UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
Direktor Prof. Dr. med. Dr. phil. Martin Härter

Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Migranten ohne Aufenthaltsstatus

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

vorgelegt von:

Anna Kühne
aus Hamburg

Hamburg 2014

Angenommen von der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am:

16.09.2014

Veröffentlicht mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende:

Prof. Dr. M. Bullinger

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in:

Prof. Dr. O. von dem Knesebeck

Prüfungsausschuss, dritte/r Gutachter/in:

Prof. Dr. S. Harendza

„Health is a reflection of a society's commitment to equity and justice."

(People's Health Assembly, 2002)

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung 1

1.1 Illegalisierte Migranten: Definition und Kontext 2

1.1.1 Begriffswahl und Begriffsdefinition 2

1.1.2 Rahmenbedingungen zur Entstehung aufenthaltsrechtlicher Illegalität 4

1.2 Größenordnung der Population illegalisierter Migranten 4

1.3 Soziodemographische Charakteristika der Population illegalisierter Migranten 5

1.4 Exkurs: Juristischer und praktischer Kontext der Lebenswelt von illegalisierten Migranten i

1.4.1 Rechtliche Rahmenbedingungen i

1.4.1.1 § 87 Aufenthaltsgesetz: Übermittlungen an die Ausländerbehörde i

1.4.1.2 § 96 Aufenthaltsgesetz: Einschleusung von Ausländern ii

1.4.1.3 Ärztliche Pflicht zur Hilfeleistung und ärztliche Schweigepflicht ii

1.4.2 Zugang zu medizinischer Versorgung: Rechtsgrundlage ii

1.4.2.1 Juristische Grundlagen gemäß Asylbewerberleistungsgesetz iii

1.4.2.2 Juristische Möglichkeiten im Einzelfall iv

1.4.3 Zugang zu medizinischer Versorgung: die Praxis in Hamburg v

1.4.3.1 Barzahlung der Behandlung in privaten Netzwerken vi

1.4.3.2 Betrug mit Versicherungskarten vi

1.4.3.3 Medibüro vi

1.4.3.4 CASA blanca vii

1.4.3.5 Malteser Migranten Medizin viii

1.4.3.6 Familienplanungszentrum viii

1.4.3.7 Clearingstelle zur medizinischen Versorgung von Ausländern viii

1.5 Gesundheit von illegalisierten Migranten 6

1.5.1 Epidemiologie gesundheitlicher Beschwerden 6

1.5.2 Subjektive Gesundheit illegalisierter Migranten 16

1.5.2.1 Das Konzept Lebensqualität und subjektive Gesundheit 16

1.5.2.2 Subjektive Gesundheit in der Allgemeinbevölkerung 18

1.5.2.3 Subjektive Gesundheit bei Menschen mit Erkrankungen 19

1.5.2.4 Subjektive Gesundheit – Differenzierte Betrachtung in Subgruppen 20

1.5.3 Fremdeinschätzung der Gesundheit illegalisierter Migranten 22
1.5.4 Einfluss der Lebenssituation ‚illegal' auf den Gesundheitszustand 23
1.6 Umgang mit Erkrankung in der Illegalität 27
1.6.1 Behandlungsverzicht und Behandlungsverzögerung 27
1.6.1.1 Umgang mit Erkrankung und Hilfesuche 27
1.6.1.2 Verzögerung des Behandlungsbeginns – Tatsachen 28
1.6.1.3 Verzögerung des Behandlungsbeginns – Ursachen 28
1.6.1.4 Verzögerung des Behandlungsbeginns – Strategien 30
1.6.2 Probleme bei Inanspruchnahme medizinischer Versorgung 31
1.6.2.1 Probleme in der medizinischen Versorgung aus Sicht illegalisierter Migranten 31
1.6.2.2 Probleme in der medizinischen Versorgung aus Sicht der Ärzte 32
1.7 Inanspruchnahme medizinischer Versorgung in der Illegalität 33
1.7.1 Verteilung der Konsultationsanlässe 34
1.7.2 Inanspruchnahme verschiedener Fachgebiete 34
1.7.3 Häufigkeit der Kontakte in ambulanter und stationärer Versorgung 36
1.7.3.1 Inanspruchnahme von Vorsorgeangeboten 36
1.7.3.2 Arztkontakte pro Jahr pro Person 36
1.7.3.3 Krankenhauskontakte pro Jahr pro Person 37
1.8 Zugang zu medizinischer Versorgung – Lösungsansätze 37
1.9 Forschungshindernisse und Forschungslücken 39
1.9.1 Forschungshindernis „Verborgenheit der Population" 39
1.9.2 Forschungshindernis „Angst" 40
1.9.3 Forschungshindernis „Sprache" 40
1.9.4 Forschungslücken 40
1.10 Fragestellung 42
2. Methodik 43
2.1 Hintergrund und Forschungszugang 44
2.2 Ethik 44
2.3 Studiendesign und Stichproben 44
2.3.1 Studiendesign und Stichprobe für Datensatz 1 45
2.3.2 Studiendesign und Stichprobe für Datensatz 2 45
2.3.3 Studiendesign und Stichprobe für Datensatz 3 46
2.3.4 Studiendesign und Stichprobe für Datensatz 4 46
2.4 Durchführung 46

2.4.1 Durchführung der Erhebung für Datensatz 1 ... 46
2.4.2 Durchführung der Erhebungen für die Datensätze 2 und 3 ... 47
2.4.3 Durchführung der Erhebung für Datensatz 4 ... 47
2.5 Variablen und Messinstrumente ... 48
2.5.1 Variablen und Messinstrument im Datensatz 1 ... 48
2.5.1.1 Inhalt ... 48
2.5.1.2 Art der Fragen, Variablenqualitäten und Auswertungsstrategie ... 48
2.5.1.3 Konzeption des Messinstruments ... 50
2.5.2 Variablen und Messinstrument im Datensatz 2 ... 51
2.5.2.1 Inhalt ... 51
2.5.2.2 Art der Fragen, Variablenqualitäten und Auswertungsstrategie ... 51
2.5.2.3 Konzeption des Messinstruments ... 55
2.5.3 Variablen und Messinstrument im Datensatz 3 ... 56
2.5.3.1 Inhalt ... 56
2.5.3.2 Art der Fragen, Variablenqualitäten und Auswertungsstrategie ... 57
2.5.3.3 Konzeption des Messinstruments ... 57
2.5.4 Variablen und Messinstrument im Datensatz 4 ... 58
2.5.4.1 Inhalt ... 58
2.5.4.2 Art der Fragen, Variablenqualität und Auswertungsstrategie ... 59
2.5.4.3 Konzeption des Messinstruments ... 60
2.6 Statistische Auswertung ... 61
3. Ergebnisse ... 63
3.1 Übersicht und Soziodemographie ... 64
3.1.1 Übersicht und Soziodemographie für Datensatz 1 ... 64
3.1.1.1 Übersicht Datensatz 1 ... 64
3.1.1.2 Soziodemographie der Stichprobe 1 ... 66
3.1.2 Übersicht und Soziodemographie für Datensatz 2 ... 68
3.1.2.1 Übersicht Datensatz 2 ... 68
3.1.2.2 Soziodemographie der Stichprobe 2 ... 69
3.1.3 Übersicht und Soziodemographie Datensatz 3 ... 69
3.1.3.1 Übersicht Datensatz 3 ... 69
3.1.3.2 Soziodemographie der Stichprobe 3 ... 70
3.1.4 Übersicht und Soziodemographie Datensatz 4 ... 71
3.1.4.1 Übersicht Datensatz und Datenauswertung ... 71
3.1.4.2 Soziodemographie der Migranten beschrieben durch Ärzte der Stichprobe 4 ... 73

3.2 Ergebnisse zur Fragestellung 1: Wie stellt sich der Gesundheitszustand von Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus dar? ... 74
3.2.1 Epidemiologie gesundheitlicher Beschwerden ... 75
3.2.1.1 Ergebnisse aus Datensatz 1 ... 75
3.2.1.2 Ergebnisse aus Datensatz 3 ... 80
3.2.1.3 Ergebnisse aus Datensatz 4 ... 81
3.2.2 Subjektive Gesundheit von illegalisierten Migranten: Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung ... 82
3.2.2.1 Ergebnisse aus Datensatz 2 ... 82
3.2.3 Subjektive Gesundheit von illegalisierten Migranten: Vergleich mit Menschen mit Erkrankungen ... 89
3.2.3.1 Ergebnisse aus Datensatz 2 ... 89
3.2.4 Subjektive Gesundheit von illegalisierten Migranten: Subgruppenanalyse ... 92
3.2.4.1 Ergebnisse aus Datensatz 2 ... 92
3.2.5 Bewertung des Gesundheitszustandes durch Ärzte ... 97
3.2.5.1 Ergebnisse aus Datensatz 4 ... 97
3.2.6 Veränderung des Gesundheitszustandes während der Illegalität ... 98
3.2.6.1 Ergebnisse aus Datensatz 3 ... 98
3.3 Ergebnisse zu Fragestellung 2: Wie stellt sich der Umgang von Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus mit Erkrankungen dar und welche Probleme bei der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens werden beschrieben? ... 98
3.3.1 Herauszögern ärztlicher Behandlung ... 99
3.3.1.1 Ergebnisse aus Datensatz 3 ... 99
3.3.2 Gründe für Behandlungsverzicht ... 100
3.3.2.1 Ergebnisse aus Datensatz 3 ... 100
3.3.3 Alternative Behandlungsstrategien ... 101
3.3.3.1 Ergebnisse aus Datensatz 3 ... 101
3.3.4 Probleme bei Behandlung illegalisierter Migranten: Perspektive der Migranten ... 101
3.3.4.1 Ergebnisse aus Datensatz 3 ... 101
3.3.5 Probleme bei der Behandlung illegalisierter Migranten: Perspektive der Ärzte ... 103
3.3.5.1 Ergebnisse aus Datensatz 4 ... 103
3.4 Ergebnisse zu Fragestellung 3: Wie stellen sich Art und Umfang der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung durch Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus dar? ... 105

3.4.1 Konsultationsanlässe im Medibüro 105
3.4.1.1 Ergebnisse aus Datensatz 1 105
3.4.2 Facharzttermine vermittelt durch das Medibüro 109
3.4.2.1 Ergebnisse Datensatz 1 109
3.4.3 Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung durch illegalisierte Migranten 113
3.4.3.1 Ergebnisse aus Datensatz 3 113
4. Diskussion 116
4.1 Kritische Anmerkungen zur Methodik 116
4.1.1 Bias und Vergleichbarkeit 116
4.1.2 Methodische Besonderheiten in der Auswertung des SF-12v2 118
4.1.2.1 Vergleichsstichproben 118
4.1.2.2 Gültigkeit des verallgemeinerten linearen Modells 121
4.1.3 Repräsentativität der Stichproben der illegalisierten Migranten 122
4.2 Zusammenfassung der Ergebnisse und Vergleich mit der Literatur 126
4.2.1 Zusammenfassung Fragestellung 1 und Literaturvergleich: Gesundheitszustand 126
4.2.1.1 Epidemiologie gesundheitlicher Beschwerden 126
4.2.1.2 Subjektive Gesundheit von illegalisierten Migranten 143
4.2.1.3 Bewertung des Gesundheitszustandes durch die Ärzte 153
4.2.1.4 Veränderung des Gesundheitszustandes während der Illegalität 154
4.2.2 Zusammenfassung Fragestellung 2 und Literaturvergleich: Umgang mit Erkrankungen und Probleme bei der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems 157
4.2.2.1 Herauszögern ärztlicher Behandlung 157
4.2.2.2 Gründe für Behandlungsverzicht 158
4.2.2.3 Alternative Behandlungsstrategien 160
4.2.2.4 Probleme bei Behandlung illegalisierter Migranten 161
4.2.3 Zusammenfassung Fragestellung 3 und Literaturvergleich: Inanspruchnahme medizinischer Versorgung 168
4.2.3.1 Konsultationsanlässe im Medibüro 168
4.2.3.2 Facharzttermine vermittelt durch das Medibüro 172
4.2.3.3 Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung durch illegalisierte Migranten 181
4.3 Bedeutung der Ergebnisse 184
4.4 Ausblick – Relevanz für Forschung und Praxis 185

5. Zusammenfassung 189
6. Literaturverzeichnis I
7. Abkürzungsverzeichnis XIX
8. Tabellenverzeichnis XXI
9. Abbildungsverzeichnis XXV
10. Anlagen XXVII
10.1 Anlage 1: Infobroschüre der Hamburger Ärztekammer XXVII
10.2 Anlage 2: Selbstdarstellung des Medibüros Hamburg XXVIII
10.3 Anlage 3: Häufige Erkrankungen bei gesetzlich versicherten Patienten XXIX
10.4 Anlage 4: Häufigste Einzelbefunde bei Asylbewerbern in Bremen XXXI
10.5 Anlage 5: Deutsche Normwerte der subjektiven Lebensqualität für den SF-8 ... XXXII
10.6 Anlage 6: Informationsblatt für Migranten im Medibüro XXXIII
10.7 Anlage 7: Messinstrument für Datensatz 1: Dokumentationsbogen des Medibüros ... XXXIV
10.8 Anlage 8: Messinstrument für Datensatz 2, SF-12v2 XXXV
10.9 Anlage 9: Messinstrument für Datensatz 3, Ausführlicher Fragebogen XXXVIII
10.10 Anlage 10: Messinstrument für Datensatz 4, Fragebogen der Ärztebefragung . XLIII
10.11 Anlage 11: Erkrankungs- und Beschwerdekodierung XLVII
10.12 Anlage 12: Datensatz 2: Syntax und Hintergrundmaterial L
10.12.1 Anlage 12: Datensatz 2: SPSS-Syntax zur Auswertung des SF-12v2 L
10.12.2 Anlage 12: Datensatz 2: SPSS-Syntax zur verallgemeinerten linearen Regression mit robusten Schätzern auf Basis der Originalwerte LI
10.12.3 Anlage 12: Datensatz 2: SPSS-Syntax zur linearen Regression auf Basis von transformierten Werten LIV
10.12.4 Anlage 12: Datensatz 2: Punktdiagramm: Einfluss von Alter, Geschlecht und Aufenthaltsstatus auf die rücktransformierten Werte der Summenskalen ... LVI
10.13. Anlage 13: Datensatz 3: Ergebnisse ungekürzt LVIII
10.13.1 Anlage 13: Datensatz 3: Herkunftsländer LVIII
10.13.2 Anlage 13: Datensatz 3: Erkrankungen der Migranten LVIII
10.13.3 Anlage 13: Datensatz 3: Begleiterkrankungen der Migranten LIX
10.13.4 Anlage 13: Datensatz 3: Facharzttermine und Termine bei Therapeuten .. LIX
10.14 Anlage 14: Datensatz 4.:Ergebnisse ungekürzt LX
10.14.1 Anlage 14: Datensatz 4: Stadtteile der Arztpraxen LX
10.14.2 Anlage 14: Datensatz 4: Exemplarische Fallbeschreibung und Kategorisierung LX
10.14.3 Anlage 14: Datensatz 4: Schilderung von Problemen mit Behörden LXIII

10.14.4 Anlage 14: Datensatz 4: Schilderung der Probleme bei der medizinischen ...
Versorgung und Lösungsvorschläge LXIII
10.14.4.1 Strategie der Kodierung LXIII
10.14.4.2 Wörtliche Antworten und Kategorisierung LXIV
11. Danksagung LXVIII
12. Lebenslauf LXIX
13. Eidesstaatliche Erklärung LXXI

1. Einleitung

Migranten* ohne Aufenthaltsstatus existieren nicht in den Daten der Meldebehörden und der Krankenkassen. Jeder Kontakt zu öffentlichen Einrichtungen kann für illegalisierte Migranten eine Meldung an die Ausländerbehörde und konsekutiv die Abschiebung nach sich ziehen und wird entsprechend gemieden (Krieger et al. 2006, S.98; Anderson 2003, S.34; Alt 1999, S.174). Die gesamte Population der illegalisierten Migranten entzieht sich damit systematisch empirischen Erhebungen. Es wird vermutet, dass vorwiegend junge gesunde Menschen die Migration in die Illegalität auf sich nehmen. Es gibt allerdings Hinweise aus der qualitativen Forschung, die auf eine Verschlechterung der Gesundheit während der Illegalität hindeuten (Magalhaes et al. 2010, S.145; Castañeda 2009, S.1558; RKI 2008, S.23-32, 100; MSF 2005a, S.13; Lindert 2003, S.144; Razum, Zeeb und Rohrmann 2000, S.191). Vor dem Hintergrund der negativen sozialen Determinanten, die das Leben in der Illegalität prägen, und dem eingeschränkten Zugang zu medizinischer Versorgung, erscheint eine erhöhte Vulnerabilität der Population und ein damit einhergehender erhöhter Bedarf an präventiver und kurativer medizinischer Versorgung plausibel. Es sind jedoch weder verlässliche Daten zur Qualität des Gesundheitszustandes noch zur Quantität verschiedener Erkrankungen verfügbar. Übliche Indikatoren des Gesundheitszustandes (Lebenserwartung, Müttersterblichkeit etc.) sind nicht zu erfassen und die subjektive Gesundheit als Proxy für den allgemeinen Gesundheitszustand ist bisher in Deutschland nicht an Migranten ohne Aufenthaltsstatus erhoben worden. Die Erkenntnisse zur Verteilung von Erkrankungen und Inanspruchnahme verschiedener medizinischer Fachdisziplinen speisen sich aus qualitativen Untersuchungen und Jahresberichten von Hilfsorganisationen (Malteser Hilfsdienst e. V. Berlin 2004-2010; MDM 2007, 2009; Krieger et al. 2007; Bommes und Wilmes 2007). Sowohl die Qualität des Gesundheitszustandes als auch die Epidemiologie der Erkrankungen bilden notwendige Datengrundlagen für eine sinnvolle Planung von Unterstützungsangeboten. Die vorliegende Dissertation strebt die Generierung und Analyse von Daten zum allgemeinen Gesundheitszustand, der Erkrankungsepidemiologie und der Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung von Migranten ohne Aufenthaltsstatus an. Als Zugang zum Forschungsfeld und Möglichkeit quantitative Daten zu erheben wurde das Medibüro gewählt. Das Medibüro war zum Zeitpunkt der Erhebung die einzige Einrichtung in Hamburg, die fachübergreifende medizinische Versorgung für Migranten ohne Aufenthaltsstatus vermittelte – mit Hilfe eines ehrenamtlich arbeitenden Netzwerks aus Ärzten und Krankenhäusern (Mitrovic 2009, S.161-166; Medizinische Vermittlungs- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und Migranten, 2007, S.24; Kalvelage 2007, S.29).

* Im Folgenden wird aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form gewählt. Die Angaben beziehen sich auf Angehörige aller Geschlechtsidentitäten

Die zusätzliche Erfassung von Handlungsstrategien im Krankheitsfall und eventueller Hindernisse, die den Zugang zu medizinischer Versorgung und die Behandlung erschweren, soll die adäquate Einordnung der Daten zu Gesundheit und Versorgung ermöglichen und eine Datengrundlage schaffen, an der Umfang, Art und Struktur medizinischer Vorsorge und Versorgung für illegalisierte Migranten orientiert sein kann.

1.1 Illegalisierte Migranten: Definition und Kontext

1.1.1 Begriffswahl und Begriffsdefinition

Um Migranten zu beschreiben, die sich in Deutschland ohne legalen Aufenthaltsstatus aufhalten, werden verschiedene Begrifflichkeiten benutzt: Papierlose, heimliche Migranten, illegale Migranten, Illegalisierte oder illegalisierte Migranten, irreguläre Migranten, undokumentierte Migranten, versteckt lebende Migranten und einige Bezeichnungen mehr finden sich in der Literatur (Tolsdorf 2008, S.39-42; Netzwerk Migration in Europa 2006, S.4; Eichenhofer 1999, S.13).

Die in der Literatur verwendeten Begrifflichkeiten beziehen sich nicht immer auf exakt die gleiche Gruppe von Menschen. In der Regel beziehen sich die Begrifflichkeit aber auf eine große gemeinsame Teilmenge. Eine oder mehrere der folgenden Gruppen sind in der Regel mit den o. g. Begrifflichkeiten gemeint:

> „1) Ausländer, bei denen eine zwangsweise Durchsetzung der Ausreisepflicht (Abschiebung) aus tatsächlichen oder rechtlichen Gründen nicht durchgeführt werden kann und denen eine Duldung
> erteilt worden ist. Die Duldung setzt lediglich die Abschiebung aus und begründet kein Aufenthaltsrecht; die betreffende Person bleibt ausreisepflichtig (§ 60a AufenthG).
> 2) Ausländer, die im Ausländerzentralregister als ausreisepflichtig geführt werden, den Behörden bekannt sind und die keine Duldung besitzen.
> 3) Ausländer ohne Aufenthaltstitel und ohne Duldung, die weder im Ausländerzentralregister noch anderweitig behördlich erfasst sind.“ (BAMF 2006, S.24)

In vielen Ländern gibt es den Status der Duldung nicht, internationale Studien beziehen sich in der Regel auf Migranten die sich nicht legal im Land aufhalten (Singleton 2003, S.2). In den großen deutschen Studien werden in der Mehrheit Migranten aus der Gruppe 2) und 3) sowie scheinlegale Migranten untersucht (Krieger et al. 2006, S.49; Schönwälder, Vogel und Sciortino 2004, S.6; Alt 2003, S.22; Alt 1999, S.25). Scheinlegale Migranten sind Migranten, die keinen legalen Aufenthaltstitel besitzen und bei sorgfältiger Kontrolle der gefälschten Papiere mit der Ausweisung rechnen müssen. Die wenigen verfügbaren quantitativen Daten zur Erkrankungsverteilung und Inanspruchnahme von Arztterminen sind in Einrichtungen

gewonnen, die in aller Regel neben den Migranten aus 2), 3) und scheinlegalen Migranten, Menschen aus neuen EU-Ländern mitbehandeln (Malteser Hilfsdienst e. V. Berlin 2004-2010; Malteser Hilfsdienst e. V. Köln 2006-2007; MDM 2007, 2009). Die kleine aber wachsende Gruppe von Migranten aus neuen EU-Ländern gewinnt zunehmend an Bedeutung in der Versorgung von Migranten ohne Krankenversicherung (Frings 2012, S.1; Medibüro Berlin et al. 2012; Huschke und Twarowska 2011, S.55; Medinetz Mainz e. V. 2011).

Migranten aus den EU-Ländern, die 2004 oder 2007 in die EU aufgenommen worden sind, halten sich nach §§ 2-4 FreizügG/EU juristisch nicht (mehr) ‚illegal' in Deutschland auf. Ein Aufenthalt von mehr als drei Monaten war für Abhängigbeschäftigte zum Zeitpunkt der Erhebung nur mit Arbeitserlaubnis oder zur Arbeitssuche gestattet, anderenfalls wird eine Ordnungswidrigkeit nach § 10 FreizügG/EU begangen. Eine Arbeitserlaubnis ist aufgrund der Vorrangprüfung nach § 39 AufenthG für EU-Bürger der neuen Beitrittsstaaten jedoch nur in bestimmten Fällen zu erhalten. Der erschwerte Zugang zum Arbeitsmarkt führt auch dazu, dass es vielen nicht möglich ist, hier eine Krankenversicherung abzuschließen.
Auf Sozialleistungen einschließlich medizinischer Hilfe besteht eingeschränkt Anspruch, Zuständigkeiten sind jedoch nicht in jedem Fall eindeutig geklärt und rechtswidrige Ablehnungen von Sozialleistungen einschließlich medizinischer Hilfe sind beschrieben (vgl. §§ 23 und 48 SGB XII sowie Art. 14 Abs. 3 und Nr. 10 der Erwägungsgründe UnionsRL 2004/38/EG). Die Lebenssituation von Migranten aus neuen EU-Ländern weist Parallelen zur Lebenssituation von illegalisierten Migranten in Deutschland auf. Viele von ihnen müssen mit juristischen Konsequenzen bei Entdeckung rechnen. Sie sind häufig weder in Deutschland noch im Heimatland nicht krankenversichert und haben in Deutschland nur unter bestimmten Voraussetzungen Zugang zu medizinischer Versorgung (Frings 2012, S.1-3, 13-16; Matzke 2012, S.62-68; Huschke und Twarowska 2011, S.55-57; Diakonisches Werk der evangelischen Kirche 2011, S.4, 29, 30, 31). Hinzu kommt die, zum Teil unbegründete, Sorge vor Ausweisung (vgl. §§ 6 und 7 FreizügG/EU). Im Folgenden bezieht sich der Terminus der ‚EU-Migranten' immer ausschließlich auf Migranten aus den neuen EU-Beitrittsstaaten seit 2004, die zum Zeitpunkt der Erhebung den oben genannten Freizügigkeitsbeschränkungen unterlagen, außer die Migranten aus den ‚alten' EU-Ländern werden explizit benannt.

Die Begriffe ‚illegalisierte Migranten', ‚Illegalisierte' und ‚Migranten ohne Aufenthaltsstatus' werden im Folgenden synonym gebraucht und beziehen sich auf die Migranten der Gruppe 2), 3) gemäß der Definition des BAMF (2006, S.24) und scheinlegale Migranten.

Sowohl in den einzigen verfügbaren vergleichbaren Daten zur Erkrankungsverteilung und Inanspruchnahme von Arztterminen, als auch in den, für die Dissertation mit Hilfe des Medibüros, erhobenen Daten finden sich neben den Illegalisierten auch in geringerem

Umfang EU-Migranten. Um die Vergleichbarkeit mit der spärlich vorhandenen Literatur zu gewährleisten, werden diese EU-Migranten nicht aus den erhobenen Daten herausgefiltert, in Rahmen der Auswertung wird jedoch eine Subgruppenanalyse für illegalisierte Migranten und Migranten aus neuen EU-Ländern vorgenommen, um eventuelle Unterschiede aufzudecken.

1.1.2 Rahmenbedingungen zur Entstehung aufenthaltsrechtlicher Illegalität

> „Illegale Migration ist kein chaotisches Phänomen, sondern eingebettet in weltumspannende ökonomische und politische Strukturen, die erhebliche Unterschiede bezüglich der Lebensverhältnisse aufweisen. Allein durch gesetzliche Verbote ist eine Verhinderung illegaler Einreisen und Aufenthalte nicht zu erreichen. Im Gegenteil: Illegale Migration entsteht, wenn Staaten Zuwanderung zwar einschränken, diese Einschränkung aber nicht vollständig durchsetzen können oder wollen." (Cyrus 2004b, S.15)

Nach Lederer (1999, S.53) ist das Phänomen des illegalen Aufenthaltes Folge einer zunehmend restriktiveren Migrationspolitik. Der illegale Aufenthalt ist dabei in der Regel kein starrer Zustand. Menschen ohne Aufenthaltsstatus leben in vielfältigen Lebenssituationen in Deutschland und der Aufenthaltsstatus kann sich während des Aufenthaltes in Deutschland zum Teil mehrfach ändern (Schönwälder, Vogel und Sciortino 2004, S.ii). Dauer und Periodik des illegalen Aufenthalts in Deutschland sind sehr heterogen. Alt unterscheidet zwischen Dauermigranten und Pendelmigranten und fließenden Übergängen zwischen beiden Gruppen (Alt 1999, S.93-97). Der illegale Aufenthalt ist damit ein von den gültigen Rechtsnormen abhängiger Bergriff, der zu verschiedenen Zeiten unterschiedliche Personengruppen treffen kann, abhängig von den jeweiligen Rechtsnormen. Die Mechanismen und Wege, durch die Migranten illegalisiert werden können, sind dabei vielfältig und der Zustand als illegalisierter Migrant muss kein dauerhafter sein.

1.2 Größenordnung der Population illegalisierter Migranten

> „The principle obstacle to give exact numbers of illegal migration is the fact that these migrants will only be registered when they come in contact with the official administration (police, border police, local foreigner's office). But migrants try to prevent this contact at any rate, because as a consequence they will be expelled." (Lederer 1997, S.4)

Lederer (1998, S.4) stellt weiterhin fest, dass die Anzahl der Illegalisierten nicht konstant ist sondern durch Zu- und Abflüsse charakterisiert wird. Illegalisierte sind in den gängigen Statistiken und Surveys nicht zu finden. Sie sind schwer zu identifizieren und zu befragen und durch Stigmatisierung und Kriminalisierung mit Anreizen konfrontiert ihre Illegalität zu verbergen (Schönwälder, Vogel und Sciortino 2004, S.29; Vogel 2003, S.166).

Nach Angaben der Bundesregierung gibt es kein „belastbares Datenmaterial“ zur Population der Illegalisierten (Deutscher Bundestag 2006). Die vorliegenden Schätzwerte basieren auf „intelligentem Raten“ (Alt 2004, S.6). Diese Schätzwerte für die Bundesrepublik Deutschland werden mit 100 000 bis 1 500 000 Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus beziffert (BAMF 2006, S.8; Alt 1999, S.50). Cyrus (2004a, S.33) geht in seinem Bericht für den Sachverständigenrat für Zuwanderung und Integration von 1 000 000 Illegalisierten als realistische Untergrenze aus.

Offizielle Zahlen zur Population der Illegalisierten in Hamburg gibt es nicht (Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg 2006, S.2). Alt (2005, S.2) geht basierend auf den Aufgriffszahlen der Hamburger Polizei und den Schätzzahlen in anderen deutschen Großstädten von 50 000 bis 100 000 Illegalisierten in Hamburg aus. Vogel und Aßner (2009, S.102) formulierten 2009 als unteren Schätzwert 5 816 Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus in Hamburg, als Obergrenze 22 325.

1.3 Soziodemographische Charakteristika der Population illegalisierter Migranten

„Zu ‚Illegalen’ werden Arbeitssuchende, Flüchtlinge, Studierende oder Au Pairs, Kinder und ältere Menschen, die bei ihren in Deutschland ansässigen Familien leben wollen“, beschreiben Schönwälder, Vogel und Sciortino (2004, S.ii) die Gruppe der Illegalisierten. Zudem lebe ein Teil in gewaltförmigen Verhältnissen und weiter ebenda: „Während wir wissen, dass die statuslosen MigrantInnen keine homogene Gruppe sind, haben wir keine verlässlichen Informationen über ihre genauere demographische, soziale und ethnische Struktur.“

Altersstruktur und Kinder in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität

Cyrus (2004a, S.27) kommt zu dem Schluss, dass die Gruppe der Illegalisierten überwiegend zwischen 20 und 40 Jahre alt ist. Schönwälder, Vogel und Sciortino (2004, S.67) beschreiben, ein großer Teil der Population der Illegalisierten wären jüngere Erwachsene. Eine europaweite Untersuchung an 835 Illegalisierten, die medizinische Hilfe suchten, durchgeführt von Médecins du Monde (MDM) (2007, S.15) ergab ein Durchschnittsalter von 34 Jahren, 75% waren zwischen 20 und 44 Jahre alt. In einer Folgestudie, publiziert im Jahr 2009, zeigten 1 125 befragte Illegalisierte in Europa ein Durchschnittsalter von 36 Jahren (MDM 2009, S.8). Die Malteser Migranten Medizin (MMM) Berlin wurde in den Jahren 2003 bis 2009 von über 21 000 Patienten aufgesucht, 87% davon waren unter 50 Jahre alt. 73% der Patienten der MMM Berlin sind illegalisierte Migranten (Malteser Hilfsdienst e. V. Berlin, 2004-2010).

Vogel und Aßner (2009, S.108) gehen davon aus, dass „junge Menschen im Haupterwerbsalter“ die Mehrheit der illegalisierten Migranten in Hamburg stellen. Für Hamburg nehmen sie 240 bis 2 400 Kinder unter 16 Jahre in der Illegalität an (Vogel und Aßner 2009, S.108)

Geschlechterverhältnis in der Illegalität

„Das Geschlechterverhältnis ist abhängig von den Beschäftigungsmöglichkeiten“, so Cyrus (2004a, S.28).
Schönwälder, Vogel und Sciortino (2004, S.34) nehmen an, dass mindestens ein Viertel der Migranten ohne Aufenthaltsstatus Frauen sind. Bei der MMM Berlin zeigte sich ein Geschlechterverhältnis von 3:2, Frauen: Männer (Franz 2003, S.147). Insgesamt leben vermutlich mehr Männer in der Illegalität, es gibt jedoch starke regionale Schwankungen und eine zunehmende Feminisierung der illegalen Migration wird angenommen (Lutz 2005, S.66-67; Cyrus 2004a, S.28). Vogel und Aßner (2009, S.109) konstatierten für Illegalisierte in Hamburg ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis.

Nationale Zusammensetzung in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität

Die nationale Zusammensetzung der Illegalisierten in Deutschland lässt sich aus den vorliegenden Studien nicht rekonstruieren (Schönwälder, Vogel und Sciortino 2004, S.34). Das BAMF beschreibt, dass es einen Zusammenhang zwischen illegaler Migration und legaler Migration gäbe und der Umfang der illegalen Migration abhängig sei von den Möglichkeiten des legalen Aufenthalts für Angehörige der jeweiligen Nationalität (BAMF 2005, S.60; Cyrus 2004a, S.18; Alt 2003, S.270). Der Ausländeranteil in Hamburg beträgt 15%. Den größten Anteil der legalen migrantischen Wohnbevölkerung in Hamburg stellen EU-Bürger (28%), Türken (22%), Serben und Montenegriner (6%), Afghanen (5%), Iraner (3%) und Russen (3%) (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2007, S.1). Entsprechend den Annahmen des BAMF müssten diese Nationalitäten einen entsprechenden Teil der illegalisierten Bevölkerung stellen. Vogel und Aßner (2009, S.109) stellen einen bedeutenden Teil illegalisierter Migranten aus Lateinamerika und Westafrika fest, insbesondere Ghana und Ecuador. Außerdem Türken, Russen, Serben, Montenegriner und Asiaten, insbesondere Inder.

1.4 Exkurs: Juristischer und praktischer Kontext der Lebenswelt von illegalisierten Migranten

Für das Verständnis der vorliegenden Untersuchung, sowie für die Einordnung der Gesundheit illegalisierter Migranten in den lebensweltlichen Kontext, sind Kenntnisse der juristischen Rahmenbedingungen und der konkreten Zugangswege zu medizinischer Versorgung in Hamburg notwendig. Sie sollen deshalb an dieser Stelle dargelegt werden.

1.4.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

1.4.1.1 § 87 Aufenthaltsgesetz: Übermittlungen an die Ausländerbehörde

Die sogenannte Meldepflicht, § 87 Aufenthaltsgesetz (AufenthG), besagt im Wortlaut:

> „Öffentlich Stellen haben unverzüglich die zuständige Ausländerbehörde zu unterrichten, wenn sie in Zusammenhang mit der Erfüllung ihrer Aufgaben Kenntnis erlangen von
> 1. dem Aufenthalt eines Ausländers, der keinen erforderlichen Aufenthaltsstatus besitzt und dessen Abschiebung nicht ausgesetzt ist,
> 2. dem Verstoß gegen eine räumliche Beschränkung“ (§ 87 Abs. 2 AufenthG)

Jeder Kontakt mit öffentlichen Stellen kann entsprechend die Abschiebung bedeuten. Die Auswirkungen treffen alle Bereiche des Lebens von Illegalisierten: Kinder können in staatlichen Schulen nicht eingeschult werden, Arbeitnehmer können ihren Lohn nicht einklagen, Illegalisierte können Gewalttaten nicht zur Anzeige bringen und Sozialleistungen einschließlich medizinischer Notfallversorgung nicht in Anspruch nehmen. Die Übermittlungspflicht medizinischen Personals und öffentlicher Krankenhäuser betreffend stellte das Bundesministerium des Innern fest, dass Ärzte nie übermittlungspflichtig sind, öffentliche Krankenhäuser im Rahmen der Abrechnung allerdings schon (BMI 2007, S.29). So führte bis Oktober 2009 die Abrechnung über AsylbLG spätestens im Rahmen des Gesuchs auf Kostenübernahme an die Sozialbehörde zur Meldung an die Ausländerbehörde, da die Sozialbehörde in jedem Fall meldepflichtig im Sinne § 87 AufenthG war.

Diese Rechtsauslegung hat sich zeitlich nach der vorliegenden Untersuchung mit der am 26.10.2009 veröffentlichten allgemeinen Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz theoretisch verändert. Der verlängerte Geheimnisschutz, der sich aus der ärztlichen Schweigepflicht ableitet, gilt demnach auch für das mit der Abrechnung befasste Personal des Krankenhauses. Alle Daten, die im Rahmen der ärztlichen Schweigepflicht erhoben worden sind, einschließlich Aufenthaltsstatus, dürfen nicht gemeldet werden (BMI 2009, S.349-351).

1.4.1.2 § 96 Aufenthaltsgesetz: Einschleusung von Ausländern

§ 96 Aufenthaltsgesetz stellt die Anstiftung oder Beihilfe zum illegalen Aufenthalt unter Strafe, sofern dies gewerblich geschieht oder wiederholt und zugunsten Mehrerer gehandelt wird. Das Bundesministerium des Innern stellte 2007 jedoch fest, dass medizinische Behandlung nicht unter den Tatbestand der Beihilfe zum illegalen Aufenthalt fällt (Bundesministerium des Innern 2007, S.33). Es gab bisher keinen Fall von Strafverfolgung nach § 96 AufenthG von Ärzten, die medizinische Hilfe für Illegalisierte leisteten (Classen 2008, S.5). Dennoch forderte der 110. deutsche Ärztetag eine ausdrückliche gesetzliche Ausnahmeregelung für diesbezügliche medizinische Hilfe (Bundesärztekammer 2007, S.79).

1.4.1.3 Ärztliche Pflicht zur Hilfeleistung und ärztliche Schweigepflicht

Der Weltärztebund betont explizit die Pflicht, auch Illegalisierten zu helfen (Weltärztebund und Hans-Neuffer-Stiftung 2008, S.343). Bei unterlassener ärztlicher Hilfeleistung können Ärzte zudem strafrechtliche Konsequenzen nach § 323c StGB drohen.
Die ärztliche Schweigepflicht ist zum einen durch § 203 StGB festgelegt, zum anderen in § 9 der Berufsordnung der Bundesärztekammer normiert (Bundesärztekammer 2011a, S.11). Ärzte sind nie meldepflichtig, vgl. Anlage 10.1.

Zusammenfassend sind Illegalisierte bei der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung mit der möglichen Meldung an die Ausländerbehörde konfrontiert und auf Seiten der Ärzte besteht Unsicherheit über die Strafbarkeit des Handelns sowie die Meldepflicht (Ludwig 2008, S.2644-2647; Bundesärztekammer 2006, S.43-44; Alt 2000, S.12).

1.4.2 Zugang zu medizinischer Versorgung: Rechtsgrundlage

Das Recht auf Gesundheit ist ein Menschenrecht. Es ist als solches formuliert im UN-Sozialpakt Artikel 12: „Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn und sie erreichbare höchste Maß an körperlicher und geistiger Gesundheit an“. Auch in der europäischen Sozialcharta von 1961 und in der EU-Grundrechte-Charta wurde das Recht auf Gesundheit verankert. Das Recht auf Gesundheit umfasst nicht das Recht gesund zu sein, es enthält aber den Anspruch auf Zugang zu Gesundheitsversorgung. Der deutsche Staat bekennt sich im Grundgesetz Artikel 1 zur Wahrung der Menschenrechte, in Artikel 2 wird das Recht auf körperliche Unversehrtheit gewährt.

Der Zugang zu Gesundheitsversorgung für Illegalisierte in Deutschland ist stark eingeschränkt und sehr komplex. Mehrere Ärztekammern haben deshalb Handlungsempfehlungen für das Vorgehen bei der Versorgung von Illegalisierten herausgegeben, vgl. Ärtekammer Hamburg 2008 in der Anlage 10.1. Die medizinische Versorgung von Illegalisierten ist in Deutschland wesentlich durch das Asylbewerber-

leistungsgesetz (AsylbLG) geregelt. Das AsylbLG gewährt theoretisch einen – im Vergleich zum Sozialgesetzbuch XII – eingeschränkten Zugang zu medizinischer Hilfe, auch für Illegalisierte. Wird der Anspruch auf Versorgung nach AsylbLG bei Mittellosigkeit geltend gemacht, droht aufgrund der Meldepflicht nach § 87 AufenthG die Meldung und Abschiebung. Wird andererseits auf den Rechtsanspruch verzichtet und die Behandlung auf Privatrechnung zum 2,3-fachen Gebührensatz nach Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) durchgeführt, übersteigt dies in der Regel die finanziellen Möglichkeiten der Betroffenen.

Der weitgehende Ausschluss von offiziellen Zugangswegen zu medizinischer Versorgung wird in der Praxis durch nichtstaatliche Hilfsstrukturen wie z. B. Medibüros/Medinetze oder die MMM notdürftig aufgefangen (Deutsches Institut für Menschenrechte 2007, S.10).
Es folgt die Darstellung der relevanten Zugänge zu medizinischer Versorgung in Theorie und Praxis.

1.4.2.1 Juristische Grundlagen gemäß Asylbewerberleistungsgesetz

Das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) bezieht sich nach § 1 Abs. 1 Nr. 5 AsylbLG auch auf alle ausreisepflichtigen Ausländer einschließlich Illegalisierte, die sich in einer materiellen Notlage befinden. Eine Übernahme der Kosten für medizinische Versorgung ist nach § 4 und § 6 AsylbLG grundsätzlich möglich bei akuter Erkrankung, Schmerzzuständen, bei Schwangerschaft und Geburt, bei zur Sicherung der Gesundheit unerlässlichen Behandlungen sowie amtlich empfohlenen Impfungen und medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen.

Die Leistungen, die unter Berufung auf das AsylbLG an medizinischer Hilfe gewährt werden, sind in ihrem Umfang sehr unterschiedlich.[1] Die Bundesärztekammer kritisiert, das AsylbLG fördere Chronifizierung und das Auftreten von sekundären Erkrankungen. Zudem kämen Ärzte in Konflikt mit der Berufsordnung und ärztlicher Ethik (Bundesärztekammer 2008, S.99).

> „In der Praxis werden die Einschränkungen des § 4 AsylbLG mancherorts rechtswidrig ausgeweitet, indem nur “unabweisbare” oder “lebensnotwendige” Behandlungen gewährt werden. Die nach § 6 AsylbLG zu leistende Behandlung sowie die nach §§ 4 und 6 AsylbLG als “sonstige Leistungen” zu erbringende medizinische Versorgung mit Hilfsmitteln, Prothesen etc. wird häufig rechtswidrig verweigert oder durch langwierige Begutachtungsverfahren verschleppt.“ (Classen 2005, S.91)

1 Vgl. verschiedene exemplarische Gerichtsurteile: VG Mainz 1 L 1062/99.MZ, B.v. 27.10.99, GK AsylbLG § 3 Abs. 2 VG Nr. 3: Bewilligung der Behandlung von multipler Sklerose, VG Gera 6 K 1849/01 GE, U.v. 07.08.03, GK AsylbLG § 4 Abs. 1 VG Nr. 8: Ablehnung Kostenübernahme für Hüftgelenksimplantation stattdessen Kostenübernahme von Opiatbehandlung, OVG Mecklenburg-Vorpommern, 1 O 5/04 1, B.v. 28.01.04, FEVS 2005, 162; EZAR 463 Nr. 12; IBIS M5919, Asylmagazin 1/2005, 45: Ablehnung Kostenübernahme für Nierentransplantation

Neben den limitierten medizinischen Leistungen, die das AsylbLG bietet, kommt bei Illegalisierten ein weiteres Hindernis auf dem Weg zu adäquater medizinischer Versorgung hinzu: Dem Antrag auf Kostenübernahme nach AsylbLG beim zuständigen Sozialamt folgte regelmäßig die Meldung an die Ausländerbehörde (vgl. § 87 AufenthaltsG) und die Abschiebung. Die Übermittlung von Patientendaten an die Ausländerbehörde ist durch die Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz vom 26.10.2009 nicht mehr vorgesehen, die Umsetzung in der Praxis ist bisher sehr variabel und unzureichend (Müller-Tribbensee und Kühne 2010, S.10; Bundesministerium des Innern 2009, S.349-351).

Für Behandlungen, die keine Notfallbehandlungen darstellen, müssten die Migranten im Vorfeld die Kostenübernahme durch das Sozialamt entsprechend AsylbLG klären. Illegalisierte werden dann schon vor der Behandlung der Ausländerbehörde gemeldet und gegebenenfalls abgeschoben.

Bei Notfallbehandlungen kann der Antrag auf Kostenübernahme analog § 25 SGB XII nach Behandlungsbeginn erfolgen und auch durch Dritte gestellt werden, sofern der Migrant selbst nicht in der Lage dazu ist (Classen 2008, S.4). Entsprechend erfolgt bei Notfallbehandlung die Meldung an die Ausländerbehörde erst nach der Behandlung. In der Literatur sind Abschiebungen während der Behandlung direkt aus dem Krankenhaus oder die Verlegung ins Haftkrankenhaus beschrieben (Groß 2002, S.2; Alt 1999b, S.13).
Huschke (2010, S.A1622) kommt im Rahmen ihrer qualitativen Forschung zu dem Schluss:

> „Ob und wie ein undokumentierter Migrant behandelt wird, hängt also weniger davon ab, ob er ein Recht auf Versorgung hat, sondern eher davon, welche Einstellungen und welchen Kenntnisstand die beteiligten Angestellten [des Krankenhauses Anm. d. Verf.] haben – das macht den Gang ins Krankenhaus aus der Sicht der Migranten zu einer Art russischen Roulettes."

In einzelnen Fallkonstellationen, die für die betroffenen Migranten im Vorfeld nicht abschätzbar sind, ist eine Inanspruchnahme ohne Abschiebung möglich. Wird nach erfolgter Notfallversorgung durch das Krankenhaus der Antrag auf Übernahme nach dem AsylbLG an das Sozialamt erst nach Entlassung der Patienten gestellt und ist deren Adresse unbekannt oder nicht der tatsächliche Aufenthaltsort, ist eine Übernahme über AsylbLG theoretisch ohne Abschiebung denkbar (Classen 2008, S.4).

1.4.2.2 Juristische Möglichkeiten im Einzelfall

Duldung aus gesundheitlichen Gründen

Krankheit kann ein vorübergehendes oder dauerhaftes Abschiebehindernis nach §§ 25 und 60 AufenthG darstellen. Selbiges gilt für Schwangerschaften, es kann eine Duldung sechs Wochen vor Geburtstermin bis acht Wochen nach Geburtstermin ausgestellt werden

(Ärztekammer Hamburg 2008). Ein Abschiebehindernis liegt vor, wenn sich der Gesundheitszustand eines Menschen im Heimatland wesentlich verschlechtern würde und dies nicht durch dort zugängliche Behandlung abgewendet werden kann. Der oder die Erkrankte darf sich bei Anerkennung des Abschiebehindernisses solange in Deutschland aufhalten, wie das Abschiebehindernis (die Krankheit) besteht (Ärztekammer Nordrhein 2004, S.1-10).

Gesundheitsversorgung nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Zweck des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz-IfSG) ist es, nach § 1 Abs. 1 IfSG, übertragbaren Krankheiten beim Menschen vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern. Auch Illegalisierten steht die Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Erkrankungen und Tuberkulose nach § 19 IfSG offen, in Einrichtungen, die auf Grundlage des IfSG arbeiten. Das Gesundheitsamt ist zur Kostenübernahme verpflichtet, sofern keine andere Abrechnungsmöglichkeit besteht (vgl. § 19 IfSG).

Unfallversicherung

Bei Arbeitsunfällen können die Behandlungskosten selbst bei illegaler Beschäftigung ohne Aufenthaltsstatus gegenüber der gesetzlichen Unfallversicherung der Berufsgenossenschaften geltend gemacht werden (Ärztekammer Hamburg 2008). Die Versicherungsleistung hängt nicht von individuellen Beitragszahlungen ab, das Vorliegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit ist ausreichend (Röseler und Vogel 1993, S.25). Die der Berufsgenossenschaft vorliegenden Daten werden allerdings von Arbeitsämtern und Zoll zur Ermittlung von Illegalisierten genutzt (Stobbe 2004, S.118-119).

Opferentschädigungsgesetz (OEG)

Nach dem Opferentschädigungsgesetz können auch Menschen Leistungen beziehen, die ohne Aufenthaltsstatus Opfer einer rechtswidrigen Gewalttat in Deutschland geworden sind. Die Leistungen werden allerdings erst gewährt, wenn – z.B. infolge der Gewalttat – ein Aufenthaltsstatus, zumindest eine Duldung erteilt wurde (vgl. § 1 Abs. 5 OEG).

