, die systematisch variiert werden können, um verschiedene mögliche Entwicklungen hypothetisch aufzuzeigen. Ihre Entwicklung basiert auf Primärdaten, der Integration vorliegender empirischer Daten und Forschungsergebnisse sowie auf Expertenmeinungen. Damit illustrieren Vignetten anschaulich die Kernelemente des Themas und liefern robuste und generalisierbare ökonomische Aussagen. Die Kostenanalyse betrachtet direkte medizinische Kosten (Diagnostik und Behandlung), direkte nicht-medizinische Kosten (aufgewendete Zeit und Ressourcen, um Behandlung zu ermöglichen) und indirekte Kosten (Einkommensverlust für Patient bzw. Patientin und Produktivitätsverlust) aus den Perspektiven von Patient, Gesundheitssystem sowie Gesellschaft.

Ergebnisse: Rechtzeitige Integration in Primärversorgung spart Kosten

Insgesamt zeigen die Ergebnisse in allen beteiligten Ländern, dass rechtzeitige Behandlung in der Primärversorgung mindestens die Hälfte und bis zu 100 Prozent der Kosten von Spitalsbehandlung einsparen hilft. Das gilt für alle betrachteten Kostenarten und Perspektiven. Direkt illustriert wird dieses Ergebnis durch einen Fall aus Österreich, der auch zur Konstruktion von Vignetten zum Thema Diabetesversorgung verwendet wurde: Ein 52 Jahre alter, nichtversicherter Drittstaatenangehöriger wird für fünf Tage zur Behandlung in ein Wiener Krankenhaus aufgenommen. Versorgt wird er wegen einer Phlegmone, die im Zusammenhang mit einem diabetischen Fuß als Folge einer nicht behandelten Diabetes-II-Erkrankung aufgetreten ist. Eine Inzision, Spülung und Drainage des Abszesses werden durchgeführt und eine Antibiotikatherapie eingeleitet. Am fünften Tag verlässt der Patient das Krankenhaus gegen Revers. Kontrolluntersuchungen und die Fortsetzung der Antibiotikatherapie werden vereinbart. In den auf den Krankenhausaufenthalt folgenden drei Wochen sucht der Mann zur Weiterversorgung die Krankenhausambulanz acht Mal auf.

Für das Krankenhaus entstehen Behandlungskosten in Höhe von 3.140 Euro; von diesen entfallen fast 90 Prozent auf die stationäre Versorgung, der Rest auf die Nachbehandlung in der Ambulanz. Wären die medizinische Versorgung der Diabetes-Typ-II-Erkrankung in der Primärversorgung erfolgt und die Komplikationen verhindert worden, würden die Behandlungskosten (Hausarzt, Labor, Medikation, Teststreifen) für eine Zeitspanne von zwei Jahren 1.610 Euro betragen.

Primärversorgung wird wiederholt und aktuell als das Rückgrat eines effektiven Gesundheitssystems bezeichnet, das Gesundheit verbessern und Kosten einschränken kann.¹⁵ Dass dies auch und besonders für die Versorgung vulnerabler Patientengruppen gilt, kann hiermit auch empirisch belegt werden. ☘

Literatur:

- ¹ OECD (2015): Migration Policy Debates N°7, September 2015, OECD.
- ² Eurostat (2016) Statistics explained. Asylum quarterly report March 2016. Zugang: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Asylum_quarterly_report. Zugriff: 22.5.2016.
- ³ Eurostat NewsRelease (2016) Asylum in the EU Member States Record number of over 1.2 million first time asylum seekers registered in 2015 Syrians, Afghans and Iraqis: top citizenships 44/2016 4 March 2016.
- ⁴ International Organization for Migration (2015): Irregular migrant, refugee arrivals in Europe top one million in 2015. Dec 22, 2015. Zugang: <https://www.iom.int/news/irregular-migrant-refugee-arrivals-europe-top-one-million-2015-iom>. Zugriff: 22.5.2016.
- ⁵ Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (2015): Picum Quarterly October – December 2015, Brüssel.
- ⁶ EUROPEAN UNION (2010): Consolidated treaties charter of fundamental rights, Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- ⁷ 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.
- ⁸ Council of Europe Parliamentary Assembly (2013): Resolution 1946 (2013) Equal access to health care.
- ⁹ Langlois EV et al (2016): Refugees: towards better access to health-care services, The Lancet, Vol 387, January 23, 2016.
- ¹⁰ CHAFAEA (2016) Conference Program. Conference on Migrants and Health actions funded under the Health Programme 2008-2013 and 2014-2020. Jointly organized by the Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency (Chafea), Directorate General for Health and Food Safety (DG SANTE), Directorate General of Health (DGS) from Portugal, International Organisation for Migration (IOM) -EQUI- HEALTH project and COST ADAPT network as part of the Health Programme dissemination activities 2015.
- ¹¹ KAKuG/Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten StF: BGBl. Nr. 1/1957, § 23.
- ¹² 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, 10(7).
- ¹³ European Agency for Fundamental Rights / FRA (2015): The cost of exclusion from healthcare to migrants in an irregular situation in the EU. Vienna.
- ¹⁴ Trummer U, Novak-Zezula S, Renner A, Wilczewska I (2016): Thematic study on cost analysis of health care provision for migrants and ethnic minorities. Conference on Migrants and Health actions funded under the Health Programme 2008-2013 and 2014-2020, Lisbon, May 12-13, 2016. Zugang: <http://www.chafea-migrants-health-2016.eu/documentation.jsp>. Zugriff: 22.5.2016.
- ¹⁵ Stigler FL (2016): No universal health coverage without primary health care. The Lancet 387(10030): 1811. April 2016



Dr. Ursula Trummer, MSc
Soziologin, Leiterin des Zentrums für Gesundheit und Migration, Wien
ursula.trummer@c-hm.com



Dr. Sonja Novak-Zezula
Soziologin, Managing Director des Zentrums für Gesundheit und Migration, Wien
sonja.novak-zezula@c-hm.com



**Komplettausstatter
für die Physiotherapie**

**Therapiegeräte und Liegen
aus eigener Herstellung**

FREI AG
Am Fischerrain 8
D-79199 Kirchzarten
Tel.: +49(0)7661-93360
Fax: +49(0)7661-933650
info@frei-ag.de
www.frei-ag.de