1.4.3 Zugang zu medizinischer Versorgung: die Praxis in Hamburg

Insgesamt fehlt es in Hamburg, wie in ganz Deutschland, neben der Basisversorgung an Zugangsmöglichkeiten bei Notfällen, die sich nicht während der Öffnungszeiten einer der nichtstaatlichen Hilfsstellen ereignen bzw. deren Kapazitäten übersteigen (Bommes und Wilmes 2007, S.76). In der Regel werden von den Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus zur Krankheitsbehandlung Wege außerhalb der gesetzlich zugesprochenen Behandlung gesucht, da die Gefahr von Aufdeckung und Abschiebung groß ist (Arbeitsgruppe Armut und Gesundheit 2001, S.8).

1.4.3.1 Barzahlung der Behandlung in privaten Netzwerken

Als Privatpatient kann sich jeder, einschließlich Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus, bei Ärzten zur Untersuchung und Behandlung vorstellen. Die Abrechnung zum 2,3fachen Satz der GOÄ insbesondere für aufwändige Diagnostik und Therapieverfahren, erschöpfen schnell die finanziellen Ressourcen der illegalisierten Migranten (Krieger et al. 2006, S.102; Müller 2004, S.73).

Bei der Behandlung in eigenen Netzwerken zu ermäßigten Preisen, stellen, laut Rauchfuß (2002, S.30-31), weniger die passende Facharztspezialisierung als vielmehr die Vertrauenswürdigkeit des Arztes das entscheidende Auswahlkriterium dar. Auch die Sprachkompetenz des Arztes ist ein weiteres wichtiges Kriterium für die Arztwahl (Anderson 2003, S.35). In der ambulanten Therapie finden sich zwar häufig Ärzte, die zur Behandlung von Illegalisierten bereit sind, die Abrechnung der Sachkosten (z. B. Labor, Material) stellt jedoch – entweder für die behandelnden Ärzte oder für die Inanspruchnehmenden – ein Problem dar (PICUM 2007, S.41; Anderson 2003, S.36; Alt 1999, S.173).

1.4.3.2 Betrug mit Versicherungskarten

Die Benutzung einer fremden Chipkarte ist vermutlich eine häufig angewandte Strategie. Um zu verhindern, dass der Betrug auffällt, muss der Chipkartenaustausch jedoch gut organisiert sein (Krieger et al. 2006, S.98-99). Die Fremdbenutzung ist sowohl für den Karteninhaber, als auch für den Leihenden mit Risiken verbunden, da medizinische Befunde divergieren und auffallen könnten (Anderson 2003, S.35). Ein Handel mit Krankenversicherungskarten wird mehrfach beschrieben (Bommes und Wilmes 2007, S.78; Anderson 2003, S.24). Der Umfang von Chipkartenbetrug durch Illegalisierte ist unbekannt.

1.4.3.3 Medibüro

In 33 deutschen Städten existieren Büros für Medizinische Flüchtlingshilfe, Medibüros oder Medinetze. Diese Initiativen vermitteln Migranten unabhängig vom Aufenthaltsstatus an ein Netzwerk ehrenamtlich tätiger Ärzte (Medibüro Berlin et al. 2012). Es handelt sich jedoch nach Selbsteinschätzung der Netzwerke um eine Notlösung, die über keine ausreichenden Kapazitäten für adäquate Versorgung verfügt. Ziel bleibt die Integration in die Regelversorgung (Schmidt 2009, S.65; Deutsches Institut für Menschenrechte 2007, S.17; Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin 2006, S.4; Groß 2005, S.20). Obwohl die eigentliche Zielgruppe illegalisierte Migranten sind, ist eine Zunahme an Patienten aus den neuen EU-Mitgliedsländern zu verzeichnen (Huschke 2009, S.70; Medinetz Mainz e.V. 2008, S.1; Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin 2006, S.40).

Die medizinische Vermittlungs- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und MigrantInnen in Hamburg Altona (= medizinische Flüchtlingshilfe Altona = Medibüro Hamburg) wurde 1994

gegründet, arbeitet unabhängig von Kirchen, Parteien und anderen Institutionen und finanziert sich ausschließlich über Spenden. Die Beratungsarbeit erfolgt ehrenamtlich und vertraulich. Das Angebot richtet sich primär an illegalisierte Migranten. In der Vermittlungsarbeit wird auf ein Netzwerk aus Ärzten zurückgegriffen, die sich bereit erklärt haben kostengünstig oder kostenfrei eine bestimmte Anzahl von Migranten, die vom Medibüro an die Praxis oder das Krankenhaus überwiesen werden, zu behandeln.[2] Es stehen allerdings nicht alle Fachrichtungen und viele nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung. Während es mehrere Allgemeinmediziner und Gynäkologen gibt, fehlt es in vielen anderen Bereichen. Dies betrifft insbesondere Zahnärzte, Orthopäden, Pädiater und Psychologen. Psychologische Betreuung ist aufgrund der Langwierigkeit der Behandlung besonders schwer zu organisieren. Vorsorgeuntersuchungen sind im Rahmen des Medibüros fast gar nicht möglich (Mitrovic 2009, S.202; Quentin 2007, S.28; Medizinische Vermittlungs- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und MigrantInnen 2007, S.24). Auch werden nicht alle Migranten erreicht: Während es gute Kontakte in die Lateinamerikanische Community gibt, versorgen andere Communities, vor allem afrikanische, sich wahrscheinlich auch außerhalb des Medibüros mit medizinischer Hilfe (Mitrovic 2009, S.202).
Das Medibüro war Ausgangspunkt für die Untersuchungen im Rahmen der vorliegenden Dissertation.

Das Medibüro übt die Vermittlungstätigkeit während einer offenen Sprechstunde montags von 15 bis 18 Uhr aus. Die Beratung und Vermittlung wird durch zwei ehrenamtliche Mitarbeiter geleistet. Migranten können während der Sprechzeit ohne Termin vorstellig werden. Jede Vorstellung seitens eines Migranten wird in der Arbeitsdokumentation des Medibüros festgehalten. Die Arbeitsdokumentation verbleibt im Medibüro und dient der Gewährleistung einer kontinuierlichen Behandlung bei einem Arzt und der Dokumentation welcher Migrant bei welchem Facharzt aus welchem Grund vorstellig war, um doppelte und unnötige Diagnostik zu vermeiden. Entsprechend der Symptomatik wird telefonisch ein Termin bei einem Arzt im Netzwerk vereinbart. Für Migranten mit Erkrankungen, die eine Operation oder Krankenhausbehandlung erfordern, werden individuelle Absprachen über Durchführung und Preis mit Kliniken im Hamburger Raum getroffen.

1.4.3.4 CASA blanca

Das CASA blanca (Centrum für AIDS und sexuell übertragbare Krankheiten in Altona) umfasst die zentrale Beratungsstelle für sexuell übertragbare Erkrankungen und die AIDS-Beratung. Die Beratung findet auf Grundlage des Infektionsschutzgesetzes statt. Zum Aufgabenbereich gehören: HIV-Test-Beratung, medizinische Untersuchung, Diagnostik und

[2] Vgl. Selbstdarstellung der Medizinische Vermittlungs- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und MigrantInnen unter 10.2 Anlage2

Therapie sexuell übertragbarer Erkrankungen (STD), psychosoziale Beratung der primären Zielgruppen und ggf. deren Weiterleitung in das Hamburger Hilfesystem sowie HIV/AIDS/STD-Prävention. Die Angebote sind anonym, kostenlos und in mehreren Fremdsprachen verfügbar und wenden sich ausdrücklich an Risikogruppen und nicht Versicherte (Freie und Hansestadt Hamburg 2011). Das Angebot der zentralen Beratungsstelle beinhaltet zusätzlich eine gynäkologische Betreuung von illegalisierten Migranten (Nitschke 2005, S.141).

1.4.3.5 Malteser Migranten Medizin

Die erste Anlaufstelle der MMM wurde 2001 in Berlin eröffnet, seither sind in zehn weiteren Städten Anlaufstellen der Malteser für Migranten entstanden (Malteser Hilfsdienst e.V. 2011a). Seit November 2007 gibt es im Hamburger Marienkrankenhaus eine Anlaufstelle, die einmal wöchentlich geöffnet hat und von zwei Ärzten betreut wird. Die Anlaufstelle bietet auch Illegalisierten medizinische Hilfe an (Malteser Hilfsdienst e. V. 2011b).

1.4.3.6 Familienplanungszentrum

Das Familienplanungszentrum ist ein gemeinnütziger Verein, der durch öffentliche Gelder gefördert wird und in Hamburg Beratung zu Verhütung, Schwangerschaft und Geburt sowie sexuell übertragbaren Erkrankungen anbietet. Die Leistungen sind kostenfrei oder gegen geringe Gebühr für alle erhältlich. Das Familienplanungszentrum verfolgt einen interkulturellen Ansatz, Migrantinnen stellen einen großen Anteil der Patientinnen. Die Leistungen des Familienplanungszentrums stehen auch Illegalisierten zu Verfügung (Familienplanungszentrum Hamburg e.V. 2011).

1.4.3.7 Clearingstelle zur medizinischen Versorgung von Ausländern

Im Februar 2012 eröffnete in Hamburg die Clearingstelle zur medizinischen Versorgung von Ausländern. Die Clearingstelle ist aus städtischen Geldern mitfinanziert und hat zum Ziel, Migranten bei der Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung zu unterstützen, Abrechnungsmöglichkeiten zu klären und gegebenenfalls über einen Notfallfonds Versorgung im Umfang des AsylbLG §§ 4 und 6 finanziell zu unterstützen (Pressestelle der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration Hamburg 2012).

1.5 Gesundheit von illegalisierten Migranten

„Der ‚Healthy migrant effect', der Effekt, dass insbesondere besonders gesunde Menschen migrieren, ist bei der Migration in Unsicherheit besonders deutlich. Die Lebenssituation, insbesondere die Arbeits- und Wohnsituation, kann jedoch zu einem spezifischen Risikoprofil führen. So kann vermutet werden, dass sich Gesundheit und Krankheit in der Illegalität darstellen als:

- Folgen genereller Unsicherheit und von Belastungssituationen.
- Resultat der Arbeitsbedingungen [...].
- Resultat der Lebensbedingungen (Fehlernährung, Parasiten, Infektionen).
- Bedingt durch die Epidemiologie der Herkunftsländer. [...]
- Folgen sexueller Risiken (ungeplante Schwangerschaften, sexuell übertragbare Erkrankungen)." (Lindert 2003, S.144)

Die Gesundheit von Illegalisierten wird im Folgenden zunächst mit Hilfe der verfügbaren Informationen zur Krankheitsverteilung und zur Bedeutung einzelner Erkrankungsgruppen soweit möglich beschrieben. Im Anschluss wird der Forschungsstand zum Gesundheitszustand durch die verfügbaren Daten zur subjektiven Gesundheit und durch Fremdeinschätzungen der Gesundheit dargestellt, zudem wird dem möglichen Einfluss der Lebenssituation in der Illegalität auf die Gesundheit nachgegangen.

1.5.1 Epidemiologie gesundheitlicher Beschwerden

Die ‚Platform for international cooperation on undocumented migrants' (PICUM) beschreibt das Spektrum der Erkrankungen, die illegalisierte Migranten betreffen als „similar to that of other western European populations." (PICUM 2001, S.37)

Die gesetzliche Krankenversicherung Barmer GEK (2011) veröffentlicht jährlich einen Gesundheitsbericht über die häufigsten Erkrankungsgründe für Arbeitsunfähigkeits-bescheinigung (AU-Bescheinigung) bei Männern und Frauen im Vergleich. Die Untersuchung der Barmer GEK gibt keinen Aufschluss über den Anteil von Migranten oder häufige Erkrankungen in selbiger Subpopulation. Sie stellt jedoch Informationen zu Verfügung, wie Erkrankungen in der durchschnittlichen arbeitenden Bevölkerung in Hamburg verteilt sind, vgl. Tabelle 1.

Tabelle 1: Reproduziert von Barmer GEK (2011, S.74): AU-Fälle je 100 Versicherungsjahre nach Krankheitsarten und Geschlecht, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert

ICD10-Diagnosekapitel	Hamburg			Bundesweit		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	10,6	12,3	11,3	11,3	12,3	11,7
Neubildungen	1,0	1,8	1,3	1,4	2,0	1,6
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	0,4	0,6	0,5	0,6	0,7	0,6
Psychische u. Verhaltensstörungen	5,3	9,1	6,8	4,6	7,7	5,8
Krankheiten des Nervensystems	2,1	3,1	2,5	2,0	3,4	2,6
Krankheiten des Auges	0,9	1,1	1,0	1,3	1,3	1,3
Krankheiten des Ohres	1,1	1,6	1,3	1,3	1,6	1,4
Krankheiten des Kreislaufsystems	2,6	2,4	2,5	3,2	3,0	3,1
Krankheiten des Atmungssystems	29,6	38,2	33,2	29,6	37,7	33,0
Krankh. des Verdauungssystems	11,7	13,2	12,3	13,5	14,6	14,0
(davon K00-K14 Krankh. d. Mundhöhle, Speicheldrüsen u. d. Kiefer)[1]	*(3,6)*	*(4,3)*	*(3,9)*	*(4,6)*	*(5,3)*	*(4,9)*
Krankheiten d. Haut u. Unterhaut	1,5	1,3	1,4	1,8	1,5	1,7
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	15,9	13,1	14,7	18,3	14,9	16,9
Krankheiten des Urogenitalsystems	1,3	4,1	2,5	1,4	4,9	2,8
Schwangerschaft, Geburt	-	2,1	0,9	-	2,6	1,1
Verletzungen, Vergiftungen u. best. andere Folgen äußerer Ursachen	10,4	7,4	9,2	12,6	7,6	10,6
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	5,1	7,2	6,0	5,0	7,3	6,0
Sonstige	0,7	1,4	1	0,7	1,4	0,9
Alle Diagnosen	100,7	120,6	109,0	108,9	125,2	115,7

[1] Hinzugefügt aus Barmer GEK 2011, S.102

Junge Erwachsene zwischen 25 und 39 Jahren, die bei der Barmer GEK versichert sind, sind am häufigsten von folgenden Erkrankungen betroffen: Bei Männern sind die häufigsten

gesundheitlichen Probleme Rückenschmerzen und akute respiratorische Infekte, außerdem sind neben akuten und infektiösen Erkrankungen auch chronische Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen sowie depressive und somatoforme Störungen zunehmend. Bei Frauen stellen gynäkologische Probleme, mit sehr großem Abstand die häufigsten Behandlungsanliegen dar, gefolgt von Rückenschmerzen, Beschwerden der oberen Atemwege und psychischen Beschwerden, vgl. Abbildung 23 und Abbildung 24 in der Anlage 10.3.

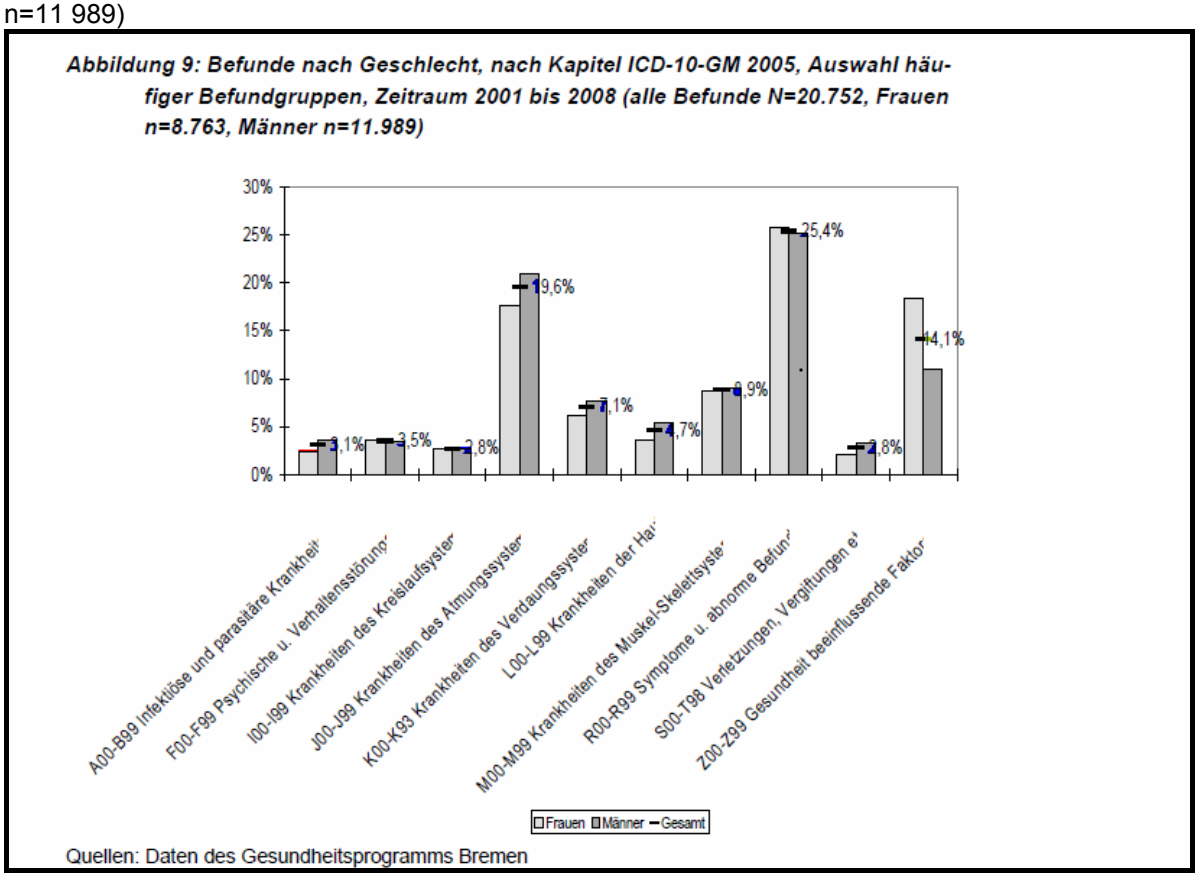
Aus der Gesundheitsberichterstattung ist bekannt, dass Migranten allgemein nicht kränker sind als die übrige Bevölkerung und im Wesentlichen von den gleichen Erkrankungen betroffen sind (RKI 2008, S.129). Sie sind jedoch besonderen Risiken ausgesetzt und die Erkrankungshäufigkeiten einiger Krankheiten unterscheiden sich abhängig von der betrachteten Subpopulation und dem Migrationshintergrund:

> „Hierzu gehören insbesondere: Erkrankungen des Halte- und Bewegungsapparates, oft durch berufsbedingte, starke körperliche Belastungen; Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems; Diabetes; chronische Erkrankungen der Atemwege, oft im Zusammenhang mit Rauchen und/oder beruflichen Belastungen; Unfälle, insbesondere Arbeitsunfälle; Erkrankungen durch Gebrauch abhängig machender Substanzen. […]
> Darüber hinaus sind Menschen mit Migrationshintergrund spezifischen Gesundheitsrisiken ausgesetzt, die bei Deutschen ohne Migrationshintergrund nicht oder nur in Ausnahmefällen vorkommen:
>
> - psychosoziale Belastungen durch Trennung von der Familie
> - psychosoziale Belastungen durch Fremdenfeindlichkeit
> - politische Verfolgung oder Folter im Herkunftsland.“ (RKI 2008, S.129)

Migranten sind Krankschreibungen wegen Arbeitsunfähigkeit zufolge häufiger als Deutsche von Krankheiten des Muskel-, Bindegewebe- und Skelettsystems betroffen, von psychiatrischen Erkrankungen, von als unklar bezeichneten Erkrankungen, von Herz-Kreislauferkrankungen und von Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt (RKI 2008, S.42). Die Häufigkeit von Arbeitsunfällen ist bei Ausländern und insbesondere bei Männern deutlich erhöht im Vergleich zu Deutschen (RKI 2008, S.47-49).

Eine umfassende quantitative Untersuchung an über 20.000 Asylbewerbern (Altersmedian 24 Jahre) im Rahmen des Bremer Gesundheitsprogrammes für Asylsuchende kommt zu folgender Krankheitsverteilung (Jung und Hilbert 2011, S.49):

Abbildung 1: Reproduziert von Jung und Hilbert (2011, S.49): Befunde nach Geschlecht, Auswahl häufiger Befundgruppen, Zeitraum 2001 bis 2008 (alle Befunde n=20 752, Frauen n=8 763, Männer n=11 989)



Die Diagnosen wurden durch Ärzte während der Sprechstunden in der zentralen Erstaufnahmestelle und den Gemeinschaftsunterkünften gestellt (Jung und Hilbert 2011, S.29-31). Am häufigsten zeigten sich unspezifische Befunden oder solche, die mit den eingeschränkten diagnostischen Möglichkeiten im Rahmen des Programmes nicht genauer eingeordnet werden konnten. In der Diagnosegruppe R00-R99 finden sich dabei vorwiegend Schmerzsyndrome. Kopfschmerzen, die darunter subsumiert werden, stellen die häufigste Diagnose überhaupt dar mit 17,2% aller Diagnosen. Weitere häufige Schmerzsyndrome sind Bauch und Brustschmerzen (Jung und Hilbert 2011, S.49, S.56). Die unspezifischen Symptome als häufigste Beschwerden wurden gefolgt von der Erkrankungsgruppe der Atemwegsbeschwerden. Dabei handelte es sich vorwiegend um akute Infektionen der oberen Atemwege (Jung und Hilbert 2011, S.8).

Insgesamt legen mehrere Studien die Vermutung nahe, dass die Krankheitsverteilung bei illegalisierten Migranten nicht anders ist als bei anderen Patienten derselben Altersgruppe, auffällig ist lediglich der fortgeschrittenere Krankheitsverlauf – bedingt durch schlechten Zugang zu Präventionsmaßnahmen und zu medizinischer Versorgung (Castañeda 2009, S.1559; Krieger et al. 2007, S.97-98; Bommes und Wilmes 2007, S.66; Deutsches Institut für Menschenrechte 2007, S.16).

Einige Anhaltspunkte zur Erkrankungsverteilung bei Migranten ohne Aufenthaltsstatus bieten die Jahresberichte von verschiedenen Nichtregierungsorganisationen. Diese Daten rekrutieren sich vor allem aus den Dokumentationen der MMM sowie einigen überregionalen Studien von Médecins du Monde (MDM). MDM (2009, S.14-40, 82) untersuchten in 31 europäischen Städten mehr als 1 000 Illegalisierte in unterschiedlicher Einrichtungen von MDM in ganz Europa. Die aus den verschiedenen Einrichtungen zusammengefasste Krankheitsverteilung präsentiert sich wie folgt:

Abbildung 2: Reproduziert von MDM (2009, S.82): Krankheiten bei Illegalisierten in Europa. n=1 136

58- Häufigkeit der Krankheiten und gesundheitlichen Probleme innerhalb der befragten Bevölkerungsgruppe– dargestellt anhand des betroffenen Organsystems bzw. medizinischen Diagnosefelds (in%)

Organsystem	%	Krankheit / Gesundheitsproblem	%	Organsystem	%	Krankheit / Gesundheitsproblem	%
Bewegungs-apparat	19,13	Andere muskuloskelettäre Symptome/Beschwerden	6,94	Infektions-erkrankungen	6,39	Virushepatitis	1,51
		Hals-, Rücken-, untere Rückensymptome/-beschwerden	5,34			Harnwegs-/Niereninfekte	0,89
		Traumata	2,94			Unspezifische infektiöse Krankheiten	0,71
		Andere Erkrankungen des Bewegungsapparates	2,58			Hautinfektionen	0,71
		Rückensyndrom	1,33			Augeninfektionen	0,62
Psychologische, Psychische Gesundheit	16,29	Angst-Stress-Somatische Störungen	4,72			HIV??	0,44
		Depressives Syndrom	4,36			Ohrinfektionen	0,44
		Drogenmissbrauch	4,00			Tuberkulose	0,44
		Andere psychologische Probleme	2,14			Gastrointestinale Infektionen	0,36
		Alkoholmissbrauch	0,98			Sexuell übertragbare Krankheiten bei der Frau	0,27
		Tabak- und Medikamentenmissbrauch	0,09	Endokrin, Ernährung	7,37	Diabetes (insulinpflichtig und nicht insulinpflichtig)	4,00
Verdauungs-system	12,27	Verdauungssymptome/-beschwerden	8,27			Andere Stoffwechselerkrankungen	1,60
		Andere Erkrankungen des Verdauungssystems	3,38			Übergewicht, Adipositas	1,33
		Ulkuserkrankungen	0,62			Stoffwechselsymptome/-beschwerden	0,44
Atmungsorgane	11,13	Infektionen der oberen Atemwege	2,94	Neurologisch	6,05	Neurologische Symptome/Beschwerden	4,18
		Asthma	2,05			Epilepsie	0,98
		Andere Atemwegserkrankungen	2,05			Andere neurologische Erkrankungen	0,89
		Infektionen der unteren Atemwege	1,78	Dermatologisch	5,16	Hautsymptome/-beschwerden	2,05
		Andere Atemsymptome/-beschwerden	1,60			Andere Hautpathologien	1,69
		Husten	0,71			Atopische Dermatitis und Kontaktdermatitis	0,53
Gynäkologisch obstetrisch	9,44	Schwangerschaft und Wochenbett, nicht pathologisch	4,36			Parasitose / Kandidose	0,53
		Symptome/Beschwerden der weiblichen Genitale	2,05			Hautausschläge / Knoten	0,36
		Regelstörungen	1,33	Stomatologisch	3,91	Zahn- und Zahnfleischerkrankungen	3,91
		Andere Erkrankungen der weiblichen Genitale	1,07	Urologisch	2,58	Harnwegssymptome/-beschwerden	1,87
		Schwangerschaft und Wochenbett, pathologisch	0,36			Andere Harnwegs- und nephrologische Harnwegs- und Nierenerkrankungen	0,71
		Symptome/Beschwerden Schwangerschaft, Geburt und Familienplanung	0,18	Auge	1,78	Andere Augenerkrankungen	1,16
		Kontrazeption	0,09			Augensymptome/-beschwerden	0,62
Kardiovaskulär	9,69	Bluthochdruck	4,27	HNO	1,52	Ohrensymptome/-beschwerden	0,98
		Vaskuläre Pathologien	1,69			Nasen-/Nasennebenhöhlensymptome/-beschwerden	0,27
		Andere kardiovaskuläre Erkrankungen	1,42			Andere Ohrenerkrankungen	0,27
		Kardiovaskuläre Symptome/Beschwerden	1,33	Immunhämatologie	1,43	Anämien	0,89
		Herzerkrankungen, Rhythmusstörungen	0,98			Andere Erkrankungen des Immuhämat. Syst.	0,27
Allgemein und unspezifisch	9,16	Allgemeinsymptome/andere Beschwerden	3,11			Sympt. /Beschw. des Immunhämatologiesyst.	0,27
		Unspezifische Erkrankungen	1,42	Männliches Genital	0,98	Andere Geschlechtserkrankungen beim Mann	0,62
		Ängste und Sorgen	1,07			Genitalsymptome/-beschwerden beim Mann	0,36
		Nachsorge	0,71				
		Medikamentöse Behandlungen	0,62				
		Anderer Beratungsanlass	0,44				
		Ärztliche Untersuchung	0,44				
		Zusatzuntersuchungen	0,36				
		Beratung, Zuhören	0,36				
		Geleistete Behandlung	0,36				
		Krebs	0,27				

Die häufigsten Erkrankungen in der vorangegangenen Untersuchung von MDM aus dem Jahr 2007 betrafen den Gastrointestinaltrakt, psychische Gesundheit und muskuloskelettale Beschwerden sowie gynäkologische Probleme bei Frauen. 69,9% der gesundheitlichen Probleme waren chronische Erkrankungen, von denen 30,1% zum Zeitpunkt der Untersuchung behandelt wurde (MDM 2007, S.46).

Daten aus deutschen Einrichtungen, die in ausreichendem Detail zur Verfügung standen und deren Patienten sich zu über 50% aus illegalisierten Migranten rekrutierten, wurden in Abbildung 3 dargestellt. Es handelt sich dabei um die Erkrankungsverteilung, wie sie in den Jahresberichten der MMM publiziert worden ist. Eine detaillierte Auswertung der Einflussfaktoren auf diese Erkrankungsverteilung ist nicht verfügbar.

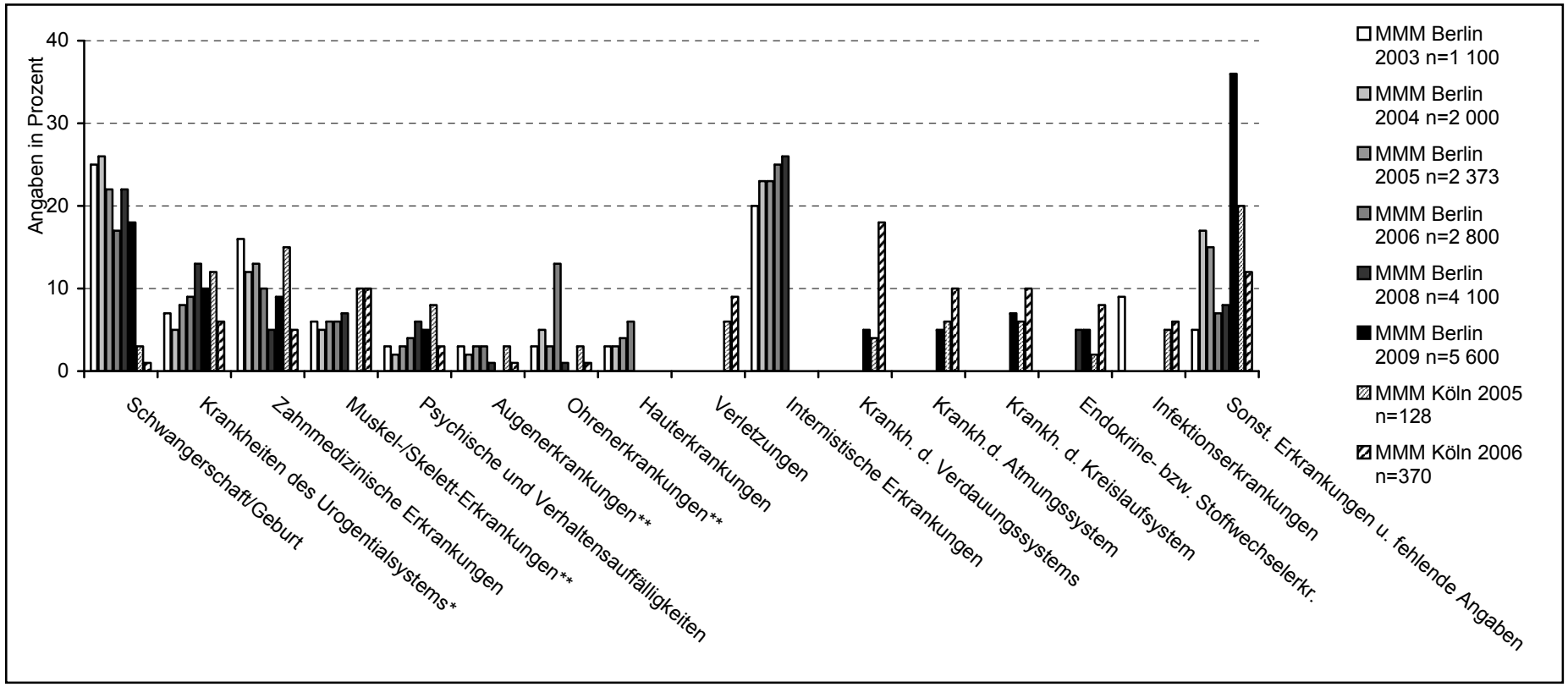
Einigen Erkrankungen und gesundheitlichen Anliegen wird von unterschiedlichen wissenschaftlichen und politischen Initiativen bei Migranten ohne Aufenthaltsstatus ein besonderer Stellenwert zugeschrieben (Krieger et al. 2007, S.97-98; Bommes und Wilmes 2007, S.66). Diese werden im Folgenden dargelegt.

Häufigkeit und Bedeutung von Schwangerschaften

Schwangerschaften sind in den verschiedenen Anlaufstellen von Medinetzen/Medibüros und die MMM unterschiedlich häufig ein Konsultationsgrund. Ob die Medinetze/Medibüros oder die MMM von Schwangeren konsultiert werden, hängt unter anderem davon ab, welche anderen Anlaufstellen, zum Beispiel Gesundheitsamt oder pro familia, für Schwangere in der betreffenden Region verfügbar sind und in welchem Umfang das betreffende Medinetz/Medibüro oder die MMM Schwangeren Hilfe anbieten kann. Die Konsultation wegen Schwangerschaft ist außerdem von der Vernetzung innerhalb der Community und von der Bekanntheit des Hilfsangebotes abhängig (Malteser Hilfswerk e. V. Berlin 2010, S.3). Schwangerschaft und Geburt bedeutet fast immer Kontakt mit dem deutschen Gesundheitssystem oder die Ausreise. Insbesondere für Migrantinnen aus weiter entfernten Ländern bietet die Aus- bzw. Heimreise meist keine Option (Castañeda 2009, S.1556). Castañeda (2009, S.1556) beschreibt weiter „Pregnancy is a precarious time for unauthorized women because of the need to interact with the health care system and state offices, which heightens their visibility and subsequent deportability."

Eine retrospektive Kohortenstudie von Reed et al. (2005, S.102-104) an 5 961 illegalisierten Müttern und 112 943 legalen Müttern in den USA konnte zeigen, dass illegalisierte Schwangere ein signifikant höheres Risiko für Komplikationen während der Geburt haben und weniger Schwangerschaftsvorsorge erfahren haben als andere Frauen.
In einer prospektiven Kohortenstudie von Wolff et al. (2008, S.96-98) in Genf mit 161 illegalisierten Schwangeren und 233 Schwangeren in der Kontrollgruppe war die Proportion ungewollter Schwangerschaften bei Illegalisierten 75,2% und damit signifikant größer als in der Kontrollgruppe mit legalem Aufenthaltsstatus. Der Anteil der Frauen, die während der Schwangerschaft physischer Gewalt ausgesetzt waren, war signifikant größer in der Gruppe der Illegalisierten, die Gesundheitsparameter der Patientinnen und ihrer Neugeborenen waren nicht signifikant unterschiedlich (Wolff et al. 2008, S.98).

Abbildung 3: Krankheitsverteilung bei illegalisierten Migranten (Malteser Hilfsdienst e. V. Berlin 2004-2010; Malteser Hilfsdienst e. V. Köln 2006-2007)[3]



* bei MMM Berlin: 2003 urologische Erkrankungen 1%, gynäkologische Erkrankungen 6%, 2004: gynäkologische Erkrankungen 5%, keine Angaben zu urologischen Erkrankungen, 2005: urologische Erkrankungen 3%, gynäkologische Erkrankungen 5%, 2006: urologische Erkrankungen 3%, gynäkologische Erkrankungen 6%

** bei MMM Köln: 2005: Krankheiten von Augen und Ohren zusammen 5%, hier näherungsweise als 2,5% Auge und 2,5% Ohr aufgeführt; 2006 Krankheiten von Augen und Ohren zusammen 2%, hier näherungsweise als 1% Auge, 1% Ohr aufgeführt

[3] Die Malteser Migranten Medizin Berlin gibt in ihrer Statistik zum Teil medizinische Fachgebiete statt ICD Erkrankungsgruppen an. In den Jahren 2003-2008 werden die internistischen Erkrankungen in der Statistik der MMM Berlin nicht weiter unterteilt. Aus diesem Grunde wurde in der Abbildung eine Kategorie ‚internistische Erkrankungen' den übrigen Kategorien, die sich am ICD-10 orientieren hinzugefügt

Barlow et al. (1994, S.367-370) konnten in ihrer retrospektiven Kohortenstudie an 137 Migrantinnen ohne Aufenthaltsstatus und 1 264 ‚normal' versicherten Frauen auf einer geburtshilflichen Station eines Lehrkrankenhauses in Brüssel zeigen, dass schwere Frühgeburtlichkeit (Geburtsgewicht unter 1 500g) und die perinatale Mortalität bei illegalisierten Migrantinnen ohne Krankenversicherung sechs- bis siebenfach erhöht ist gegenüber einer versicherten Vergleichsgruppe. 18,5% der illegalisierten Patientinnen gebaren ein Kind mit einem Geburtsgewicht von unter 2 500g. Die Rate notfallmäßiger Kaiserschnitte war signifikant höher bei illegalisierten Migrantinnen als in der Vergleichsgruppe und der Erstkontakt mit der Gynäkologie geschah bei 46% der schwangeren Illegalisierten erst zum Zeitpunkt der Geburt. Dabei wurden 11% der Illegalisierten erst bei vollständig eröffnetem Muttermund im Krankenhaus vorstellig, 9,5% erst mehr als 24h nach Blasensprung.
Auch die Übersichtsarbeit von Magalhaes et al., die 24 vorwiegend qualitative Arbeiten auswertete, gibt Hinweise, dass Frauen in der Illegalität ein erhöhtes Risiko für ein Risikoschwangerschaft und Komplikationen während der Schwangerschaft aufweisen (Magalhaes et al. 2010, S.147).

Häufigkeit von Verletzungen

Viele Arbeitsmigranten arbeiten unter Bedingungen, die ein hohes Verletzungsrisiko bergen und gleichzeitig keine Kranken- oder Unfallversicherung bieten (Affronti et al. 2011, S.5; Castañeda 2009, S.1557; Magalhaes et al. 2010, S.146). Krieger et al. (2007, S.102) beschreiben Verletzungen als häufiges Problem bei Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus. Absolute oder relative Zahlen zur Häufigkeit von Verletzungen sind nicht publiziert.

Häufigkeit von psychischen Erkrankungen

In einer deskriptiven Arbeit von Jung und Hilbert (2011, S.62-65) waren 3,5% der festgestellten Erkrankungen bei den über 20 000 Bremer Asylbewerbern psychische Erkrankungen. 20,8% der Frauen und 15,0% der Männer waren davon betroffen. Am häufigsten zeigten sich somatoforme Störungen. Das Bremer Gesundheitsprogramm geht dabei von einer Untererfassung psychiatrischer Diagnosen aus, zum einen aufgrund von unzureichenden Möglichkeiten diese zu diagnostizieren, zum anderen aufgrund von Schwierigkeiten auf Seiten der Betroffenen diese zum Ausdruck zu bringen. Jung und Hilbert (2011, S.62, 63) vermuten, dass ein Anteil der unspezifischen Schmerzsyndrome Ausdruck psychischer Belastung ist.
Schoevers et al. (2009b, S.416), die 100 illegalisierte Migrantinnen in den Niederlanden befragten, stellten fest, dass psychische Erkrankungen eine hohe Prävalenz bei illegalisierten Migrantinnen hatten, aber diese nur selten auf die Frage nach bestehenden Erkrankungen spontan geäußert wurden.

MSF (2005a, S.14) beschreibt in einer deskriptiven Studie an 23 Illegalisierten in Schweden eine zehnfach erhöhte Prävalenz von Depression bei illegalisierten Migranten in Schweden im Vergleich zu schwedischen Staatsbürgern sowie eine neunfach erhöhte Prävalenz von Ängstlichkeit. Mit der Hopkins Symptom Checklist 25 konnte durch MSF gezeigt werden, dass „ein extrem hohes Level an suizidalen Gedanken" bei illegalisierten Migranten zwanzigfach häufiger vorkommt als bei Schweden und doppelt so häufig wie bei legalen irakischen Flüchtlingen in Schweden.

Qualitative Arbeiten bestätigen Stress durch Abschiebeängste und schwere psychosomatische und psychiatrische Erkrankungen, die erst spät präsentiert werden:
Magalhaes et al. (2010, S.145-146) konnten in ihrer Metaanalyse von 24 vorwiegend qualitativen Arbeiten über die Gesundheit Illegalisierter in Kanada zeigen, dass das Leben in der Illegalität die psychische Gesundheit durch ständige Angst vor Abschiebung und soziale Ausgrenzung verschlechtert.
Krieger et al. (2007, S.115) führten qualitative Interviews mit Ärzten und Psychotherapeuten, die beschrieben, dass Illegalisierte sich häufig erst mit schweren psychiatrischen Symptomen und chronifizierten psychischen Erkrankungen an sie wendeten. Häufige Anlässe der Konsultation seien schwere psychosomatische Erkrankungen, Psychosen und Suizidgefährdung. Bei Menschen in der Illegalität träten überdurchschnittlich häufig psychische Erkrankungen in Erscheinung.
Alt (2003, S.156) beschreibt in seiner ebenfalls qualitativen Arbeit eine große psychische Belastung der Illegalisierten durch Stress, bedingt durch Angst und Arbeitsbelastung.

> „Viele Menschen ohne Papiere weisen nach Aussagen der behandelnden Mediziner nicht nur körperliche Erkrankungen sondern auch Symptome psychischer Erkrankungen auf. Diese wollen die Betroffenen selbst meist nicht wahrhaben und sie suchen ihre Ursache in körperlichen Krankheiten." (Bommes und Wilmes 2007, S.86)

Psychiatrische Symptome bei illegalisierten Migranten werden von einzelnen Forschern zum Teil als eigene Entität psychiatrischer Erkrankungen gewertet: Castañeda (2009, S.1558), die Erkrankungen bei 183 illegalisierten Migranten, die eine Anlaufstelle für Illegalisierte in Berlin besuchten, auswertete, beschreibt das „illegal syndrom" als stressbedingte unspezifische körperliche Symptome bei illegalisierten Migranten. Castañeda vermutet eine Unterrepräsentation von psychischen Erkrankungen in ihren Daten. Häufig konsultierten Migranten mit unspezifischen Gesundheitsbeschwerden wie Unwohlsein oder unspezifischen Schmerzen die Anlaufstelle. Sie wurden nicht als psychisch kranke Patienten eingestuft sondern erhielten Behandlung für ihre körperlichen Symptome (Castañeda 2009, S.1558).
Achotegui (2007, S.16, 17, 19) beschreibt bei illegalisierten Migranten das „Ullysses Syndrom", das sich als Depression und Angststörung mit Somatisierung präsentiert.

Häufigkeit von Infektionserkrankungen

Bei den durch Jung und Hilbert untersuchten Asylbewerbern in Bremen waren 11,8% der Frauen und 15,0% der Männer von Infektionserkrankungen betroffen. Am häufigsten handelte es sich um Dermatophytosen. Virushepatitis, Tuberkulose und HIV stellen insgesamt 19 von 20 752 Fällen (Jung und Hilbert 2011, S.52)

PICUM (2001, S.37) beschreibt infektiologische Erkrankungen bei illegalisierten Migranten als Seltenheit. Auch das Deutsche Institut für Menschenrechte (2007, S.16) kommt nach Sichtung einer nicht öffentlichen Fallsammlung durch Ärzte der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit zu dem Schluss, dass Infektionserkrankungen sehr selten sind. Alt hingegen (2003, S.155) beschreibt (ohne quantitative Datengrundlage) eine Zunahme infektiologischer Erkrankungen als „offensichtlich". Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2005, S.16) sieht eine Gefahr für die Allgemeinheit durch ansteckende Erkrankungen, die durch Illegalisierte verbreitet werden könnten. Die MMM Berlin hat im Jahr 2005 9% ihrer Patienten aufgrund von Infektionserkrankungen behandelt, dazu gehörten Infekte der oberen Atemwege, Pilzerkrankungen und Tuberkulose (Malteser Hilfsdienst Berlin 2006, S.4). Eine Untersuchung an 1.758 illegalisierten Migranten in Palermo, die in der Ambulanz des Department of Migration Medicine behandelt wurden, zeigte Infektionserkrankungen als zweithäufigste Krankheitsgruppe, darunter vorwiegend Mykoplasmen und Chlamydienurethritis (Affronti et al. 2011, S.3).

Subgruppenanalysen

Unterschiede in der Verteilung von Erkrankungen in verschiedenen Subpopulationen von Migranten ohne Aufenthaltsstatus können Aufschluss geben über die Notwendigkeit verschiedener Versorgungsangebote in verschiedenen Regionen oder für verschiedene Zielgruppen. Insbesondere unterschiedliche Erkrankungsschwerpunkte bei Männern und Frauen sind dabei aufgrund der Bedeutung gynäkologischer Versorgung von Relevanz. Durch die zunehmende Konsultation der Unterstützungsangebote für illegalisierte Migranten durch Migranten aus neuen EU-Ländern sind eventuelle andere Erkrankungsschwerpunkte wichtige Entscheidungsgrundlagen für die Planung von medizinischer Versorgung.

Über die Verteilung von Erkrankungen bei illegalisierten Männern und Frauen im Vergleich gibt es sehr wenig Datenmaterial. In Ergänzung zu den Daten der GEK (2011, S.74) über die Häufigkeit von AU-Fällen bei Männern und Frauen im Vergleich bietet die Auswertung der Dauer der Krankschreibung durch die GEK (2011, S.78) folgenden Überblick: Frauen wurden länger wegen Neubildungen, psychischen Erkrankungen und Atemwegsbeschwerden sowie urogenitalen Erkrankungen krank geschrieben, während Männer deutlich länger wegen Herzkreislaufbeschwerden, Hautkrankheiten, Verletzungen sowie Muskel- und Skeletterkrankungen der Arbeit fernblieben (GEK 2011, S.78). Jung und Hilbert (2011, S.49,

51) finden in ihrer Untersuchung an Asylbewerbern in Bremen bei Männern mehr Erkrankungen der oberen Atemwege, Zahnerkrankungen, Hauterkrankungen und Erkrankungen des Verdauungstraktes, während Frauen häufiger von Kopfschmerzen betroffen sind, vgl. Abbildung 1 und Abbildung 25 in der Anlage 10.4. Castañeda (2009, S.1556) kommt zu dem Ergebnis, dass Männer sich häufiger als Frauen mit Zahnerkrankungen, Verletzungen und anderen akuten Erkrankungen vorstellen. Migrantinnen suchten die Anlaufstelle am häufigsten wegen Schwangerschaft auf. An zweiter Stelle bei den Frauen standen chronische Erkrankungen.

Über mögliche Unterschiede in der Erkrankungsverteilung zwischen Illegalisierten und Migranten aus neuen EU-Ländern steht keine Literatur zur Verfügung. Die ähnliche Lebenssituation und Betroffenheit durch juristische Konsequenzen der Entdeckung des Aufenthaltes lassen eine vergleichbare Erkrankungsverteilung möglich erscheinen, eine diesbezügliche Analyse bleibt abzuwarten. Zum Zeitpunkt der Fertigstellung der vorliegenden Arbeit lagen keinerlei Untersuchungen hinsichtlich unterschiedlicher Erkrankungsschwerpunkte oder verschiedenen Mustern der Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung vor (Frings 2012, S.1-3, 13-16; Matzke 2012, S.62-68; Huschke und Twarowska 2011, S.55-57; Huschke 2009, S.70; Medinetz Mainz e.V. 2008, S.1; Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin 2006, S.40).

1.5.2 Subjektive Gesundheit illegalisierter Migranten

Die Gesundheit verschiedener Populationen wird in aller Regel durch objektive Indices beschrieben und verglichen. Die gängigen Marker für Gesundheit und Versorgung von Migranten ohne Aufenthaltsstatus sind aufgrund der Verborgenheit der Population nicht erhältlich. Es fehlt sowohl der Zähler als auch die Grundgesamtheit, die den Nenner bilden könnte, für Indices wie Morbidität mit Inzidenz und Prävalenz, Mortalität oder Säuglingssterblichkeit.

In Abwesenheit objektiver Indikatoren stellt die Selbsteinschätzung von Gesundheit eine wertvolle Ergänzung dar zu den absoluten Zahlen, mit denen üblicherweise die Gesundheit von illegalisierten Migranten beschrieben wird.

1.5.2.1 Das Konzept Lebensqualität und subjektive Gesundheit

Lebensqualität wird üblicherweise als das subjektive Befinden einer Person in Bezug auf ihre biopsychosoziale Gesundheit bzw. Krankheit beschrieben (Koller et al. 2009, S.867). Es handelt sich um ein multidimensionales Konstrukt, das körperliches und psychisches Befinden, soziale Beziehungen und funktionale Kompetenz einbezieht (Bullinger und Kirchberger 1998, S.7).

Im Rahmen der WHO-Definition von Gesundheit offeriert die Lebensqualität eine relevante Information über die Gesundheit eines Menschen bzw. einer Subpopulation. Dass Lebensqualität mit Morbidität und Mortalität korreliert, konnte in vielfältigen Studien nachgewiesen werden (Kaplan et al. 2007, S.1543; DeSalvo et al. 2005a, S.1240; DeSalvo et al. 2005b, S.271; Alonso et al. 2004, S.292-293; Fortin et al. 2004, S.55). Stewart et al. (1989, S.911) demonstrierten, dass chronische Erkrankungen die subjektive Wahrnehmung von Gesundheit und damit die Lebensqualität signifikant negativ beeinflussen. Kaplan et al. (2007, S.1543) konnten zeigen, dass eine Selbsteinschätzung von Gesundheit als „good", „fair" oder „poor" mit einer erhöhten Sterblichkeit im Vergleich zu Menschen, die ihre Gesundheit als „very good" oder „excelent" einschätzen, einhergeht. DeSalvo et al. (2005a, S.1240-1241; ebenda 2005b, S.271) konnten feststellen, dass Sterblichkeit, Krankenhauseinweisung und Inanspruchnahme von ambulanter medizinischer Versorgung signifikant mit der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes korreliert. Auch zukünftige Gesundheitsausgaben korrelieren signifikant mit der Antwort auf die Frage „In general, would you say your health is...excellent, very good, good, fair, poor" (DeSalvo et al. 2009, S.444).
Eine Aussage über den Gesundheitszustand zu treffen ist nicht nur für die deskriptive Beschreibung der Gesundheit der Population von Bedeutung, sondern findet auch in der Versorgungsforschung Anwendung. So wird der Erhebung der subjektiven Gesundheit ein großer Stellenwert beigemessen bei der Offenlegung von Erfolgen und Misserfolgen im Bereich der Versorgungsforschung (Koller et al. 2009, S.864). Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen empfiehlt entsprechend zur Evaluation von medizinischen Interventionen Morbidität, Mortalität und Lebensqualität als primäre Endpunkte (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen 2008, S.31). Da objektive Messdaten für Versorgungsqualität von Migranten ohne Aufenthaltsstatus sich der Forschung systematisch entziehen, stellt subjektive Gesundheit bzw. Lebensqualität einen seltenen, verfügbaren Messwert für die Qualität der Versorgung dar.

Subjektive Gesundheit kann durch eine Einzelfrage nach dem allgemeinen Befinden und durch komplexere Messinstrumente erhoben werden. Für das in der vorliegenden Arbeit verwendete Messinstrument, den SF-12v2, konnte Reliabilität und Validität bei der Messung vom Gesundheitszustand sowohl gesunder als auch kranker Menschen mit verschiedenen Krankheiten nachgewiesen werden. Der SF-12v2 erhebt acht Dimensionen subjektiver Gesundheit sowie eine körperliche und eine psychische Summenskala. Die acht Dimensionen von subjektiver Gesundheit sind in der Lage, sowohl eine unterschiedliche Qualität als auch Quantität der Beeinträchtigung zu messen (McHorney et al. 1993, S.253-259; Ware et al. 2002, S.7, S.126-127). Garrat et al. (1994, S.191) konnten zeigen, dass klinische Veränderungen des Gesundheitszustandes einer Patientengruppe mit Hilfe des SF-36, der die Grundlage für den SF-12v2 bildete, reliabel abgebildet werden können. Sowohl

die körperliche Summenskala als such die psychische Summenskalen des SF-12 korrelieren signifikant mit objektiven Daten, die genutzt werden, um Aussagen über den Gesundheitszustand einer Population zu machen. So konnte gezeigt werden, dass die körperliche Summenskala signifikant mit der „all-cause age-adjusted mortality“ korreliert (Burdine et al. 2000, S.892). Gesundheitsbezogene Lebensqualität, gemessen mit dem SF-36, zeigt einen starken inversen Zusammenhang mit Multimorbidität und chronischen Erkrankungen (Fortin et al. 2006, S.86-87; Fortin et al. 2004, S.55; Alonso et al. 2004, S.292-293). Je exakter Multimorbidität gemessen wird, desto deutlicher zeigt sich dieser Zusammenhang nicht nur für die körperliche, sondern auch für die psychische Summenskala (Fortin et al. 2006, S.86-87).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass vielfältige Studien zeigen, dass Menschen, die ihre Gesundheit als schlecht einschätzen, von größerer Morbidität und Mortalität betroffen sind und die Einrichtungen des Gesundheitswesens häufiger in Anspruch nehmen.
„A patient’s perception of his general health is, in turn, a major predictor of his demand for health care in the future, his return to work, and his ultimate health outcome, including his survival.“ (Ware 2002, S.16)

1.5.2.2 Subjektive Gesundheit in der Allgemeinbevölkerung

Es sind US-amerikanische Normwerte für die subjektive Gesundheit – erhoben mit dem SF-12v2 – publiziert, die zum Stichprobenvergleich auch für andere Länder der ersten Welt empfohlen werden (Ware et al. 2002, S.42; Gandek et al. 1998, S.1176). Diese Normwerte ergeben – aufgeschlüsselt nach Geschlecht und Alter – ein differenziertes Bild der ‚normalen’ subjektiven Gesundheit einer Bevölkerung der ersten Welt und werden auch in der vorliegenden Arbeit als Referenzwerte der statistischen Auswertung genutzt, vgl. 2.5.2.

Bundesweite Untersuchungen zur subjektiven Gesundheit der deutschen Bevölkerung mit dem SF-12v2, die direkt vergleichbar sind mit der vorliegenden Erhebung, sind nicht publiziert. Es sind jedoch Daten für den SF-12v1 verfügbar: Im Rahmen des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 (BGS98) wurden 7 124 Personen einer repräsentativen deutschen Stichprobe im Alter von 18 bis 79 Jahren mit dem SF-36 und SF-12v1 zu ihrer subjektiven Gesundheit befragt (Thefeld, Stolzenberg und Bellach 1999, S.S57). Der SF-12v1 wird gewöhnlich nach einem vom SF-12v2 verschiedenen Algorithmus ausgewertet, ist aber mittels komplexer Transformation mit dem SF-12v2 vergleichbar (Ware et al. 2002, S.9-12; Bullinger und Kirchberger 1998 S.65-71). Im Rahmen der vorliegenden Arbeit werden die Daten des SF-12v1 aus dem BGS98 transformiert, ausgewertet und als Vergleichsgruppe genutzt, vgl. 2.5.2.

Normwerte für die deutsche Population sind für den SF-8, eine weitere stark verkürzte Form des SF-36, dessen Dimensionen und Summenskalen dem SF-12v2 ähnlich sind, veröffentlicht worden (Beierlein et al. 2012, S.150). Die Werte sind anhand der gleichen US-amerikanischen Stichprobe wie der SF-12v2 genormt worden und aufgrund der ähnlichen Dimensionen und des ähnlichen Verfahrens der Normierung teilweise mit dem SF-12v2 vergleichbar (Beierlein et al. 2012, S.149; Ware et al. 2002, S.6). Eine vollständige Darstellung der deutschen Normwerte für den SF-8 findet sich in der Anlage 10.5.

Im Sozioökonomischen Panel (SOEP) wurde eine Befragung zur subjektiven Gesundheit mit einem Instrument vorgenommen, das dem SF-12v2 ähnlich ist, ein Vergleich mit dem SF-12v2 ist begrenzt möglich. Die dabei gewonnenen deutschen Daten unterscheiden sich vom SF-12v2 durch die veränderten Fragen und durch die Auswertung basierend auf einer deutschen statt der standardisierten amerikanischen Norm (Nübling, Andersen und Mühlbacher 2006, S.2, 10).

Abbildung 4: Reproduziert von Nübling, Andersen und Mühlbacher (2006, S.7): Normwerte für den SOEP-SF-12v2 für die deutsche Bevölkerung (n=21 248 Teilnehmer)

SOEP-SF12v2 Kennwerte (normiert an SOEP Gesamtbefragte 2004)

Population	*Physical Health (mean (SD))*	*Mental Health (mean (SD))*
Total (N=21248)	50.00 (9.99)	50.00 (10.00)
Gender		
Males (10236)	50.55 (9.72)	51.14 (9.63)
Females (11012)	49.49 (10.22)	48.94 (10.21)
Age groups		
18-24 (2552)	56.62 (6.20)	50.03 (9.37)
25-34 (3021)	55.30 (6.74)	48.89 (9.47)
35-44 (4441)	52.95 (8.02)	49.27 (9.67)
45-54 (4000)	50.28 (8.88)	49.57 (9.79)
55-64 (3267)	46.29 (9.80)	51.18 (10.14)
65-74 (2590)	42.73 (9.57)	51.99 (10.43)
75 + (1377)	38.28 (9.66)	49.46 (11.82)

1.5.2.3 Subjektive Gesundheit bei Menschen mit Erkrankungen

Der Zusammenhang zwischen krankheitsbedingten Einschränkungen und subjektiver Gesundheit ist gut belegt, vgl. 1.5.2.1. Entsprechend ist zu erwarten, dass erkrankte Menschen, ihre Gesundheit schlechter einschätzen als die Allgemeinbevölkerung, die Gesunde und Kranke umfasst. Im BGS98 konnte gezeigt werden, dass Menschen, die in den vergangenen vier Wochen an einer Erkrankung gelitten haben, ihren Gesundheitszustand mit dem SF-36 signifikant schlechter einschätzten als Gesunde. Ein Arztbesuch in den vergangenen vier Wochen beeinflusste die Gesundheitswahrnehmung in gleicher Weise und Quantität, wie die Angabe einer Erkrankung in den letzten vier Wochen. Der signifikante

negative Einfluss von einer Erkrankung bzw. einem Arztbesuch in den vergangenen vier Wochen bleibt nach Adjustierung für Alter, Geschlecht, sozialer Schicht und Ost- bzw. Westdeutschland erhalten (Radoschewski und Bellach 1999, S.S195-197). Die Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) bestätigen eine niedrigere subjektive Gesundheit bei Menschen, die eine oder mehrere chronische Erkrankungen haben. Der Effekt ist ausgeprägter für die körperliche Gesundheit und Unterschiede in der Bewertung der Gesundheit zwischen Männern und Frauen sind bei dem Vorhandensein von chronischen Erkrankungen nicht mehr nachweisbar (Ellert und Kurth 2013, S.644-648).
In den Normdaten der US-amerikanischen Bevölkerung für den SF-12v2 zeigen Menschen mit einer oder mehreren körperlichen Beschwerden eine deutliche Beeinträchtigung der körperlichen und eine weniger ausgeprägte Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit gemessen mit den beiden Summenskalen des SF-12v2 im Vergleich zur durchschnittlichen Bevölkerung (Ware et al. 2002, S.141).

1.5.2.4 Subjektive Gesundheit – Differenzierte Betrachtung in Subgruppen

Subjektive Gesundheit variiert nicht nur entsprechend der psychischen und physischen Mortalität, sondern zeigt zudem Korrelationen mit sozialen Determinanten (Burdine et al. 2000, S.894-896).
Gut belegt ist der Zusammenhang zwischen Geschlecht und subjektiver Gesundheit: Frauen sind eher von schlechterer subjektiver Gesundheit betroffen. Während die körperliche Gesundheit im Alter signifikant abnimmt, sind die Ergebnisse betreffend des Einflusses von Alter auf die psychische Gesundheit variabler: In Untersuchungen mit dem SF-8 in Deutschland zeigte sich eine leichte Verschlechterung der psychischen Gesundheit, in der Untersuchung DEGS1 mit dem SF-36 und der amerikanischen Norm für den SF-12v2 zeigte sich ein leicht positiver Effekt des Alters auf die psychische Gesundheit und in Untersuchungen mit dem SF-36 im BGS98 zeigte sich in der Skala für psychische Gesundheit kaum eine Altersabhängigkeit (Ellert und Kurt 2013, S.648; Beierlein et al. 2012, S.150; Nübling, Andersen und Mühlbacher 2006, S.7-9; Ware et al. 2002, S.82-91; Burdine et al. 2000, S.894; Radoschewski und Bellach 1999, S.S195).

Zusätzlich ist es möglich mit dem SF-12 Unterschiede im Gesundheitszustand auf Bevölkerungsebene zu detektieren. Es besteht eine negative Korrelation zwischen der körperlichen und psychischen Summenskala des SF-12 und nachteiligen sozialen Determinanten wie geringem Haushaltseinkommen, Armut und niedrigem Bildungsgrad (Burdine et al. 2000, 894-896). Menschen mit niedrigem sozialem Status zeigen sowohl im BGS98 als auch in DEGS1 eine herabgesetzte körperliche und psychische Gesundheit (Ellert und Kurth 2013, S.647; Radoschewski und Bellach 1999, S.S195).

Burdine et al. (2000, S.898) fassen zusammen:

> „The SF-12 can be used to measure the current health status of a population or community. The value of a simple, real-time tool for describing the functional health status of communities or populations – a tool that can be linked with risk factor and disease prevalence as well as with utilization and social determinants variables – is substantial, particularly in the planning, implementation, and evaluation of health status improvement initiatives."

Auch in Bezug auf den Migrationshintergrund präsentieren sich Differenzen in der subjektiven Gesundheit: Eine Auswertung von Daten aus dem SOEP 2006 durch Igel, Brähler und Grande zur subjektiven Gesundheit von legalen Migranten in Deutschland zeigte, dass wahrgenommene Diskriminierung die subjektive körperliche und psychische Gesundheit, gemessen mit den Summenskalen des SOEP SF-12v2, signifikant negativ beeinflusst (Igel, Brähler und Grande 2010, S.185)

International sind wenige kleine Studien zur subjektiven Gesundheit von Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus publiziert, sie alle zeigen einen Zusammenhang zwischen subjektiver Gesundheit und der Rechtmäßigkeit des Aufenthaltes: Eine Kohortenstudie von Pikhart et al. (2010, S.405-409) in Tschechien an Migranten, die nach dem Schneeball-Prinzip rekrutiert worden waren, konnte zeigen, dass Migranten (n=159), die arbeits- oder aufenthaltsrechtliche Gesetze verletzen, im Vergleich zu legalen Migranten (n=126) ihre Gesundheit signifikant häufiger schlecht einschätzen (OR 2,07, p=0,003). Der Zusammenhang zwischen subjektiver Gesundheit und Aufenthaltsstatus blieb erhalten, verlor jedoch an Signifikanz beim Adjustieren an die Variablen Alter, Geschlecht und Zufriedenheit mit der Arbeit. Es zeigte sich, dass Frauen und ältere Migranten sowie Migranten, die unzufrieden mit ihrer Arbeit sind, häufiger über einen schlechten Gesundheitszustand klagten.

Cavazos-Regh et al. (2007, S.1127) untersuchten im Rahmen einer prospektiven Kohortenstudie die subjektive Gesundheit von 143 lateinamerikanischen Migranten in den USA, die über Werbung in Kirchen und Gemeindezentren für die Studie gewonnen werden konnten. 56% dieser Migranten beantworteten die Frage, ob sie bei Kontakt mit Staatsbediensteten deportiert werden würden mit ‚Ja' – diese wurden als illegalisierte Migranten eingeordnet. 59% dieser illegalisierten Migranten gaben in der Befragung an, ihre Gesundheit wäre mittelmäßig oder schlecht im Vergleich zu 48% der Migranten, die ein Aufenthaltsrecht haben. Als unabhängigen Risikofaktor für schlechte subjektive Gesundheit identifizierten sie die Angst vor Abschiebung (Cavazos-Regh et al. 2007, S.1129-1130).

Schoever et al. (2009b, S.412) baten in einer deskriptiven Studie 100 illegalisierte Frauen in den Niederlanden um eine subjektive Einschätzung ihrer Gesundheit. 65% werteten ihre

Gesundheit als mittelmäßig oder schlecht. Nur 35% werteten ihre Gesundheit als gut, sehr gut oder exzellent. Zum Vergleich wird der ‚Dutch National Survey of General Practice 2004' herangezogen – 45% der legalen Migranten und nur 19% der holländischen Bevölkerung bewertet ihre Gesundheit als moderat oder schlecht. Abgelehnte Asylbewerberinnen schätzen ihre Gesundheit signifikant häufiger als „poor" ein als Frauen, die sich aus anderen Gründen ohne Papiere in den Niederlanden aufhielten.
Marshall et al. (2005, S.926) untersuchten in einer posthoc Kohortenstudie die Gesundheit von illegalisierten Latinas in den USA. 52,6% der 80 befragten Latinas (Durchschnittsalter 30,3 Jahre), die weder die Staatsbürgerschaft noch ein Aufenthaltsrecht besaßen, bewerteten ihre Gesundheit als „fair" oder „poor" im Vergleich zu 42,1% der 115 befragten legalen Latinas (Durchschnittsalter 35,7 Jahre).
Es gibt keine Untersuchung zur subjektiven Gesundheit von Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland.

1.5.3 Fremdeinschätzung der Gesundheit illegalisierter Migranten

Die MMM in Köln schreibt (Malteser Hilfswerk e. V. Köln 2006, S.6): „Insgesamt ergab sich der Eindruck, dass die Patienten, die sich bei MMM vorstellten, im Durchschnitt deutlich schwerer krank waren, als dies üblicherweise in einer normalen Praxis der Fall ist. Patienten mit leichteren Befindlichkeitsstörungen wurden nur selten beraten." Mehrere Untersuchungen bestätigen, dass die Behandlungsanlässe bei Migranten ohne Aufenthaltsstatus häufiger fortgeschrittene Erkrankungen sind, zum Teil aufgrund von unbehandelten chronischen Erkrankungen, schlecht verheilten unbehandelten Frakturen oder unbehandelten progressiv entzündlichen Erkrankungen (Malteser Hilfsdienst e.V. Berlin 2009, S.3; Krieger et al. 2007, S.102). Die MMM in Berlin behandelt jährlich mehrere tausend Migranten, der weit überwiegende Anteil von ihnen ist ohne Aufenthaltsstatus. Die Jahresberichte zwischen 2003 und 2009 attestieren den Migranten bei schlechterer Gesundheit zu sein als die Patienten einer normalen Arztpraxis (Malteser Hilfsdienst e.V. Berlin 2004-2010). So schreibt das Malteser Hilfswerk e.V. Berlin (2007, S.5): „Die gesundheitlichen Probleme, mit denen Patienten zu MMM kommen, sind ähnlich wie in einer normalen Arztpraxis – nur mit dem Unterschied, dass die Patienten deutlich jünger sind (82 % unter 50 Jahren) und die Erkrankung meist weiter fortgeschritten und somit auch schwieriger zu behandeln ist."

Siddharthan und Ahern (1996, S.357) nutzen zur Einschätzung der Gesundheit von 3683 illegalisierten Migranten, die stationär in den USA behandelt werden mussten, einen „Case Mix Severity Index", der aus der Länge des Krankenhausaufenthaltes, den Diagnosen der Patienten und Anzahl und Art der diagnostischen und therapeutischen Prozeduren berechnet wurde. Die Gesundheit von illegalisierten Migranten war signifikant schlechter als die Gesundheit von Migranten mit Aufenthaltsstatus (Siddharthan und Ahern 1996, S.357-361).

1.5.4 Einfluss der Lebenssituation ‚illegal' auf den Gesundheitszustand

Sowohl die subjektive Gesundheit von illegalisierten Migranten als auch die Einschätzung des Gesundheitszustandes durch Ärzte und Experten legen die Vermutung nahe, dass der Gesundheitsstatus von Illegalisierten eher schlechter ist als der der übrigen Bevölkerung.

Eine einzige Studie fragte bisher die illegalisierten Migranten selbst nach dem Einfluss der aufenthaltsrechtlichen Illegalität auf ihre Gesundheit: MSF (2005a, S.13) fragte 102 Illegalisierte in Stockholm, ob und wie sich ihr Gesundheitszustand während der Illegalität verändert hat. 64,7% der Befragten gaben an, ihre körperliche Gesundheit hätte sich sehr verschlechtert oder verschlechtert. 27,5% antworteten, der körperliche Gesundheitszustand wäre gleich geblieben, 6,9% der Befragten stellten eine Verbesserung der körperlichen Gesundheit fest. 63,7% verspürten eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit. 28,4% stellten fest, ihr psychischer Gesundheitszustand sei gleich geblieben. 5,9% gaben eine Verbesserung an.

Mehrere Untersuchungen deuten auf einen direkten Einfluss der Lebenssituation in der Illegalität auf die Gesundheit hin – dieser Einfluss ist unabhängig von Herkunft und Migrationsgrund und durch die Schwierigkeiten elementare Rechte in Anspruch zu nehmen bedingt (Magalhaes et al. 2010, S.145; Castañeda 2009, S.1558).
Das deutsche Institut für Menschenrechte (2007, S.16) sieht eine Gesundheitsgefährdung durch die Lebens- und Arbeitssituation, die durch den eingeschränkten Zugang zu medizinischer Versorgung zusätzlich aggraviert wird. Auch Bommes und Wilmes (2007, S.73) werten die schwierigen Lebens- und Arbeitsbedingungen als großes gesundheitliches Risiko für Illegalisierte.
Schönwälder, Vogel und Sciortino (2004, S.67) nehmen eine besondere Belastung durch die Migration und die unsichere Lebenssituation an, die eine psychische Belastung darstellt und zu spezifischen psychischen Problemen führt. Brzank, Stahl und Groß (2002, S.274-280) beschreiben die Migrationserfahrung sowie die schwierige Lebenssituation in Deutschland, häufig vergesellschaftet mit sozialer Isolation, als Faktoren die häufig zu psychischen und psychosozialen Problemen bei Illegalisierten führen; die aber gleichzeitig während der Illegalität nur schwer oder gar nicht behandelbar sind.
Das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin (2006, S.22) konstatiert nach 10 Jahren mit 800 bis 1000 vermittelten illegalisierten Migranten pro Jahr, die Lebensumstände und der unzureichende Zugang zu medizinischer Versorgung verschlechtern den Gesundheitszustand: „Leben in der Illegalität macht krank".
Hacker et al. 2011 (S.592) kommen in Fokusgruppen mit 52 Migranten in den USA zu folgendem Ergebnis: "From a physical and emotional perspective, participants noted that fear of deportation exacerbated their chronic diseases such as depression, high blood pressure,

and anxiety while also producing a range of physical symptoms (hair loss, headaches).” Zusätzlich zur Exazerbation von chronischen Erkrankungen kann es zu einer erhöhten Vulnerabilität für weitere Erkrankungen kommen, während der Zugang zu medizinischer Versorgung sich verzögert (ebenda, S.592).

Der Einfluss von Migration auf die Gesundheit ist die Summe eines komplexen Zusammenspiels von protektiven und nachteiligen Effekten und abhängig vom Herkunftsland, Migrationsvorgang und -weg, der Situation im Aufnahmeland sowie individuellen Ressourcen. Migration an sich ist kein krankheitsauslösendes Moment, vielmehr ist die Gesundheit von Migranten durch spezielle Risiken geprägt und in vielen Fällen von negativen sozialen Determinanten beeinflusst. (RKI 2008, S.129; Marschalck und Wiedl 2005, S.17, 18; McKay, Macintyre und Ellaway 2003, S.18).

„Ein Migrationshintergrund beeinflusst die Gesundheit des Einzelnen in doppelter Hinsicht: Einerseits kann sich das Risiko erhöhen zu erkranken. Andererseits kann die Chance auf eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung beeinträchtigt sein.“, schreibt Kohls (2010, S.3) in einer Publikation des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge.
Bei illegalisierten Migranten birgt die prekäre Lebenssituation besondere Gesundheitsrisiken und die Gesundheit ist in vielfältiger Weise von nachteiligen sozialen Determinanten geprägt (Affronti et al. 2011, S.1; Médecins du Monde 2007, S.40; Lindert 2003, S.144). Stobbe (2004, S.119) beschreibt:

> „Sans Papiers in Deutschland sind Gesundheitsrisiken ausgesetzt, von denen andere Bevölkerungsgruppen nicht betroffen sind. Das liegt sowohl an den Kontrollen im Gesundheitswesen und der daraus folgenden ungenügenden medizinischen Versorgung, als auch an der Migrations- bzw. Fluchtgeschichte von Sans Papiers, ihren Arbeitsbedingungen, ihrer Wohnsituation und den psychischen Belastungen wegen der Angst vor Kontrollen.“

Negativen sozialen Determinanten ausgesetzt zu sein, kann eine erhöhte Morbidität, eine verminderte subjektive Gesundheit und eine erniedrigte Lebenserwartung nach sich ziehen (CSDH 2008.S.III). „Social justice is a matter of life and death”, leitet der Abschlussbericht der Commission on Social Determinants of Health der WHO ein (CSDH 2008, S.III). Die Commission on Social Determinants of Health unter der Leitung von Sir Prof. Michael Marmot führt weiter aus:

> “The conditions in which people live and work can help to create or destroy their health – lack of income, inappropriate housing, unsafe workplaces, and lack of access to health systems are some of the social determinants of health leading to inequalities within and between countries.” (CSDH 2006, S.3)

Es erscheint entsprechend naheliegend, dass die Gesundheit von Migranten ohne Aufenthaltsstatus durch das Leben in der Illegalität negativen gesundheitlichen Einflüssen ausgesetzt ist. Quesada, Hart und Bourgois (2011, S.341, 342) identifizieren illegalisierte lateinamerikanische Migranten in den USA als eine von struktureller Gewalt betroffene Gruppe nach Johan Galtung – einer Subpopulation, die von indirekter Gewalt betroffen ist, die sich in repressiven sozialen und politischen Strukturen manifestiert. Die Autoren formen den Begriff der strukturellen Vulnerabilität von illegalisierten Migranten. Strukturelle Vulnerabilität soll ein Indikator sein für gesundheitliche und soziale Nachteile, die durch soziale Ausgrenzung entstehen. Diese strukturelle Vulnerabilität sollte Anlass sein, den Fokus von Gesundheitsförderung bei illegalisierten Migranten weg von individuellem Gesundheitsverhalten hin zu Veränderungen des politischen und sozialen Kontextes zu bewegen (Quesada, Hart und Bourgois 2011, S.345).

Das Konzept des Kohärenzgefühls als zentrale Theorie der Salutogenese nach Antonovsky kann einen weiteren Erklärungsansatz bieten für die Veränderung der Gesundheit während des illegalen Aufenthaltes. Das Kohärenzgefühl (‚Sense of coherence') entsteht durch die Anwendung von Ressourcen, die es ermöglichen auf Stressoren adäquat zu reagieren und auf dem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit möglichst weit von dem Endpunkt ‚Krankheit' entfernt zu bleiben. Das Kohärenzgefühl besteht aus drei Komponenten: ‚Comprehensibility' – dem Gefühl der Vorhersagbarkeit und Verstehbarkeit der inneren und äußeren Welt, ‚Manageability' – dem Gefühl der Handhabbarkeit und der Selbstüberzeugung, dass Probleme lösbar sind und ‚Meaningfulness' – dem Gefühl von Sinnhaftigkeit des Lebens und den daraus erwachsenden Herausforderungen und Problemen. Das Kohärenzgefühl ist im Wesentlichen durch die Fähigkeit interne und externe Widerstandsressourcen zu nutzen geprägt. (Bengel, Strittmatter und Willmann 2001, S.28-34, Antonovsky 1997, S.33-46, Antonovsky 1979, S.106-119).
Ein Leben in Willkür ohne Möglichkeit der Partizipation und Beeinflussung beeinträchtigt dieses Kohärenzgefühl (Antonovsky 1979, S.127, 143). Das Kohärenzgefühl wiederum korreliert eng mit subjektiver Lebensqualität und psychischer Gesundheit (Eriksson und Lindström 2007, S.940; Bengel, Strittmatter und Willmann 2001, S.46). Faltermaier (2005, S.106) beschreibt die Wirkung von Migration auf das Kohärenzgefühl wie folgt:

> „Beim Lebensereignis einer Migration lässt sich erwarten, dass zunächst wichtige Ressourcen fehlen und entsprechend das Kohärenzgefühl zumindest in der Anfangsphase bedroht wird. Das Gefühl der Verstehbarkeit dürfte in der neuen Kultur zunächst verunsichert werden. Die Überzeugung von Kontrollierbarkeit der eigenen Lebensbedingungen kann aufgrund andauernder ungelöster Probleme allmählich erodieren. Das Gefühl der Sinnhaftigkeit sollte zwar bei einer positiven Motivation für die Migration zunächst hoch sein, kann aber auch durch negative Erfahrungen im Gastland allmählich in Frage gestellt werden"

In einer Untersuchung von Behrensen und Groß (2004, S.7) an Asylbewerbern in Osnabrück zeigte sich, dass die Selbstbestimmtheit des Lebens von zentraler Bedeutung für eine gute Gesundheit ist. Das Gefühl einer „allgegenwärtigen Willkür“ (ebenda, S.59) und Unsicherheit sowie der „Verlust der Möglichkeit, die eigene Zukunft zu planen...“ (ebenda, S.63) führe zu einer starken psychischen Belastung.
Eine qualitative Untersuchung über den Einfluss des unsicheren Aufenthaltsstatus auf die Gesundheit von Migrantinnen in der Schweiz zeigte eine deutliche Beeinträchtigung des psychischen Befindens durch den unsicheren Aufenthaltsstatus sowie einen direkten negativen Einfluss auf die körperliche Gesundheit (Hunkeler und Müller 2004, S.64-72). Es konnte ein klarer Zusammenhang zwischen unsicherem Aufenthaltsstatus und schlechterer Einschätzung der subjektiven Gesundheit beobachtet werden (ebenda, S.149). Hunkeler und Müller (2004, S.146, 147, 150) formulieren weiterhin die Hypothese, dass der negative Einfluss auf die Gesundheit durch das Leben in der Illegalität und die damit verbundene unsichere Lebenssituation schlecht durch interne Ressourcen aufgefangen werden können und externe Ressourcen, wie beispielsweise Netzwerke oder Geld, in der Illegalität weniger einfach verfügbar seien. Hunkeler und Müller (2004, S.156) folgern entsprechend:

> „Damit Migrantinnen mit unsicherem Aufenthaltsstatus ihre Situation nicht als gesundheitsschädigend wahrnehmen, müssen Rahmenbedingungen geschaffen werden, die es den Frauen erleichtern, einerseits ihre vorhandenen internen Ressourcen besser zu nutzen und andererseits vermehrt externe Ressourcen aufzubauen.“

Epidemiologische Studien bestätigen die Abnahme des ‚Healthy Migrant’ – Effektes und eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes von Migranten mit der Dauer des Aufenthaltes im Gastland: Zum Einreisezeitpunkt lässt sich bei Migranten in der Regel ein besserer Gesundheitszustand als bei der einheimischen Bevölkerung feststellen. Die wird auf den Selektionsprozess im Rahmen der Migration zurück geführt (RKI 2008, S.23; Razum, Zeeb und Rohrmann 2000, S.191; Lechner und Mielck 1998, S.718). Newbold und Danforth (2003, S.1985), die über Jahre Daten aus dem kanadischen National Population Health Survey auswerteten, konnten zeigen, dass sich der Gesundheitszustand von Migranten in Kanada mit der Dauer des Aufenthaltes kontinuierlich verschlechtert. Zudem erhöht sich die Krankheitslast der Migranten über einen Zeitraum von 10 Jahren von deutlich weniger chronischen Erkrankungen als die Aufnahmegesellschaft auf ein Niveau signifikant über dem der Aufnahmegesellschaft. Auch für Deutschland ist die Abnahme des Healthy Migrant Effektes und die Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit der Dauer der Migration gut belegt (RKI 2008, S.31-32, 100; Lechner und Mielck 1998, S.718, 719).

Bei 770 illegalisierten Migranten, die Médecins Sans Frontiers (MSF) in Italien untersuchte, zeigte sich eine dramatische Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit der Dauer des Aufenthaltes. 30% der untersuchten Migranten wurden während der ersten sechs Monate in Italien krank. Nach eineinhalb Jahren stieg dieser Prozentsatz auf 93% (MSF 2005b, S.5).

1.6 Umgang mit Erkrankung in der Illegalität

Sowohl für die Planung von angemessenen Gesundheitsangeboten für illegalisierte Migranten als auch für eine adäquate Interpretation von Daten zur Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten und den dort präsentierten Erkrankungen ist ein Verständnis für eventuelle spezifische Muster im Umgang mit Erkrankungen und mögliche Barrieren, die sich bei der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung, ergeben, Voraussetzung. Im Folgenden werden deshalb Strategien des Umgangs mit Erkrankungen in der Illegalität und Probleme bei der Behandlung Illegalisierter – soweit bekannt – dargestellt.

1.6.1 Behandlungsverzicht und Behandlungsverzögerung

1.6.1.1 Umgang mit Erkrankung und Hilfesuche

Der Umgang mit Krankheit ist in verschiedenen Modellen beschrieben worden. Siegrist beschreibt in seinem Modell der Hilfesuche, dass die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, als Ergebnis der Symptomwahrnehmung und -bewertung, sich in aufeinanderfolgende Entscheidungsstufen gliedern lässt: 1. Verleugnung und Bagatellisierung/Selbstbehandlung, 2. Mitteilung an wichtige andere Personen, 3. Ratsuche im Laiensystem, 4. Inanspruchnahme des professionellen Gesundheitswesens. Bevor diese Schritte eingeleitet werden, gibt es eine Phase der Symptomtoleranz und -verschleppung (Siegrist 2005, S.35). „Symptomtoleranz und -verschleppung kann oft die Folge sozialer Zwänge sein, da bei einem Prozess des Hilfesuchens von Betroffenen negative Sanktionen befürchtet werden.“ (Siegrist 2005, S.35)

Da die Möglichkeiten der Inanspruchnahme des professionellen Gesundheitswesens für illegalisierte Migranten – wie oben beschrieben – nur eingeschränkt und mit Risiken zugänglich sind, erscheint es naheliegend, dass Krankheiten zunächst verschleppt werden, die Phase der „Symptomtoleranz“ entsprechend lang ist. Das Verhalten im Krankheitsfall ist in der Folge gekennzeichnet durch Selbstbehandlung gefolgt von Hilfesuche innerhalb der eigenen sozialen Netzwerke, der Kontakt zum professionellen Gesundheitswesen wird nach Möglichkeit vermieden (Cerda-Hegerl 2008, S.140; PICUM 2007, S.43).

1.6.1.2 Verzögerung des Behandlungsbeginns – Tatsachen

Médecins du Monde (2007, S.37) beschreiben, dass nur 76% von 517 illegalisierten Migranten in Europa als sie krank waren einen Arzt aufsuchten. In der Folgeuntersuchung im Jahr 2009 hatten 41% der illegalisierten Migranten in den vergangenen 12 Monaten auf eine Behandlung – trotzt Erkrankung – verzichtet. In der Untersuchung von MSF an 102 illegalisierten Migranten beschrieben 46% der Illegalisierten, dass sie medizinische Hilfe benötigten, aber keine in Anspruch genommen haben, abgeschreckt durch reelle und/oder wahrgenommene Hindernisse beim Zugang zu medizinischer Versorgung (MSF 2005a, S.15). Mehrere Studien bestätigen die späte Präsentation von Illegalisierten bei Gesundheitsdiensten. Notwendige medizinische Behandlung wird regelmäßig lange herausgezögert oder abgebrochen (Magalhaes et al. 2010, S.145; Rousseau et al. 2008, S.291; Nitschke 2005, S.133; Cyrus 2004a, S.56). So nehmen beispielsweise Schwangere in der Illegalität medizinische Hilfe regelmäßig erst im letzten Trimenon der Schwangerschaft in Anspruch und bleiben häufig Nachuntersuchungen fern (Castañeda 2009, S.1556; Wolff et al. 2008, S.98; Medinetz Mainz e. V. 2010, S.1). Ärztliche Behandlung wird erst dann in Betracht gezogen, wenn die Arbeitsfähigkeit gravierend eingeschränkt ist oder die Erkrankung lebensbedrohliche Ausmaße annimmt (Bommes und Wilmes 2007, S.73-74). Auch chronische Erkrankungen werden typischerweise erst behandelt, wenn diese akute Beschwerden verursachen, die nicht durch verfügbare Medikamente zu lindern sind (Castañeda 2009, S.1557). Magalhaes et al. (2010, S.146) beschreiben in ihrer Übersichtsarbeit: „...many non-status individuals present themselves at late stages of illness or near death."

> „Mit Zahnerkrankungen, Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten oder Erkältungen kommen die Patienten erst, wenn das Gebiss kaum mehr gebrauchsfähig ist, die Augen halb erblindet sind oder die Erkältung zur Lungenentzündung wurde." (Malteser Hilfsdienst e.V. Berlin 2008, S.5)

1.6.1.3 Verzögerung des Behandlungsbeginns – Ursachen

MSF (2005a, S.15) beschreibt, dass 46,1% von 102 befragten Illegalisierten in Schweden medizinische Hilfe nicht Anspruch genommen haben aus Angst vor Entdeckung (24,5%), dem Gefühl Gesundheitsversorgung nicht in Anspruch nehmen zu dürfen (12,7%) oder Angst vor den Kosten (8,8%).

Schoevers et al. (2010, S.421-428) untersuchten in gemischt qualitativen und quantitativen Studie an 100 illegalisierten Migrantinnen in den Niederlanden die Probleme bei der Inanspruchnahme von medizinischer Behandlung. Sie konnten zeigen, dass Angst, Scham, Unwissenheit, Kosten sowie Verständigungsschwierigkeiten entscheidende Hindernisse sind. Diese werden in der Literatur zahlreich bestätigt:

Angst

Das Auftreten gesundheitlicher Probleme bedeutet in der Illegalität eine existenzbedrohende Situation, in der es gilt abzuwägen, ob die gesundheitlichen Folgen einschließlich Tod oder das Risiko der Statusaufdeckung und Abschiebung in Kauf zu nehmen sind (Krieger et al. 2006, S.98; Anderson 2003, S.34; Alt 1999, S.174). Misstrauen und Angst führen häufig zu verzögertem Behandlungsbeginn (Alscher, Münz und Özcan 2001, S.36). Von langen Wartezeiten bevor ein Arzt aufgesucht wird und großen Schwierigkeiten betreffend die Kontinuität angefangener Behandlung aufgrund von Angst berichten auch Bommes und Wilmes (2007, S.68-74) und Magalhaes et al. (2010, S.146).

Auch Biswas et al. (2011, S.565, 566) konnten in ihrer qualitativen Arbeit über Illegalisierte in Dänemark Angst als primäres Hindernis beim Aufsuchen medizinischer Versorgungseinrichtungen feststellen; zudem sei die Willkür, mit der durch medizinisches Personal entschieden wird, ob Hilfe gewährt wird, eine zentrale Barriere bei der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems. Huschke (2011, S.163) beschreibt in ihrer qualitativen Forschungsarbeit, wie Einzelfälle von Abschiebungen aus Krankenhäusern die Angst bei Arztkontakt in den migrantischen Communities derart verstärken, dass Arztbesuche oder gar Krankenhausaufenthalte nur in Kauf genommen werde, wenn es keine andere Möglichkeit mehr gibt.

Kosten

Zahlreiche nationale und internationale Studien bestätigen die Kosten medizinischer Behandlung als Ursache für die späte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (Magalhaes et al. 2010, S.145-146; Cerda-Hegerl 2008, S.141; Simich et al. 2007, S.372; Médecins du Monde 2007, S.56; Krieger et al. 2006, S.100; Alt 2003, S.150; Berk und Schur 2001, S.155; Alt 1999, S.174). Migranten, die damit rechnen mussten, die Kosten der Behandlung selber zu tragen, haben dreimal so häufig auf eine Behandlung verzichtet wie Migranten, bei denen es einen Kostenträger gab (MDM 2009, S.10). Das Medibüro Berlin berichtet von indizierten Operationen, die aufgrund der Behandlungskosten verspätet oder gar nicht durchgeführt werden konnten (Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin 2006, S.20).

> "Neben dem Entdeckungsrisiko sind es vor allem die zu erwartenden Kosten, die Betroffene davon abhalten, einen Arzt aufzusuchen. Auch aus diesem Grund werden notwendige Untersuchungen nicht angegangen, ambulante Therapien oft nicht zu Ende geführt und sogar bereits angezeigte Operationen nicht in Angriff genommen. […] Die Notwendigkeit, unter allen Umständen Geld verdienen zu müssen, zwingt die Betroffenen ferner, selbst bei Krankheit zu arbeiten oder die Rekonvaleszenzzeiten so gering wie möglich zu halten. Dadurch werden viele Erkrankungen nicht ausgeheilt, Phasen der Abwehrschwäche entstehen und neue Erkrankungen kommen hinzu." (Krieger et al. 2006, S.100-101)

Sprache und Wissen

Unsicherheit wo medizinische Versorgung überhaupt zu finden ist und Sprachbarrieren können weitere Gründe für illegalisierte Migranten darstellen, notwendige medizinische Behandlung nicht in Anspruch zu nehmen (Simich et al. 2007, S.372, Médecins du Monde 2007, S.56; Krieger et al. 2007, S.100).
Auch bei Asylbewerbern konnte gezeigt werden, dass fehlendes Wissen über die Funktionsweise des Gesundheitssystems und über mögliche Zugangsmöglichkeiten sowie Verständigungsprobleme häufige Probleme bei der medizinischen Behandlung darstellen (Behrensen und Groß 2004, S.78-79, 87).
Nicht nur Sprachprobleme erschweren die Kommunikation zwischen Arzt und Illegalisierten sondern auch kulturell unterschiedliche Wahrnehmungen und Beschreibungen von Schmerz und Krankheit (Cerda-Hegerl 2008, S.142-143).

1.6.1.4 Verzögerung des Behandlungsbeginns – Strategien

Entsprechend der Phase der Symptomtoleranz nach Siegrist beschreiben Krieger et al (2007, S.99-100) als häufigste und erste Strategie mit Erkrankungen umzugehen, die Krankheit zu negieren. Alle Forschungsarbeiten, die Gesundheit von Illegalisierten thematisieren, beschreiben übereinstimmend, dass Krankheit in der Regel verdrängt wird (Bommes und Wilmes 2007, S.72; Nitschke 2004, S.52; Cyrus 2004a, S.52; Andersson 2003, S.34, 45; Alt 1999, S.172). Im nicht mehr zu ignorierenden Krankheitsfall wird zunächst die Selbstmedikation erprobt und schließlich innerhalb der migrantischen Communities nach möglicher Hilfe gesucht. Erst wenn Selbstmedikation und Behandlung innerhalb der eigenen Netzwerke scheitern, wird professionelle Hilfe in Erwägung gezogen (Cerda-Hegerl 2008, S.140; PICUM 2007, S.43):

Bei leichteren Erkrankungen wird sehr häufig zunächst Heilung durch Selbstbehandlung versucht. Die Behandlung wird dabei entweder mit traditionellen Heilkräutern, Medikamenten aus der Apotheke oder von Freunden durchgeführt (Bommes und Wilmes 2007, S.72; Nitschke 2005, S.136; Cyrus 2004a, S.52; Anderson 2003, S.34; Alt 1999, S.172). Scheitert die Therapie, werden „heilkundige Personen“ aufgesucht (Cyrus 2004a, S.52). Telefonische Diagnosestellung und Therapieempfehlung durch Ärzte im Heimatland und medikamentöse Umsetzung vor Ort mittels organisierter Medikamente wird durch die von Biswas et al. (2011, S.566) interviewten Illegalisierten als üblich beschrieben. Biswas (2011, S.566), Castañeda (2009, S.1557) und Nitschke (2004, S.52) beschreiben Selbstbehandlungen mit verschreibungspflichtigen Medikamenten oder Medikamenten, die illegal eingeführt wurden.

Auf dem Weg zur Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung kommt sozialen Netzwerken eine entscheidende Bedeutung zu. Fehlen diese Netzwerke kann das zu einer

weiteren Verzögerung der Behandlung führen (Vogel und Aßner 2009, S.103; Krieger et al. 2007, S.99; Müller 2004, S.72; Anderson 2003, S.35; Alt 1999, S.173). Schönwälder, Vogel und Sciortino (2004, S.68-69) beschreiben eine große Abhängigkeit illegalisierter Migranten von sozialen Netzwerken und die Schwierigkeit, selbige in der Illegalität aufzubauen und zu pflegen. Huschke (2009, S.57-58) beschreibt die ambivalente Situation illegalisierter Migranten, einerseits soziale Kontakte auf ein Minimum zu reduzieren, um das potentielle Risiko der Aufdeckung durch Menschen, die um den fehlenden Aufenthaltsstatus wissen, so gering wie möglich zu halten und anderseits soziale Netzwerke als Voraussetzung für die Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung zu pflegen. Devillanova (2008, S.276-284) konnte in einer Untersuchung an mehr als 8000 illegalisierten Migranten in Milan demonstrieren, dass die Existenz eines guten sozialen Netzwerkes die Zeit bis zum Aufsuchen medizinischer Hilfe um 30% verkürzt.

Von Menschen – insbesondere Pendelmigranten – aus geographisch näher gelegenen Staaten sowie aus Staaten ohne Visumspflicht wird für aufwändigere Behandlungen die vorübergehende Rückkehr ins Heimatland der Behandlung im deutschen Gesundheitswesen und dem damit verbundenen Risiko der Aufdeckung vorgezogen (Bommes und Wilmes 2007, S.79-80; Nitschke 2004, S.52; Alt 2003, S.151-153; Alt 1999, S.174). Auch vorübergehende Ausreisen in Drittländer (z. B. Spanien und Frankreich) zur Behandlung sind in der Literatur beschrieben (Bommes und Wilmes 2007, S.79; Krieger et al. 2006, S.100).

1.6.2 Probleme bei Inanspruchnahme medizinischer Versorgung

1.6.2.1 Probleme in der medizinischen Versorgung aus Sicht illegalisierter Migranten

Die tatsächlichen Probleme, die sich ergeben, wenn Illegalisierte medizinische Hilfe in Anspruch nehmen, bestätigen die Befürchtungen, die sie initial davon abgehalten haben, medizinische Behandlung zu suchen. Kosten, Sprachbarrieren und Angst stellen die zentrale Probleme bei der Behandlung dar (MDM 2007, S.56; Bommes und Wilmes, 2007, S.68-74; Krieger et al. 2006, S.100-101).

In der qualitativen Erhebung von Mitrovic (2009, S.164-166) zur Gesundheit von Illegalisierten in Hamburg aus dem Jahr 2009 wird sowohl von den Betroffenen als auch von den interviewten Experten die Finanzierung der medizinischen Versorgung als das zentrale Problem wahrgenommen.

Die Kontinuität der Krankenbehandlung ist meist nicht aufrecht zu erhalten, da Termine aus Angst und aus schlechter Vereinbarkeit mit den Arbeitszeiten nicht regelmäßig eingehalten werden können bzw. Behandlungen nicht zu Ende geführt werden können (Magalhaes et al., 2010, S.146; Bommes und Wilmes 2007, S.68; Krieger et al. 2006, S.100-101).

Bei Asylbewerbern waren Willkür, Arroganz und Ignoranz auf Seiten der Ärzte häufige Gründe für den Abbruch der Behandlung bzw. für einen Arztwechsel (Behrensen und Groß 2004, S.72-78). Positive Erlebnisse mit dem deutschen Gesundheitssystem wurden vor allem von Asylbewerbern berichtet, die die Möglichkeit hatten, selbst Ärzte zu wählen (ebenda, S.81-83).
Die Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung war außerdem deutlich höher bei Asylbewerbern, die die Möglichkeit hatten, in die gesetzliche Krankenversicherung zu wechseln und damit Anspruch auf alle diagnostischen und therapeutischen Verfahren im Katalog der gesetzlichen Krankenkassen erworben hatten (ebenda, S.82).

1.6.2.2 Probleme in der medizinischen Versorgung aus Sicht der Ärzte

Jensen et al. (2011, S.157) beschreiben in ihrer qualitativen Arbeit, die auf semistrukturierten Interviews über Probleme bei der Behandlung illegalisierter Migranten mit zwölf Ärzten in Dänemark basiert, dass die Behandlung von Illegalisierten in der Notaufnahme vor allem durch das Fehlen von Vorbefunden erschwert ist. Kalvelage (2007, S.29), ein niedergelassener Internist, der illegalisierte Migranten in Hamburg behandelt, erklärte in einem Interview, dass mangelnde Kommunikation zwischen behandelnden Ärzten die Behandlung Illegalisierter erschwere und zu wiederholter Diagnostik führe, die die Ängste von Migranten verstärke. Auch Schoevers et al. (2009a, S.498) stellten im Rahmen einer auf Literaturrecherche basierenden Studie fest, dass sich aus der Nichtverfügbarkeit von Vorbefunden ein zentrales Problem bei der Behandlung ergibt.
Jensen et al. (2011, S.157-159) beschreiben zudem, dass behandelnde Allgemeinmediziner, viele administrative Hürden bei der Behandlung von Illegalisierten wahrnehmen: Die Übernahme der Kosten sei unklar, die Überweisungen an Fachärzte bzw. externe Diagnostik in der Regel nicht möglich und die kontinuierliche Versorgung schwierig. Zudem bestehe Unsicherheit ob Illegalisierte durch Ärzte polizeilich gemeldet werden müssen, sollten und dürften, meist werde darauf verzichtet (ebenda, S.158-160).
Sprachbarrieren verkomplizieren die Behandlung zusätzlich (Jensen 2011, S.159). Behrensen und Groß (2004, S.79) stellten einen hohem Bedarf an qualifizierten Dolmetschern bei der Versorgung von Asylbewerbern fest.

1.7 Inanspruchnahme medizinischer Versorgung in der Illegalität

Die Auswertung der Inanspruchnahme der Unterstützungsangebote soll helfen, die Bedeutung einzelner Versorgungsangebote und verschiedener medizinischer Fachspezialisierungen zu analysieren und für die Versorgungsforschung nutzbar zu machen. Zu diesem Zweck soll der Umfang der Organisation von Operationen und Geburten und anderen Dienstleistungen der großen medizinischen Unterstützungsorganisationen in Deutschland – Medibüros und Medinetze sowie Malteser Migranten Medizin – betrachtet werden, im Anschluss der Verteilung der Termine bei unterschiedlichen Fachärzten nachgegangen werden. Zuletzt werden als Parameter für die Qualität der Versorgung und der Zugänglichkeit des Gesundheitssystems Daten zur Kontakthäufigkeit von Illegalisierten mit dem Gesundheitssystem dargestellt, die in Zusammenschau mit den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit bei der Einordnung der Versorgungsqualität behilflich sein sollen.

Vorbemerkung zur Abgrenzung von Inanspruchnahme von Bedarf

Im Rahmen dieser Dissertation werden die veröffentlichten Fallzahlen verschiedener Unterstützungsangebote analysiert und retrospektiv die Inanspruchnahme des Medibüros Hamburg durch Illegalisierte beschrieben und ausgewertet. Inanspruchnahme beschreibt dabei realisierte Nachfrage und ist abzugrenzen von Bedarf. Der Begriff Bedarf hat normativen Charakter. Bedarf beschreibt die Menge und Qualität, die zu adäquater Diagnostik und Behandlung eines bestimmten gesundheitlichen Anliegens notwendig ist. Welche Quantität angemessen ist, erfordert eine bestimmt Wertung. Es gibt verschiedene komplexe Verfahren, um den Bedarf an medizinischer Versorgung einer bestimmten Subpopulation zu ermitteln. Im Rahmen der vorliegenden Dissertation kann der tatsächliche Bedarf nicht ermittelt werden. Auch die bisher verfügbare Literatur erfasst lediglich Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch illegalisierte Migranten, obwohl der Terminus ‚Bedarf' in einigen im Folgenden dargestellten Arbeiten fälschlicherweise Verwendung findet.

Diese Komplexität der Vorraussetzungen bis zum Kontakt mit dem Gesundheitssystem bei illegalisierten Migranten stellt eine große Herausforderung – wenn nicht ein Hindernis dar – aus einer dokumentierten Inanspruchnahme einen Bedarf an Gesundheitsleistungen abzuleiten. Die im Rahmen der vorliegenden Dissertation erhobenen Daten bieten in Verbindung mit den publizierten Arbeiten jedoch einen Einblick in die Nachfrage nach verschiedenen Unterstützungsangeboten und Fachgebieten und den proportionalen Anteil, den diese jeweils in der Versorgung illegalisierter Migranten einnehmen. Sie können so ein Anhaltspunkt sein für die Planung sinnvoller Gesundheitsangebote für Illegalisierte.

1.7.1 Verteilung der Konsultationsanlässe

Es gibt kaum Datenmaterial über Verteilung der Konsultationsanlässe in Medibüros, Medinetzen und bei der MMM, lediglich die Anzahl der Patienten und die Aufteilung auf die verschiedenen Fachrichtungen ist in der Regel dokumentiert. Es ist entsprechend wenig bekannt über den Umfang von medizinischer Beratung und stationärer Weitervermittlung.

1.7.2 Inanspruchnahme verschiedener Fachgebiete

Daten zur normalen Verteilung der Inanspruchnahme der Facharztdisziplinen in der ambulanten medizinischen Versorgung in Deutschland sind spärlich. Die EVaS Studie gibt einen Einblick in die übliche Verteilung von Facharztterminen bei der allgemeinen deutschen Bevölkerung. Es wurden 13.571 Patientenkontakte in verschiedenen Fachdisziplinen der ambulanten Versorgung untersucht (Schach, Schwartz und Kerek-Bodden 1989). In der Altersgruppe ‚25-44 Jahre' entfallen 45,8% der Kontakte mit Ärzten auf die Allgemeinmediziner, praktische Ärzte und Hausärzte. 19,0% der Kontakte entfallen auf Gynäkologen und 13,6% Kontakte auf Internisten. Weitere frequentierte Fachrichtungen waren Orthopädie (4,3%), Augenheilkunde (4,0%), HNO (3,9%), Neurologie (3,7%), Chirurgie (3,0%) und Urologie (2,5%). Hautärzte und Zahnärzte waren in die Untersuchung nicht eingeschlossen (Schach, Schwartz & Kerek-Bodden 1989, S.340).

Eine Untersuchung der Barmer GEK zeigte folgende Inanspruchnahme von Fachärzten:

Abbildung 5: Reproduziert von Barmer GEK (2010, S.73): Behandlungsfälle nach Fachgebieten

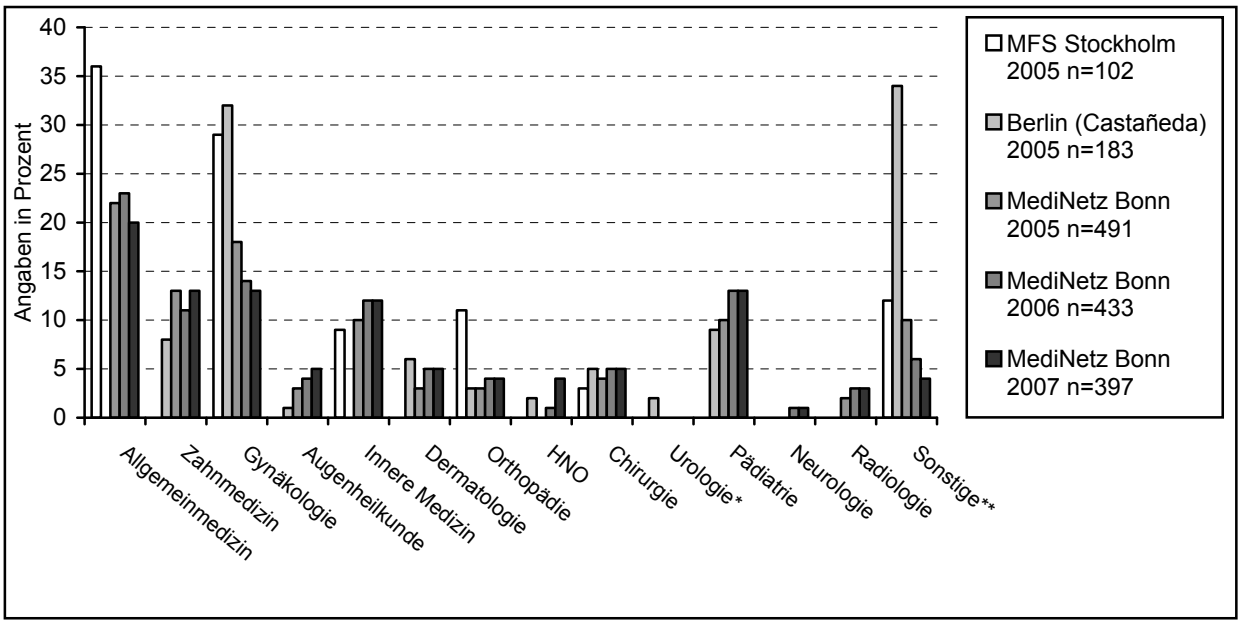
Tabelle 8: Behandlungsfälle je 10.000 Versicherte im 3. und 4. Quartal 2008 nach zusammengefassten Fachgebieten (D2008)

(Zuordnung aus LANR) Fachgebietsbezeichnung	3. Quartal 2008		4. Quartal 2008	
	Fälle je 10.000 Versicherte	Anteil an allen Fällen	Fälle je 10.000 Versicherte	Anteil an allen Fällen
Hausarzt Allgemeinmedizin	5.149	28,6%	5.481	27,2%
Hausarzt Internist	1.534	8,5%	1.670	8,3%
Facharzt Internist	783	4,4%	855	4,2%
Gynäkologie	1.741	9,7%	1.830	9,1%
Kinder- und Jugendmedizin	872	4,8%	890	4,4%
Chirurgie	579	3,2%	557	2,8%
Orthopädie	855	4,8%	852	4,2%
Augenarzt	1.071	6,0%	1.115	5,5%
HNO	622	3,5%	653	3,2%
Hautarzt	795	4,4%	793	3,9%
Urologie	383	2,1%	422	2,1%
Neurologie - Nervenheilkunde	525	2,9%	542	2,7%
Psycholog. Psychotherapeut	103	0,6%	106	0,5%
Radiologe - Nuklearmedizin	728	4,0%	743	3,7%
Labormedizin	1.197	6,7%	1.714	8,5%
Pathologe	364	2,0%	404	2,0%
Sonstige	258	1,4%	277	1,4%
unbekannt	430	2,4%	1.260	6,2%
Insgesamt	17.990	100,0%	20.163	100,0%

Die Untersuchung von Jung und Hilbert (2011, S.60) an Asylbewerbern in Bremen zeigte folgende Facharztüberweisungen für Asylbewerber, die in die allgemeine Sprechstunde des Gesundheitsprogrammes kamen: 49,6% der Asylbewerber, entsprechend 1 149 Personen, wurden zum Teil an mehrere Fachdisziplinen überwiesen. 22,8% in die Allgemeinmedizin, 22,8% an die Zahnheilkunde, 11,6% an die Gynäkologie, 10,7% an die Innere Medizin, 8,3% an die Dermatologie, 5,1% an die Orthopädie, jeweils 4,8% in die Neurologie und in die HNO, 3% in die Augenheilkunde, 2,5% an die Urologie, 2,2% an die Chirurgie, 1,5% an weitere Fachrichtungen (Jung und Hilbert 2011, S.59, 60). Weitere 87 Personen wurden in psychiatrische und psychologische Einrichtungen überwiesen (Jung und Hilbert 2011, S.66).

Der weit überwiegende Anteil der Medinetze und Medibüros veröffentlicht keine Zahlen über den Umfang der von ihnen geleisteten bzw. organisierten medizinischen Versorgung. Die MMM versorgt nur in einigen Anlaufstellen überwiegend Illegalisierte. Nur diese Anlaufstellen sind in die folgende Auswertung aufgenommen worden. Ein Vergleich der Verteilung von Facharztterminen bei Illegalisierten Migranten ist durch unterschiedliche Einteilungen in Kategorien, die teilweise medizinische Fachrichtungen erfassen, teilweise bestimmte Erkrankungsgruppen oder Erkrankungsarten, nur bedingt möglich. Vorhandene Literatur ist in der folgenden Abbildung soweit als möglich vergleichbar dargestellt.

Abbildung 6: Inanspruchnahme verschiedener Fachärzte durch illegalisierte Migranten (MFS 2005a, S.13; Castañeda 2009, S.1556; MediNetzBonn e. V. 2006-2008)



* - bei MediNetz Bonn 2005-2007: es steht kein urologischer Facharzt zur Verfügung
- bei Berlin (Castañeda) 2005: Gynäkologie: 27,9% Prenatal Care, 4,4% Gynäkologie

**- bei MSF Stockholm 2005a: Sonstige: 5% Check for STDs, 4% Psychiatrie, 3% unbekannt
- bei Berlin (Castañeda)2005: 13,1% Chronic Illness, 6,6% Acute Illness, 6,6% Injury, 6,0% Infection, 1,6% Mental health Issues
- bei MediNetz Bonn: 2005 Rechtsberatung 3,1%, Pro familia 1,8%, Esperanza 1,0%, andere Beratungsstellen 1,6%; Therapeutische Krisenintervention 1,0%, Optiker 1,0%, Gastroenterologie 0,8%, Krankengymnastik 0,6%, Hebamme 0,4%; 2006: Optiker 1,3%, therapeutische Krisenintervention 1,1%, Krankengymnastik 0,9%, Kieferchirurgie 0,9%, Hebamme 0,4%, Heilpraktiker 0,4%; 2007: Krankengymnastik 1,3%, therapeutische Krisenintervention 0,5%, Gesundheitsamt 0,5%, Heilpraktiker 0,5%, Krankenhaus 0,5%, Optiker 0,5%, Logopädie 0,3%, Sanitätshaus 0,3%

Subgruppenanalyse

Die Analyse welche Subpopulation der illegalisierten Migranten welche medizinische Unterstützung in welchem Umfang in Anspruch nimmt, ist ein wichtiger Parameter der Versorgungsforschung. Leider liegen keine Untersuchungen vor, die Unterschiede bei der Inanspruchnahme zwischen illegalisierten Männern und Frauen oder Unterschiede zwischen EU-Migranten und Illegalisierten erhoben haben, welche bei der Konzeption von angemessenen Versorgungsangeboten hilfreich sein könnten.

1.7.3 Häufigkeit der Kontakte in ambulanter und stationärer Versorgung

1.7.3.1 Inanspruchnahme von Vorsorgeangeboten

Vorsorgeuntersuchungen wurden 2004 von 16,8% der Bevölkerung in Anspruch genommen (RKI und Statistisches Bundesamt 2006, S.133). Über 50% der Frauen unter 55 Jahren nehmen regelmäßig an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen teil (RKI und Statistisches Bundesamt 2006, S.139). Über 90% der deutschen Kinder nehmen an den U-Untersuchungen bis einschließlich U7 teil, an der U9 nehmen noch 79,1% der Kinder teil (RKI und Statistisches Bundesamt 2006, S.136). Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes stellte insgesamt eine seltenere Nutzung präventivmedizinischer Angebote durch Migranten fest – einschließlich einer eher niedrigen Durchimpfungsrate bei ausländischen Kindern im Vergleich zu Deutschen, einer seltenere Inanspruchnahme von U-Untersuchungen sowie einer schlechteren Zahngesundheit (RKI 2008, S.87-88, 130).
Über die Häufigkeit von der Vermittlung von Vorsorgeuntersuchungen an Illegalisierte ließen sich keine quantitativen Daten ermitteln. Krieger et al. (2007, S.116), Bommes und Wilmes (2007, S.66) und Misbach, Bartholome und Groß (2009, S.81) beschreiben, dass Präventionsangebote einschließlich Impfungen nicht in Anspruch genommen werden. Der Malteser Hilfsdienst Berlin e.V. (2006, S.4) weist darauf hin, dass ein großer Anteil der illegalisierten Migranten nicht gegen Kinderkrankheiten geimpft ist.

1.7.3.2 Arztkontakte pro Jahr pro Person

Es gibt kaum Anhaltspunkte, wie häufig Illegalisierte im Durchschnitt pro Jahr mit dem Gesundheitssystem in Berührung kommen.
Über 91% der Deutschen haben jährlich mindestens einmal Kontakt mit einer Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung (Barmer GEK 2010, S.8; Zok 2007, S.6). Bei Frauen haben in der gesündesten Altersgruppe mindestens 94% einmal jährlich Kontakt zur ambulanten Versorgung. Bei den Männern haben in der gesündesten Altersgruppe 83% mindestens einen Arztkontakt pro Jahr (Barmer GEK 2010, S.59). Männer zwischen 20 und 24 Jahren hatten im Jahr 2007 7,5-mal pro Jahr Arztkontakt. Die Kontakthäufigkeit steigt mit zunehmendem Alter. Männern zwischen 40 und 44 Jahren unternehmen im Durchschnitt

10,4 Arztbesuche pro Jahr. Frauen haben häufiger Kontakt zur ambulanten Versorgung, im Alter zwischen 20 und 24 durchschnittlich 15,2-mal pro Jahr, im Alter von 40 bis 44 Jahren 17,0-mal (Barmer GEK 2010, S.219). Im Jahr 2008 hatten 68,1% der Bevölkerung ambulant Kontakt zur Allgemeinmedizin, 31,6% zur Inneren Medizin, 26,6% zur Gynäkologie, 25,7% zur Augenheilkunde, 24,2% zur Labormedizin und 20,2% zur Orthopädie (GEK 2010, S.66).
In der gemischt quantitativ-qualitativen Untersuchung von Schoevers et al. (2010, S.424) hatten 13% der illegalisierten Migrantinnen keinen Kontakt zum professionellen Gesundheitssystem im vergangenen Jahr, 33% waren mindestens einmal beim Zahnarzt und 19% haben ambulante psychologische Hilfe in Anspruch genommen.
Médecins du Monde fragten Migranten (66% Illegalisierte) in fünf europäischen Anlaufstellen von MDM nach Kontakt zum Gesundheitssystem im vergangenen Jahr, 30-40% gaben an im letzten Jahr keinen Arzt aufgesucht zu haben (MDM 2012, S.13).
In einer Kohortenstudie in den USA mit 1 201 Teilnehmern, darunter 241 illegalisierte Migranten, war der Anteil derer, die im vergangenen Jahr einen Arzt besucht haben, signifikant niedriger bei illegalisierten Migranten (54,8%) im Vergleich zu legalen Migranten (68,8%) und Staatsbürgern (89,3%) (p=0,001) (Chavez 2012, S.891).

1.7.3.3 Krankenhauskontakte pro Jahr pro Person

> „Das *Sicherheitsrisiko par excellence* im vorliegenden Kontext ist für alle Gesprächspartner *der Aufenthalt in einem Krankenhaus*. Gerade aufgrund ihrer Hilflosigkeit und dem dadurch bedingten Kontrollverlust über ihre Situation droht ihnen hier am ehesten die ‚Enttarnung' mit nachfolgender Ausweisung, Abschiebehaft oder Abschiebung. Eine Statusüberprüfung eingelieferter Ausländer erfolgt in Krankenhäusern routinemäßig, weil man wissen möchte, an wen die Rechnungsstellung erfolgen kann." [Hervorherbungen im Original] (Alt 1999, S.174)

Krankenhausbehandlungen in der Illegalität werden noch stärker als ambulante Behandlungen durch Selbstbehandlung oder Ausreise umgangen. Sind sie unausweichlich, wird versucht diese nach Möglichkeit über fremde Krankenversicherungskarten in Anspruch zu nehmen oder sie über Kontakte und Hilfseinrichtungen zu organisieren, um eine Abschiebung aus dem Krankenhaus zu verhindern (Bommes und Wilmes 2007, S.67, 80; Cyrus 2004a, S.52, 56; Anderson 2003, S.37,38; Sextro 2002, S.34). Es sind keine Zahlen über die Häufigkeit des Kontaktes mit Krankenhäusern durch Illegalisierte bekannt.

1.8 Zugang zu medizinischer Versorgung – Lösungsansätze

Die derzeitige Regelung des Zugangs zu medizinischer Versorgung für Illegalisierte wird von einigen zivilgesellschaftlichen Gruppen als unzureichend empfunden und es werden unterschiedliche Ideen vertreten, wie medizinische Versorgung für Illegalisierte verbessert werden könnte. Einige Akteure wünschen sich, dass der Staat den Zugang zu medizinischer

Versorgung für illegalisierte Migranten durch Gesetzesänderungen vereinfacht (MDM 2012; Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. 2010, S.5; Medibüro Berlin 2009; Bundestag Drucksache 17/56 2009; Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz 2001).
Die Möglichkeiten der Umsetzung des Rechts auf medizinische Versorgung und anderer Grundrechte werden in der Praxis durch die Meldepflicht nach § 87 AufenthG eingeschränkt. Deswegen fordern unter anderem Ärztekammern, Medinetze und Medibüros die Abschaffung des § 87 (Bundesärztekammer 2011b, S.128, 129; Medibüro Berlin et al. 2009; Deutsches Institut für Menschenrechte 2007, S.12; Katholisches Forum „Leben in der Illegalität“ 2007, S.3-6). In keinem anderen EU-Land gibt es eine ähnliche Meldepflicht und medizinische Versorgung wird in mehreren EU-Ländern (z. B. Frankreich, Italien, Holland) ohne die Gefahr der Abschiebung gewährt (HUMA 2009, S.12-21, 78).

Zusätzlich zu den Hindernissen, die durch die Meldepflicht nach § 87 entstehen, wird der Anspruch auf medizinische Versorgung durch das Asylbewerberleistungsgesetz beschränkt (AsylbLG §§ 4 und 6). Im Urteil des Bundesverfassungsgerichtes zur Verfassungswidrigkeit des Asylbewerberleistungsgesetzes vom 18.07.2012, in dem die Leistungssätze im AsylbLG verhandelt worden sind, ist festgehalten, dass die physische Existenz und die Teilhabe aller in Deutschland aufhältigen Menschen in Einklang mit dem Grundrecht, Völkerrecht und dem europäischen Recht zu gewährleisten ist und das AsylbLG unverzüglich geändert werden muss (BVerfG, 1 BvL 10/10 vom 18.7.2012, Absatz-Nr. (1-140)). Ob sich diese Änderungen auch auf den Zugang zu medizinischer Versorgung erstrecken werden, bleibt abzuwarten.

Mangels politischen Willens auf Bundesebene sind mehrere lokale Verbesserungsansätze verfolgt worden, die in unterschiedlichem Umfang weiterhin auf ehrenamtlicher Arbeit und Spenden basieren und für die Hilfesuchenden zum Teil sehr voraussetzungsreich sind. Beispiele stellen die humanitäre Sprechstunde in Bremen (seit 2009), die internationale humanitäre Sprechstunde in Frankfurt (seit 2009), die humanitäre Sprechstunde Wiesbaden (seit 2011) oder die Clearingstelle in Hamburg dar (seit 2012) (Maderyc 2012; Diakonisches Werk Wiesbaden 2011; Gesundheitsamt Freie Hansestadt Bremen 2010; Amt für Gesundheit Stadt Frankfurt am Main 2009). Die Medibüros und Medinetze setzen sich für die Einführung eines anonymen Krankenscheins (AKS) ein. Der AKS soll von einer bestimmten Vergabestelle an bedürfte Migranten vergeben werden. Die Abrechnung soll über das Sozialamt erfolgen, eine Abschiebung soll durch Anonymisierung der Daten verhindert werden (Medibüro Berlin et al. 2009).
Ein flächendeckender, uneingeschränkter Zugang zu medizinischer Versorgung wird jedoch nur auf Bundesebene durch Gesetzesänderungen sowie deren Bekanntmachung und Umsetzung auf Länderebene sicherzustellen sein.

1.9 Forschungshindernisse und Forschungslücken

Der Forschungszugang zu illegalisierten Migranten gestaltet sich aufgrund verschiedener Forschungshindernisse schwierig, die das Studiendesign maßgeblich beeinflussten.

> „Das Grundproblem besteht also darin, dass die Bevölkerungsgruppe klein, schwer lokalisierbar und mit Anreizen zu bewusst falschen oder irreführenden Antworten ausgestattet ist und zudem in besonders hohem Umfang mit Sprachproblemen zu kämpfen hat, was viele üblicherweise angewendete quantitative empirische Zugänge ausschließt.“ (Vogel 2003, S.167)

1.9.1 Forschungshindernis „Verborgenheit der Population“

Migranten ohne Aufenthaltsstatus sind nicht offensichtlich als solche erkennbar und offenbaren ihren fehlenden Aufenthaltsstatus nicht freiwillig. Sie partizipieren in aller Regel nicht am öffentlichen Leben, werden von keiner offiziellen Stelle erfasst und bleiben gewöhnlich von Einrichtungen der Gesundheits- und Sozialfürsorge unerreicht, da sie die Meldung an die Polizei fürchten müssen, vgl. 1.4 . Sie gehören damit zu den so genannten „Hidden Populations“ oder auch „Hard-to-reach-groups“, die durch gewöhnliche Samplingmethoden unerreicht bleiben (Marpsat und Razafindratsima 2010, S.4; Brackertz 2007, S.1; Vogel 2003, S.166). Verlässliche Zahlen zur Grundgesamtheit der illegalisierten Migranten sind nicht verfügbar, da diese Gruppe sich der behördlichen oder anderweitigen Erfassung entzieht, vgl. 1.2 oben. Eine repräsentative Stichprobe ist entsprechend nicht herstellbar. Ohne Zahlen zur Grundgesamtheit ist in keiner quantitativen Untersuchung an Migranten ohne Aufenthaltsstatus ein Einfluss von ‚selection bias’ auf die Ergebnisse ausschließen – also eine Verzerrung durch die Auswahl einer Stichprobe, die nicht repräsentativ für die Gesamtheit der illegalisierten Migranten ist (Bailey et al. 2005, S.98).

Die Erforschung der Gesundheit von Menschen, die in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität leben, ist den sogenannten „sensitive topics“ der Forschung zuzuordnen. „Sensitive topics“ sind nach Lee (1993, S.4-9) charakterisiert durch drei Bedrohungen für die Interviewten: „Intrusive threat“ – durch den privaten und belastenden Inhalt der Befragung (Gesundheit und Umgang mit Krankheit in der Illegalität), "threat of sanction" – durch die Möglichkeit der weiteren Ausgrenzung und Stigmatisierung, sowie durch „political threat“ – als politisch sensibles Thema.

Entsprechend schwierig ist die Lokalisation und Befragung der Migranten. Die vorliegende Untersuchung wurde deshalb an einem Ort durchgeführt, der in der Regel von illegalisierten Migranten aufgesucht wird, von anderen Migranten hingegen selten: Dem Medibüro Hamburg. Das Vertrauen des Medibüros sowie der Migranten konnte durch vorheriges mehrjähriges ehrenamtliches Engagement seitens der Doktorandin gewonnen werden.

1.9.2 Forschungshindernis „Angst“

Der Forschungskontakt zu illegalisierten Migranten ist aufgrund des Schutzinteresses der Migranten nur schwer herstellbar (Schönwälder, Vogel und Sciortino 2004, S.61, 67). Entsprechend herrscht große Zurückhaltung bei der Preisgabe persönlicher Daten gleich welcher Art. (Mitrovic 2009, S.162; Cerda-Hegerl 2008, S.144). Das nachvollziehbare Misstrauen seitens der Migranten gegenüber jeder Art der Datenaufnahme spiegelte sich auch in der Bereitwilligkeit wieder, mit der die Fragebögen der vorliegenden Studie ausgefüllt wurden. Vor diesem Hintergrund war es notwendig, die Fragen so wenig bedrohlich wie möglich zu formulieren, um so die zu erwartende Skepsis der illegalisierten Migranten gegenüber der Befragung zu minimieren.

Die Angst vor Aufdeckung auf Seiten der Migranten setzt sich fort in die nichtstaatlichen Strukturen, die ihnen Unterstützung bieten, da diese dem Schutzbedürfnis ihrer Klienten Rechnung tragen möchten. Sowohl Falschantworten durch die Migranten aus Angst als auch minimalistische Dokumentation der medizinischen Versorgung seitens der Unterstützerstrukturen können in ‚information bias’ resultieren –

einer Verzerrung von Studienergebnissen durch Missklassifikation zum Beispiel aufgrund von ungenauer Dokumentation oder falschen Antworten in Fragebögen (Bailey et al. 2005, S.99). Die Befragung der Migranten im Rahmen der Sprechstunde des Medibüros war deshalb nur in sehr eng gesteckten Grenzen und unter Einbeziehung des Medibüros in die Studienplanung möglich.

1.9.3 Forschungshindernis „Sprache“

Illegalisierte Migranten sprechen zahlreiche verschiedene Sprachen, aber nicht immer Deutsch oder Englisch (Vogel 2003, S.167). Das häufige Fehlen einer gemeinsamen Sprache von Interviewten und Doktorandin stellten ein Hindernis für die Erläuterung des Studienziels und für die Befragung dar. Vor diesem Hintergrund waren wir bestrebt, die Fragebögen so einfach wie möglich zu formulieren und in möglichst vielen Sprachen zur Verfügung zu stellen.

1.9.4 Forschungslücken

Nicht zuletzt aufgrund der beschriebenen Forschungshindernissen resultiert ein Mangel an belastbaren Daten über illegalisierte Migranten. Objektive Indices lassen sich nicht berechnen, deskriptive Krankheitsverteilungen sind nur lokal und bisher nicht für Hamburg verfügbar, subjektive Gesundheit von illegalisierten Migranten ist bisher kaum erforscht und Versuche, Daten der Inanspruchnahme für die Versorgungsforschung nutzbar zu machen sind bisher nicht unternommen worden.

Die vorliegende Arbeit schließt diese Forschungslücken im Bereich der Gesundheit von illegalisierten Migranten in Hamburg: Die Erkrankungsverteilung und Inanspruchnahme von ärztlicher Versorgung wird dabei durch die retrospektive Auswertung der Arbeitsdokumentation des Medibüros über einen Zeitraum von 30 Monaten dargestellt. Subjektive Gesundheit wird in einem Kollektiv von Migranten erhoben, die im sechsmonatigen Erhebungszeitraum das Medibüro aufsuchten. Der Umgang mit Erkrankungen seitens der Migranten und Probleme bei der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems werden erstmals strukturiert quantitativ an einem kleinen Kollektiv illegalisierter Migranten untersucht, die binnen des sechsmonatigen Erhebungszeitraumes für die Befragung gewonnen werden konnten. Ergänzt werden die Erhebungen über Gesundheit und Hindernisse bei der Versorgung durch eine Untersuchung der ärztlichen Perspektive auf diese Forschungsfragen. Die Ergebnisse aus den vier Datensätzen und Stichproben werden zur Bearbeitung der Fragestellungen trianguliert.

1.10 Fragestellung

1. **Wie stellt sich der Gesundheitszustand von Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus dar?**
   - Wie stellt sich die Epidemiologie gesundheitlicher Beschwerden der Migranten, die sich an das Medibüro wenden, im zeitlichen Verlauf und der Subgruppenanalyse dar?
   - Wie stellt sich die subjektive Gesundheit von illegalisierten Migranten dar?
     - Bestehen Unterschiede zwischen ihrer subjektiven Gesundheit und der subjektiven Gesundheit der Allgemeinbevölkerung?
     - Bestehen Unterschiede zwischen ihrer subjektiven Gesundheit und der subjektiven Gesundheit von anderen Menschen mit Erkrankungen?
     - Bestehen Unterschiede bezüglich der subjektiven Gesundheit in der Subgruppenanalyse?
   - Wie wird der allgemeine Gesundheitszustand von illegalisierten Migranten durch Ärzte bewertet?
   - Wird durch die illegalisierten Migranten eine Veränderung ihres Gesundheitszustandes während der Illegalität beschrieben?

2. **Wie stellt sich der Umgang von Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus mit Erkrankungen dar und welche Probleme bei der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens werden beschrieben?**
   - Wie lange bestehen die Erkrankungen bevor ein Arzt aufgesucht wird?
   - Aus welchen Gründen wird von den illegalisierten Migranten auf ärztliche Behandlung verzichtet
   - Welche Maßnahmen werden alternativ zu ärztlicher Behandlung ergriffen?
   - Welche Probleme ergeben sich bei der Behandlung illegalisierter Migranten?
     - Welche Hindernisse nehmen die illegalisierten Migranten war?
     - Welche Probleme betreffend die medizinische Versorgung beschreiben die Ärzte?

3. **Wie stellen sich Art und Umfang der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung durch Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus dar?**
   - Wie stellen sich Art und Umfang der Konsultationsanlässe im Medibüro dar?
   - Wie stellen sich Umfang und Verteilung der Facharzttermine vermittelt durch das Medibüro dar?
   - Von welchem Umfang der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung und Vorsorge berichten die illegalisierten Migranten?

2. Methodik

Basis der vorliegenden Arbeit bilden vier Datensätze, die im Umfeld des Medibüros entstanden sind und quantitativ ausgewertet wurden. Die Analyse dieser Datensätze ermöglichte die Bearbeitung der Fragestellung in zunehmender Tiefe und die Betrachtung der Problemstellung aus unterschiedlicher Perspektive.

Tabelle 2: Methodenübersicht

Design und Mess-instrumente:	Triangulation verschiedener Datensätze (DS): DS 1: Retrospektive Analyse der Arbeitsdokumentation des Medibüros DS 2: Querschnittsuntersuchung mit multiplen Messzeitpunkten bei den Migranten des Medibüros mittels standardisiertem Fragebogen (SF-12v2) zu subjektiver Gesundheit DS 3: Querschnittsuntersuchung mit multiplen Messzeitpunkten bei den Migranten des Medibüros mittels selbst konzipiertem Fragebogen zu Gesundheit, Umgang mit Erkrankung und Inanspruchnahme des Gesundheitssystem DS 4: Querschnittuntersuchung mit multiplen Messzeitpunkten bei Ärzten im Netzwerk des Medibüros mittels selbst konzipiertem Fragebogen zu Gesundheit von Illegalisierten und Problemen bei deren medizinischer Versorgung
Erhebungs-zeitraum:	DS 1: 01.2006 – 06.2008 DS 2: 02.2007 – 07.2007 DS 3: 02.2007 – 07.2007 DS 4: 01.2007 – 07.2007
Stichproben und Rücklauf:	DS 1: Stichprobe 1 n= 876 Migranten, davon kamen 147 persönlich in die Sprechstunde im Zeitraum 02.2007 – 07.2007 Rücklauf 100,0%, Vollerhebung DS 2: Stichprobe 2 n= 96 Migranten, Teilmenge von Stichprobe 1 Rücklauf 96/147 → 65,3% DS 3: Stichprobe 3 n= 24 Migranten, Teilmenge von Stichprobe 2 Rücklauf 24/96 → 25,0% DS 4: Stichprobe 4 n= 25 Ärzte Rücklauf 25/71→ 35,2%
Auswertung	DS 1-DS 4: Quantitative Auswertung mit Subgruppenanalyse

DS: Datensatz

2.1 Hintergrund und Forschungszugang

Der unbefriedigende Erkenntnisstand – sowohl inhaltlich als auch methodisch betreffend die Erforschung der Gesundheit von Illegalisierten – gepaart mit den bestehenden Forschungshindernissen stellte methodisch eine Herausforderung dar. Der vorliegenden Arbeit liegt der Wunsch zugrunde einerseits Forschungslücken adäquat zu füllen, andererseits mussten die bestehenden Forschungshindernissen in angemessener Form bei der Auswahl einer geeigneten Methodik berücksichtigt werden.
Die fehlende Grundgesamtheit ließ kein repräsentatives Sampling zu, es wurde stattdessen in Form von „Convenience Sampling“ auf eine erreichbare Stichprobe zurückgegriffen (Green und Browne 2005, S.122). Es wurde versucht, Angst und Verständigungsproblemen mittels mehrsprachigen Erklärungen und kurzen Fragebögen zu begegnen. Das Anliegen, war die Balance zu halten zwischen dem Erheben notwendiger Informationen zur Beantwortung der Fragestellung und dem Verzicht der Nachfragen zu angstbesetzten Themen, um die Teilnahmebereitschaft der Migranten nicht zu beeinträchtigen, vgl. 1.9.

2.2 Ethik

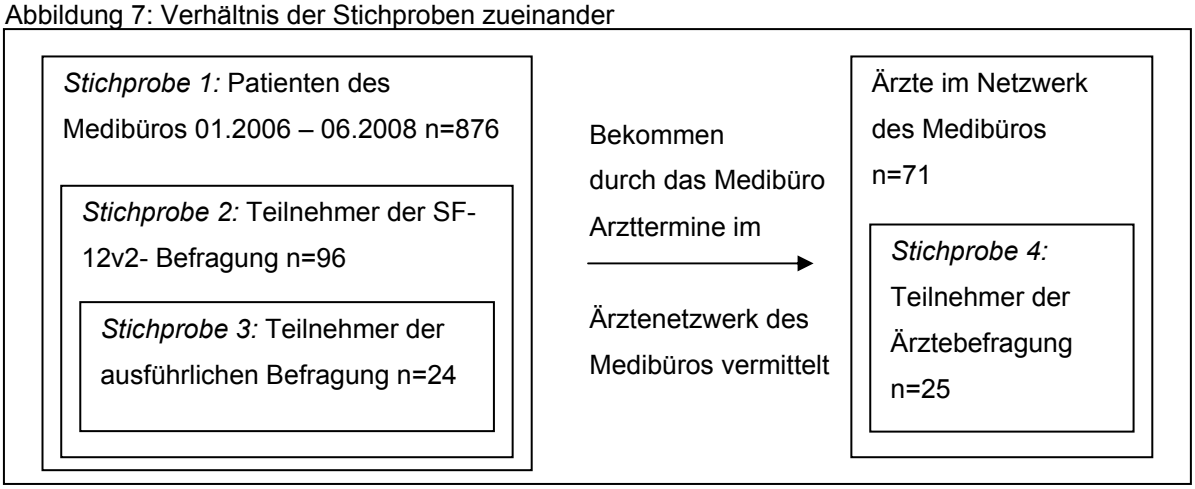
Eine Anfrage seitens der Doktorandin an die Ethikkommission der Ärztekammer Hamburg, ob ein Antrag bei der Ethikkommission vor Studienbeginn notwendig wäre, wurde nach Zusendung der Promotionsskizze schriftlich verneint.
Die Migranten der Stichprobe 2 und 3 wurden durch ein dreisprachiges Informationsblatt, das im Wartebereich des Medibüros auslag, über die Studie informiert. Freiwilligkeit und Anonymität der Teilnahme wurden dabei besonders betont. Die deutsche Version des Informationsblattes ist in der Anlage 10.6 einsehbar. Nachdem der Konsultationsanlass des jeweiligen Migranten bearbeitet worden war, wurde der Migrant verbal über die Möglichkeit der Teilnahme an der Befragung und deren Freiwilligkeit informiert, sofern ihr körperlicher und seelischer Zustand nach Einschätzung der Doktorandin ausreichend stabil für die Befragung war und die Teilnahme medizinisch und ethisch unbedenklich erschien. Sprachen die Migranten keine der Sprachen, in denen das Informationsblatt verfügbar war und war keine ausreichende Übersetzung gewährleistet, um Freiwilligkeit und Anonymität zu erklären, wurde auf eine Befragung verzichtet, auch wenn der SF-12v2 in einer passenden Sprache verfügbar war.

2.3 Studiendesign und Stichproben

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde eine Methodik entwickelt, die es ermöglicht, sich der Fragestellung in zunehmender Tiefe sowie aus unterschiedlichen Perspektiven anzunähern. Zu diesem Zweck wurde mit vier Datensätzen, die aus unterschiedlichen Untersuchungen hervorgegangen sind, gearbeitet.

Den vier Datensätzen liegen vier Stichproben zugrunde. Die Stichproben eins bis drei, die Stichproben aus illegalisierten Migranten, bilden Teilmengen voneinander. Die vierte Stichprobe bilden die Ärzte im Netzwerk des Medibüros. Die Beziehung der Stichproben zueinander ist in der folgenden Abbildung dargestellt.

Abbildung 7: Verhältnis der Stichproben zueinander



2.3.1 Studiendesign und Stichprobe für Datensatz 1

Die Arbeitsdokumentation des Medibüros stellt die Datengrundlage für Datensatz 1 (DS 1) dar. Im Rahmen der Arbeitsdokumentation des Medibüros wurden alle Migranten, die sich an das Medibüro wenden, erfasst. Die Arbeitsdokumentation des Medibüros wurde retrospektiv ausgewertet. Über einen Zeitraum von zweieinhalb Jahren wurden Soziodemographie und Erkrankungen der Migranten und deren Inanspruchnahme verschiedener Arzttermine und anderer Dienstleistungen verfolgt. Es handelt sich um eine Vollerhebung aller Patienten. Der Datensatz beruhte entsprechend auf einer umfangreichen Stichprobe von Migranten, die eine allgemeine Betrachtung der Erkrankungsepidemiologie und der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung bei Illegalisierten ermöglicht.

2.3.2 Studiendesign und Stichprobe für Datensatz 2

Eine Teilmenge der Migranten, die in der Arbeitsdokumentation des Medibüros erfasst wurden (DS 1), wurde im Rahmen einer Querschnittsstudie mit variablen Messzeitpunkten innerhalb von sechs Monaten mittels eines standardisierten Fragebogens, dem SF-12v2, zu ihrer subjektiven Gesundheit befragt. Daraus resultierte der Datensatz 2 (DS 2). Während des Befragungszeitraumes vom 01.02.2007 bis 31.07.2007 wurden alle Migranten mit dem SF-12v2 befragt, die

- an einem der regulären Öffnungstage das Medibüro aufsuchten,
- mit dem Anliegen das Medibüro aussuchten, für sich selbst einen Arzttermin bei einem Niedergelassenen oder einen Krankenhausaufenthalt vermittelt zu bekommen,
- psychisch und physisch in der Lage waren an der Befragung teilzunehmen,

- der Befragung zugestimmt haben,
- über ausreichend Deutsch-, Englisch- oder Spanischkenntnisse verfügten oder einen Dolmetscher bei sich hatten, um über Hintergrund und Freiwilligkeit der Studie aufgeklärt werden zu können,
- Bulgarisch, Deutsch, Englisch, Französisch, Lettisch, Litauisch, Polnisch, Portugiesisch, Rumänisch, Russisch, Serbisch, Spanisch, Türkisch und Ungarisch hinreichend sprachen, um selbstständig den SF-12v2 auszufüllen,
- an der Befragung nicht schon einmal teilgenommen hatten.

2.3.3 Studiendesign und Stichprobe für Datensatz 3

Eine Teilmenge der Migranten, die die Grundlage für Datensatz 2 bilden, wurde im Rahmen einer weiteren Querschnittsuntersuchung mit variablen Messzeitpunkten zwischen dem 01.02.2007 und dem 31.07.2007 mittels eines selbst konzipierten ausführlichen Fragebogens zu Gesundheit, Umgang mit Erkrankungen und Inanspruchnahme des Gesundheitssystems befragt. Der Datensatz 3 (DS 3) dokumentiert diese umfassende Erhebung.

Ausführliche Befragungen wurden während des sechsmonatigen Befragungszeitraumes mit den Migranten durchgeführt, die

- alle Kriterien für die Aufnahme in die Stichprobe für Datensatz 2 erfüllten und zusätzlich
- der ausführlicheren Befragung zugestimmt hatten,
- über ausreichend Deutsch-, Englisch- oder Spanischkenntnisse verfügten, um mit der Doktorandin den ausführlichen Fragebogen auszufüllen.

2.3.4 Studiendesign und Stichprobe für Datensatz 4

Ergänzt wurden diese Einschätzungen seitens der Migranten durch eine Befragung der Ärzte, die im Befragungszeitraum zwischen Januar und Juli 2007 mit dem Medibüro kooperierten. Die Ärztebefragung mittels selbst konzipiertem Fragebogen bildete Datensatz 4 (DS 4). Postalisch wurden die Ärzte in einer Querschnittuntersuchung gebeten aus ihrer Sicht die Gesundheit von Illegalisierten und Probleme bei deren medizinischer Versorgung einzuschätzen.

2.4 Durchführung

2.4.1 Durchführung der Erhebung für Datensatz 1

Die Arbeitsdokumentation wurde routinemäßig im Medibüro erhoben. Für jeden Migranten wurden der Vorname, das Herkunftsland und die Beschwerden notiert. War ein Arzttermin festgelegt, wurden Name und Fachrichtung des Arztes dokumentiert. Alle anderen

Dienstleistungen des Medibüros wurden unter „Sonstiges“ vermerkt. Ein Dokumentationsbogen ist in der Anlage 10.7 einsehbar. Die Dokumentationsblätter der Monate Januar 2006 bis einschließlich Juni 2008 waren der Doktorandin zugänglich und wurden durch diese ausgewertet.

2.4.2 Durchführung der Erhebungen für die Datensätze 2 und 3

Die Befragung der Migranten fand während der wöchentlichen dreistündigen Öffnungszeit des Medibüros statt.[4] Im Wartebereich des Medibüros lag über den Zeitraum der Studie zu den Öffnungszeiten Informationsmaterial auf Deutsch, Englisch und Spanisch aus, das die wartenden Migranten über die Studie und die Befragung informierte.

Die Doktorandin war während der Beratung im Medibüro zugegen. Nach erfolgter Terminvergabe durch die Mitarbeiteren des Medibüros informierte sie die Migranten über die Studie. Sofern die Migranten einverstanden waren (bzw. bei minderjährigen Migranten, der betroffene Migrant und der Erziehungsberechtigte), wurde die Befragung mit dem SF-12v2 angeschlossen. Die Migranten wurden dann gebeten, den SF-12v2 auszufüllen und gefragt, ob sie für eine ausführlichere Befragung zur Verfügung stehen würden. Im Fokus der Aufklärung stand aus den oben erläuterten Gründen die Versicherung der Anonymität, die eindeutige Klarstellung der Freiwilligkeit und Unabhängigkeit der Terminvermittlung von der Befragung. Der Fragebogen SF-12v2 wurde dann im Beratungszimmer durch die Migranten ausgefüllt, während die Mitarbeiter des Medibüros den Überweisungsbrief für den Arzt fertig stellten. Auf diese Weise konnte die Befragung mit dem SF-12v2 in den normalen Beratungsablauf eingebunden werden.

Bei Migranten, die ihr weitergehendes Einverständnis gaben, wurde eine umfassendere Befragung zum Gesundheitszustand, zur Inanspruchnahme und zum Zugang zum Gesundheitssystem mittels des selbst konzipierten Fragebogens unmittelbar angeschlossen. Die Befragung mit dem ausführlichen Fragebogen wurde außerhalb des Beratungszimmers direkt nach der eigentlichen Beratung im Medibüro in einer separat stehenden Sitzgruppe im Flur der Einrichtung durch die Doktorandin durchgeführt.

2.4.3 Durchführung der Erhebung für Datensatz 4

Die Befragung der Ärzte fand in Kooperation mit dem Ausschuss Grundrechte der Hamburger Ärztekammer statt. Im Januar 2007 wurden alle mit dem Medibüro kooperierenden Ärzte durch das Medibüro postalisch zu einem Ärztetreffen mit Vertretern der Ärztekammer eingeladen. Dieser Einladung war der Fragebogen an die Ärzte beigelegt. Die Ärzte wurden gebeten, den Fragebogen auszufüllen und an die Ärztekammer oder die Beratungsstelle zurückzusenden. Die Fragebögen wurden dann anonymisiert – ohne

[4] Die Arbeitsweise des Medibüros ist in der Einleitung unter 1.4.3 ausführlich erläutert

Briefumschlag oder Praxisstempel – der Doktorandin weitergegeben. Um den Rücklauf zu erhöhen, wurde der Fragebogen allen während des Erhebungszeitraumes zwischen Januar 2007 und Juli 2007 aktiven Ärzte ein zweites Mal zugestellt, mit der Erinnerung und der Bitte, diesen auszufüllen und zurückzusenden, falls noch nicht geschehen.

2.5 Variablen und Messinstrumente

2.5.1 Variablen und Messinstrument im Datensatz 1

2.5.1.1 Inhalt

Im Rahmen der Arbeitsdokumentation des Medibüros wurden für jeden Migranten die durch ihn geschilderten Beschwerden, der vermittelte Facharzt bzw. die Art der vermittelten Operation sowie weitergehende Beratung und Unterstützung erfasst. Zudem wurde auf freiwilliger Basis das Herkunftsland erfasst. Handelte es sich um Wiedervorstellung wurde dies ebenfalls notiert. Auf diese Weise konnten Erkrankungsepidemiologie und Inanspruchnahme verfolgt werden. Ein Dokumentationsbogen ist unter 10.7 zu finden.

2.5.1.2 Art der Fragen, Variablenqualitäten und Auswertungsstrategie

Es handelte sich um bei allen erhobenen Variablen um kategorische Variablen, ein Antwortformat ist nicht vorgegeben. Die Angaben zu Geschlecht und den vermittelten Facharztterminen ließen sich ohne weitere Bearbeitung durch einfaches Auszählen quantitativ erfassen, die übrigen Variablen wurden wie folgt in Kategorien eingeordnet:

Auswertung der Angaben zum Herkunftsland:
Die Dokumentation des Medibüros erfasste das Herkunftsland der Migranten. Aus Gründen der Übersichtlichkeit sind diese Herkunftsländer zusätzlich in folgende Regionen zusammengefasst worden:

- Mittel- und Südamerika einschließlich karibischer Staaten (Kurz: Lateinamerika und Karibik)
- Afrika
- Südost- und Osteuropa und alle Staaten der ehemaligen Sowjetunion (Kurz: Südost-/Osteuropa u. ehem. Sowjetunion)
- Naher und mittlerer Osten: Afghanistan, arabische Halbinsel, Irak, Iran, Israel, Jordanien, Libanon, Pakistan, Palästinensische Autonomiegebiete, Syrien, Türkei,
- Industrieländer: Westeuropa, Kanada, USA, Australien, Neuseeland, Japan
- Asien: Bangladesh, Bhutan, China, Indien, Mongolei, Nepal, Nordkorea, Südkorea, Südostasien

Die Auswertung nach Subgruppen beinhaltete die Einteilung in die zwei Kategorien: Illegalisierte Migranten und Migranten aus neuen EU-Ländern. Alle Migranten, deren Herkunftsland bekannt und kein EU-Land war, wurden zu den illegalisierten Migranten gezählt. Migranten aus neuen EU-Ländern sind all die Migranten aus den neuen Beitrittsländern der EU, die zum Zeitpunkt der Datenerhebung aufgrund von Übergangregelungen nur eingeschränkten Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt hatten und damit auch eingeschränkte Möglichkeiten sich über einen längeren Zeitraum legal in Deutschland aufzuhalten. Dies betrifft Migranten aus der Tschechischen Republik, Estland, Ungarn, Lettland, Litauen, Polen, der Slowakei, Slowenien, Malta und Zypern sowie ab 1. Januar 2007 auch Migranten aus Rumänien und Bulgarien.

Auswertung der Krankheiten:
Die durch die Migranten geäußerten Krankheiten und Beschwerden wurden zur besseren Übersichtlichkeit vor der quantitativen Auswertung in Krankheitskategorien eingeteilt. Die Einteilung in Krankheitskategorien orientierte sich an den 21 Kapiteln des ICD-10 in der deutschen Version von 2008. Bei ICD-10 Kapiteln, bei denen es sinnvoll erschien, wurden die Kapitel nochmals unterteilt kodiert. Eine unterteilte Kodierung betrifft Kapitel XI, Krankheiten des Verdauungssystems, Kapitel XVIII, Symptome und klinische Befunde, die andernorts nicht klassifiziert sind, sowie Kapitel XXI, Faktoren die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen. Kapitel XV beinhaltet nach der vorgenommenen Kodierung neben pathologischen Geschehen um Schwangerschaft und Geburt auch die physiologisch verlaufende Schwangerschaft. Die exakte Kodierung in 25 Kategorien ist in der Anlage 10.11 nachzuvollziehen.
Im Folgenden beziehen sich aus Gründen der Lesbarkeit die Begriffe ‚Beschwerden', ‚Krankheiten', ‚Erkrankungen', ‚Krankheitskategorien', ‚Krankheitsgruppen' und ihre Varianten immer auf Erkrankungen und Schwangerschaften (mit normalem gesunden oder auch pathologischem Verlauf) – es sei denn Schwangerschaften werden explizit ausgeschlossen.

Auswertung der Konsultationsanlässe:
Die Konsultationsanlässe wurden eingeteilt in folgende Kategorien:
- Konsultationen wegen Krankheit oder Schwangerschaft mit dem Anliegen einen Termin bei niedergelassenen Ärzten vermittelt zu bekommen (Kurz: Konsultation mit Arztterminbedarf)
- Vorsorgegesuche
    - Gynäkologische Vorsorge
    - Sonstige Vorsorge und Impfungen
- Finanzielle Hilfe im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung (exklusive Geburt)

- Beratung bei medizinischen Problemen beziehungsweise Weitervermittlung an andere nichtstaatliche Beratungseinrichtungen (Kurz: Beratung und Weitervermittlung)
- Organisation von Operationen
- Dienstleistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft
    - Organisation von Geburten
    - Beratungen in Zusammenhang mit Schwangerschaft
    - Kostenübernahmegesuche für Geburten

Die Auswertung der Inanspruchnahme verschiedener Fachärzte schließt die Inanspruchnahme von Therapeuten ein. Aus Gründen der Lesbarkeit werden die wenigen verfügbaren Therapeuten des Medibüros in die Kategorie ‚Facharzt' eingeschlossen ohne bei jeder Nennung separat erwähnt zu werden, die Kategorie ‚Inanspruchnahme von Fachärzten' und ihre Synonyme enthält entsprechend in geringem Umfang auch Therapeuten (Psychotherapeuten, Physiotherapeuten).
Krankheitsverteilung, Konsultationsanlässe und Facharztinanspruchnahme wurden jeweils im zeitlichen Verlauf dargestellt und im Subgruppenvergleich ausgewertet. Im Subgruppenvergleich beziehen sich die prozentualen Angaben bei der Erkrankungsverteilung jeweils auf den Anteil der Migranten, der von der jeweiligen Erkrankung betroffen war – Wiedervorstellungen wurden nicht berücksichtigt. Die prozentualen Angaben bei den Konsultationsanlässen und bei Facharztinanspruchnahme beziehen sich auf den Anteil, den der jeweilige Konsultationsanlass bzw. die jeweilige Fachrichtung an der Gesamtheit der Konsultationsanlässe bzw. Facharztterminen hatte – hier wurden Wiedervorstellungen berücksichtigt.
Die Aufteilung in Subgruppen erfolgt anhand der Merkmale Geschlecht und Aufenthaltsstatus (illegalisierte Migranten vs. Migranten aus neuen EU-Ländern). Der Vergleich zwischen Männern und Frauen wurde für die Krankheitsverteilung einmal einschließlich Schwangerschaften als Anliegen durchgeführt – zur Darstellung des Anteils der Schwangerschaften bei den Frauen – und einmal ohne Schwangerschaften zu berücksichtigen – zur besseren Vergleichbarkeit der Betroffenheit durch die verschiedenen Erkrankungen.

2.5.1.3 Konzeption des Messinstruments

Die Arbeitsdokumentation des Medibüros orientierte sich in ihrer Form an den Bedürfnissen der praktischen Arbeit. Ziel war die Kontinuität der Behandlung sicherzustellen. Als gesundheitliche Beschwerden wurden aus diesem Grund nur die Erkrankungen vermerkt, die Anlass für die Konsultation waren, in der Regel eine Beschwerde pro Arzttermin. Wurden zwei oder mehr Beschwerden vermerkt, war jede gesundheitliche Beschwerde für sich ein Grund für einen Arzttermin. Diese Dokumentation wurde der Doktorandin zur Verfügung gestellt, sie war jedoch nicht für die vorliegende Studie konzipiert worden.

2.5.2 Variablen und Messinstrument im Datensatz 2

2.5.2.1 Inhalt

Der verwendete Fragebogen zur subjektiven Gesundheit ist in der Anlage 10.8 einzusehen. Er setzte sich zusammen aus wenigen Fragen zur Soziodemographie (Alter, Geschlecht, Herkunftsland) und den standardisierten Fragen des SF-12v2 zu subjektiver Gesundheit und gesundheitsbezogener Lebensqualität.

Bei dem *Short Form-12v2 Health Survey* (SF-12v2) handelt es sich um ein Messinstrument zur Erfassung des Gesundheitszustandes mittels eines umfangreich validierten Fragebogens (Ware et al. 2002, S.3). Ziel ist es, in dieser Untersuchung eine Selbsteinschätzung von Gesundheit und Lebensqualität der Illegalisierten zu erheben. Die 36 Items des SF-36 bzw. die 12 Items des SF-12 erfassen acht Dimensionen subjektiver Gesundheit (Ware et al. 2002, S.29 -37):

1.) körperliche Funktionsfähigkeit (Frage 2a + Frage 2b)
2.) körperliche Rollenfunktion (Frage 3a + Frage 3b)
3.) körperliche Schmerzen (Frage 5)
4.) allgemeine Gesundheitswahrnehmung (Frage 1)
5.) Vitalität (Frage 6b)
6.) soziale Funktionsfähigkeit (Frage 7)
7.) emotionale Rollenfunktion (Frage 4a + Frage 4b)
8.) psychisches Wohlbefinden (Frage 6a + Frage 6c)

Die Dimensionen können jeweils für sich genommen ausgewertet werden. Zusätzlich ist es möglich eine psychische Summenskala und eine körperliche Summenskala zu bilden. Entsprechend ihrem Einfluss auf die psychische und körperliche Gesundheit werden die acht Dimensionen in der jeweiligen Summenskala nach einem validierten Verfahren unterschiedlich stark gewichtet.

2.5.2.2 Art der Fragen, Variablenqualitäten und Auswertungsstrategie

Alter und Herkunftsland wurden als offene Frage erhoben. Die Herkunftsländer wurden analog der Einteilung unter 2.5.1.2 Regionen zugeordnet. In der Subgruppenanalyse wurden die Teilnehmer entsprechend der unter 2.5.1.2 beschriebenen Methodik der Kategorie „illegalisierte Migranten“ oder „Migranten aus neun EU-Ländern“ zugeordnet. Die Frage nach Geschlecht war eine geschlossene Frage.
Als Antwortmöglichkeiten im SF-12v2 standen drei- oder fünfstufige Ordinalskalen zur Verfügung.

Die Einteilung in Altersgruppen erfolgte für den Vergleich mit der US-amerikanischen Normstichprobe orientiert an der durch Ware vorgenommenen Einteilung (18-34 Jahre, 35-44 Jahre, 45-64 Jahre) um die Vergleichbarkeit zu gewährleisten, für den Vergleich mit der deutschen Stichprobe und den Subgruppenvergleich wurden die Einteilung in Altersgruppen mit je identischen Altersspannen vorgenommen (20-34 Jahre, 35-49 Jahre, 50-64 Jahre) (Ware et al 2002, S.83-91).

Die Auswertungsstrategie sieht nach der Normierung zunächst den Vergleich der acht Dimensionen subjektiver Gesundheit, die mit dem SF-12v2 erfasst werden, mit den US-amerikanischen Normwerten der acht Einzeldimensionen vor, da repräsentative deutsche Normwerte in den Einzeldimensionen nicht verfügbar sind. Die Auswertung der Summenskalen für körperliche und psychische Gesundheit wurde zunächst im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung vorgenommen, im Anschluss im Vergleich mit körperlich erkrankten Menschen. Dabei wurde bei beiden Vergleichen jeweils zuerst mit der US-amerikanischen Stichprobe verglichen und danach mit einer repräsentativen deutschen Stichprobe (Ware et al. 2002; Thefeld, Stolzenberg und Bellach 1999). Zuletzt erfolgte eine Untersuchung auf Unterschiede innerhalb der Stichprobe im Rahmen der Subgruppenanalyse.

Berechnung und Normierung von acht Dimensionen subjektiver Gesundheit und den Summenskalen für körperliche und psychische Gesundheit

Die Normierung des SF-12v2 wurde entsprechend der Handanweisung (Ware et. al., 2002) an US-amerikanischen Normwerten orientiert vorgenommen. Es standen Normwerte für die allgemeine US-amerikanische Bevölkerung aufgeschlüsselt nach Geschlecht, Alter und Erkrankungen zur Verfügung.[5] Die Normstichprobe besteht aus 7 069 US-Amerikanern. Davon sind 59,6% Frauen, der Altersdurchschnitt liegt bei 50,7 Jahren (Spannweite 18-96 Jahre) (Ware et al. 2002, S.77).

Die im Folgenden beschriebene normbasierte Berechnung der SF-12v2 Dimensionen und Summenskalen wurde durch die Doktorandin mit Hilfe einer eigens erstellten SPSS Syntax vorgenommen. Die Syntax ist unter Anlage 10.12.1 einsehbar.

Berechnung der Skalenwerte in den acht Dimensionen subjektiver Gesundheit:
Den Antwortmöglichkeiten im SF-12v2 werden jeweils Punkte von 1 bis 5 zugewiesen. In den Dimensionen, die durch zwei Fragen repräsentiert sind, werden die zugewiesenen Punkte addiert. Durch eine Transformationsformel werden diese Skalenrohwerte in Werte zwischen 0 und 100 umgerechnet.

[5] Normen für „general U.S. Population“ aufgeschlüsselt nach Alter und Gechlecht in Ware et al., 2002, S. 81ff.

Formel für die Transformation der Skalenrohwerte jeweils für jede Dimension 1-8

Skalenwert=
[(Rohwert – niedrigst möglicher Rohwert)/ maximal mögliche Streubreite der Rohwerte]*100

Der berechnete Wert repräsentiert den Skalenwert als Prozentwert des jeweiligen Skalenrohwerts vom maximal erreichbaren Wert. 0 (%) repräsentiert den negativsten Wert und 100 (%) den positivsten Wert, i. e. die maximal erreichbare subjektive Gesundheit (Ware et al. 2002, S.29-37).

Vergleich der Skalenwerte mit der Normstichprobe:
Die berechneten Skalenwerte (in Prozent des maximal erreichbaren Wertes der jeweiligen Dimension subjektiver Gesundheit) wurden im Sinne der Vergleichbarkeit entsprechend den Handanweisungen mit Hilfe von z-scores so transformiert, dass sie direkt mit den standardisierten Mittelwerten und Standardabweichungen der Normstichprobe vergleichbar waren.

Formel für die Standardisierung mittels z-scores jeweils für jede Dimension 1-8

z-score des Skalenwertes der Dimension x*=
berechneter Prozentwert (Dimension x) – Mittelwert der Normstichprobe (Dimension x)/ Standardabweichung der Normstichprobe (Dimension x)

* Für Dimension x ist jeweils eine Dimension 1 bis 8 einzufügen

Mit Hilfe der z-scores wurden die Skalenwerte normiert, dabei wurde dem Mittelwert der Normstichprobe ein Wert von 50 zugewiesen und der Standardabweichung der Normstichprobe ein Wert von 10.

Formel für die normbasierten Transformation der Skalenwerte jeweils für jede Dimension 1- 8

Normbasierter Skalenwert der Dimension x*=
50 + (z-score des Skalenwertes der Dimension x * 10)

* Für Dimension x ist jeweils eine Dimension 1 bis 8 einzufügen

Die berechneten Skalenwerte der acht Dimensionen divergieren entsprechend der subjektiven Gesundheit des Individuums von den Normmittelwerten, die jeweils 50 betragen. Dies erleichtert die Interpretation der Mittelwerte im Vergleich mit der Normstichprobe (Ware et al. 2002, S.45-53).

Die Bildung von Summenskalen und der Vergleich mit der Normstichprobe:
Aus den acht Skalen subjektiver Gesundheit kann eine körperliche Summenskala (Physical Component Summary = PCS) und eine psychische Summenskala (Mental Component Summary = MCS) berechnet werden. Die Bildung der Summenskalen erforderte die Bildung von z-scores, wie im vorherigen Abschnitt beschrieben. Die z-scores der einzelnen Dimensionen werden entsprechend ihrem Einfluss auf die körperliche und psychische Gesundheit gewichtet und addiert und analog der oben beschriebenen normbasierten Transformation der einzelnen Skalenwerte wird die normbasierte Transformation in Summenskalenwerte vorgenommen. (Ware et al. 2002, S.48-53). Entsprechend repräsentieren die berechneten Summenskalenwerte die subjektive körperliche Gesundheit und die subjektive psychische Gesundheit des Individuums, die Werte sind direkt mit den Normmittelwerten vergleichbar.

Da der Algorithmus zur Schätzung fehlender Werte für den SF-12v2 nicht publiziert ist, wurden die acht Dimensionen nur berechnet, wenn alle für die jeweilige Dimension relevanten Fragen beantwortet wurden. Summenskalen wurden nur gebildet, wenn die Fragebögen vollständig waren.

Vergleich der acht Einzeldimensionen mit den US-amerikanischen Normwerten

Die berechneten Einzeldimensionen sind direkt mit der US-amerikanischen Norm vergleichbar. Dabei entsprechen in allen Dimensionen Mittelwerte unter 50 einer schlechteren subjektiven Gesundheit als in der Normstichprobe. Da keine deutschen Vergleichswerte für die Einzeldimensionen verfügbar sind, wurde die Auswertung orientiert an den US-Normen vorgenommen (Gandek et al. 1998, S.1176).

Vergleich der Summenskalen für körperliche und psychische Gesundheit mit der Normalbevölkerung

Zunächst wurden die Ergebnisse der Summenskalen stratifiziert nach Alter und Geschlecht mit den publizierten Werten der US-amerikanischen Normstichprobe verglichen (Ware et al. 2002).

Im Anschluss wurden die Ergebnisse der Summenskalen mit einem repräsentativen deutschen Datensatz verglichen: Der Rohdatensatz des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 (BGS98) einschließlich der Ergebnisse der zwölf Fragen des SF-12v1 stand als Public Use File zu dieser Auswertung (im Rahmen eines Nutzungsvertrages zwischen dem RKI und Frau Prof. Dr. Bullinger) der Doktorandin zur Verfügung (RKI 2000). Der BGS98 umfasst eine große deutsche Stichprobe, die mittels Gewichtung entsprechend der Bevölkerungsstruktur repräsentativ die deutsche Gesellschaft abbildet. In der Gewichtung sind die Verteilung von

Alter, Geschlecht, Gemeindegröße, Bundesland und weiteren soziale Faktoren berücksichtigt (Thefeld, Stolzenberg und Bellach 1999, S.S60). Im Rahmen des BGS98 wurden 6 964 Teilnehmer mit dem SF-12v1 befragt (Bellach und Kurth 2004, S.1028). Die Ergebnisse der Summenskalen des SF-12v1 und SF-12v2 sind dann miteinander vergleichbar, wenn sie anhand der gleichen Norm normiert und durch Umrechnungsfaktoren adjustiert worden sind (Ware et al. 2002, S.12, 26). Beides ist mit der QualityMetric Health Outcomes™Scoring Software 4.0 möglich. Die mit dieser Software berechneten Summenskalen des SF-12v1 sind durch die Verwendung derselben US-Norm von 1998 direkt mit den Ergebnissen des SF-12v2 vergleichbar. Eine Umrechnung der Ergebnisse der acht einzelnen Dimensionen des SF-12v1 ist mit der QualityMetric Health Outcomes™Scoring Software 4.0 nicht möglich. Die Ergebnisse in den – neu normierten, adjustierten und gewichteten – Summenskalen für subjektive körperliche und psychische Gesundheit in der Stichprobe des BGS98 wurden mit den Werten der erhobenen Stichprobe verglichen.

Vergleich der Summenskalen für körperliche und psychische Gesundheit mit Menschen mit Erkrankungen

Zunächst wurde der Vergleich mit einer Subgruppe der US-amerikanischen Normstichprobe vorgenommen, die angab an einer oder mehreren körperlichen Erkrankungen zu leiden. Sie beinhaltet Menschen, die angegeben haben ihr Arzt hätte ihnen gesagt, sie litten unter einer Herzerkrankung, hohem Blutdruck, Diabetes, einer Lungenerkrankung, einem Geschwür oder einer Magenerkrankung, einer Nierenerkrankung, einer Lebererkrankung, einer Anämie oder einer anderen Bluterkrankung, Krebs, Osteoarthritis oder einer degenerativen oder rheumatoiden Arthritis, Rückenschmerzen oder Ischialgien, einer chronische Allergie oder Problemen mit den Nasennebenhöhlen, Einschränkungen, Arme oder Beine zu benutzen, Taubheit oder Problemen auf einem oder beiden Ohren zu hören, Problemen beim Sehen mit einem oder beiden Augen, einer Dermatitis oder einem anderen chronischen Hautausschlag (Ware et al. 2002, S.126). Angaben zur Soziodemographie dieser Subgruppe waren nicht verfügbar, es handelt sich um 2 329 Menschen (Ware et al. 2002, S.144).

Ein zweiter Vergleich wurde durchgeführt mit der Untergruppe im BGS98, die angab in den vergangenen vier Wochen wegen einer akuten oder chronischen Erkrankung einen Arzt aufgesucht zu haben. Der Vergleich wurde jeweils stratifiziert nach Alter und Geschlecht vorgenommen.

2.5.2.3 Konzeption des Messinstruments

Der SF-12 ist die Kurzform des SF-36, einem Instrument, das in 30-jähriger Entwicklungsarbeit erstellt worden ist und heute das Standardmessinstrument für subjektive

Lebensqualität darstellt (Bullinger und Kirchberger 1998, S.8). Der SF-36 ist eines der am besten evaluierten Instrumente und ist das Instrument, das in der Lebensqualitätsforschung weltweit am häufigsten eingesetzt wird (Garrat et al. 2002, S.1419). Der SF-36 ermöglicht es sowohl kranke als auch gesunde Populationen unabhängig von ihrem Gesundheitszustand zu untersuchen (Bullinger und Kirchberger 1998, S.9). Der SF-12 wurde 1994 mit dem Ziel ausgearbeitet, eine zeitsparende Version des SF-36 zur Verfügung zu stellen. Ware et al. (1996. S.223-228) konnten zeigen, dass eine Reduktion der Fragen keinen Informationsverlust bedeutet und die Summenskalen valide und reliabel reproduziert werden können.
Der SF-12 wurde in der Folge weiterentwickelt. Die in der vorliegenden Studie verwendete zweite Version, SF-12v2, beinhaltet Verbesserungen in der Wortwahl und den Antwortmöglichkeiten sowie eine verbesserte Vergleichbarkeit mit Übersetzungen des Fragebogens. Die Präzision der Messwerte konnte erhöht werden, Deckeneffekte vermindert und die Einzelauswertung acht verschiedener Dimensionen subjektiver Gesundheit wurde möglich Ware et al. 2002, S.9-12).

Für die vorliegende Studie wurden die bulgarische, deutsche, englische, französische, lettische, litauische, polnische, portugiesische, rumänische, russische, serbische, spanische, türkische und ungarische Fassung des SF-12v2 verwendet. Die verschiedenen Sprachversionen wurden im Rahmen des International Quality of Life Assessment (IQOLA) Projekt übersetzt und getestet. Reliabilität und Validität sind sowohl für das Amerikanische Original als auch für die im IQOLA-Projekt getesteten Sprachversionen gut belegt (Ware et al. 2002, S.26-28).
Der SF-12v2 liegt für zwei unterschiedliche Zeitbezüge vor, in der Akutversion zur Beurteilung der Lebensqualität im Bezug auf die vergangene Woche sowie in der Standardversion zur Beurteilung der letzten vier Wochen. In der vorliegenden Studie wurde die Standardversion verwendet. Das Messinstrument ist als Selbstbeurteilungs- und als Fremdbeurteilungsverfahren in Interviewform verwendbar. Die Studienteilnehmer wurden in der vorliegenden Studie gebeten den Fragebogen selbstständig auszufüllen, die Doktorandin stand für eventuelle Verständnisfragen zur Verfügung.

2.5.3 Variablen und Messinstrument im Datensatz 3

2.5.3.1 Inhalt

Die Migranten wurden mit Hilfe des Messinstruments nach Erkrankungen und eigenen Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem während der Illegalität befragt. Trafen bestimmte Fragen auf die Biographie der Befragten nicht zu (z. B. keine Schwangerschaft oder keine Kinder), blieben diese unbeantwortet.

Der Fragebogen umfasste Variablen zu Person und Familienstand, zur Soziodemographie und zum Migrationshintergrund. Es wurden Angaben zu derzeitigen Erkrankungen einschließlich Infektionskrankheiten erhoben sowie die subjektive Beeinflussung der Lebenslage ‚illegal' auf die Gesundheit. Ziel war es, vor allem den Umgang mit Erkrankungen zu erfassen. Aus diesem Grund wurden die Dauer der Nichtbehandlung von Erkrankungen, Gründe für den Behandlungsverzicht sowie Maßnahmen die alternativ zu ärztlicher Behandlung ergriffen abgefragt. Weiterhin wurden Probleme bei stattgehabter Versorgung und Vorsorge, Abbrüche stattgehabter Behandlungen und Kostenträger stattgehabter Behandlungen erfragt. Der Umfang der Inanspruchnahme von Versorgung und Vorsorge in den vergangenen 12 Monaten wurde erhoben. Dabei fokussierte das Messinstrument auf der Wahrnehmung von Barrieren im Gesundheitssystem durch Illegalisierte. Die Möglichkeiten der medizinischen Versorgung betreffend Schwangerschaft und Geburt wurden gesondert erfragt, ebenso die medizinische Versorgung von Kindern. Der vollständige Fragebogen ist unter 10.9 einzusehen.

2.5.3.2 Art der Fragen, Variablenqualitäten und Auswertungsstrategie

Bei den Fragen handelte es sich überwiegend um geschlossene Fragen mit dichotomen, nominalen oder ordinalen Antwortkategorien. Zum Teil wurden geschlossene Fragen mit der Option „Sonstiges" ergänzt und die Möglichkeit gegeben einen Freitext zu verfassen. Zeiträume wurden in Form von numerischen Daten erhoben, d. h. Anzahl Monate bzw. Anzahl Jahre. Die Zeitspanne des Herauszögerns ärztlicher Behandlung berechnet sich aus Subtraktion der Zeitspanne vor wie langer Zeit erstmals medizinische Hilfe in Anspruch genommen wurde (Frage 1.1.5.3 des Fragebogens, vgl. Anlage 10.9) von der Dauer der Beschwerden insgesamt (Frage 1.1.2 des Fragebogens, vgl. Anlage 10.9).
Offene Fragen wurden für folgende Kategorien verwendet: Derzeitige gesundheitliche Beschwerden, Gründe für Arzt- oder Krankenhauskonsultationen in den vergangenen 12 Monaten, Nationalität, Geburtsland und Muttersprache. Die Auswertung erfolgte quantitativ. Die derzeitigen gesundheitlichen Beschwerden sowie weitere bestehende Beschwerden, die nicht Anlass zur Konsultation des Medibüros waren, wurden in zweistellige ICD-10 Codes kodiert. Die unterschiedlichen Geburtsländer wurden aus Gründen der Übersichtlichkeit wie in 2.5.1.2 Regionen zugeordnet.

2.5.3.3 Konzeption des Messinstruments

Bei dem „Fragebogen zur Erhebung von Gesundheitszustand von Migranten ohne Aufenthaltsstatus sowie Bedarf an medizinischer Versorgung" handelt es sich um ein selbst konzipiertes Messinstrument. Das Fragebogendesign orientierte sich unter anderem an Empfehlungen zum Studiendesign von Gerritsen et. al. (2004, S.9) „Health and health care utilisation among asylum seekers and refugees in the Netherlands: design of a study". Die

Fragenkomplexe zu Soziodemographie, Gesundheit sowie Inanspruchnahme von kurativer Behandlung und Vorsorge entstanden in Anlehnung an die folgenden Messinstrumente: Ein Messinstrument wurde im Rahmen der Studie „Experiences of Gömda in Sweden: Exclusion from health care for immigrants living without legal status. Results from a survey by Médecins Sans Frontières" (MSF 2005a) von Médecins Sans Frontières Schweden entwickelt. Der Fragebogen wurde von MSF in Schweden verwendet, um Gesundheitszustand und Zugang zu medizinischer Versorgung von Migranten ohne Aufenthaltsstatus zu erheben (MSF 2005a S.11).
Das zweite Messinstrument, das als Orientierung diente, wurde im Rahmen der Studie "Gesundheitliche Lage und Gesundheitsversorgung von erwachsenen Migranten – ein Survey bei der Schuleingangsuntersuchung" von Zeeb et al. (2004) entwickelt und verwendet.
Zur Erhöhung der Validität wurde der Fragebogen mit Experten aus der Praxis auf inhaltliche Validität hin untersucht. Dabei wurde überprüft, ob die verwendeten Konzepte durch angemessene und vollständige Indikatoren repräsentiert und augenscheinlich logisch sind. Eine Pilotstudie im klassischen Sinne war im vorliegenden Setting, angesichts der ohnehin erwarteten kleinen Stichprobe, nicht möglich. Zwei Migranten wurden im Medibüro probeweise befragt, um die Verständlichkeit zu prüfen und die Validität des Fragebogens zu erhöhen. Konsequenz der Probebefragung für die Hauptstudie war eine Simplifizierung der Fragen und die Formulierung der Frage nach derzeitigen psychischen oder physischen Beschwerden als offene Frage. Zudem zeigte sich die Notwendigkeit, den Fragebogen gemeinsam mit den Migranten auszufüllen.
Die englische und spanische Version des Fragebogens wurden jeweils von Muttersprachlern wörtlich übersetzt und ins Deutsche zurückübersetzt, bis die Versionen identisch waren.

2.5.4 Variablen und Messinstrument im Datensatz 4

2.5.4.1 Inhalt

Der Fragebogen sollte die Einschätzung der Ärzte bezüglich der Gesundheit von illegalisierten Migranten und Problemen bei ihrer medizinischen Versorgung widerspiegeln. Zur Einordnung wurden zunächst einige Fragen zur allgemeinen ärztlichen Tätigkeit gestellt (Fachgebiet, Stadtteil) und die Kontakthäufigkeit mit Illegalisierten erhoben.
Die Ärzte wurden dann gebeten, einige soziodemographische Daten der sie besuchenden illegalisierten Migranten anzugeben. Es folgte eine Einschätzung des Gesundheitszustandes im Vergleich zu versicherten Patienten. Die Ärzte wurden weiterhin gebeten die drei häufigsten Krankheitsbilder anzugeben sowie exemplarisch ihren letzen entsprechenden Fall darzustellen. Außerdem wurden Probleme bei der Behandlung illegalisierter Migranten

erfragt, zudem der Kostenträger der letzten an illegalisierte Migranten geleisteten Behandlung.
Der Fragebogen umfasste weitere Fragen betreffend die Bezahlung der medizinischen Behandlung von Illegalisierten, im Fragebogen Teil I Frage 5 und 6. Diese Fragen zur Bezahlung waren für die Hamburger Ärztekammer, die den Fragebogen mitgestaltet hat, von Bedeutung, sie werden jedoch in der vorliegenden Dissertation aufgrund methodischer Unzulänglichkeit der Fragen nicht ausgewertet, vgl. 2.5.4.3. Der vollständige Fragebogen ist in Anlage 10.10 zu finden.

2.5.4.2 Art der Fragen, Variablenqualität und Auswertungsstrategie

Der Fragebogen besteht aus offenen und geschlossenen Fragen, die quantitativ ausgewertet wurden.
Offene Fragen wurden genutzt bei folgenden Fragen: drei häufigste Herkunftsländer, drei am häufigsten auftretenden Krankheitsbilder, exemplarische Fallschilderung, Frage nach Kostenübernahme, Probleme mit Behörden und zeitnah zu behebende Probleme bei der medizinischen Versorgung Illegalisierter.
Die Frage nach Kostenübernahme konnte aufgrund der stichwortartigen Antworten direkt quantitativ ausgewertet werden.
Herkunftsländer wurden aus Gründen der Übersichtlichkeit Herkunftsregionen zugeordnet wie in 2.5.1.2 beschrieben. Gab ein Arzt drei Länder an, die jeweils verschiedenen Regionen zuzuordnen sind, wurde jede Region mit einer Angabe gezählt. Wurde bei der Beantwortung der Frage ein, zwei oder dreimal ein afrikanisches Land oder „Afrika“ genannt, wurde das als das eine Angabe „Herkunftskontinent Afrika“ gezählt – analog wurde mit anderen Kontinentszuordnungen verfahren.
Für die drei häufigsten Krankheitsbilder geschah die Einteilung anhand der in 2.5.1.2 und der in der Anlage 10.11 beschriebenen Kodierung, die sich am ICD-10 in der deutschen Version von 2008 orientiert.
Die wörtlichen Antworten auf die folgenden Fragen und die Methodik der Kodierung sind jeweils in der Anlage dargestellt, im Ergebnisteil erfolgt die Auswertung in Kategorien.
Die exemplarischen Fallschilderungen sind illustrierend in der Anlage 10.14.2 dargestellt.
Die Probleme mit Behörden wurden aufgrund der kleinen Fallzahl nicht in Kategorien eingeteilt sondern im Ergebnisteil gekürzt dargestellt und sind in der Anlage im Wortlaut wiedergegeben, vgl. 10.14.3.
Die wörtlichen Problemschilderungen bei der medizinischen Versorgung und die Einteilung in Kategorien betreffend die Probleme bei der medizinischen Versorgung sind in der Anlage 10.14.4 dargestellt. Im Ergebnisteil werden die kategorisierten und gekürzten Problemschilderungen dargestellt.

Die geschlossenen Fragen bieten nominale oder ordinale Antwortoptionen. Nominale Antwortmöglichkeiten konnten gewählt werden bei der Angabe zum Tätigkeitsbereich, zur Verfügbarkeit der Vordiagnostik und zur der Notwendigkeit von Dolmetschern. Sowohl bei der Frage nach der Verfügbarkeit von Vordiagnostik als auch nach der Notwendigkeit von Dolmetschern ergänzte jeweils ein Arzt die Kategorie „Manchmal“. Da es sich um eine sinnvolle Ergänzung der Antwortmöglichkeiten handelt, wurde diese Angabe als dritte Antwortmöglichkeit neben „Ja“ und „Nein“ gewertet.

Ordinale Antwortoptionen finden sich bei den Fragen zur Kontakthäufigkeit mit Illegalisierten, bei der Einordnung in eine Altersgruppe sowie bei der Einschätzung des Gesundheitszustandes. Bei der Frage „Wie oft behandeln Sie MigrantInnen ohne Krankenversicherung in ihrer Praxis/Klinik“ ergänzte ein Arzt die Kategorie „zwischen einmal pro Monat und einmal pro viertel Jahr“. Da es sich um eine sinnvolle Ergänzung der Antwortmöglichkeiten handelte, wurde diese Angabe gewertet, es gibt auf die Frage entsprechend sieben (statt sechs) ordinal geordnete Antwortmöglichkeiten. Zur besseren Vergleichbarkeit wurden die Antwortmöglichkeiten – die Angaben „pro Tag“, „pro Woche“, „pro Monat“, „pro Jahr“ beinhalteten – auf die Frequenz der Behandlung pro Jahr umgerechnet. Eine Behandlung pro Tag entspricht bei fünf Werktagen 260 Behandlungen pro Jahr, eine bis vier Behandlungen pro Woche entsprechend mindestens 52 Behandlungen im Jahr, eine bis vier Behandlungen pro Monat entsprechen mindestens zwölf Behandlungen pro Jahr, zwischen einer Behandlung pro Monat und einer pro viertel Jahr entsprechen etwa acht Behandlungen pro Jahr, ein Behandlung vierteljährlich entspricht vier Behandlungen pro Jahr und eine Behandlung halbjährlich entspricht zwei Behandlungen pro Jahr.

Bei Ergebnissen, die auf Ordinalskalen gründen, wurde eine Gewichtung der Ergebnisse entsprechend der Häufigkeit des Kontaktes mit Migranten ohne Aufenthaltsstatus vorgenommen. Diese Gewichtung soll ausschließen, dass die Ergebnisse durch die Angaben von Ärzten, die weniger Kontakt zu Migranten haben und deren Angaben zur Soziodemographie oder zur Gesundheit entsprechend auf weniger Beobachtungen fußen, verzerrt werden. Die Gewichtung wurde entsprechend der Anzahl des Kontaktes pro Jahr vorgenommen. Ärzte, die täglich illegalisierte Migranten behandeln, haben bei fünf Öffnungstagen pro Woche an mindesten 260 Tagen im Jahr Kontakt zu Illegalisierten, ihre Angaben wurden 260-fach gewichtet. Die übrigen Kategorien wurden analog, entsprechend der Häufigkeit pro Jahr wie im vorangehenden Abschnitt erläutert, gewichtet. Angaben von Ärzten, die weniger als halbjährlich behandeln, wurden einfach gewertet.

2.5.4.3 Konzeption des Messinstruments

Der Fragebogen „zur medizinischen Versorgungsrealität bei illegal in Hamburg lebenden Menschen ohne Krankenversicherung“ für die Ärzte im Netzwerk des Medibüros entstand in Kooperation mit dem Ausschuss Grundrechte der Hamburger Ärztekammer. Die Befragung

durch die Ärztekammer fand mit dem Ziel statt, Handlungs- und Unterstützungsoptionen seitens der Ärztekammer für Ärzte zu entwickeln, daran orientierte sich die Auswahl und Art der Fragen. Weiterhin sollte die Datenlage zu Gesundheit von Migranten ohne Aufenthaltsstatus und zu Problemen bei der medizinischen Versorgung verbessert werden. Die Auswertung des Fragebogens oblag der Doktorandin.

2.6 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte mittels SPSS 15.0 für Windows.

Datensatz 1 (DS 1):
Die Auswertung von DS 1 beruht ausschließlich auf kategorischen Variablen. Es wurden Häufigkeiten dargestellt und Kreuztabellen in der Subgruppenanalyse angefertigt. Es wurde eine Subgruppenanalyse der Erkrankungsverteilung, der Konsultationsanlässe und der Arzttermine im Vergleich zwischen Frauen und Männern und Illegalisierten und Migranten aus neuen EU-Ländern vorgenommen. Die Subgruppenanalysen wurden mittels χ^2-Tests auf Assoziation durchgeführt.

Datensatz 2 (DS 2):
Die Skalen des standardisierten Fragebogen SF-12v2 wurden nach Vorgaben des Manuals (Ware et al. 2002) berechnet, ausgewertet und anhand der Normwerte für die US-amerikanische Bevölkerung normiert, vgl. 2.5.2.2. Zur Überprüfung der Normalverteilung der Werte in der Gesamtstichprobe und den Subgruppen wurde neben der visuellen Inspektion sowohl der Kolmogorov-Smirnov-Test mit Signifikanzkorrektur nach Lilliefors als auch der Shapiro-Wilk-Test angewandt. Die BGS98-Stichprobe und alle gebildeten Subgruppen wurden im Vorfeld ebenfalls auf diese Weise auf Normalverteilung überprüft.

Die Mittelwertvergleiche in den acht Dimensionen subjektiver Gesundheit wurden bei Normalverteilung mittels t-Test gegen die publizierten Mittelwerte der US-amerikanischen Stichprobe getestet.

Die Mittelwertvergleiche der Summenskalen für körperliche und psychische Gesundheit mit den Mittelwerten der repräsentativen US-amerikanischen Stichprobe wurden ebenfalls mittels t-Test vorgenommen. Dies wurde zunächst im Vergleich mit der gesamten US-amerikanischen Stichprobe vorgenommen, dann im Vergleich mit der Subgruppe innerhalb der US-amerikanischen Stichprobe, die eine oder mehrere Erkrankungen angibt.

Für den Vergleich der Summenskalen für körperliche und psychische Gesundheit mit der repräsentativen deutschen Stichprobe aus dem BGS98 wurde zunächst deskriptiv die Verteilung der Mittelwerte, Standardabweichungen und Mediane in Tabellenform dargestellt.

Die Fälle aus der BGS98-Stichprobe wurden gewichtet, wie unter 2.5.2.2 beschrieben, um die repräsentative Abbildung der deutschen Gesellschaft zu gewährleisten. Die absoluten Zahlen stellen entsprechend die gewichteten Fallzahlen und nicht die tatsächliche Anzahl innerhalb der Stichprobe dar. Im Anschluss wurde mittels einer verallgemeinerten linearen Regression mit robusten Schätzern der Einfluss von Alter, Geschlecht und Aufenthaltsstatus (illegalisierte Migranten vs. Teilnehmer des BGS98-Surveys) auf die Summenskalen modelliert. Zu diesem Zweck wurde die gewichtete Stichprobe des BGS98 mit der erhobenen Stichprobe illegalisierter Migranten zu einem Datensatz verknüpft. In dem Regressionsmodell wurde der Einfluss der Variable Aufenthaltsstatus untersucht, sowie der Einfluss der Standardvariablen Alter und Geschlecht eruiert. Es wurde mittels Likelihood-Ratio-Test geprüft, ob zwischen den Variablen Interaktionen bestehen, die die Anpassungsgüte der Modelle verbessern, relevante Interaktionen wurden bei der weiteren Auswertung berücksichtigt. Zunächst wurde die Regression für die gesamte Stichprobe durchgeführt, dann nur für den Teil der Stichprobe, der innerhalb der letzten vier Wochen wegen einer akuten oder chronischen Erkrankung beim Arzt war. Die modellierten Ergebnisse werden graphisch dargestellt. Die genutzte Syntax ist unter Anlage 10.12.2 einsehbar.

Innerhalb der erhobenen Stichprobe aus Migranten ohne Aufenthaltsstatus wurden Subgruppen nach Alter, Geschlecht, Herkunftsregion, Aufenthaltsstatus und Teilnahme an der Befragung für DS 3 gebildet. In der Subgruppenanalyse wurden diese zur Feststellung von Unterschieden in den acht Dimensionen subjektiver Gesundheit sowie den Summenskalen körperlicher und psychischer Gesundheit verglichen. Bei Normalverteilung wurde ein t-Test auf Mittelwertunterschiede bzw. eine einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) durchgeführt, bei fehlender Normalverteilung wurde ein Mann-Whitney-U-Test durchgeführt.

Datensatz 3 (DS 3) und Datensatz 4 (DS 4):
Aufgrund von sehr geringen Fallzahlen wurden die Datensätze rein deskriptiv ausgewertet. Bei kategorischen Daten wurden Häufigkeiten ermittelt, quantitative Variablen wurden mittels Kenngrößen beschrieben. In Datensatz 4 wurde eine Gewichtung der Ergebnisse entsprechend der Häufigkeit des Kontaktes zu Illegalisierten vorgenommen.

3. Ergebnisse

Die Ergebnisse aus vier Erhebungen sind entsprechend der zentralen Fragestellungen der vorliegenden Dissertation gegliedert. Zunächst wird die Soziodemographie der Stichproben aller vier Erhebungen dargestellt sowie eine kurze Übersicht zum Inhalt des Datensatzes gegeben. Im Anschluss werden für jede Forschungsfrage die Ergebnisse der Untersuchungen eins bis vier, die diese Forschungsfrage betreffen, dargelegt. Es beantwortet dabei nicht eine Untersuchung eine Forschungsfrage, vielmehr beantworten die einzelnen Untersuchungen Teilaspekte der einzelnen Fragestellungen, einige Fragestellungen werden durch mehr als einen Datensatz aus verschiedenen Blickwinkeln beantwortet. Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht welche Fragestellung durch Ergebnisse aus welchem Datensatz beantwortet wird.

Tabelle 3: Übersicht der Fragestellungen und der korrespondierenden Datensätze

	DS 1	DS 2	DS 3	DS 4
1. Wie stellt sich der Gesundheitszustand von Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus dar?				
- Wie stellt sich die Epidemiologie gesundheitlicher Beschwerden der Migranten, die sich an das Medibüro wenden, im zeitlichen Verlauf und in der Subgruppenanalyse dar?	x		x	x
- Wie stellt sich die subjektive Gesundheit von illegalisierten Migranten dar?				
- Bestehen Unterschiede zwischen ihrer subjektiven Gesundheit und der subjektiven Gesundheit der Allgemeinbevölkerung?		x		
- Bestehen Unterschiede zwischen ihrer subjektiven Gesundheit und der subjektiven Gesundheit von anderen Menschen mit Erkrankungen?		x		
- Bestehen Unterschiede bezüglich der subjektiven Gesundheit in der Subgruppenanalyse?		x		
- Wie wird der allgemeine Gesundheitszustand von illegalisierten Migranten durch Ärzte bewertet?				x
- Wird durch die illegalisierten Migranten eine Veränderung ihres Gesundheitszustandes während der Illegalität beschrieben?			x	
2. Wie stellt sich der Umgang von Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus mit Erkrankungen dar und welche Probleme bei der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens werden beschrieben?				
- Wie lange bestehen die Erkrankungen bevor ein Arzt aufgesucht wird?			x	
- Aus welchen Gründen wird von den illegalisierten Migranten auf ärztliche Behandlung verzichtet?			x	

	DS 1	DS 2	DS 3	DS 4
- Welche Maßnahmen werden alternativ zu ärztlicher Behandlung ergriffen?			x	
- Welche Probleme ergeben sich bei der Behandlung illegalisierter Migranten?				
- Welche Hindernisse nehmen die illegalisierten Migranten wahr?			x	
- Welche Probleme betreffend die medizinische Versorgung beschreiben die Ärzte?				x
3. Wie stellen sich Art und Umfang der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung durch Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus dar?				
- Wie stellen sich Art und Umfang der Konsultationsanlässe im Medibüro im zeitlichen Verlauf und in der Subgruppenanalyse dar?	x			
- Wie stellen sich Umfang und Verteilung der Facharzttermine Vermittelt durch das Medibüro im zeitlichen Verlauf und der Subgruppenanalyse dar?	x			
- Von welchem Umfang der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung und Vorsorge berichten die illegalisierten Migranten?			x	

DS: Datensatz

Die Ergebnisse sind, sofern sie in Prozentwerten dargestellt sind, auf eine Dezimalstelle gerundet. Auf diese Rundung sind etwaige Abweichungen der Summe der Prozentwerte von 100% zurückzuführen.

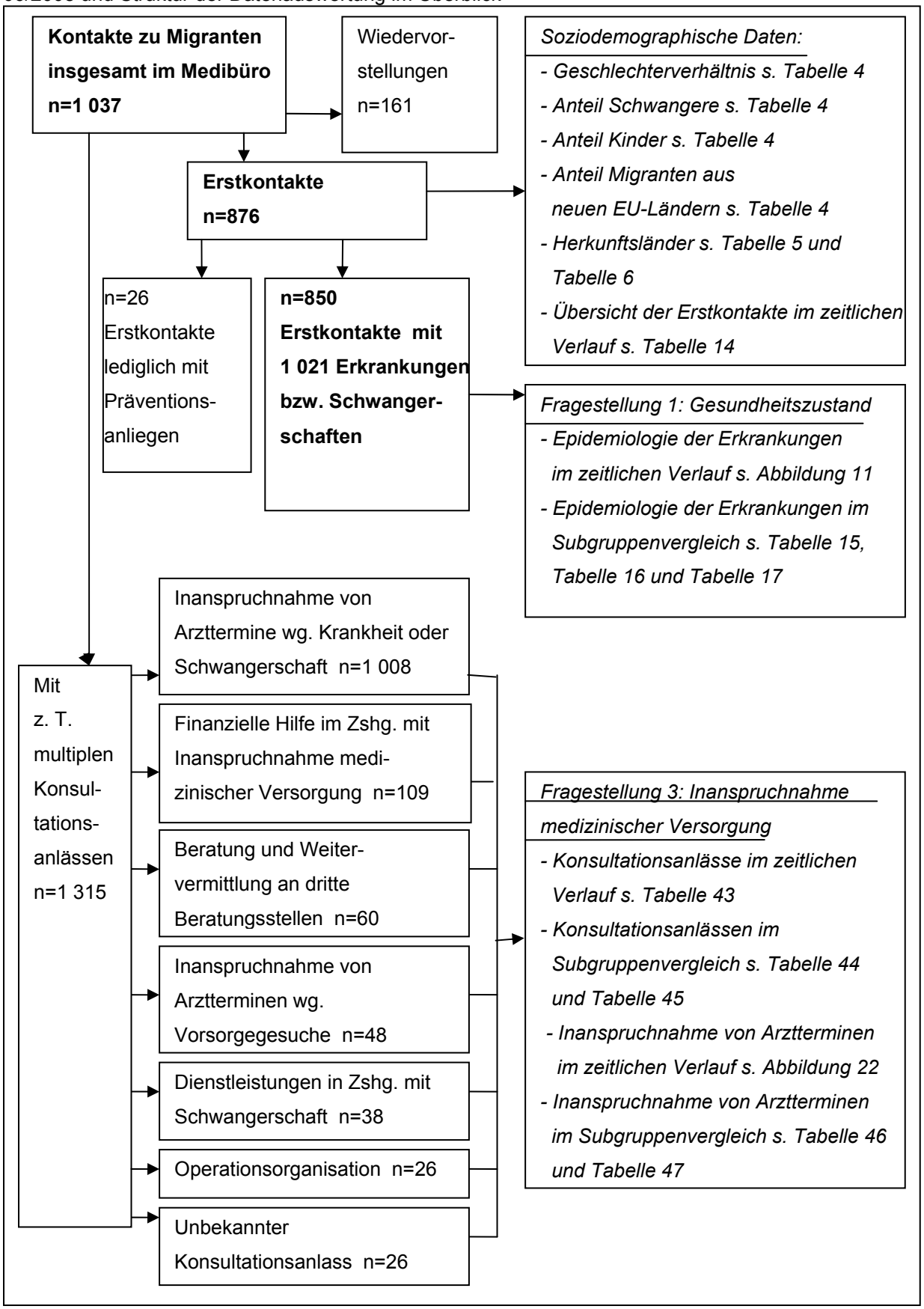
3.1 Übersicht und Soziodemographie

3.1.1 Übersicht und Soziodemographie für Datensatz 1

3.1.1.1 Übersicht Datensatz 1

Die Auswertung der Arbeitsdokumentation des Medibüros diente der Beantwortung der Forschungsfrage 1 *Wie stellt sich der Gesundheitszustand von Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus dar?* und der Forschungsfrage 3 *Wie stellen sich Art und Umfang der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung durch Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus dar?.* In Hinblick auf die Fragestellung 1 wurde die Epidemiologie gesundheitlicher Beschwerden insgesamt, im zeitlichen Verlauf und in der Subgruppenanalyse dargestellt. Zur Beantwortung von Fragestellung 3 wurde die Inanspruchnahme von allen Formen der Unterstützung, die mit medizinischer Versorgung zusammenhängen, ausgewertet, dann in die Tiefe gehend die Facharztverteilung. Zu diesem Zweck wurden alle Konsultationsanlässe im Halbjahresvergleich und in der Subgruppenanalyse vorgestellt. Im Anschluss wurde die Verteilung der Facharzttermine, die eine Teilmenge der Konsultationsanlässe bilden, im Halbjahres- und Subgruppenvergleich abgebildet. Einen Überblick über den Umfang der betreuten Migranten, der Anzahl Erkrankungen, der Konsultationsanlässe und Datenauswertung gibt Abbildung 8.

Abbildung 8: Datensatz 1: Anzahl und Art der Konsultationen durch Migranten im Medibüro 01/2006-06/2008 und Struktur der Datenauswertung im Überblick



3.1.1.2 Soziodemographie der Stichprobe 1

Die Anzahl Migranten, die vom Medibüro betreut wurde, nahm im Verlauf von Januar 2006 bis Juni 2008 von 137 auf 233 pro Halbjahr zu. Frauen stellten insgesamt zwei Drittel der Migranten, die das Medibüro besuchten. 10,6% der Frauen waren schwanger. Kinder waren selten Patienten im Medibüro, pro Halbjahr kamen maximal zehn Kinder in die Sprechstunde. Der Anteil neuer EU-Bürger stieg insgesamt von 12,4% im ersten Halbjahr 2006 auf 17,2% im ersten Halbjahr 2008, vgl. Tabelle 4.

Tabelle 4: Datensatz 1: Soziodemographie der Migranten mit Spaltenprozentwerten (n=876 Migranten)

	01-06/2006	07-12/2006	01-06/2007	07-12/2007	01-06/2008	insgesamt
Migranten insgesamt	137	130	169	207	233	876
Anteil Frauen	89 (65,0%)	87 (66,9%)	115 (68,0%)	130 (62,8%)	162 (69,5%)	583 (66,6%)
Anteil Schwangere	9 (6,6%)	8 (6,2%)	16 (9,5%)	14 (6,8%)	15 (6,4%)	62 (7,1%)
Anteil Kinder	3 (2,2%)	4 (3,1%)	7 (4,1%)	10 (4,8%)	9 (3,9%)	33 (3,8%)
Anteil neue EU-Bürger	17 (12,4%)	13 (10,0%)	29 (17,2%)	21 (10,1%)	40 (17,2%)	120 (13,7%)

Die Herkunftsländer sind aus Gründen der Übersichtlichkeit in Regionen zusammengefasst worden, vgl. 2.5.1.2. Tabelle 5 und Tabelle 6 stellen deutlich die hohe Frequentierung durch Migranten aus Lateinamerika, die großteilig aus Ecuador stammten, dar. Das Medibüro wurde zunehmend von Bulgaren aufgesucht, dieser Trend spiegelte sich weniger offensichtlich auch in der Kontinentverteilung wieder, vgl. Tabelle 5 und Tabelle 6.

Im ersten und zweiten Halbjahr 2006 wurden jeweils 32 verschiedene Herkunftsländer gezählt – insgesamt kamen die Migranten 2006 aus 46 verschiedenen Ländern. 2007 waren es 42 Herkunftsländer im ersten Halbjahr und 32 im zweiten Halbjahr – insgesamt 50 verschiedene Länder. Im Jahr 2008 im gab es im ersten Halbjahr 42 verschiedene Herkunftsländer.

Tabelle 5: Datensatz 1: Herkunftsregionen der Migranten mit Spaltenprozentwerten (n=876 Migranten)

	01-06/2006	07-12/2006	01-06/2007	07-12/2007	01-06/2008	Insgesamt
Migranten insgesamt	137	130	169	207	233	876
Lateinamerika und Karibik	63 (46,0%)	53 (40,8%)	66 (39,1%)	50 (24,2%)	67 (28,8%)	299 (34,1%)
Afrika	41 (29,9%)	41 (31,5%)	38 (22,5%)	29 (14,0%)	47 (20,2%)	196 (22,4%)
Südost-/ Osteuropa und ehem. Sowjetunion	25 (18,2%)	19 (14,6%)	48 (28,4%)	29 (14,0%)	52 (22,3%)	173 (19,7%)
Naher und mittlerer Osten	5 (3,6%)	4 (3,1%)	3 (1,8%)	9 (4,3%)	15 (6,4%)	36 (4,1%)
Industrieländer	1 (0,7%)	3 (2,3%)	5 (3,0%)	4 (1,9%)	3 (1,3%)	16 (1,8%)
Asien	0 (0,0%)	1 (0,8%)	3 (1,8%)	0 (0,0%)	2 (0,9%)	6 (0,7%)
Keine Angabe	2 (1,5%)	9 (6,9%)	6 (3,6%)	86 (41,5%)	47 (20,2%)	150 (17,1%)

Tabelle 6: Datensatz 1: Die häufigsten Herkunftsländer der Migranten mit Spaltenprozentwerten (n=876 Migranten)

Herkunfts-länder	01-06/2006 (n=137)	07-12/2006 (n=130)	01-06/2007 (n=169)	07-12/2007 (n=207)	01-06/2008 (n=233)	Insgesamt (n=876)
1.	Ecuador 48 (35,0%)	Ecuador 35 (26,9%)	Ecuador 44 (26,0%)	Ecuador 32 (15,5%)	Ecuador 34 (14,6%)	Ecuador 193 (22,0%)
2.	Polen 14 (10,2%)	Ghana 17 (13,1%)	Bulgarien 15 (8,9%)	Bulgarien 15 (7,2%)	Bulgarien 24 (10,3%)	Bulgarien 59 (6,7%)
3.	Ghana 12 (8,8%)	Polen 7 (5,4%)	Ghana 10 (5,9%)	Niger 7 (3,4%)	Guinea-Biss. 11 (4,7%)	Ghana 45 (5,1%)
4.	Äthiopien 6 (4,4%)	Chile 6 (4,6%)	Polen 8 (4,7%)	Türkei 6 (2,9%)	Kamerun 10 (4,3%)	Polen 39 (4,5%)
5.	Peru / Togo jwls.5(3,6%)	Nigeria 5 (3,8%)	Gambia 7 (4,1%)	Honduras / Kolumbien jwls.5 (2,4%)	Chile 9 (3,9%)	Chile 26 (3,0%)

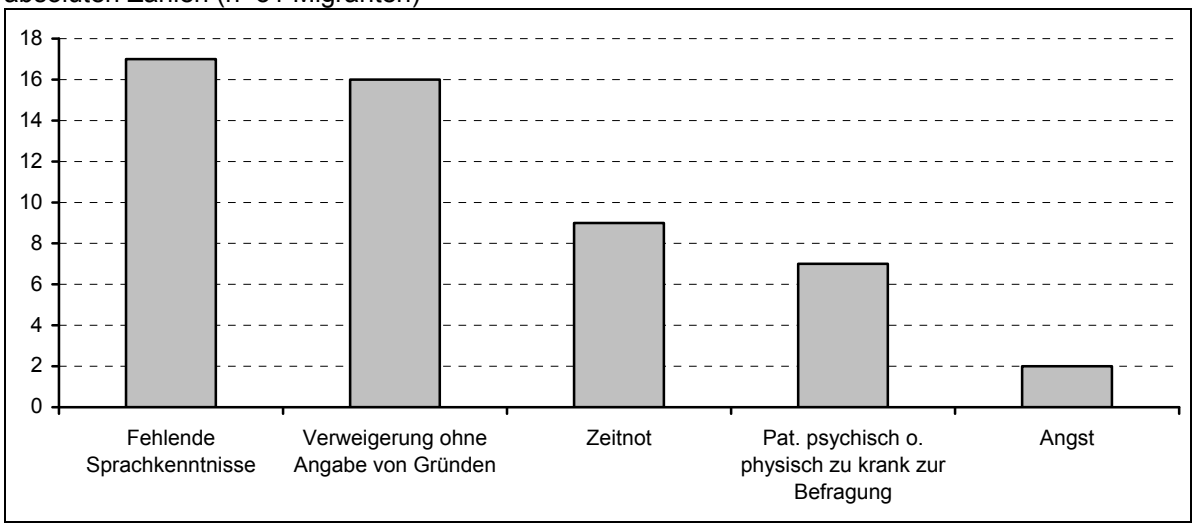
3.1.2 Übersicht und Soziodemographie für Datensatz 2

3.1.2.1 Übersicht Datensatz 2

Die Auswertung des SF-12v2 diente der Beantwortung von Forschungsfrage 1 *Wie stellt sich der Gesundheitszustand von Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus dar?* Zunächst wurden die Mittelwerte der acht Dimensionen von subjektiver Gesundheit mit den Normwerten der US-amerikanischen Stichprobe verglichen. Im Anschluss wurden die zwei berechneten Summenskalen einer US-amerikanischen und einer deutschen Stichprobe gegenübergestellt, die repräsentativ für die jeweilige Allgemeinbevölkerung ist. Danach wurden die Summenskalen mit einer US-amerikanischen und einer deutschen Stichprobe von Menschen mit körperlichen Beschwerden verglichen. Außerdem wurde die erhobene Stichprobe auf Zusammenhänge zwischen subjektiver Gesundheit und soziodemographischen Merkmalen untersucht.

An den 25 aufeinander folgenden Öffnungstagen zwischen Februar und August 2007 wurden im Medibüro 172 Migranten betreut. Zusätzlich gab es 34 Wiedervorstellungen. 25 der 172 betreuten Migranten erschienen nicht persönlich und konnten deshalb nicht befragt werden. Von den verbliebenen potenziell zu befragenden 147 Migranten waren 96 Migranten bereit und in der Lage den Fragebogen SF-12v2 auszufüllen – entsprechend einer Rücklaufquote von 65,3%. 33,3% der Migranten die nicht an der Befragung teilgenommen haben, konnten nicht lesen oder es fand sich keine gemeinsame Sprache um die Studie zu erklären. 31,4% der Migranten verweigerten ohne die Gründe zu nennen, 17,6% waren in Eile, 13,7% zu krank um die Befragung durchzuführen und 3,9% hatten Angst vor der Befragung, vgl. Abbildung 9.

Abbildung 9: Datensatz 2: Gründe für die Nichtteilnahme an der Befragung für Datensatz 2 in absoluten Zahlen (n=51 Migranten)



3.1.2.2 Soziodemographie der Stichprobe 2

Von 96 Teilnehmern der SF-12v2 Befragung gaben 95 eine körperliche Erkrankung als Konsultationsanlass an, eine befragte Migrantin konsultierte das Medibüro wegen einer psychischen Erkrankung.[6]

91 Migranten machten Angaben zu ihrem Alter. Der Median der Altersverteilung lag bei 37,0 Jahren, der Mittelwert bei 37,4 Jahren (Standardabweichung 10,9 Jahre). Die befragten Migranten waren zwischen 16 und 67 Jahren alt, die 25% Perzentile lag bei 30,0 Jahren, die 75% Perzentile bei 45,0 Jahren. 71,9% der befragten Migranten waren Frauen. Über die Hälfte der befragten Migranten stammte aus Lateinamerika, vgl. Tabelle 7.

Tabelle 7: Datensatz 2: Geschlecht und Herkunftsregion der Migranten (n=96 Migranten)

Herkunftsregion	Häufigkeit	Prozent
Lateinamerika und Karibik	56	58,3%
Afrika	17	17,7%
Südost-/ Osteuropa und ehem. Sowjetunion	17	17,7%
- davon Neue-EU-Länder	*(10)*	*(10,4%)*
Asien	4	4,2%
Naher und mittlerer Osten	1	1,0%
Industrieländer	1	1,0%
Gesamt	96	100,0%

3.1.3 Übersicht und Soziodemographie Datensatz 3

3.1.3.1 Übersicht Datensatz 3

Die Auswertung der ausführlichen Befragung der Migranten zu Gesundheit, Umgang mit Erkrankungen und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens beantwortet jeweils Teilaspekte der Fragestellungen 1, 2 und 3. Bezüglich Fragestellung 1 *Wie stellt sich der Gesundheitszustand von Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus dar?* wurden sowohl chronische Erkrankungen als auch Infektionserkrankungen gezielt erhoben und ausgewertet, außerdem wurde erhoben, ob der Gesundheitszustand sich durch die Illegalität verändert hat. Fragestellung 2 *Wie stellt sich der Umgang von Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus mit Erkrankungen dar und welche Probleme bei der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens werden beschrieben?* wurde umfassend durch Datensatz 3 beantwortet. Dauer der Erkrankungen, Gründe für den Behandlungsverzicht, Probleme bei realisierter Behandlung und Kostenträger realisierter Behandlung sind dargestellt.

[6] Die Erkrankungen bilden eine Teilmenge des Datensatzes 1, der im Rahmen der Arbeitsdokumentation des Medibüros ausgewertet wurde

In Hinblick auf Fragestellung 3 *Wie stellen sich Art und Umfang der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung durch Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus dar?* wurde die Inanspruchnahme von Versorgung und Vorsorge in den vergangenen 12 Monaten sowie die Versorgung von Schwangeren und Kindern ausgewertet.

3.1.3.2 Soziodemographie der Stichprobe 3

Angaben zur Person

Die Stichprobe von 24 Migranten bestand aus 19 Frauen (79,2%) und fünf Männern (20,8%). Die Migranten waren im Mittel 40,0 Jahre alt (Standardabweichung 11,8 Jahre). Der Median lag bei 40,5 Jahren, die Spannweite reichte von 16 bis zu 63 Jahren, die 25% Perzentile lag bei 31,0 Jahren, die 75% Perzentile bei 45,0 Jahren. 16 Migranten kamen aus Lateinamerika, fünf aus Afrika, zwei aus Süd-/ Osteuropa und eine Migrantin aus Asien. Die einzelnen Herkunftsländer sind in der Anlage 10.13 dargestellt.
Alle Migranten lebten ohne legalen Aufenthaltsstatus und ohne Krankenversicherung in Deutschland.
Zwei Drittel der Migranten waren ledig, alle Migranten lebten ohne Partner in Deutschland. 62,5% der Migranten gaben an, mindestens ein Kind zu haben. Die 24 Migranten hatten insgesamt 34 Kinder. Sechs dieser Kinder waren minderjährig und ohne Aufenthaltsstatus. Die übrigen Kinder hatten entweder einen Aufenthaltsstatus oder hatten keinen Aufenthaltsstatus, waren aber schon volljährig.
20 von 24 Migranten (83,3%) hatten einen Schulabschluss im Heimatland erworben. 19 von 24 Migranten (79,2%) hatten mindestens zehn Schuljahre vollendet. Insgesamt fünf Migranten (20,8%) hatten eine universitäre Ausbildung. Eine 16-jährige befragte Migrantin ging zur Zeit der Befragung zur Schule. Zehn der 24 der Migranten (41,7%) sprachen ausreichend oder gut deutsch, die übrigen sprachen wenig deutsch.

Migrationsgründe und Aufenthaltsdauer

Einer von 24 Migranten gab als Grund der Migration politische Probleme und damit einen potentiell asylrechtlich relevanten Sachverhalt an, vgl. Tabelle 8.

Tabelle 8: Datensatz 3: Migrationsgründe der Migranten (n=24 Migranten)

Migrationsgründe	Häufigkeit	Prozent
Ökonomische Situation	18	75,0%
Familiäre Gründe	5	20,8%
Politische Probleme	1	4,2%
Gesamt	24	100,0%

Die Migranten lebten im Mittel bereits sieben Jahre und neun Monate in Deutschland, davon im Mittel sechs Jahre und sieben Monate in der Illegalität. Die Spanne des Aufenthalts in der Illegalität reichte von einem Monat bis zu 30 Jahren, vgl. Tabelle 9. Drei Migranten (12,5%) lebten weniger als ein Jahr in der Illegalität, 25 % lebten wenigstens zwei Jahre und siebeneinhalb Monate ohne Aufenthaltsstatus in Deutschland, alle übrigen Migranten lebten schon länger ohne Aufenthaltsstatus in Deutschland.

Tabelle 9: Datensatz 3: Aufenthaltsdauer in Deutschland (Anzahl Monate) der Migranten (n=24 Migranten)

	Aufenthalt in Deutschland (Monate)	Davon illegaler Aufenthalt (Monate)
Mittelwert	93	79
Standardabweichung	80	81
Range	357 (3 – 360)	359 (1 – 360)
Median	78	60

3.1.4 Übersicht und Soziodemographie Datensatz 4

3.1.4.1 Übersicht Datensatz und Datenauswertung

Die Auswertung der Ärztebefragung gab Antwort auf verschiedene Teilaspekte der Fragestellungen 1, 2 und 3. Betreffend Fragestellung 1 *Wie stellt sich der Gesundheitszustand von Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus dar?* wurden die häufigsten Erkrankungen aus Sicht der Ärzte dargestellt sowie die Einschätzung des Gesundheitszustandes.
Betreffend Fragestellung 2 *Wie stellt sich der Umgang von Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus mit Erkrankungen dar und welche Probleme bei der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens werden beschrieben?* wurde der Kostenträger für die letzte Behandlung ermittelt, außerdem wurden Probleme bei der Behandlung in Form von Problemen mit Behörden, Abrufbarkeit von Diagnostik, Notwendigkeit von Dolmetschern und dringende Probleme bei der Versorgung illegalisierter Migranten erhoben.

Von 71 angeschriebenen Ärzten sendeten 25 den Fragebogen ausgefüllt zurück. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 35,2%.

Alle Ärzte der Stichprobe waren in einer Praxisniederlassung tätig. Die am häufigsten vertretenen Fachrichtungen waren Innere Medizin (28,0%), Gynäkologie (20,0%) und Allgemeinmedizin (20,0%), vgl. Tabelle 10.

Tabelle 10: Datensatz 4: Aufteilung der Ärzte nach Fachgebieten (n=25 Ärzte)

Fachgebiet	Häufig-keit	Prozent	*Fachrichtungen im Netzwerk des Medibüros (n=71)*
Innere Medizin	7	28,0%	*9,9%*
Gynäkologie	5	20,0%	*18,3%*
Allgemeinmedizin	5	20,0%	*25,4%*
Psychiatrie	2	8,0%	*2,8%*
Urologie	2	8,0%	*2,8%*
Pädiatrie	1	4,0%	*5,6%*
Zahnmedizin	1	4,0%	*14,1%*
Chirurgie	1	4,0%	*4,2%*
Neurologie	1	4,0%	*1,4%*
Übrige	0	0,0%	*15,5%*
Gesamt	25	100,0%	*100,0%*

Die Niederlassungen der Stichprobe lagen über das Hamburger Stadtgebiet verteilt, eine leichte Häufung zeigt sich in der näheren Umgebung des Medibüros – sechs Praxen in Altona, Sternschanze und St. Pauli. Die genaue Praxisverteilung über das Hamburger Stadtgebiet ist unter Anlage 10.14.1 zu finden.

Alle Ärzte beantworteten die Frage nach der Häufigkeit der Behandlung von illegalisierten Migranten. 60,0% der Ärzte behandeln mindestens einmal im Monate einen Migranten ohne Aufenthaltsstatus, vgl. Tabelle 11. Die Häufigkeit des Kontaktes zu illegalisierten Migranten bildet die Grundlage der Gewichtung der Antworten der Ärzte: alle verwendeten Ordinalskalen betreffend die Einschätzung verschiedener Merkmale der Migranten wurden entsprechend der Häufigkeit des Kontaktes mit Illegalisierten gewichtet, vgl. 2.5.4.2.

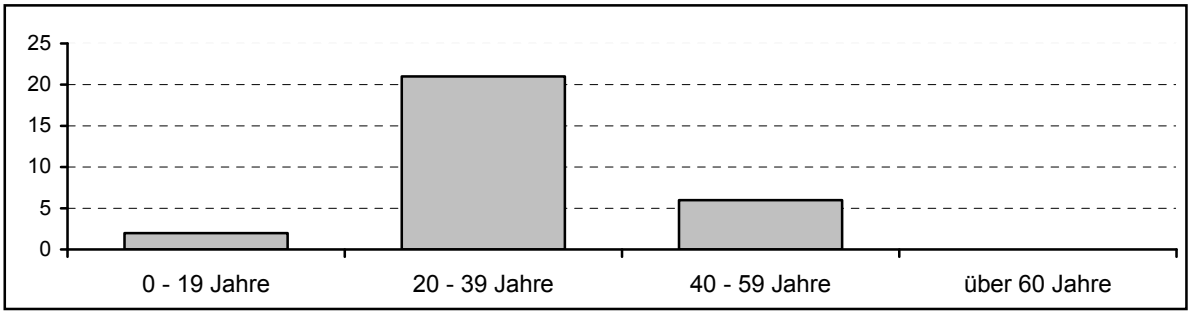
Tabelle 11: Datensatz 4: Angaben der Ärzte zur Anzahl der Behandlungen von Migranten ohne Aufenthaltsstatus pro Zeitintervall (n= 25 Angaben von 25 Ärzten)

Häufigkeit Behandlung	Häufigkeit	Prozent
1 Behandlung pro Tag	0	0,0%
1 - 4 Behandlungen pro Woche	4	16,0%
1 - 4 Behandlungen pro Monat	11	44,0%
Zwischen 1 Behandlung pro Monat u. 1 pro Viertel Jahr	1	4,0%
1 Behandlung pro Viertel Jahr	5	20,0%
1 Behandlung pro Halbjahr	2	8,0%
weniger als 1 Behandlung pro Halbjahr	2	8,0%
Gesamt	25	100,0%

3.1.4.2 Soziodemographie der Migranten beschrieben durch Ärzte der Stichprobe 4

Abweichend von dem Vorgehen in Datensatz 1 bis 3 werden im Folgenden die Angaben der Stichprobe der Ärzte zur Soziodemographie der Migranten dargestellt.
Die Ärzte waren gebeten auf einer vierstufigen Intervallskala anzugeben, um welche Altersgruppe es sich überwiegend bei den Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus handelt. Die Intervalle umfassten „1 - 19 Jahre“, „20 - 39 Jahre“, „40 - 59 Jahre“ und „60 Jahre oder älter“. Alle Ärzte (n=25) gaben an, dass die Migranten mehrheitlich zur Altersgruppe unter 60 Jahre gehörten. Vier Ärzte kreuzten sowohl „20 - 39 Jahre“ als auch „40 - 59 Jahre“ an, wodurch 29 Angaben bei nur 25 Ärzten zu erklären sind.

Abbildung 10: Datensatz 4: Angaben der Ärzte zur Alterstruktur der Migranten in absoluten Zahlen (n=29 Angaben von 25 Ärzte)



Die Prozentwerte veränderten sich durch die Gewichtung entsprechend der Häufigkeit des Kontaktes zu Illegalisierten. Details. Nach der Gewichtung wird die Alterspanne „20 - 39 Jahre“ im Verhältnis häufiger genannt, die Alterspanne „0 - 19 Jahre“ prozentual seltener:
„0 - 19 Jahre“ ohne Gewichtung mit zwei Angaben entsprechend 6,9% , nach Gewichtung 2,2%. „20 - 39 Jahre“ ohne Gewichtung mit 21 Angaben entsprechend 72,4 %, nach Gewichtung 77,3%. „40 - 59 Jahre“ ohne Gewichtung mit sechs Angaben entsprechend 20,7%, nach Gewichtung 20,5%.

„Bitte nennen Sie, wenn möglich, die drei häufigsten Herkunftsländer“ beantworteten zehn von 25 Ärzten wenigstens teilweise mit der Angabe von Herkunftskontinenten bzw. Herkunftsregionen anstelle von Herkunftsländern. Die Auswertung erfolgte entsprechend der unter 2.5.4.2 beschriebenen Methodik. Nicht alle Ärzte nannten drei Regionen, insgesamt gab es 42 Angaben zu Herkunftsregionen. Die Herkunftsregion Afrika wurde von 68,0% der Ärzte und damit am häufigsten genannt, 40,0% der Ärzte gaben außerdem Lateinamerika als häufige Herkunftsregion an, vgl. Tabelle 12.

Tabelle 12: Datensatz 4: Angaben der Ärzte zu Herkunftsregionen der Migranten (n=42 Angaben von 25 Ärzten)

Herkunftsregion	Anzahl der Antworten	Prozent der Antworten (n=42)	Prozent der Ärzte (n=25)
Afrika	17	40,5%	68,0%
Lateinamerika und Karibik	10	23,8%	40,0%
Südost-/Osteuropa und ehemalige Sowjetunion	7	16,7%	28,0%
Naher und mittlerer Osten	4	9,5%	16,0%
Asien	2	4,8%	8,0%
Industrieländer	1	2,4%	4,0%
Unbekannt	1	2,4%	4,0%
Gesamt	42	100,0%	

3.2 Ergebnisse zur Fragestellung 1: Wie stellt sich der Gesundheitszustand von Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus dar?

Tabelle 13: Übersicht Fragestellungen 1 und der korrespondierenden Datensätze

	DS 1	DS 2	DS 3	DS 4
1. Wie stellt sich der Gesundheitszustand von Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus dar?				
- Wie stellt sich die Epidemiologie gesundheitlicher Beschwerden der Migranten, die sich an das Medibüro wenden, im zeitlichen Verlauf und in der Subgruppenanalyse dar?	x		x	x
- Wie stellt sich die subjektive Gesundheit von illegalisierten Migranten dar?				
- Bestehen Unterschiede zwischen ihrer subjektiven Gesundheit und der subjektiven Gesundheit der Allgemeinbevölkerung?		x		
- Bestehen Unterschiede zwischen ihrer subjektiven Gesundheit und der subjektiven Gesundheit von anderen Menschen mit Erkrankungen?		x		
- Bestehen Unterschiede bezüglich der subjektiven Gesundheit in der Subgruppenanalyse?		x		
- Wie wird der allgemeine Gesundheitszustand von illegalisierten Migranten durch Ärzte bewertet?				x
- Wird durch die illegalisierten Migranten eine Veränderung ihres Gesundheitszustandes während der Illegalität beschrieben?			x	

DS: Datensatz

3.2.1 Epidemiologie gesundheitlicher Beschwerden

3.2.1.1 Ergebnisse aus Datensatz 1

Datengrundlage für die Analyse der gesundheitlichen Beschwerden waren alle Migranten, die zwischen Januar 2006 und Juni 2008 mit einer oder mehren Erkrankungen oder Schwangerschaften im Medibüro vorstellig wurden. Wiedervorstellungen von Migranten wegen einer bereits bekannten Erkrankung oder Schwangerschaft wurden nicht in die Auswertung eingeschlossen. So ergaben sich 1 021 Erkrankungen bzw. Schwangerschaften bei 850 Migranten. Prozentangaben beziehen sich jeweils auf den Anteil der 850 Migranten, der von der jeweiligen Erkrankung betroffen war.

Übersicht über die Anzahl der Migranten und die Erkrankungsanzahl

Die Anzahl der erkrankten Migranten, die das Medibüro aufsuchen, erhöhte sich zwischen 2006 und 2008 von 137 Migranten mit 156 Erkrankungen auf 226 Migranten mit 273 Erkrankungen. Ein kleiner Anteil der Migranten war gesund und wollte lediglich Vorsorgeuntersuchungen vermittelt bekommen, vgl. Tabelle 14.

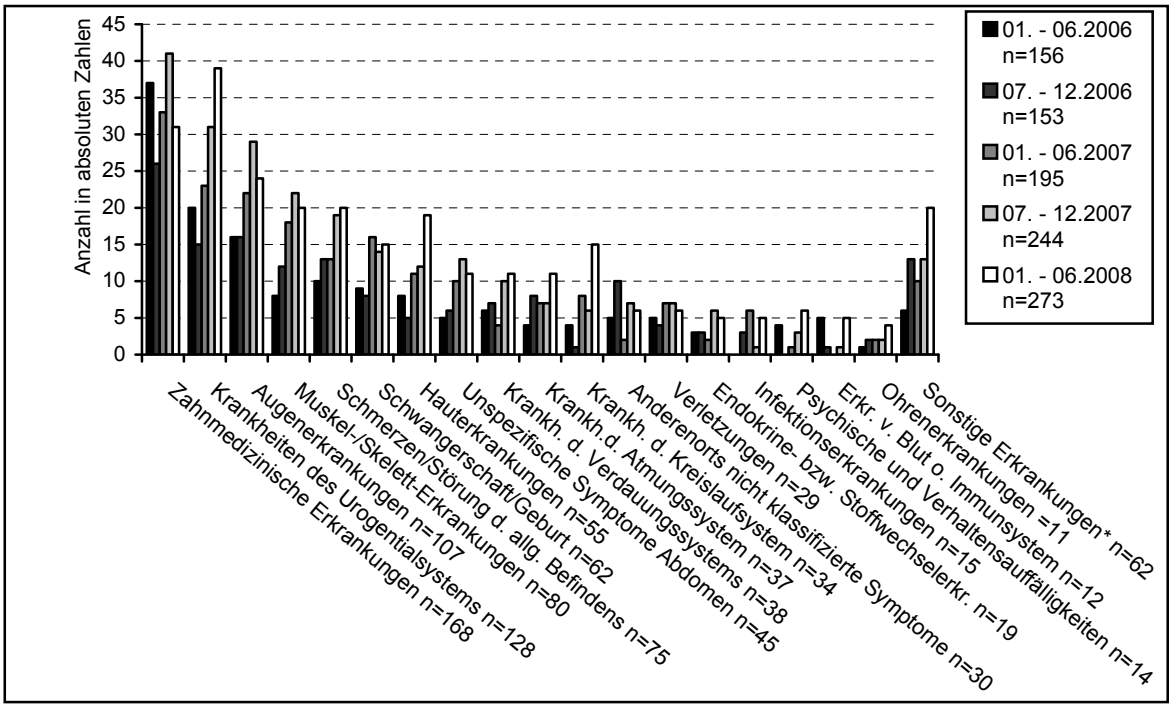
Tabelle 14: Datensatz 1: Übersicht der Anzahl der Migranten, die das Medibüro aufsuchen, und ihrer Erkrankungen

	01-06/2006	07-12/2008	01-06/2007	07-12/2007	01-06/2008	Ins-gesamt
Migranten insgesamt	137	130	169	207	233	876
- Davon gesunde Migranten	*3*	*2*	*7*	*7*	*7*	*26*
- Davon kranke Migranten	*134*	*128*	*162*	*200*	*226*	*850*
Anzahl Erkrankungen	156	153	195	244	273	1 021

Erkrankungshäufigkeit und -verteilung im Halbjahresvergleich

Zahnmedizinische Erkrankungen traten insgesamt am häufigsten auf und betrafen 19,8% der 850 erkrankten Migranten. Am Zweithäufigsten zeigten sich Erkrankungen im Urogenitalbereich, 15,1% der Migranten waren betroffen. 12,6% der Migranten waren von Augenerkrankungen betroffen. In absteigender Reihenfolge zeigten sich außerdem Muskel- und Skeletterkrankungen bei 9,4% der Migranten, Schmerzen und Störungen des allgemeinen Befindens bei 8,8%, Schwangerschaften bei 7,3%, Hauterkrankungen bei 6,5%, unspezifische abdominelle Beschwerden bei 5,3%, Krankheiten des Verdauungssystems bei 4,5% und Krankheiten des Atmungssystems bei 4,4%, vgl. Abbildung 11.

Abbildung 11: Datensatz 1: Anzahl und Art der Erkrankungen im Halbjahresvergleich 01/2006-06/2008 (n=1 021 Erkrankungen bei 850 Migranten)



*Sonstige Erkrankungen: unbekannte Krankheiten n=44, Krankheiten d. Nervensystems n=7, Angeborenes n=6, Neubildungen n=4, äußere Ursachen n=1

Insgesamt suchten 850 Migranten mit 1 021 Erkrankungen bzw. Schwangerschaften das Medibüro auf. Die Erkrankungsverteilung wurde in der Subgruppenanalyse für alle Krankheitsgruppen verglichen, die jeweils über 25-mal insgesamt angegeben worden sind. Die übrigen Erkrankungsgruppen wurden unter „Sonstige Erkrankungen“ zusammengefasst.

Gesundheitsprobleme bei Männern und Frauen im Vergleich

Bei 848 Migranten mit 1 019 Erkrankungen bzw. Schwangerschaften war die Information des Geschlechts verfügbar. 691 Erkrankungen bzw. Schwangerschaften betrafen 565 Frauen. 328 Erkrankungen betrafen 283 Männer. Der Anteil Frauen lag bei 66,6%. Die Prozentwerte weisen aus, welcher Anteil der Migranten von der jeweiligen Erkrankung betroffen ist.

Tabelle 15: Datensatz 1: Subgruppenanalyse der Gesundheitsprobleme der Migranten mittels χ^2-Test auf Assoziation zwischen Krankheit und Geschlecht im Vergleich Frauen und Männer mit Spaltenprozentwerten (n=1 019 Erkrankungen bei 848 Migranten)

Erkrankungen	Bei Männern (% der 283 Migranten)	Bei Frauen (% der 565 Migrantinnen)	Total (% der 848 Migranten)	χ^2-Test auf Assoziation zw. Krankheit u. Geschlecht
Zahnmedizinische Erkrankungen	66 23,3%	102 18,1%	168 19,8%	p = 0,070
Krankheiten d. Urogenitalsystems	16 5,7%	112 19,8%	128 15,1%	p < 0,001*

Erkrankungen	Bei Männern (% der 283 Migranten)	Bei Frauen (% der 565 Migrantinnen)	Total (% der 848 Migranten)	χ^2-Test auf Assoziation zw. Krankheit u. Geschlecht
Augenerkrankungen	37 13,1%	70 12,4%	107 12,6%	p = 0,777
Muskel-/Skelett-Erkrankungen	34 12,0%	46 8,1%	80 9,4%	p = 0,069
Schmerzen/Störungen d. allg. Befindens	22 7,8%	53 9,4%	75 8,8%	p = 0,437
Schwangerschaft/Geburt	0 0,0%	62 11,0%	62 7,3%	÷
Hauterkrankungen	28 9,9%	27 4,8%	55 6,5%	p = 0,004*
Unspezifische Symptome Abdomen	16 5,7%	29 5,1%	45 5,3%	p = 0,750
Krankheiten des Verdauungssystems	9 3,2%	29 5,1%	38 4,5%	p = 0,195
Krankheiten des Atmungssystems	14 4,9%	23 4,1%	37 4,4%	p = 0,556
Krankheiten des Kreislaufsystems	16 5,7%	18 3,2%	34 4,0%	p = 0,084
Anderenorts nicht klassifizierte Symptome	10 3,5%	20 3,5%	30 3,5%	p = 0,996
Verletzungen	14 4,9%	15 2,7%	29 3,4%	p = 0,083
Sonstige Erkrankungen[#]	46 16,3%	85 15,0%	131 15,4%	p = 0,646
Summe der Erkrankungen Reihenprozentwerte	328 32,2%	691 67,8%	1 019 100,0%	

* Ergebnis ist signifikant $p < 0,05$ ÷ nicht sinnvoll

[#] Kategorie „Sonstige“ enthält in absteigender Häufigkeit: Endokrine- bzw. Stoffwechselerkrankungen (n=18), Infektionserkrankungen (n=15), Psychische und Verhaltensstörungen (n=14), Erkrankungen von Blut oder Immunsystem (n=12), Ohrenerkrankungen (n=11), Krankheiten des Nervensystems (n=7), Angeborenes (n=6), Neubildungen (n=4), äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität (n=1) sowie unbekannte Erkrankungen (n=43)

Erkrankungen des Urogenitalsystems betrafen signifikant häufiger Frauen in der Stichprobe, während die Proportion von Hauterkrankungen bei Männern der Stichprobe signifikant größer war als bei Frauen. Krankheiten des Muskell- und Skelettaparates, Zahnkrankheiten, Krankheiten des Kreislaufsystems sowie Verletzungen zeigen sich nicht signifikant häufiger bei Männern als bei Frauen in der Stichprobe, vgl. Tabelle 15.

Im Folgenden wurde die Subgruppe der Männer mit der Subgruppe der Frauen verglichen, wobei Schwangerschaften vom Vergleich ausgeschlossen worden sind, vgl. 2.5.1.2. Von 62 Migrantinnen, die schwanger waren, hatten zwei Migrantinnen jeweils ein weiteres Anliegen,

neben der Schwangerschaft, für das ein Arzttermin benötigt wurde. Es ergeben sich 627 Erkrankungen bei 503 Migrantinnen, vgl. Tabelle 16.

Tabelle 16: Datensatz 1: Subgruppenanalyse der Gesundheitsprobleme (außer Schwangerschaften) der Migranten mittels χ^2-Test auf Assoziation zwischen Krankheit und Geschlecht im Vergleich Frauen und Männer mit Spaltenprozentwerten (n= 955 Erkrankungen bei 786 Migranten)

Erkrankung	Bei Männern (% der 283 Migranten)	Bei Frauen (% der 503 Migrantinnen)	Total (% der 786 Migranten)	χ^2-Test auf Assoziation zw. Krankheit u. Geschlecht
Zahnmedizinische Beschwerden	66 23,3%	101 20,1%	167 21,2%	p = 0,286
Erkrankungen d. Urogenitalsystems	16 5,7%	111 22,1%	127 16,2%	p < 0,001*
Augenerkrankungen	37 13,1%	70 13,9%	107 13,6%	p = 0,741
Muskel- /Skelett-Erkrankungen	34 12,0%	46 9,1%	80 10,2%	p = 0,202
Schmerzen/Störungen d. allg. Befindens	22 7,8%	53 10,5%	75 9,5%	p = 0,206
Hauterkrankungen	28 9,9%	27 5,4%	55 7,0%	p = 0,017*
Unspezifische Symptome Abdomen	16 5,7%	29 5,8%	45 5,7%	p = 0,948
Krankheiten des Verdauungssystems	9 3,2%	29 5,8%	38 4,8%	p = 0,105
Krankheiten des Atmungssystems	14 4,9%	23 4,6%	37 4,7%	p = 0,812
Krankheiten des Kreislaufsystems	16 5,7%	18 3,6%	34 4,3%	p = 0,170
Anderenorts nicht klassifizierte Symptome	10 3,5%	20 4,0%	30 3,8%	p = 0,756
Verletzungen	14 4,9%	15 3,0%	29 3,7%	p = 0,161
Sonstige Erkrankungen[#]	46 16,3%	85 16,9%	131 16,7%	p = 0,816
Summe der Erkrankungen Reihenprozentwerte	328 34,3%	627 65,7%	955 100,0%	

* Ergebnis ist signifikant p < 0,05

[#] Kategorie „Sonstige“ enthält in absteigender Häufigkeit: Endokrine- bzw. Stoffwechselerkrankungen (n=18), Infektionserkrankungen (n=15), Psychische und Verhaltensstörungen (n=14), Erkrankungen von Blut oder Immunsystem (n=12), Ohrenerkrankungen (n=11), Krankheiten des Nervensystems (n=7), Angeborenes (n=6), Neubildungen (n=4), äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität (n=1) sowie unbekannte Erkrankungen (n=43)

Vergleicht man die Proportionen, die die verschiedenen Erkrankungsgruppen bei Männern und Frauen einnehmen unter Ausschluss der Schwangerschaften, bleibt der signifikante Unterschied in Hinblick auf Hauterkrankungen und urogenitale Erkrankungen in der Stichprobe erhalten, vgl. Tabelle 16.

Gesundheitsprobleme bei Illegalisierten und Migranten aus neuen EU-Ländern im Vergleich

Die folgende Subgruppenanalyse vergleicht die Erkrankungen der Migranten aus neuen EU-Ländern mit den Erkrankungen der Illegalisierten. Zu der Subgruppe der Illegalisierten wurden alle Migranten gezählt, deren Herkunftsland bekannt ist und kein EU-Land ist, vgl. 2.5.1.2. Von 850 Migranten stammten zehn aus alten EU-Ländern und von 144 war das Herkunftsland unbekannt, diese wurden aus der Subgruppenanalyse ausgeschlossen. Die verbleibenden 696 Migranten waren von 846 Erkrankungen betroffen. 706 der Erkrankungen wurden bei 579 Illegalisierte gezählt und 140 Erkrankungen konnten 117 Migranten aus neuen EU-Ländern zugeordnet werden.

Tabelle 17: Datensatz 1: Subgruppenanalyse der Gesundheitsprobleme der Migranten mitels χ^2-Test auf Assoziation zwischen Krankheit und Aufenthaltsstatus im Vergleich Illegalisierte und Neu-EU-Bürger mit Spaltenprozentwerten (n= 846 Erkrankungen bei 696 Migranten)

Erkrankungen	Bei Illegalisierten (% von 579 Migranten)	Bei Migrant. Neu-EU-Länder (% von 117 Migranten)	Total (% von 696 Migranten)	χ^2-Test auf Assoziation zw. Krankheit u. Status
Zahnmedizinische Erkrankungen	121 20,9%	23 19,7%	144 20,7%	p = 0,763
Krankheiten d. Urogenitalsystems	87 15,0%	21 17,9%	108 15,5%	p = 0,426
Augenerkrankungen	81 14,0%	6 5,1%	87 12,5%	p = 0,008*
Schmerzen/Störungen d. allg. Befindens	60 10,4%	6 5,1%	66 10,4%	p = 0,078
Muskel-/Skelett-Erkrankungen	54 9,3%	8 6,8%	62 8,9%	p = 0,389
Schwangerschaft/Geburt	34 5,9%	17 14,5%	51 7,3%	p = 0,001*
Hauterkrankungen	37 6,4%	8 6,8%	45 6,5%	p = 0,858
Unspezifische Symptome Abdomen	37 6,4%	2 1,7%	39 5,6%	[1]
Krankheiten des Atmungssystems	31 5,4%	6 5,1%	37 5,3%	p = 0,921
Krankheiten des Verdauungssystems	26 4,5%	3 2,6%	29 4,2%	[1]
Krankheiten des Kreislaufsystems	22 3,8%	5 4,3%	27 3,9%	[1]
Verletzungen	17 2,9%	10 8,5%	27 3,9%	p = 0,004*
Anderenorts nicht klassifizierte Symptome	16 2,8%	6 5,1%	22 3,2%	p = 0182
Sonstige Erkrankungen[#]	83 14,3%	19 16,2%	102 14,7%	p = 0,595

Erkrankungen	Bei Illegalisierten (% von 579 Migranten)	Bei Migrant. Neu-EU-Länder (% von 117 Migranten)	Total (% von 696 Migranten)	χ^2-Test auf Assoziation zw. Krankheit u. Status
Summe der Erkrankungen	706	140	846	
Reihenprozentwerte	83,5%	16,5%	100,0%	

* Ergebnis ist signifikant $p < 0,05$ [1] Mindestens eine Proportion ist unzulässig klein zum Ausführen des χ^2-Tests [#] Kategorie „Sonstige“ enthält in absteigender Häufigkeit: unbekannte Erkrankung (n=27), Endokrine- bzw. Stoffwechselerkrankungen (n=15), Erkrankungen von Blut oder Immunsystem (n=12), Psychische und Verhaltensstörungen (n=12), Infektionserkrankungen (n=11), Ohrenerkrankungen (n=8), Krankheiten des Nervensystems (n=7), Angeborenes (n=5), Neubildungen (n=4), äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität (n=1)

Der Anteil Frauen ist in den beiden Stichproben ähnlich: 67,0% der illegalisierten Migranten waren Frauen und 66,7% der Migranten aus neuen EU-Ländern. Die Proportionen an Schwangerschaften und Geburten war signifikant größer bei Migrantinnen aus neuen EU-Ländern als bei illegalisierten Migranten. Auch Verletzungen traten signifikant häufiger in der Stichprobe der Migranten aus neuen EU-Ländern auf. Augenerkrankungen traten indes signifikant häufiger in der Stichprobe der Illegalisierten auf, vgl. Tabelle 17.

3.2.1.2 Ergebnisse aus Datensatz 3

Die gesundheitlichen Beschwerden, die für die 24 befragten Migranten Anlass waren, das Medibüro aufzusuchen, bilden eine Teilmenge von Datensatz 1 und werden nicht gesondert ausgewertet. Eine detaillierte Auflistung findet sich in der Anlage 10.13.2. Zusätzlich zu den akut behandlungsbedürftigen Beschwerden gaben 14 von 24 Migranten (58,3%) mindestens eine weitere Beschwerde an, welche in der Anlage 10.13.3 dargelegt sind.

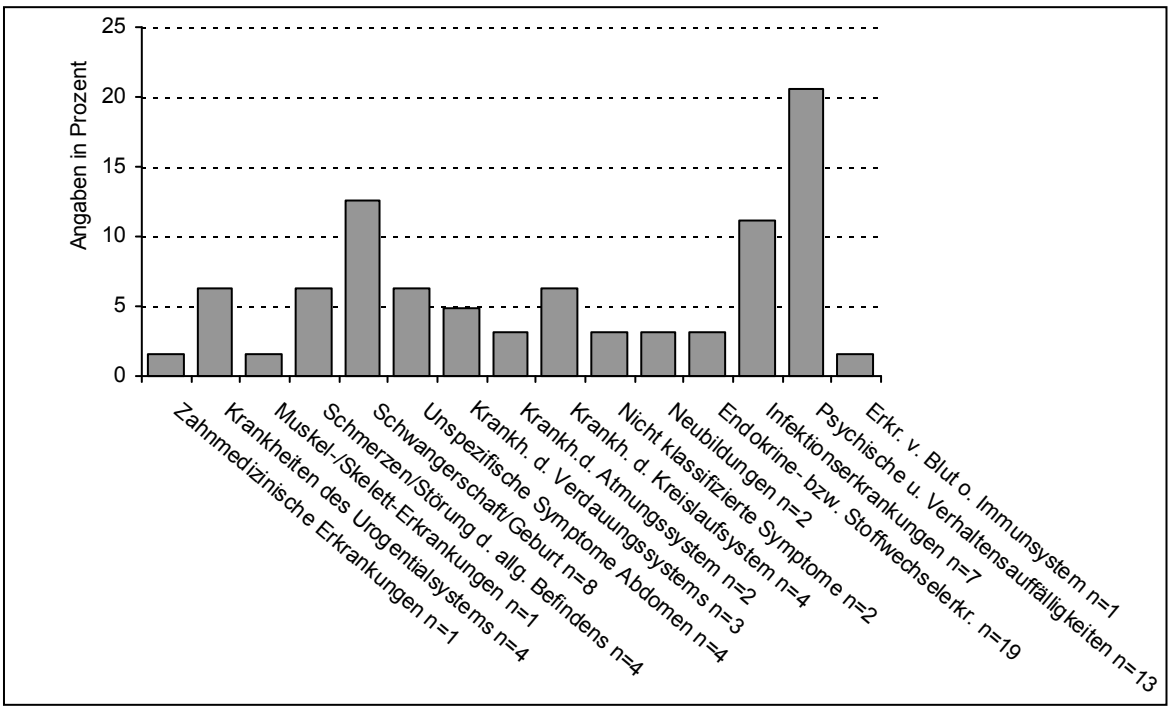
Vier von 19 Migrantinnen (21,1%) waren zum Zeitpunkt der Befragung schwanger oder waren zuvor – während der Zeit ohne Aufenthaltsstatus – schwanger gewesen. Eine Migrantin hatte ihr Kind bereits bekommen, eine Migrantin hatte die Schwangerschaft abbrechen lassen. Zwei Migrantinnen waren zum Befragungszeitpunkt schwanger und planten das Kind mit Unterstützung des Medibüros im Krankenhaus zu gebären.

22 von 24 Migranten (91,7%) konnten eine Infektion mit HIV, viraler Hepatitis oder Tuberkulose sicher ausschließen. Die gezielte Nachfrage ergab, dass ein Migrant HIV positiv war. Er befand sich nicht in Behandlung, diese war ihm nicht zugänglich. Eine Migrantin konnte nicht sicher sagen, ob sie an einer Infektionserkrankung wie HIV, Hepatitis oder Tuberkulose erkrankt war.

3.2.1.3 Ergebnisse aus Datensatz 4

Die 25 teilnehmenden Ärzte waren gebeten die drei häufigsten Krankheitsbilder bei illegalisierten Migranten zu nennen. Insgesamt wurden 63 Krankheitsbilder genannt, die entsprechend der Methodik wie unter 2.5.1.2 beschrieben, Krankheitskategorien zugeordnet worden sind. Nach Angaben der Ärzte waren psychische und Verhaltensstörungen die häufigsten Erkrankungen bei Illegalisierten, gefolgt von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Bestimmte infektiöse und parasitäre Erkrankungen bildeten die dritthäufigste Krankheitsgruppe, vgl. Abbildung 12.

Abbildung 12: Datensatz 4: Häufigste Krankheitsbilder bei Migranten ohne Aufenthaltsstatus in Prozent der Angaben (n=63 Angaben von 25 Ärzten)



Die Ärzte wurden gebeten zusätzlich exemplarisch ihren letzten Fall eines illegalisierten Migranten in ihrer Praxis zu schildern. Die vollständigen Fallschilderungen sind zur Illustration der Bandbreite von Erkrankungen bei Illegalisierten in der Anlage dargestellt, vgl. 10.14.2. Insgesamt schilderten 20 Ärzte ihren letzten Fall. In zwei Fällen wird die Behandlung explizit als schwierig oder unmöglich in der Organisation und Durchführung beschrieben.

3.2.2 Subjektive Gesundheit von illegalisierten Migranten: Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung

3.2.2.1 Ergebnisse aus Datensatz 2

Vergleich der Mittelwerte in den acht Dimensionen subjektiver Gesundheit mit der US-amerikanischen Bevölkerung

Insgesamt wurden 96 Fragebögen ausgewertet. Nicht alle Fragebögen wurden vollständig ausgefüllt. Die acht Dimensionen subjektiver Gesundheit wurden jeweils nur berechnet, wenn alle Fragen, die diese Dimension betreffen, beantwortet worden waren.

Tabelle 18: Datensatz 2: Mittelwerte der Migranten in den acht Dimensionen subjektiver Gesundheit

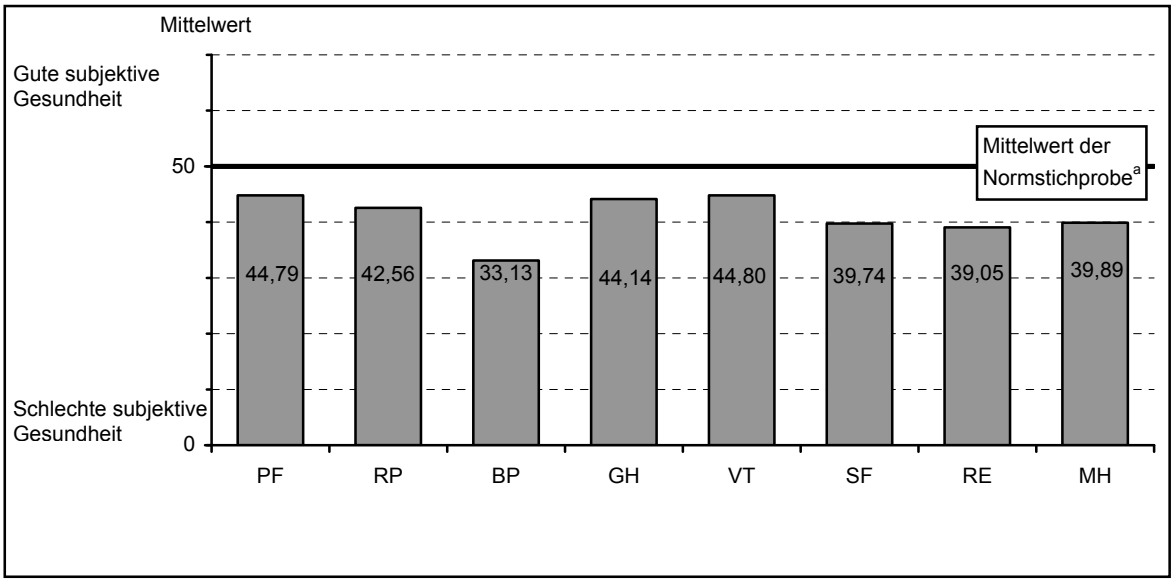
	N	M	SD	Min	Max	Median
Körperliche Funktionsfähigkeit (PF)	89	44,79	10,46	22,11	56,47	47,88
Körperliche Rollenfunktion (RP)	87	42,56	8,92	20,32	57,18	43,36
Körperliche Schmerzen (BP)	96	33,13	11,68	16,68	57,44	37,06
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung (GH)	93	44,14	9,86	18,87	61,99	40,43
Vitalität (VT)	92	44,80	10,61	27,62	67,88	47,75
Soziale Funktionsfähigkeit (SF)	93	39,74	10,67	16,18	56,57	36,37
Emotionale Rollenfunktion (RE)	89	39,05	11,15	11,35	56,08	39,30
Psychisches Wohlbefinden (MH)	91	39,89	8,12	15,77	58,45	40,16

M = Mittelwert SD = Standardabweichung Min = Minimum Max = Maximum

Die subjektive Gesundheit der Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus war in allen acht Dimensionen subjektiver Gesundheit niedriger als in der US-amerikanischen Normstichprobe, vgl. Tabelle 18 u. Abbildung 13. In der Dimension, die körperliche Schmerzen misst, und den Dimensionen, die soziales und psychisches Wohlbefinden messen, zeigten sich besonders niedrige Werte, die außerhalb der Standardabweichung des Mittelwertes der Normstichprobe lagen.

In der visuellen Inspektion, dem Kolmogorov-Smirnov-Test mit Signifikanzkorrektur nach Lilliefors und dem Shapiro-Wilk-Test zeigte sich keine Normalverteilung für die Mittelwerte der einzelnen Dimensionen ($p<0.05$). Ein t-Test auf Unterschiede zu den Mittelwerten der Normstichprobe wurde entsprechend nicht durchgeführt.

Abbildung 13: Datensatz 2: Mittelwerte der Migranten in den acht Dimensionen subjektiver Gesundheit im Vergleich mit der repräsentativen US-amerikanischen Normstichprobe



[a] U. S. amerikanische Normstichprobe (Ware et. al., 2002, S.77) PF = Körperliche Funktionsfähigkeit PR = Körperliche Rollenfunktion BP = Körperliche Schmerzen GH = Allgemeine Gesundheitswahrnehmung VT = Vitalität SF = Soziale Funktionsfähigkeit RE = Emotionale Rollenfunktion MH = Psychisches Wohlbefinden

Vergleich der Summenskalen subjektiver Gesundheit mit der US-amerikanischen Bevölkerung

Die Summenskalen wurden nur für vollständig ausgefüllte Fragebögen berechnet (n=79). Die Mittelwerte der Summenskalen waren mittels visueller Inspektion und dem Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest mit Signifikanzkorrektur nach Lilliefors sowie dem Shapiro-Wilk-Test auf Normalverteilung überprüft worden. Mit p=0,919 (körperliche Summenskala/Shapiro-Wilk) und p=0,476 (psychische Summenskala/Shapiro-Wilk) waren beide Skalen hinreichend normalverteilt. Auch in den gebildeten Strata zeigten die Werte der Summenskalen eine Normalverteilung.

Tabelle 19: Datensatz 2: Vergleich der Mittelwerte der Migranten(-subgruppen) in der Summenskala für körperliche Gesundheit (PCS) mit der repräsentativen US-amerikanischen Normstichprobe[a] mittels t-Test

Stichprobe	N	M	SD	Min	Max	Median	t-Test p
Migranten Stichprobe (gesamt)	79	42,95	5,87	28,21	59,23	43,07	p < 0,001*
US-amerikanische Stichprobe (gesamt)	*6917*	*49,63*	*9,91*	*4,92*	*69,24*	*53,03*	
Migranten Stichprobe Frauen	56	42,61	5,36	31,92	54,18	42,85	p < 0,001*
US-amerikanische Stichprobe Frauen	*4135*	*48,72*	*9,63*	*4,92*	*69,24*	*52,15*	
Migranten Stichprobe Männer	23	43,76	7,02	28,21	59,23	43,28	p < 0,001*
US-amerikanische Stichprobe Männer	*2782*	*50,60*	*10,20*	*11,21*	*66,35*	*54,04*	
Migranten Stichprobe 18 - 34 Jahre	31	43,98	5,10	35,22	54,18	43,63	p < 0,001*
US-amerikanische Stichprobe 18 - 34 Jahre	*1276*	*53,23*	*k. A.*	*k. A.*	*k. A.*	*k. A.*	
Migranten Stichprobe 35 - 44 Jahre	22	43,37	7,18	31,92	59,23	42,87	p < 0,001*
US-amerikanische Stichprobe 35 - 44 Jahre	*1557*	*52,00*	*k. A.*	*k. A.*	*k. A.*	*k. A.*	
Migranten Stichprobe 45 - 64 Jahre	20	41,45	6,05	28,21	49,91	42,29	p < 0,001*
US-amerikanische Stichprobe 45 - 64 Jahre	*2518*	*48,31*	*k. A.*	*k. A.*	*k. A.*	*k. A.*	

M = Mittelwert SD = Standardabweichung min = Minimum max = Maximum

[a] U. S. amerikanische Normstichprobe (Ware et. al., 2002, S.81ff.) * Ergebnis ist signifikant p < 0,05

Tabelle 20: Datensatz 2: Vergleich der Mittelwerte der Migranten(-subgruppen) in der Summenskala für psychische Gesundheit (MCS) mit der repräsentativen US-amerikanischen Normstichprobe[a] mittels t-Test

Stichprobe	N	M	SD	Min	max	Median	t-Test p
Migranten Stichprobe (gesamt)	79	40,52	8,55	23,84	60,11	40,19	p < 0,001*
US-amerikanische Stichprobe (gesamt)	*6924*	*49,37*	*9,75*	*8,14*	*73,24*	*51,83*	
Migranten Stichprobe Frauen	56	40,88	8,82	23,84	60,11	41,28	p < 0,001*
US-amerikanische Stichprobe Frauen	*4141*	*48,43*	*9,55*	*8,14*	*73,24*	*50,90*	
Migranten Stichprobe Männer	23	39,67	7,95	24,58	54,41	38,79	p < 0,001*
US-amerikanische Stichprobe Männer	*2783*	*50,38*	*9,93*	*10,12*	*70,05*	*52,65*	
Migranten Stichprobe 18 - 34 Jahre	31	39,87	7,75	28,23	59,86	38,79	p < 0,001*
US-amerikanische Stichprobe 18 - 34 Jahre	*1280*	*48,41*	*k. A.*	*k. A.*	*k. A.*	*k. A.*	
Migranten Stichprobe 35 - 44 Jahre	22	41,49	9,52	24,58	58,10	41,58	p = 0,002*
US-amerikanische Stichprobe 35 - 44 Jahre	*1558*	*48,79*	*k. A.*	*k. A.*	*k. A.*	*k. A.*	
Migranten Stichprobe 45 - 64 Jahre	20	39,58	9,65	23,84	60,11	39,74	p < 0,001*
US-amerikanische Stichprobe 45 - 64 Jahre	*2520*	*50,30*	*k. A.*	*k. A.*	*k. A.*	*k. A.*	

M = Mittelwert SD = Standardabweichung min = Minimum max = Maximum
[a] U. S. amerikanische Normstichprobe (Ware et. al., 2002, S.81ff.) * Ergebnis ist signifikant p < 0,05

Die Mittelwerte für subjektive Gesundheit waren bei der Stichprobe Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus sowohl in der körperlichen als auch in der psychischen Summenskala signifikant niedriger als die Mittelwerte der US-amerikanischen Normstichprobe. Die Signifikanz dieser Mittelwertdifferenz blieb bei der Aufteilung der Stichprobe in Untergruppen nach Geschlecht und Alter erhalten (p<= 0,002 in allen Subgruppen), vgl. Tabelle 19 und Tabelle 20.

Vergleich der Summenskalen subjektiver Gesundheit mit der deutschen Bevölkerung

Für den Vergleich mit der Stichprobe des BGS98 wurden alle Fälle mit den empfohlenen Gewichten zum Ausgleich von Sampling-Verzerrungen gewichtet. Die Ergebnisse sind entsprechend repräsentativ für die deutsche Bevölkerung. Die absoluten Zahlen können jedoch von der tatsächlichen Personenanzahl im BGS98 abweichen durch die unterschiedlich hohe Gewichtung der einzelnen Fälle und die Summen der Fallzahlen können durch Rundungen der Fallzahlen innerhalb der Strata divergieren.

Während die Mittelwerte der Summenskalen in der erhobenen Stichprobe von Migranten ohne Aufenthaltsstatus normalverteilt waren gemäß der Überprüfung mittels visueller Inspektion, dem Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest mit Signifikanzkorrektur nach Lilliefors sowie dem Shapiro-Wilk-Test, zeigten die Mittelwerte der Stichprobe aus dem BGS98 eine linksschiefe Verteilung.

Tabelle 21: Datensatz 2: Vergleich der Werte der Migranten(-subgruppen) in der Summenskala für körperliche Gesundheit (PCS) mit der repräsentativen deutschen Stichprobe des BGS98

Subgruppen		Migranten Stichprobe				*Deutsche BGS98-Stichprobe*			
		N	M	SD	Median	*N*	*M*	*SD*	*Median*
20-34 Jahre	Männer	8	42,41	5,45	43,26	*918*	*52,25*	*5,88*	*53,91*
	Frauen	23	44,53	4,98	44,23	*881*	*51,26*	*7,04*	*53,11*
	Insgesamt	31	43,98	5,10	43,63	*1799*	*51,77*	*6,49*	*53,54*
34-49 Jahre	Männer	10	47,58	6,80	47,41	*990*	*50,27*	*7,20*	*52,06*
	Frauen	20	41,94	5,58	41,93	*941*	*48,60*	*8,61*	*51,11*
	Insgesamt	30	43,82	6,49	43,26	*1931*	*49,46*	*7,96*	*51,53*
50-64 Jahre	Männer	2	36,55	11,79	36,55	*833*	*45,88*	*9,10*	*48,03*
	Frauen	10	39,55	5,23	40,47	*842*	*44,11*	*9,73*	*46,13*
	Insgesamt	12	39,05	6,03	40,47	*1674*	*44,99*	*9,46*	*47,26*
Männer		23	43,76	7,02	43,28	*3288*	*48,84*	*8,47*	*51,34*
Frauen		56	42,61	5,36	42,85	*3381*	*46,98*	*9,55*	*49,35*
Insgesamt		79	42,95	5,87	43,07	*6668*	*47,89*	*9,08*	*50,70*

M = Mittelwert SD = Standardabweichung

Tabelle 22: Datensatz 2: Vergleich der Werte der Migranten(-subgruppen) in der Summenskala für psychische Gesundheit (MCS) mit der repräsentativen deutschen Stichprobe des BGS98

Subgruppen		Migranten Stichprobe				*Deutsche BGS98-Stichprobe*			
		N	M	SD	Median	*N*	*M*	*SD*	*Median*
20-34	Männer	8	42,01	7,77	40,19	*918*	*52,83*	*6,88*	*54,70*
Jahre	Frauen	23	39,12	7,78	38,64	*881*	*49,68*	*8,54*	*52,01*
	Insgesamt	31	39,87	7,75	38,79	*1799*	*51,29*	*7,90*	*53,32*
34-49	Männer	10	35,91	8,27	33,41	*990*	*52,96*	*7,59*	*55,06*
Jahre	Frauen	20	42,91	9,05	43,91	*941*	*50,42*	*9,29*	*52,91*
	Insgesamt	30	40,58	9,28	41,28	*1931*	*51,72*	*8,55*	*54,29*
50-64	Männer	2	42,51	2,93	42,51	*833*	*53,23*	*8,67*	*55,78*
Jahre	Frauen	10	40,19	11,51	38,97	*842*	*51,78*	*9,34*	*54,48*
	Insgesamt	12	40,58	10,49	39,74	*1674*	*52,50*	*9,04*	*55,23*
Männer		23	39,67	7,96	38,79	*3288*	*53,13*	*7,78*	*55,26*
Frauen		56	40,88	8,82	41,28	*3381*	*50,92*	*9,10*	*53,26*
Insgesamt		79	40,52	8,55	40,19	*6668*	*52,01*	*8,55*	*54,43*

M = Mittelwert SD = Standardabweichung

Die Werte für subjektive Gesundheit waren bei den Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus sowohl in der körperlichen als auch in der psychischen Summenskala niedriger als die Werte der repräsentativen deutschen Stichprobe aus dem BGS98, vgl. Tabelle 21 und Tabelle 22.

Tabelle 23: Datensatz 2: Verallgemeinertes lineares Modell mit robusten Schätzern zum Einfluss von Geschlecht, Alter und Aufenthaltsstatus auf PCS und MCS in der erhobenen Stichprobe verbunden mit der Stichprobe des BGS98: Parameterschätzer

	PCS – Summenskala für körperliche Gesundheit			MCS – Summenskala für psychische Gesundheit		
Parameter	B	Standard-fehler	Signifi-kanz	B	Standard-fehler	Signifi-kanz
(Konstanter Term)	57,358	,3064	,000	48,506	,3231	,000
Männer	1,416	,2026	,000	2,315	,2051	,000
Frauen	0(a)	.	.	0(a)	.	.
Illegalisierte Migranten	-6,411	,7152	,000	-10,667	1,0216	,000
BGS98-Stichprobe	0(a)	.	.	0(a)	.	.
Alter	-,221	,0064	,000	,052	,0061	,000
(Skala)	68,511(b)	1,1809		70,240(b)	1,2107	

Abhängige Variable: PCS, MCS Modell: (Konstanter Term), sex, Migstat, age B: Parameterschätzer
a Auf 0 gesetzt, da dieser Parameter redundant ist b Maximum-Likelihood-Schätzer

Die Modellierung des Einflusses von Aufenthaltsstatus auf die körperliche und psychische Gesundheit adjustiert nach Alter und Geschlecht zeigte einen signifikant negativen Einfluss des fehlenden Aufenthaltsstatus. Männer zeigten signifikant bessere Werte als Frauen. Zunehmendes Alter zeigte einen negativen Einfluss auf die körperliche Gesundheit und einen leicht positiven auf die psychische Gesundheit. Die psychische Gesundheit zeigte sich bei den Migranten mit fehlendem Aufenthaltsstatus um mehr als 20% schlechter im Vergleich zum Ausgangswert, vgl. Tabelle 23, Abbildung 14 und Abbildung 15. Es zeigte sich im Likelihood-Ratio-Test keine signifikante Verbesserung der Anpassungsgüte des Regressionsmodells durch die Einbeziehung von Interaktionstermen.

Abbildung 14: Datensatz 2: Verallgemeinertes lineares Modell mit robusten Schätzern zum Einfluss von Geschlecht, Alter und Aufenthaltsstatus auf die körperliche Summenskala (PCS) des SF-12v2 in der erhobenen Stichprobe verbunden mit der Stichprobe des BGS98

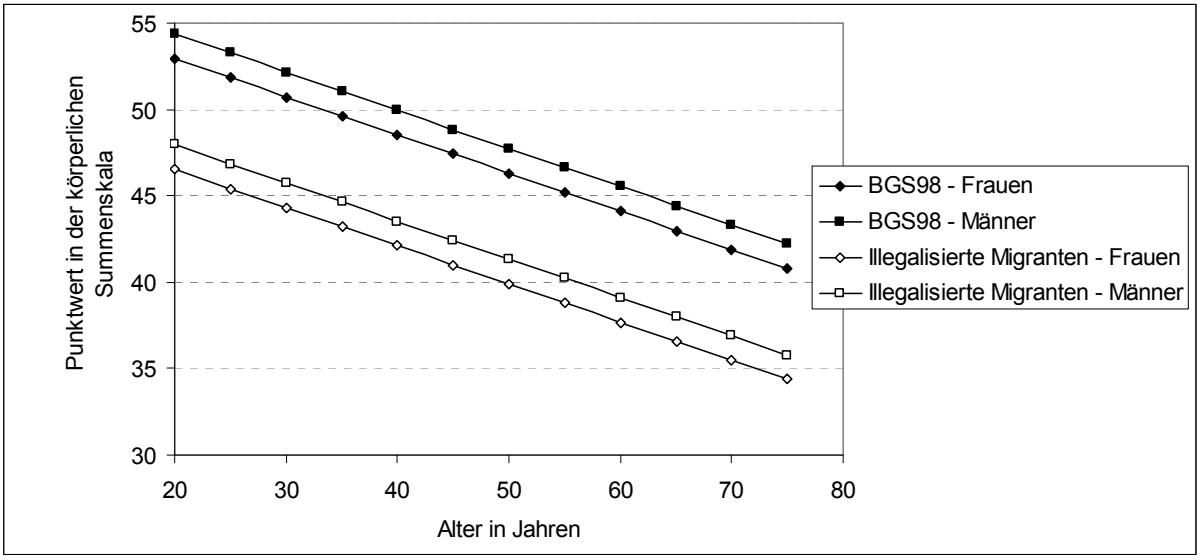
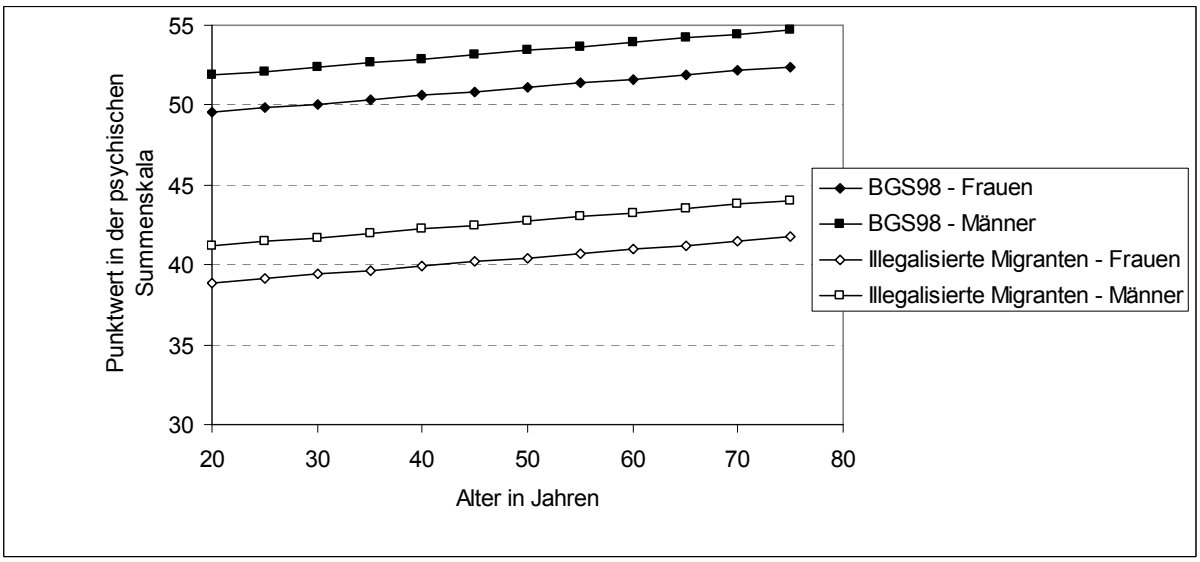


Abbildung 15: Datensatz 2: Verallgemeinertes lineares Modell mit robusten Schätzern zum Einfluss von Geschlecht, Alter und Aufenthaltsstatus auf die psychische Summenskala (MCS) des SF-12v2 in der erhobenen Stichprobe verbunden mit der Stichprobe des BGS98



3.2.3 Subjektive Gesundheit von illegalisierten Migranten: Vergleich mit Menschen mit Erkrankungen

3.2.3.1 Ergebnisse aus Datensatz 2

Vergleich der Summenskalen subjektiver Gesundheit mit der US-amerikanischen Bevölkerung mit körperlichen Erkrankungen

Vergleicht man die Mittelwerte für körperliche und psychische subjektive Gesundheit der Migranten mit den Mittelwerten für subjektive Gesundheit von Menschen in der Normstichprobe, die eine oder mehrere körperliche Erkrankungen angeben, so war die subjektive Gesundheit der Migranten signifikant schlechter, vgl. Tabelle 24.

Tabelle 24: Datensatz 2: Vergleich der Mittelwerte der Migranten in den Summenskalen für psychische und körperliche Gesundheit (PCS und MCS) mit der Subgruppe der repräsentativen US-amerikanischen Normstichprobe mit körperlichen Beschwerden[b] mittels t-Test

Stichprobe	N	M	SD	Min	max	Median	t-Test p
Migranten Stichprobe (MCS)	79	40,52	8,55	23,84	60,11	40,19	p < 0,001*
US-amerikanische Stichprobe mit körperlichen Beschwerden (MCS)	*2329*	*51,7*	*k. A.*	*k. A.*	*k. A.*	*k. A.*	
Migranten Stichprobe (PCS)	79	42,95	5,87	28,21	59,23	43,07	p < 0,001*
US-amerikanische Stichprobe mit körperlichen Beschwerden (PCS)	*2329*	*47,7*	*k. A.*	*k. A.*	*k. A.*	*k. A.*	

MCS = Psychische Summenskala PCS = Körperliche Summenskala
M = Mittelwert SD = Standardabweichung min = Minimum max = Maximum
[b] U. S. amerikanische Normstichprobe für Menschen die eine oder mehrere körperliche Beschwerden angeben und keine Depression haben (Ware et. al., 2002, S.141)
* Ergebnis ist signifikant p < 0,05

Vergleich der Summenskalen subjektiver Gesundheit mit der deutschen Bevölkerung mit akuter oder chronischer Erkrankung

Der Vergleich der Werte für körperliche und psychische Gesundheit zeigte eine signifikant schlechtere Gesundheit der Migranten im Vergleich mit der Subgruppe des BGS98, die angibt innerhalb der letzten vier Wochen wegen einer akuten oder chronischen Erkankung beim Arzt gewesen zu sein. Frauen zeigten in allen Subgruppen schlechtere Werte als Männer. Während die psychische Gesundheit mit zunehmendem Alter geringfügig zunahm, nahm die körperliche Gesundheit ab vgl. Tabelle 25 und Tabelle 26.

Tabelle 25: Datensatz 2: Vergleich der Werte der Migranten(-subgruppen) in der Summenskala für körperliche Gesundheit (PCS) mit der Subgruppe der repräsentativen deutschen Stichprobe des BGS98, die in den letzten vier Wochen beim Arzt war

Subgruppen		Migranten Stichprobe				*Deutsche BGS98-Stichprobe – Subgruppe mit Erkrankungen*			
		N	M	SD	Median	*N*	*M*	*SD*	*Median*
20-34	Männer	8	42,41	5,45	43,26	*174*	*47,95*	*8,37*	*50,03*
Jahre	Frauen	23	44,53	4,98	44,23	*217*	*47,46*	*8,78*	*48,86*
	Insgesamt	31	43,98	5,10	43,63	*391*	*47,68*	*8,59*	*49,66*
34-49	Männer	10	47,58	6,80	47,41	*205*	*46,23*	*9,03*	*48,33*
Jahre	Frauen	20	41,94	5,58	41,93	*226*	*43,45*	*10,83*	*45,05*
	Insgesamt	30	43,82	6,49	43,26	*431*	*44,77*	*10,10*	*47,23*
50-64	Männer	2	36,55	11,79	36,55	*272*	*41,66*	*9,75*	*43,26*
Jahre	Frauen	10	39,55	5,23	40,47	*318*	*40,66*	*10,11*	*41,36*
	Insgesamt	12	39,05	6,03	40,47	*590*	*41,12*	*9,95*	*42,37*
Männer		23	43,76	7,02	43,28	*865*	*43,90*	*10,01*	*45,95*
Frauen		56	42,61	5,36	42,85	*1090*	*42,39*	*10,45*	*43,73*
Insgesamt		79	42,95	5,87	43,07	*1955*	*43,06*	*10,28*	*44,79*

M = Mittelwert SD = Standardabweichung * Ergebnis ist signifikant $p < 0,05$

Tabelle 26: Datensatz 2: Vergleich der Werte der Migranten(-subgruppen) in der Summenskala für psychische Gesundheit (MCS) mit der Subgruppe der repräsentativen deutschen Stichprobe des BGS98, die in den letzten vier Wochen beim Arzt war

Subgruppen		Migranten Stichprobe				*Deutsche BGS98-Stich-probe – Subgruppe mit Erkrankungen*			
		N	M	SD	Median	*N*	*M*	*SD*	*Median*
20-34	Männer	8	42,01	7,77	40,19	*174*	*52,79*	*7,86*	*54,87*
Jahre	Frauen	23	39,12	7,78	38,64	*217*	*48,94*	*8,61*	*50,37*
	Insgesamt	31	39,87	7,75	38,79	*391*	*50,65*	*8,49*	*52,65*
34-49	Männer	10	35,91	8,27	33,41	*205*	*52,26*	*8,43*	*54,90*
Jahre	Frauen	20	42,91	9,05	43,91	*226*	*48,88*	*10,29*	*51,01*
	Insgesamt	30	40,58	9,28	41,28	*431*	*50,49*	*9,59*	*53,02*
50-64	Männer	2	42,51	2,93	42,51	*272*	*51,52*	*9,87*	*54,77*
Jahre	Frauen	10	40,19	11,51	38,97	*318*	*50,40*	*10,49*	*53,05*
	Insgesamt	12	40,58	10,49	39,74	*590*	*50,92*	*10,21*	*53,96*
Männer		23	39,67	7,96	38,79	*865*	*52,38*	*9,01*	*55,04*
Frauen		56	40,88	8,82	41,28	*1090*	*50,16*	*9,84*	*52,62*
Insgesamt		79	40,52	8,55	40,19	*1955*	*51,14*	*9,55*	*53,57*

M = Mittelwert SD = Standardabweichung * Ergebnis ist signifikant $p < 0,05$

Die verallgemeinerte lineare Regression mit robusten Schätzern zeigte einen negativen Einfluss des fehlenden Aufenthaltsstatus auf die subjektive Gesundheit. Der negative Effekt war größer für die Summenskala der psychischen Gesundheit, vgl. Tabelle 27, Abbildung 16 und Abbildung 17. Es zeigte sich im Likelihood-Ratio-Test keine signifikante Verbesserung der Anpassungsgüte des Regressionsmodells durch die Einbeziehung von Interaktionstermen.

Tabelle 27: Datensatz 2: Verallgemeinertes lineares Modell mit robusten Schätzern zum Einfluss von Geschlecht, Alter und Aufenthaltsstatus auf PCS und MCS in der erhobenen Stichprobe verbunden mit der Subgruppe der Stichprobe des BGS98, die in den letzten vier Wochen beim Arzt war: Parameterschätzer

	PCS – Summenskala für körperliche Gesundheit			MCS – Summenskala für psychische Gesundheit		
Parameter	B	Standard-fehler	Signifi-kanz	B	Standard-fehler	Signifi-kanz
(Konstanter Term)	51,944	,7022	,000	47,658	,6714	,000
Männer	1,207	,4350	,006	2,266	,4187	,000
Frauen	0	.	.	0	.	.
Illegalisierte Migranten	-2,219	,7534	,003	-9,628	1,0531	,000
BGS98-Stichprobe	0	.	.	0	.	.
Alter	-,187	,0125	,000	,047	,0118	,000
(Skala)	93,922	2,9444		88,685	2,7802	

Abhängige Variable: PCS, MCS Modell: (Konstanter Term), sex, Migstat, age B: Parameterschätzer
a Auf 0 gesetzt, da dieser Parameter redundant ist b Maximum-Likelihood-Schätzer

Abbildung 16: Datensatz 2: Verallgemeinertes lineares Modell mit robusten Schätzern zum Einfluss von Geschlecht, Alter und Aufenthaltsstatus auf die körperliche Summenskala (PCS) des SF-12v2 in der erhobenen Stichprobe verbunden mit der Subgruppe der Stichprobe des BGS98, die in den letzten vier Wochen beim Arzt war

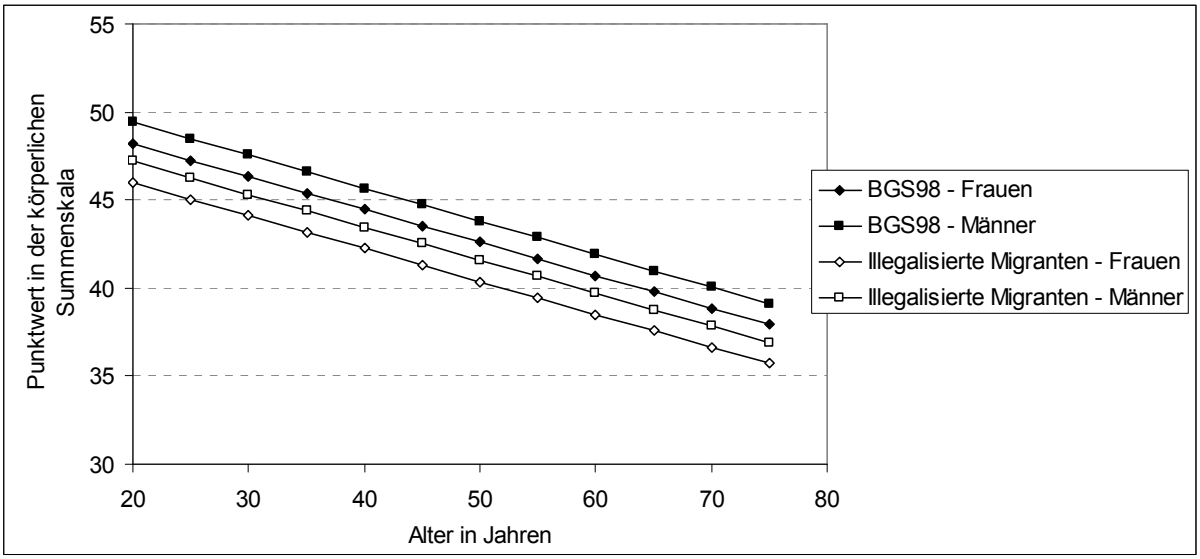
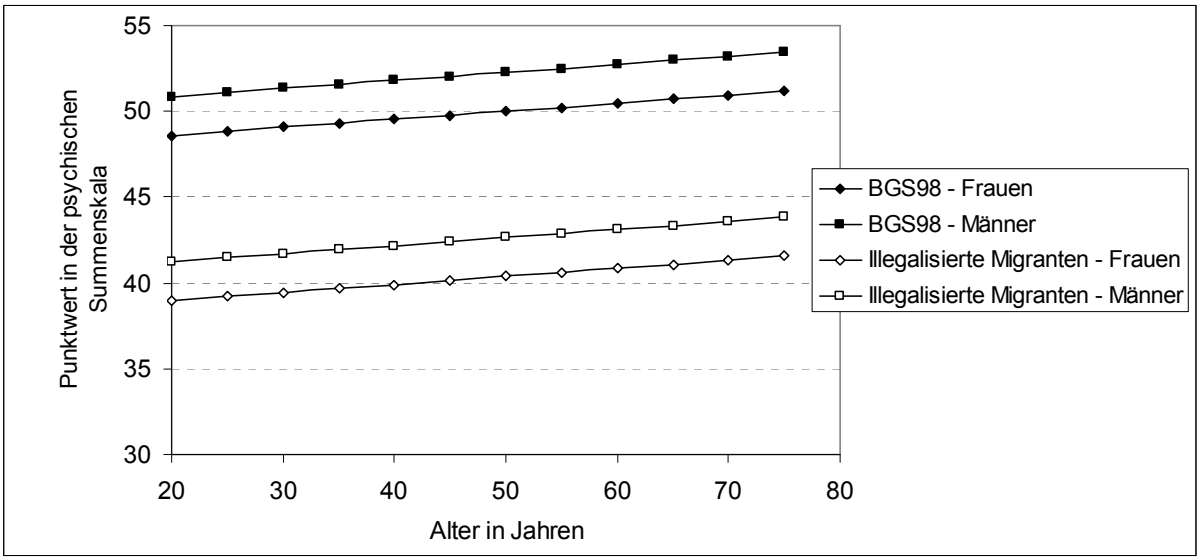


Abbildung 17: Datensatz 2: Verallgemeinertes lineares Modell mit robusten Schätzern zum Einfluss von Geschlecht, Alter und Aufenthaltsstatus auf die psychische Summenskala (MCS) des SF-12v2 in der erhobenen Stichprober verbunden mit der Subgruppe der Stichprobe des BGS98, die in den letzten vier Wochen beim Arzt war



3.2.4 Subjektive Gesundheit von illegalisierten Migranten: Subgruppenanalyse

3.2.4.1 Ergebnisse aus Datensatz 2

Subjektive Gesundheit bei Männern und Frauen im Vergleich

In den acht Dimensionen subjektiver Gesundheit zeigen Frauen jedoch eine signifikant erniedrigte körperliche Funktionsfähigkeit, vgl. Tabelle 28. Die Mittelwerte der Summenskalen für körperliche und psychische subjektive Gesundheit unterschieden sich nicht signifikant für Männer und Frauen, vgl. Tabelle 29.

Tabelle 28: Datensatz 2: Subgruppenanalyse der acht Einzeldimensionen subjektiver Gesundheit mittels Mann-Whitney-U-Test, im Vergleich Männer und Frauen

	Frauen			Männer			Mann-Whitney-U: Asymptotische
	N	M	Median	N	M	Median	Signifikanz
PF	63	43,38	39,29	26	48,21	56,47	p = 0,025*
RP	62	42,39	41,05	25	42,99	43,36	p = 0,752
BP	69	34,11	37,06	27	30,64	26,87	p = 0,239
GH	66	44,35	45,82	27	43,62	40,43	p = 0,617
VT	67	45,65	47,75	25	42,52	37,69	p = 0,227
SF	68	39,49	36,37	25	40,41	36,37	p = 0,786
RE	64	39,22	39,30	25	38,63	33,71	p = 0,913
MH	66	39,97	40,16	25	39,67	40,16	p = 0,788

PF = Körperliche Funktionsfähigkeit RP = Körperliche Rollenfunktion BP = Körperliche Schmerzen GH = Allgemeine Gesundheitswahrnehmung VT = Vitalität SF = Soziale Funktionsfähigkeit RE = Emotionale Rollenfunktion MH = Psychisches Wohlbefinden M = Mittelwert * Ergebnis ist signifikant p < 0,05

Tabelle 29: Datensatz 2: Subgruppenanalyse der Summenskalen für körperliche und psychische Gesundheit (PCS und MCS) mittels t-Test, im Vergleich Männer und Frauen (n=79 Migranten)

Geschlecht	N	M	SD	t-Test p
Frauen (MCS)	56	40,88	8,82	p = 0,571
Männer (MCS)	23	39,67	7,95	
Frauen (PCS)	56	42,61	5,36	p = 0,432
Männer (PCS)	23	43,76	7,02	

MCS = Psychische Summenskala PCS = Körperliche Summenskala M = Mittelwert SD = Standardabweichung

Subjektive Gesundheit bei verschiedenen Altersgruppen im Vergleich

In den acht Dimensionen subjektiver Gesundheit zeigen sich unterschiedliche Tendenzen der Veränderung der subjektiven Gesundheit mit zunehmendem Alter, vgl. Tabelle 30.

Tabelle 30: Datensatz 2: Subgruppenanalyse der acht Einzeldimensionen subjektiver Gesundheit, im Vergleich der Altersgruppen

	20 - 34 Jahre			35 - 49 Jahre			50 - 64 Jahre		
	N	M	Median	N	M	Median	N	M	Median
PF	35	46,40	47,88	34	45,86	47,88	13	37,97	39,29
RP	34	42,00	38,75	33	44,19	43,36	13	42,29	38,75
BP	37	35,41	37,06	39	32,62	37,06	13	29,22	26,87
GH	37	42,47	40,43	36	44,32	40,43	13	47,06	51,21
VT	36	48,59	47,75	36	42,44	37,69	13	39,23	37,69
SF	36	36,93	36,37	38	41,69	36,37	12	42,26	36,37
MH	35	39,46	40,16	36	39,99	40,16	13	38,28	40,16
RE	35	37,07	33,71	35	41,06	39,30	13	38,87	33,71

PF = Körperliche Funktionsfähigkeit RP = Körperliche Rollenfunktion BP = Körperliche Schmerzen GH = Allgemeine Gesundheitswahrnehmung VT = Vitalität SF = Soziale Funktionsfähigkeit RE = Emotionale Rollenfunktion MH = Psychisches Wohlbefinden M = Mittelwert

Mit Hilfe einer einfaktoriellen ANOVA wurden die Mittelwerte der körperlichen und psychischen Summenskalen in drei Altersgruppen untersucht. Zwischen den drei Altersgruppen 20 bis 34 Jahre, 35 bis 49 Jahre sowie 50 bis 64 Jahre konnte für die psychische Gesundheit kein signifikanter Unterschied der Mittelwerte festgestellt werden, vgl. Tabelle 31. Die Summenskala für die körperliche Gesundheit zeigte eine signifikant schlechtere psychische Gesundheit in der Altersgruppe 50 bis 64 Jahre, vgl. Tabelle 31.

Tabelle 31: Datensatz 2: Subgruppenanalyse der Summenskalen für körperliche und psychische Gesundheit (PCS und MCS) mittels t-Test, Im Vergleich der Altersgruppen (n=75 Migranten)

Altersgruppe	N	M	SD	t-Test p
20- 34 Jahre (MCS)	31	39,87	7,75	
35 - 49 Jahre (MCS)	30	40,58	9,28	p = 0,994
50 - 64 Jahre (MCS)	12	40,58	10,49	
20 - 34 Jahre (PCS)	31	43,98	5,10	
35 - 49 Jahre (PCS)	30	43,82	6,49	p = 0,037*
50 - 64 Jahre (PCS)	12	39,05	6,05	

MCS = Psychische Summenskala PCS = Körperliche Summenskala M = Mittelwert SD = Standardabweichung
* Ergebnis ist signifikant p < 0,05

Subjektive Gesundheit bei Migranten aus verschiedenen Regionen im Vergleich

Aufgrund der sehr geringen Fallzahl (jeweils <= 3) wurden die Herkunftsregionen Naher und mittlerer Osten sowie Asien die Industrieländer von dem Mittelwertvergleich ausgeschlossen. Es blieben 74 Migranten, deren Angaben in der vorliegenden Analyse ausgewertet wurden. Die Mittelwerte in den acht Dimensionen subjektiver Gesundheit zeigen keine eindeutige Tendenz, vgl. Tabelle 32. Der Einfluss unterschiedlicher Herkunftsregionen auf die Mittelwerte der körperlichen und psychischen Summenskalen wurde durch eine einfaktorielle ANOVA untersucht. Die Mittelwerte der beiden Summenskalen unterschieden sich nicht signifikant, vgl. Tabelle 33.

Tabelle 32: : Datensatz 2: Subgruppenanalyse der acht Einzeldimensionen subjektiver Gesundheit, im Vergleich der Herkunftsregionen

	Lateinamerika und Karibik			Afrika			Süd-/Osteuropa und ehem. Sowjetunion		
	N	M	Median	N	M	Median	N	M	Median
PF	52	44,41	43,58	16	42,51	39,29	16	46,80	47,88
RP	51	43,90	43,36	15	39,67	38,75	15	39,98	38,75
BP	56	33,24	37,06	17	33,46	37,06	17	32,26	26,87
GH	53	44,50	51,21	17	48,04	51,21	17	42,33	40,43
VT	54	43,09	47,75	15	45,74	47,75	17	48,93	47,75
SF	55	40,96	36,37	15	37,72	36,37	17	35,78	36,37
MH	54	39,14	40,16	15	40,56	40,16	16	42,06	40,16
RE	53	40,68	39,30	16	33,71	33,71	15	36,70	39,30

PF = Körperliche Funktionsfähigkeit RP = Körperliche Rollenfunktion BP = Körperliche Schmerzen GH = Allgemeine Gesundheitswahrnehmung VT = Vitalität SF = Soziale Funktionsfähigkeit RE = Emotionale Rollenfunktion MH = Psychisches Wohlbefinden M = Mittelwert

Tabelle 33: Datensatz 2: Subgruppenanalyse der Summenskalen für körperliche und psychische Gesundheit (PCS und MCS) mittels ANOVA (n=74 Migranten), im Vergleich der Herkunftsregionen

Herkunftsregion	N	M	SD	t-Test p
Lateinamerika und Karibik (MCS)	48	40,45	8,36	p = 0,916
Afrika (MCS)	13	39,34	10,82	
Südost-/Osteuropa und ehem. Sowjetunion (MCS)	13	40,37	6,75	
Lateinamerika und Karibik (PCS)	48	42,97	5,42	p = 0,626
Afrika (PCS)	13	44,34	9,02	
Süd-/Osteuropa und ehem. Sowjetunion (PCS)	13	42,10	3,78	

MCS = Psychische Summenskala PCS = Körperliche Summenskala M = Mittelwert SD = Standardabweichung

Subjektive Gesundheit bei Illegalisierten und Migranten aus neuen EU-Ländern im Vergleich

Sieben Migranten kamen aus einem neuen EU-Land und haben den Fragebogen vollständig ausgefüllt. Mit Hilfe eines t-Tests wurde auf signifikante Unterschiede der Mittelwerte der körperlichen und psychischen Summenskalen für illegalisierte Migranten und Migranten aus neuen EU-Ländern geprüft. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in den Summenskalen und den acht Dimensionen subjektiver Gesundheit, vgl. Tabelle 34 und Tabelle 35.

Tabelle 34: Datensatz 2: Subgruppenanalyse der acht Einzeldimensionen subjektiver Gesundheit mittels Mann-Whitney-U-Test, im Vergleich Illegalisierte und Migranten aus neuen EU-Ländern

	Illegalisierte Migranten			Migranten aus neuen EU-Ländern			Mann-Whitney-U: Asymptotische Signifikanz
	N	M	Median	N	M	Median	
PF	80	44,33	43,58	9	48,83	47,88	p = 0,247
RP	78	43,06	43,36	9	38,24	38,75	p = 0,151
BP	86	33,39	37,06	10	30,95	26,87	p = 0,454
GH	83	44,32	40,43	10	42,58	40,43	p = 0,526
VT	82	44,44	47,75	10	47,75	47,75	p = 0,217
SF	83	40,14	36,37	10	36,37	36,37	p = 0,277
MH	82	39,56	40,16	9	42,87	46,25	p = 0,226
RE	81	39,37	39,30	8	35,81	36,51	p = 0,518

PF = Körperliche Funktionsfähigkeit RP = Körperliche Rollenfunktion BP = Körperliche Schmerzen GH = Allgemeine Gesundheitswahrnehmung VT = Vitalität SF = Soziale Funktionsfähigkeit RE = Emotionale Rollenfunktion MH = Psychisches Wohlbefinden M = Mittelwert

Tabelle 35: Datensatz 2: Subgruppenanalyse der Summenskalen für körperliche und psychische Gesundheit (PCS und MCS) mittels t-Test (n=79 Migranten), im Vergleich Illegalisierte und Migranten aus neuen EU-Ländern

Aufenthaltsstatus	N	M	SD	t-Test p
Illegalisierte Migranten (MCS)	72	40,50	8,54	p = 0,948
Migranten aus neuen EU-Länder (MCS)	7	40,73	9,37	
Illegalisierte Migranten (PCS)	72	43,04	6,04	p = 0,628
Migranten aus neuen EU-Länder (PCS)	7	41,90	3,71	

MCS = Psychische Summenskala PCS = Körperliche Summenskala M = Mittelwert SD = Standardabweichung

Subjektive Gesundheit bei Teilnehmern der Befragung für DS 3 mit Nicht-Teilnehmern im Vergleich

Die subjektive körperliche Gesundheit der Migranten, die zusätzliche zu der Befragung mit dem SF-12v2 der ausführlichen Befragung für DS 3 zugestimmt haben, war signifikant besser, als die der übrigen Teilnehmer der Stichprobe 2, vgl. Tabelle 37. In den acht Dimensionen subjektiver Gesundheit zeigen sich signifikant bessere Werte für die körperliche Rollenfunktion und die körperliche Funktionsfähigkeit, vgl. Tabelle 36.

Tabelle 36: Datensatz 2: Subgruppenanalyse der acht Einzeldimensionen subjektiver Gesundheit mittels Mann-Whitney-U-Test, im Vergleich Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer an der Befragung für DS 3

	Teilnehmer der ausführlichen Befragung			Nicht-Teilnehmer der ausführlichen Befragung			Mann-Whitney-U: Asymptotische Signifikanz
	N	M	Median	N	M	Median	
PF	23	48,62	47,88	66	43,45	39,29	p = 0,034*
RP	22	46,92	47,96	65	41,09	38,75	p = 0,002*
BP	23	32,19	26,87	73	33,43	37,06	p = 0,629
GH	23	44,65	40,43	70	43,97	40,43	p = 0,802
VT	23	44,25	47,75	69	44,98	47,75	p = 0,884
SF	22	39,13	36,37	71	39,93	36,37	p = 0,552
MH	23	40,69	40,16	68	39,62	40,16	p = 0,508
RE	23	41,25	44,90	66	38,29	33,71	p = 0,201

PF = Körperliche Funktionsfähigkeit RP = Körperliche Rollenfunktion BP = Körperliche Schmerzen GH = Allgemeine Gesundheitswahrnehmung VT = Vitalität SF = Soziale Funktionsfähigkeit RE = Emotionale Rollenfunktion MH = Psychisches Wohlbefinden M = Mittelwert * Ergebnis ist signifikant $p < 0,05$

Tabelle 37: Datensatz 2: Subgruppenanalyse der Summenskalen für körperliche und psychische Gesundheit (PCS und MCS) mittels t-Test (n= 79 Migranten), im Vergleich Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer an der Befragung für DS 3

Teilnahme an der ausführlichen Anschlussbefragung	N	M	SD	t-Test p
Teilnehmer (MCS)	21	40,36	8,13	p = 0,919
Nicht-Teilnehmer (MCS)	58	40,58	8,77	
Teilnehmer (PCS)	21	45,19	6,29	p = 0,040*
Nicht-Teilnehmer (PCS)	58	42,13	5,54	

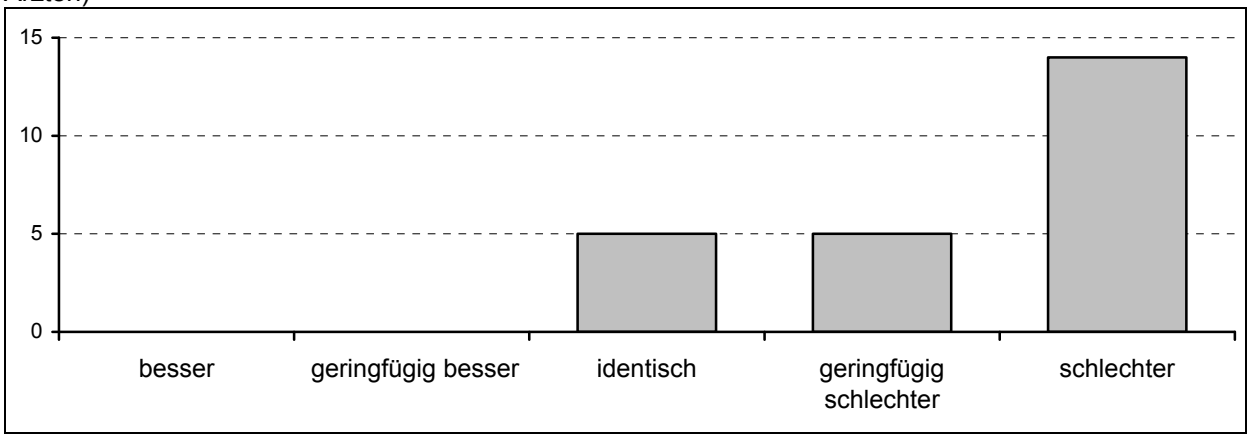
MCS = Psychische Summenskala PCS = Körperliche Summenskala M = Mittelwert SD = Standardabweichung
*Ergebnis ist signifikant p < 0,05

3.2.5 Bewertung des Gesundheitszustandes durch Ärzte

3.2.5.1 Ergebnisse aus Datensatz 4

Der Gesundheitszustand der Migranten ohne Aufenthaltsstatus wurde von 19 Ärzten (79,2%) geringfügig schlechter oder schlechter eingeschätzt im Vergleich zu versicherten Patienten, vgl. Abbildung 18. Ein Arzt enthielt sich der Beurteilung des Gesundheitszustandes.

Abbildung 18: Datensatz 4: Ärztliche Einschätzung des Gesundheitszustandes von Migranten ohne Aufenthaltsstatus im Vergleich zu versicherten Patienten in absoluten Zahlen (n=24 Angaben von 24 Ärzten)



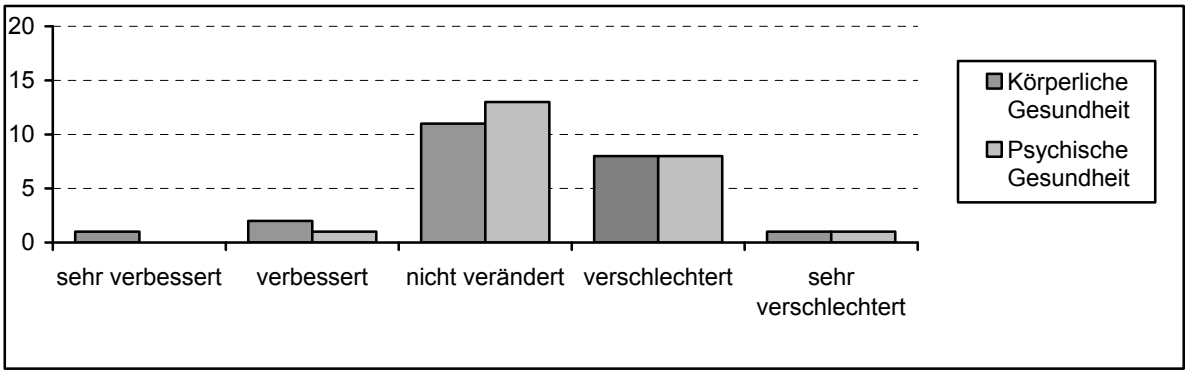
Die Prozentwerte veränderten sich durch die Gewichtung entsprechend der Häufigkeit des Kontaktes zu Illegalisierten, vgl. 2.5.4.2. Nach der Gewichtung schätzen insgesamt 87,9% der Ärzte den Gesundheitszustand der Illegalisierten geringfügig schlechter oder schlechter ein: Die Angabe „Gesundheitszustand identisch“ entsprach ohne Gewichtung mit 5 Angaben 20,8 %, nach Gewichtung 12,0%. Die Angabe „Gesundheitszustand geringfügig schlechter“ entsprach ohne Gewichtung mit 5 Angaben 20,8%, nach Gewichtung 25,1%. Die Angabe „Gesundheitszustand schlechter“ entsprach ohne Gewichtung mit 14 Angaben 58,3%, nach Gewichtung 62,8%.

3.2.6 Veränderung des Gesundheitszustandes während der Illegalität

3.2.6.1 Ergebnisse aus Datensatz 3

23 von 24 Migranten beantworteten die Frage nach der Veränderung des Gesundheitszustandes während der Zeit ohne Aufenthaltsstatus. Neun von 23 Migranten (39,1%) beschrieben eine Verschlechterung des psychischen und physischen Gesundheitszustandes. Eine Verbesserung der psychischen Gesundheit beschrieb einer von 23 Migranten (4,3%), drei von 23 Migranten konnten eine Verbesserung der körperlichen Gesundheit feststellen (13,0%), vgl. Abbildung 19.

Abbildung 19: Datensatz 3: Veränderung des Gesundheitszustandes während der Zeit ohne Aufenthaltsstatus, Angaben in absoluten Zahlen (n=23 Migranten)



3.3 Ergebnisse zu Fragestellung 2: Wie stellt sich der Umgang von Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus mit Erkrankungen dar und welche Probleme bei der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens werden beschrieben?

Tabelle 38: Übersicht Fragestellung 2 und der korrespondierenden Datensätze

	DS 1	DS 2	DS 3	DS 4
2. Wie stellt sich der Umgang von Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus mit Erkrankungen dar und welche Probleme bei der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens werden beschrieben?				
- Wie lange bestehen die Erkrankungen bevor ein Arzt aufgesucht wird?			x	
- Aus welchen Gründen wird von den illegalisierten Migranten auf ärztliche Behandlung verzichtet?			x	
- Welche Maßnahmen werden alternativ zu ärztlicher Behandlung ergriffen?			x	
- Welche Probleme ergeben sich bei der Behandlung illegalisierter Migranten?				
- Welche Hindernisse nehmen die illegalisierten Migranten wahr?			x	
- Welche Probleme betreffend die medizinische Versorgung beschreiben die Ärzte?				x

DS: Datensatz

3.3.1 Herauszögern ärztlicher Behandlung

3.3.1.1 Ergebnisse aus Datensatz 3

Die folgenden Angaben über das Herauszögern ärztlicher Behandlung beziehen sich auf die Beschwerden der befragten Migranten, für die vom Medibüro ein Arzttermin vermittelt worden ist. Eine tabellarische Darstellung dieser Beschwerden findet sich unter 10.12.2 Sind zwei Arzttermine an einen Patienten vergeben worden, wurde dieser gebeten, die Antworten auf die gesundheitliche Beschwerde zu beziehen, die ihm am dringlichsten behandlungsbedürftig erscheint.

Tabelle 39: Datensatz 3: Dauer der gesundheitlichen Beschwerden und Verzögerung der ärztlichen Behandlung

		Dauer der Beschwerden insg. (Monate)	Davon ohne ärztliche Betreuung (Monate)
N	gültig	24	23
	fehlend	0	1
Mittelwert		18,4	9,8
Standardabweichung		23,9	17,1
Range		0,2 – 72,0	0,0 – 59,0
Median		5,2	2,0
25% Perzentile		2,0	0,2
75% Perzentile		35,9	11,0

Die Spannweite der Dauer der Beschwerden reichte von sechs Tagen bis zu sechs Jahren. Die Dauer, die diese Beschwerden ohne ärztliche Behandlung verblieben reicht von einer Behandlung unmittelbar nach auftreten der Beschwerden bis zu 4 Jahren und 11 Monaten, vgl. Tabelle 39. Vier Migranten (17,4%) konnten medizinische Hilfe unmittelbar nach Auftreten der Beschwerden in Anspruch nehmen. Zwei weitere Migranten (8,7%) nahmen ärztliche Versorgung binnen einer Woche war und sechs weitere Migranten (26,1%) waren binnen zwei Monaten ärztlich versorgt. Elf Migranten (47,8%) waren mindestens 90 Tage ohne medizinische Versorgung nach Auftreten der Beschwerden, fünf davon (21,7%) blieben länger als ein Jahr ohne medizinische Versorgung

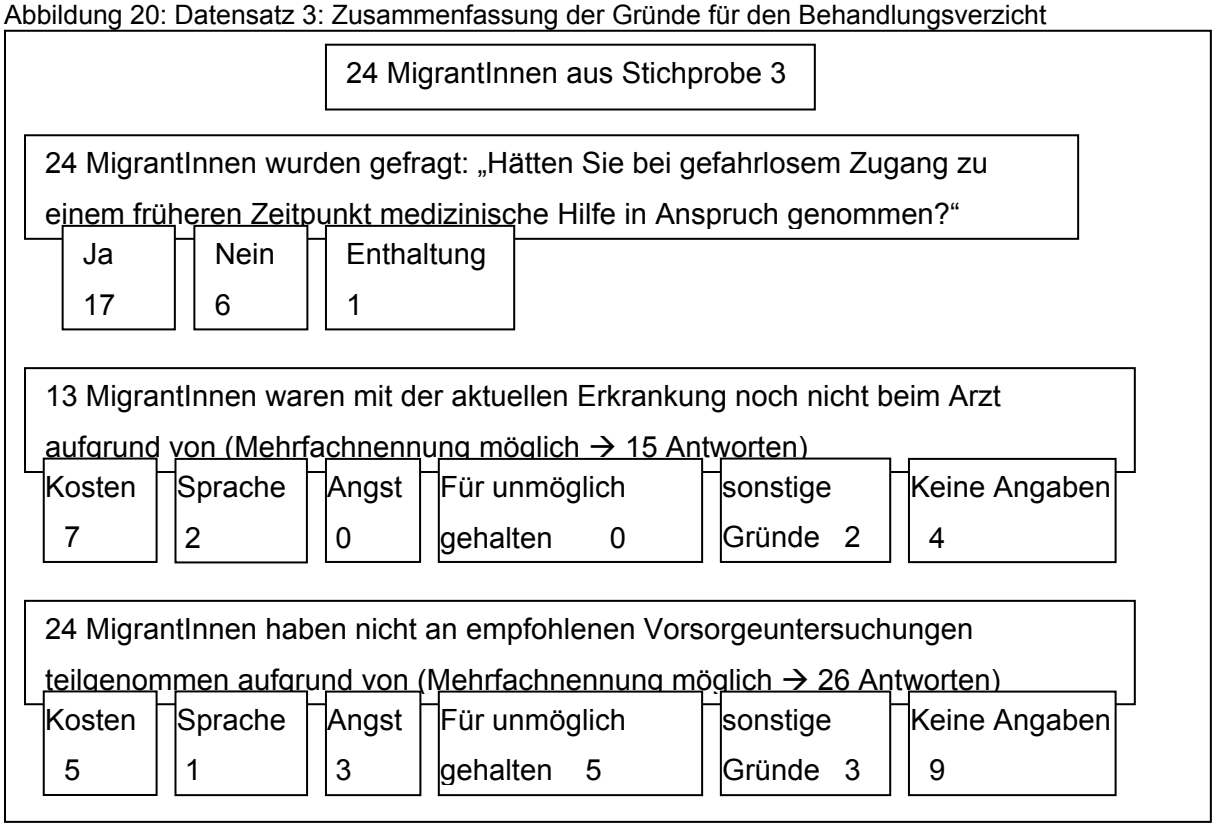
18 von 22 Migranten (81,8%) gaben an, die Beschwerden hätten sich im Verlauf verschlimmert. Vier Migranten (18,2%) gaben an, die Beschwerden hätten sich im Verlauf nicht verändert. Die zwei schwangeren Migrantinnen wurden nicht befragt.

3.3.2 Gründe für Behandlungsverzicht

3.3.2.1 Ergebnisse aus Datensatz 3

„Wenn der Zugang zu ärztlicher Versorgung gefahrlos gesetzlich geregelt wäre, wären Sie dann zu einem früheren Zeitpunkt zum Arzt gegangen?“ beantworteten 70,8% der befragten Migranten mit „Ja“, vgl. Abbildung 20.

Abbildung 20: Datensatz 3: Zusammenfassung der Gründe für den Behandlungsverzicht



Neun von 13 bisher unbehandelten Migranten machten weitere Angaben zu den Ursachen der bisherigen Nicht-Behandlung der derzeitigen Erkrankung. Die Kosten der Behandlung wurden dabei von sieben Migranten (53,8%) genannt. Zwei Migranten gaben zusätzlich zu den Kosten Sprachprobleme an (15,4%), zwei andere Migranten (15,4%) brauchten nach eigenen Angaben bisher keine Behandlung.

Auch auf die regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen wurde von der Mehrzahl der Migranten verzichtet. 15 von 24 Migranten beantworteten die Frage warum sie nicht an Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen hatten. Zwei der 15 Migranten nannten zwei Gründe für die Nicht-Teilnahme, so ergeben sich 17 Angaben, vgl. Abbildung 20.

3.3.3 Alternative Behandlungsstrategien

3.3.3.1 Ergebnisse aus Datensatz 3

22 Migranten wurden gefragt, ob sie vor der ärztlichen Behandlung in Deutschland andere Optionen der Behandlung ihrer derzeitigen Erkrankung genutzt hätten. Die schwangeren Migrantinnen wurden nicht befragt. 13 Migranten (59,1%) gaben an vor der Konsultation eines Arztes in Deutschland bereits andere Möglichkeiten der Behandlung erprobt zu haben, neun Migranten (40,9%) verneinten dies. Zwei der Migranten hatten schon jeweils zwei alternative Behandlungsstrategien wahrgenommen, so ergaben sich 24 Nennungen, vgl. Tabelle 40.

Tabelle 40: Datensatz 3: Erkrankungsbehandlungen vor Arztkonsultation (n=24 Angaben von 22 Migranten)

Optionen der Selbstbehandlung	Häufigkeit	Prozent der Migranten* (n=22)
Selbstmedikation	12	54,5%
Heimreise mit dortiger Behandlung	2	9,1%
Telefonische Beratung durch Arzt im Heimatland	1	4,5%
Keine	9	40,9%
Gesamt	24	

* Schwangere Migrantinnen wurden nicht befragt

Elf von 22 Migranten (50%) gaben an zur Zeit der Befragung regelmäßig Medikamente gegen die derzeitigen Beschwerden zu nehmen – die zwei schwangeren Migrantinnen, wurden nicht danach gefragt. Sieben der elf Migranten (63,6%) nahmen Medikamente, die nicht durch einen Arzt verschrieben worden waren, vier Migranten (36,4%) nahmen durch einen Arzt rezeptierte Medikamente ein.

3.3.4 Probleme bei Behandlung illegalisierter Migranten: Perspektive der Migranten

3.3.4.1 Ergebnisse aus Datensatz 3

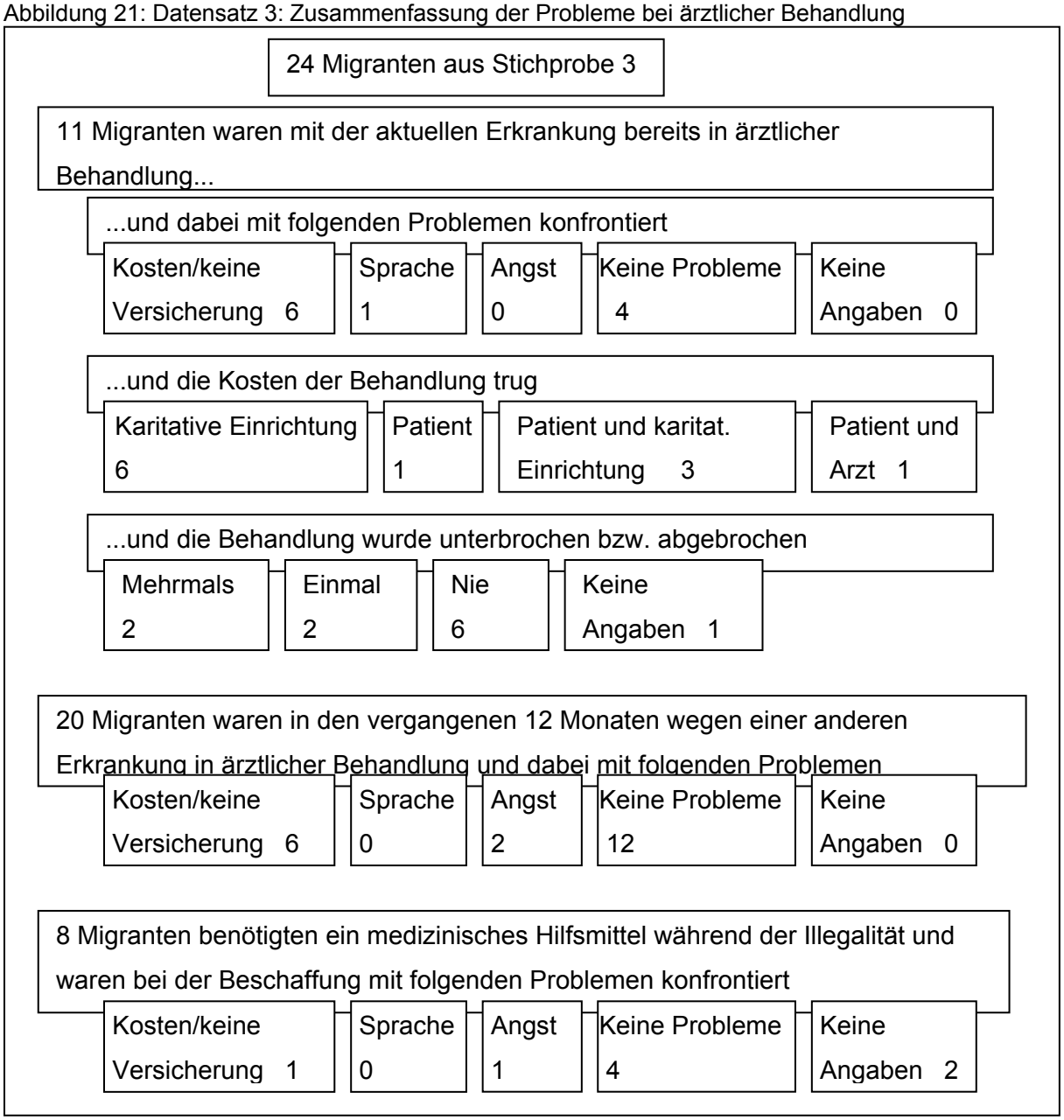
Elf Migranten waren bereits in ärztlicher Behandlung bevor sie an der vorliegenden Befragung teilnahmen. 13 Migranten begaben sich zum Zeitpunkt der Befragung erstmals in ärztliche Behandlung. Die Angaben über Behandlungsabbrüche und Kostenübernahmen beziehen sich jeweils auf die elf Migranten, die aufgrund ihrer konkreten Vorerfahrung im Rahmen der aktuellen Erkrankung Aussagen über Probleme und Behandlungsabbrüche machen konnten. Vier von elf Migranten (36,4%) hatten die Behandlung mindestens einmal abgebrochen, Alle vier Migranten hatten bei vergangener oder jetziger Wiederaufnahme der

Behandlung den Arzt gewechselt bzw. mehrfach gewechselt, vgl. Abbildung 21. Die Gründe für die Behandlungsabbrüche waren in einem Fall die Kosten der Behandlung, in einem anderen Fall hat die Therapie aus Sicht der Migrantin nicht geholfen. Zweimal war Unzufriedenheit mit dem Arzt der Grund für den Behandlungsabbruch. Angst oder Sprachbarrieren wurden nicht als Abbruchgrund genannt.

20 von 24 Migranten waren in den vergangenen zwölf Monaten mit anderen Erkrankungen beim Arzt gewesen. Probleme bei ärztlicher Behandlung in den vergangenen zwölf Monaten hatten acht von 20 Migranten (40,0%). Zwölf von 20 Migranten (60,0%) gaben an, ohne Schwierigkeiten medizinische Hilfe erhalten zu haben, vgl. Abbildung 21.

Insgesamt acht Migranten benötigten ein medizinisches Hilfsmittel – beispielweise eine Brille oder ein Gebiss – und beschafften dieses während der Zeit ohne Aufenthaltsstatus. Einer von acht Migranten (12,5%) nahm die Kosten der Anschaffung des Hilfsmittels als Hindernis war, ein weiterer Migrant (12,5%) nahm die Angst vor Aufdeckung des Aufenthaltsstatus als Barriere wahr. Vier Migranten (50,0%) gaben an keine Probleme bei der Beschaffung gehabt zu haben. Zwei Migranten (25,0%) beantworteten die Frage nicht, vgl. Abbildung 21.

Abbildung 21: Datensatz 3: Zusammenfassung der Probleme bei ärztlicher Behandlung



3.3.5 Probleme bei der Behandlung illegalisierter Migranten: Perspektive der Ärzte

3.3.5.1 Ergebnisse aus Datensatz 4

Im Rahmen des Fragebogens, der an die Ärzteschaft versand wurde, wurden die im Folgenden geschilderten Probleme abgefragt.

20 von 25 Ärzten schilderten exemplarisch die Kostenübernahme für den letzten Migranten ohne Aufenthaltsstatus, der ihr Patient war. Von den 20 Ärzten gaben 16 Ärzte (80,0%) an, selbst die Kosten für die Behandlung getragen zu haben. Zwei Ärzte (10,0%) boten den Migranten die Behandlung zum ermäßigten Preis an. In einem Fall zahlte der Migrant den vollen Preis und in einem Fall übernahm das Medibüro vollständig die anfallenden Kosten.

18 von 25 Ärzten (72,0%) stand die erfolgte Diagnostik ärztlicher Kollegen nicht zur Verfügung. Sechs Ärzte (24,0%) gaben an, auf erfolgte Diagnostik Zugriff zu haben. Für einen Arzt (4,0%) war die erfolgte Diagnostik manchmal abrufbar.

„Wäre die Anwesenheit eines Dolmetschers wünschenswert?“ bejahten 18 Ärzte (72,0%). Fünf Ärzte (20,0%) verneinten, ein Arzt (4,0%) wünschte sich manchmal einen Dolmetscher. Ein Arzt (4,0%) machte keine Angaben.

Die Frage, ob sich im Rahmen der medizinischen Versorgung von Migranten ohne Aufenthaltsstatus und Krankenversicherung für den Arzt schon einmal Probleme mit einer Behörde ergeben hätten, verneinten 22 von 25 Ärzte (88,0 %). Drei Ärzte (12,0%) bejahten diese Frage und schilderten Situationen, die nicht Gesetzeskonflikte betreffen, sondern anderweitige Probleme mit Behörden oder Krankenhäusern. Die ausführlichen Schilderungen sind in der Anlage 10.14.3 einsehbar. Ein Arzt schilderte die Umverteilung (im Rahmen eines begonnenen Asylverfahrens) einer bei ihm in Behandlung befindlichen Patientin. Die Behandlung konnte nach Umverteilung nicht durch einen anderen Arzt vor Ort weitergeführt werden. Ein zweiter Arzt beschrieb die Probleme wie folgt: „Ausländerbehörde ignoriert gern die psychisch-elende Situation, setzt die Menschen unter Druck – trotz meiner Schreiben.“ Abweichend von der eigentlichen Fragestellung kritisierte ein Arzt die zu frühzeitige Entlassung einer Patientin ohne Aufenthaltsstatus aus dem Krankenhaus, vgl. Anlage 10.14.3. Kein Arzt schilderte juristische Verfolgung wegen Beihilfe zum illegalen Aufenthalt nach § 96 Abs. 1 Nr. 2 Aufenthaltsgesetz.

„Welche Probleme müssen ihrer Meinung nach zeitnah behoben werden?“ beantworteten 22 Ärzte – zum Teil mit mehreren Nennungen. 16 Ärzte (72,7%) forderten entweder die Kostenübernahme für besonders vulnerable Gruppen von illegalisierten Migranten oder insgesamt den sicheren Zugang zu medizinischer Versorgung. Die von den Ärzten formulierten Forderungen sind in Tabelle 41 kategorisiert dargestellt und in der Anlage als Zitate wieder gegeben, vgl. 10.14.4. Neben den in der Tabelle dargestellten kategorisierten Forderungen formulierten sieben Ärzte zusätzlich unterschiedliche andere Forderungen oder Sorgen – die verschiedene Zuständigkeiten und unterschiedliche Aspekte der Lebensbedingungen betrafen – und in der Tabelle unter der Kategorie „Sonstige“ zusammengefasst wurden. Die Forderung eines Arztes war nicht vollständig lesbar und wurde ebenfalls unter die Kategorie „Sonstiges“ gefasst, vgl. Anlage 10.14.4.

Tabelle 41: Datensatz 4: Kategorisierte Probleme und Lösungsvorschläge aus Sicht der Ärzte bei der medizinischen Versorgung von Migranten ohne Aufenthaltsstatus (n=35 Angaben von 22 Ärzten)

Lösungsvorschläge seitens der Ärzte	Häufigkeit	Prozent der Antworten	Prozent der 22 Ärzte
Verbesserung des Aufenthaltsstatus	2	5,7%	9,1%
Sicherstellung legaler Entbindung	2	5,7%	9,1%
Sicherung des Zugangs zu medizinischer Versorgung und deren Entlohnung	7	20,0%	31,8%
Zumindest Kostenübernahme für bestimmte medizinische Leistungen bzw. für bestimmte Migrantengruppen unter den illegalisierten Migranten	9	25,7%	40,9%
Verbesserung der Kooperation unter Ärzten und/oder zw. Ärzten und Krankenhäusern	5	14,3%	22,7%
Rechtssicherheit für medizinisches Personal	2	5,7%	9,1%
Sonstiges*	8	22,9%	36,4%
Gesamt	35	100,0%	

* Die Kategorie Sonstige umfasst: zweimal „Zuständigkeiten“, jeweils ein Mal „Beistand bei Ämtergängen“, „Sprachkurse, Wohnverhältnisse, Arbeitserlaubnis“, „Dokumentation der erhobenen Befunde in Pat. Hand“, „evtl. Bezahlung durch Vermittlungsstelle (Spenden oder staatliches Geld)“, „feste Anlaufstelle für die Patienten (wenden sich oft nicht an Ärzte aus Angst vor Meldung an die Behörden und vor den Kosten)“ und einen Kommentar der teilweise nicht lesbar war

3.4 Ergebnisse zu Fragestellung 3: Wie stellen sich Art und Umfang der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung durch Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus dar?

Tabelle 42: Übersicht Fragestellung 3 und der korrespondierenden Datensätze

	DS 1	DS 2	DS 3	DS 4
3. Wie stellen sich Art und Umfang der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung durch Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus dar?				
- Wie stellen sich Art und Umfang der Konsultationsanlässe im Medibüro im zeitlichen Verlauf und in der Subgruppenanalyse dar?	x			
- Wie stellen sich Umfang und Verteilung der Facharzttermine Vermittelt durch das Medibüro im zeitlichen Verlauf und der Subgruppenanalyse dar?	x			
- Von welchem Umfang der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung und Vorsorge berichten die illegalisierten Migranten?			x	

DS: Datensatz

3.4.1 Konsultationsanlässe im Medibüro

3.4.1.1 Ergebnisse aus Datensatz 1

Die Nachfrage nach medizinischer Versorgung wird im Folgenden zunächst in Form aller Bedürfnisse, die zur Konsultation des Medibüros führten dargelegt, dann unter 3.4.2.1 in die

Tiefe gehend für die medizinischen Fachgebiete analysiert. Die Datengrundlage für die Analyse der Konsultationsanlässe des Medibüros bildeten alle Konsultationen des Medibüros zwischen Januar 2006 und Juni 2008. Dabei konnte ein Patient mit mehreren Anliegen an das Medibüro herantreten. Auch Wiedervorstellungen von Migranten gingen in diese Auswertung ein. Es ergaben sich insgesamt 1 315 Anliegen, die zur Konsultation des Medibüros führten. Die Konsultationsanlässe sind in sechs Kategorien eingeteilt, wie unter 2.5.1 beschrieben. Die Vermittlung von Arztterminen war das häufigste Anliegen, vgl. Tabelle 43.

Konsultationsanlässe im Halbjahresvergleich

In allen Dienstleistungsbereichen des Medibüros zeichnete sich eine Zunahme der Nachfrage ab, vgl. Tabelle 43.

Tabelle 43: Datensatz 1: Konsultationsanlässe im Halbjahresvergleich 01/2006-06/2008 (n=1 315 Konsultationen durch 876 Migranten)

	01 - 06/2006 (n=181)	07 - 12/2006 (n=210)	01 - 06/2007 (n=240)	07 - 12/2007 (n=327)	01 - 06/2008 (n=357)	Insgesamt (n=1 315)
Konsultation mit Arztterminbedarf, davon	159	175	202	251	269	1 056
Arzttermin wg. Krankheit oder Schwangerschaft	*151*	*170*	*189*	*242*	*256*	*1 008*
Arzttermin wg. Vorsorge, davon	*8*	*5*	*13*	*9*	*13*	*48*
Gynäkologische Vorsorge	*6*	*4*	*7*	*4*	*7*	*28*
Sonstige Vorsorge und Impfungen	*2*	*1*	*6*	*5*	*6*	*20*
Finanzielle Hilfe im Zshg. mit Inanspruchnahme med. Versorgung (ohne Schwangerschaften/Geburten)	7	15	10	42	35	109
Beratung u. Weitervermittlung	5	8	13	12	22	60
Organisation von Operationen	2	3	6	7	8	26
Dienstleistungen in Zshg. Mit Schwangerschaft, davon	3	4	9	8	14	38
Geburtsorganisation	*0*	*0*	*4*	*4*	*7*	*15*
Beratung in Zshg. mit Schwangerschaft	*2*	*3*	*5*	*1*	*3*	*14*
Kostenübernahme Geburt	*1*	*1*	*0*	*3*	*4*	*9*
Konsultationsanlass unbekannt	5	5	0	7	9	26

Konsultationsanlässe bei Frauen und Männern im Vergleich

Insgesamt ergaben sich über den Zeitraum 1 315 Konsultationsanlässe. Bei 1 313 Konsultationsanlässen durch 874 Personen konnte die Variable Geschlecht zugeordnet werden. 892 Konsultationen sind durch 583 Frauen vorgenommen worden, 421 Konsultationen durch 291 Männer.

Tabelle 44: Datensatz 1: Subgruppenanalyse der Konsultationsanlässe der Migranten mittels χ^2-Test auf Assoziation zwischen Konsultationsanlass und Geschlecht im Vergleich Frauen und Männer mit Spaltenprozentwerten (n=1 313 Konsultationen durch 874 Migranten)

Konsultationsanlässe	Konsultationen durch Männer (% der 421 Konsultationen durch Männer)	Konsultationen durch Frauen (% der 892 Konsultationen durch Frauen)	Konsultationen insgesamt (% der 1 313 Konsultationen insgesamt)	χ^2-Test auf Assoziation zw. Konsultationsanlass u. Geschlecht
Konsultation wg. Krankheit o. Schwangerschaft mit Arztterminbedarf	332 78,9%	676 75,8%	1 008 76,8%	p = 0,218
Vorsorgegesuche:	9 2,1%	39 4,4%	48 3,7%	÷
Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung	*0* *0%*	*28* *3,1%*	*28* *2,1%*	÷
Sonstige Vorsorge-untersuchungen und Impfungen	*9* *2,1%*	*11* *1,2%*	*20* *1,5%*	*p = 0,212*
Finanzielle Hilfe im Zshg. mit der Inanspruchnahme med. Versorgung (ohne Geburt)	35 8,3%	73 8,2%	108 8,2%	p = 0,936
Beratung und Weitervermittlung	27 6,4%	33 3,7%	60 4,6%	p = 0,028*
Organisation von Operationen	10 2,4%	16 1,8%	26 2,0%	p = 0,480
Dienstleistungen im Zushg. mit Schwangerschaft	0 0%	38 4,3%	38 2,9 %	÷
Geburtsorganisation	*0* *0%*	*15* *1,7%*	*15* *1,1%*	÷
Beratung in Zshg. mit Schwangerschaft	*0* *0%*	*14* *1,6%*	*14* *1,1%*	÷
Kostenübernahme-gesuche für Geburten	*0* *0%*	*9* *1,0%*	*9* *0,7%*	÷
Konsultationsanlass unbekannt	8 1,9%	17 1,9%	25 1,9%	p = 0,994
Summe	421 100%	892 100%	1 313 100%	
Reihenprozentwerte	32,1%	67,9%	100,0%	

* Ergebnis ist signifikant p < 0,05

Alle Dienstleistungen wurden in absoluten Zahlen häufiger von Frauen in Anspruch genommen. 67,9% der Konsultationen geschahen durch Frauen. Die Proportion der Konsultationen wegen Beratung bei medizinischen Problemen beziehungsweise

Weitervermittlung an andere nichtstaatliche Beratungseinrichtungen war signifikant größer bei Männern als bei Frauen in der Stichprobe, vgl. Tabelle 44.

217 (24,3%) der Konsultationen durch Frauen, entsprechend 16,5% der 1 315 Konsultationen insgesamt, standen in Zusammenhang mit gynäkologischen Fragestellungen. Diese umfassen die Vermittlung von gynäkologischen Arztterminen für Versorgung und Vorsorge (insgesamt n=179, davon n=151 für kurative Versorgung und n=28 Vorsorge) und alle Dienstleistungen in Zusammenhang mit Schwangerschaft (n=38).

Konsultationsanlässe bei Illegalisierten und Migranten aus neuen EU-Ländern im Vergleich

Insgesamt ergaben sich über den Zeitraum 1 315 Konsultationsanlässe. Bei 1 102 Konsultationen durch 716 Migranten war das Herkunftsland zuzuordnen und kein altes EU-Land (150 Migranten unbekannter Herkunft, zehn Migranten aus alten EU-Ländern), vgl. Einteilung in Illegalisierte und Migranten aus neuen EU-Ländern unter 2.5.1.2. 120 Migranten aus neuen EU Ländern kamen mit 190 Konsultationsanlässen und 596 illegalisierte Migranten hatten 912 Konsultationsanliegen. Unter den Migranten aus neuen EU-Ländern waren 78 (65,0%) Frauen, unter den illegalisierten Migranten waren 401 (67,3%) Frauen.

Tabelle 45: Datensatz 1: Subgruppenanalyse der Konsultationsanlässe der Migranten mittels χ^2-Test auf Assoziation zwischen Konsultationsanlass und Status im Vergleich Illegalisierte und Migranten aus neuen EU-Ländern mit Spaltenprozentwerten (n=1 102 Konsultationen durch 716 Migranten)

Konsultationsanlässe	Konsultationen durch Illegalisierte (% der 912 Konsultationen durch Illegalisierte)	Konsultationen durch neue EU-Migranten (% der 190 Konsultationen durch neue EU-Migranten)	Konsultationen insgesamt (% der 1 102 Konsultationen insgesamt)	χ^2-Test auf Assoziation zw. Konsultationsanlass u. Status
Konsultation wg. Krankheit o. Schwangerschaft mit Arztterminbedarf	726 79,6%	140 73,7%	866 78,6%	p = 0,070
Vorsorgegesuche:	35 3,8%	4 2,1%	39 3,5%	p = 0,240
Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung	*21* *2,3%*	*1* *0,5%*	*22* *2,0%*	[1]
Sonstige Vorsorge-untersuchungen und Impfungen	*14* *1,5%*	*3* *1,6%*	*17* *1,5%*	[1]
Finanzielle Hilfe im Zshg. mit der Inanspruchnahme med. Versorgung (ohne Geburt)	56 6,1%	20 10,5%	76 6,9%	p = 0,030*
Beratung und Weitervermittlung	42 4,6%	9 4,7%	51 4,6%	p = 0,937
Organisation von Operationen	21 2,3%	0 0,0%	21 1,9%	[1]

Konsultationsanlässe	Konsultationen durch Illegalisierte (% der 912 Konsultationen durch Illegalisierte)	Konsultationen durch neue EU-Migranten (% der 190 Konsultationen durch neue EU-Migranten)	Konsultationen insgesamt (% der 1 102 Konsultationen insgesamt)	χ^2-Test auf Assoziation zw. Konsultationsanlass u. Status
Dienstleistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft	20 2,2%	12 6,3%	32 2,9%	p = 0,002*
Geburtsorganisation	*8* *0,9%*	*4* *2,1%*	*12* *1,1%*	*1*
Beratung in Zshg. mit Schwangerschaft	*7* *0,8%*	*4* *2,1%*	*11* *1,0%*	*1*
Kostenübernahme-gesuche für Geburten	*5* *0,5%*	*4* *2,1%*	*9* *0,8%*	*1*
Konsultationsanlass unbekannt	12 1,3%	5 2,6%	17 1,5%	p = 0,181
Summe	912 100%	190 100%	1 102 100%	
Reihenprozentwerte	82,8%	17,2%	100,0%	

* Ergebnis ist signifikant p < 0,05
[1] Mindestens eine Proportion ist unzulässig klein zum Ausführen des χ^2-Tests

Illegalisierte nahmen in absoluten Zahlen, als eigentliche Zielgruppe des Medibüros, die Angebote des Medibüros in jeder Kategorie der Konsultationsanlässe häufiger in Anspruch. Proportional nutzten die Migranten aus neuen EU-Ländern weniger häufig als die illegalisierten Migranten die Vermittlung von Arztterminen und signifikant häufiger finanzielle Unterstützung und Dienstleistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft. Die Vermittlung von Operationen wurde ausschließlich von illegalisierten Migranten in Anspruch genommen, vgl. Tabelle 45.

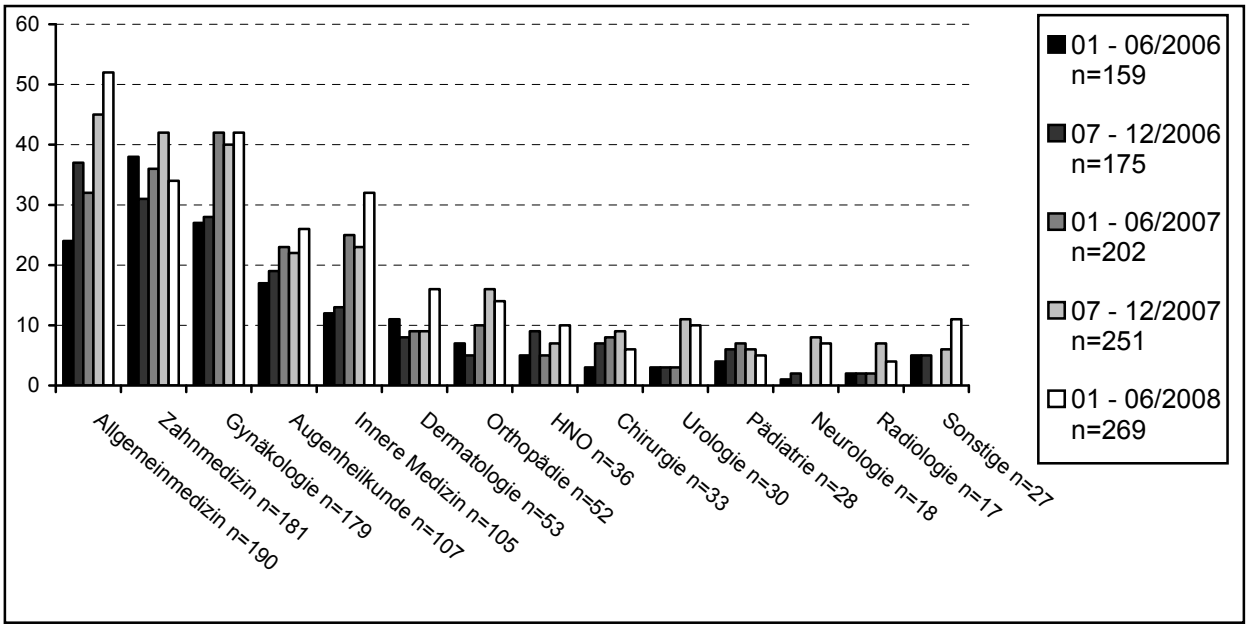
3.4.2 Facharzttermine vermittelt durch das Medibüro

3.4.2.1 Ergebnisse Datensatz 1

Inanspruchnahme an Facharztterminen im Halbjahresvergleich

Datengrundlage für die Inanspruchnahme von Facharztterminen waren durch das Medibüro vermittelten Arzttermine zwischen Januar 2006 und Juni 2008 einschließlich (n=1 056).

Abbildung 22: Datensatz 1: Inanspruchnahme von Terminen bei Fachärzten im Halbjahresvergleich 01/2006-06/2008 (n= 1 056 Arzttermine)



*Sonstige Fachärzte: Psychiatrie n=7, Tropenmedizin n=3, Kieferchirurgie n=2, Schmerztherapie n=2, Kieferorthopädie n=1, Phoniatrie/Pädaudiologie n=1, unbekannt n=10

Das Erkrankungsmuster der Migranten reflektierte sich in der Inanspruchnahme an Facharztkontakt – Internisten und Allgemeinmediziner (zusammen 295 Termine), Zahnmediziner (181 Termine), Gynäkologen (179 Termine) sowie Augenärzte (107 Termine) wurden mit der höchsten Frequenz konsultiert, vgl. Abbildung 22.

Inanspruchnahme von Facharztterminen durch Männer und Frauen im Vergleich

In der vorliegenden Subgruppenanalyse waren alle vermittelten Facharzttermine berücksichtigt worden, bei denen die Angabe des Geschlechts der Migranten, an die die Termine vermittelt worden waren, verfügbar war. Entsprechend 1 056 Arzttermine an 785 Migranten – 526 Frauen mit 715 Arztterminen und 259 Männer mit 341 Arztterminen.

Tabelle 46: Datensatz 1: Subgruppenanalyse der Inanspruchnahme von Arztterminen durch die Migranten mittels χ^2-Test auf Assoziation zwischen medizinischer Fachrichtung und Geschlecht im Vergleich Frauen und Männer mit Spaltenprozentwerten (n=1 056 Arzttermine bei 785 Migranten)

Fachgebiet	Arzttermine für Männer (% der 341 Arzttermine für Männer)	Arzttermine für Frauen (% der 715 Arzttermine für Frauen)	Arzttermine insgesamt (% der 1 056 Arzttermine insgesamt)	χ^2-Test auf Assoziation zw. Fachrichtung u. Geschlecht
Allgemeinmedizin	61 17,9%	129 18,0%	190 18,0%	p = 0,952
Zahnmedizin	74 21,7%	107 15,0%	181 17,1%	p = 0,007*
Gynäkologie	0 0,0%	179 25,0%	179 17,0%	÷

Fachgebiet	Arzttermine für Männer (% der 341 Arzt-termine für Männer)	Arzttermine für Frauen (% der 715 Arzt-termine für Frauen)	Arzttermine insgesamt (% der 1 056 Arzt-termine insgesamt)	χ^2-Test auf Assoziation zw. Fach-richtung u. Geschlecht
Augenheilkunde	33 9,7%	74 10,3%	107 10,1%	p = 0,735
Innere Medizin	44 12,9%	61 8,5%	105 9,9%	p = 0,026*
Dermatologie	23 6,7%	30 4,2%	53 5,0%	p = 0,076
Orthopädie	20 5,9%	32 4,5%	52 4,9%	p = 0,329
HNO	13 3,8%	23 3,2%	36 3,4%	p = 0,618
Chirurgie	19 5,6%	14 2,0%	33 3,1%	p = 0,002*
Urologie	18 5,3%	12 1,7%	30 2,8%	p = 0,001*
Pädiatrie	9 2,6%	19 2,7%	28 2,7%	p = 0,986
Sonstige[#]	27 7,9%	35 4,9%	62 5,9%	p = 0,051
Summe	341 100,0%	715 100,0%	1 056 100,0%	
Reihenprozentwerte	32,3 %	67,7%	100,0%	

* Ergebnis ist signifikant p < 0,05 ÷ Nicht sinnvoll

[#] Kategorie „Sonstige“ enthält folgende Fachärzte in absteigender Häufigkeit Neurologie, Radiologie, unbekannte Fachrichtung, Psychiatrie, Tropenmedizin, Schmerztherapie, Kieferchirurgie, Phoniatrie/Pädaudiologie, Kieferorthopädie

715 (67,7%) von 1 056 Arztterminen wurden an Frauen vergeben. Gemessen an den absoluten Zahlen wurden in zehn der zwölf ausgewerteten Fachgebiete mehr Arzttermine an Frauen vergeben als an Männer. Gynäkologische Arzttermine stellten 25% der an Frauen vermittelten Arzttermine dar und 17,0% der Arzttermine insgesamt.

Die Proportion urologischer und chirurgischer Arzttermine war bei Männern signifikant größer als bei Frauen in der Stichprobe. Die proportionale Inanspruchnahme an zahnmedizinischer und internistischer Versorgung war bei Männern ebenfalls signifikant größer als bei den Frauen der Stichprobe, vgl. Tabelle 46.

Inanspruchnahme von Facharztterminen durch Illegalisierte und Migranten aus neuen EU-Ländern im Vergleich

Die folgende Subgruppenanalyse der Inanspruchnahme beinhaltet die Arzttermine für die das Herkunftsland der inanspruchnehmenden Migranten bekannt war und kein altes EU-Land war. Entsprechend 905 von 1 056. Von den insgesamt 905 Arztterminen waren 144

Arzttermine an 101 Migranten aus neuen EU-Ländern und 761 Arzttermine an 559 Illegalisierte vergeben worden. Von den 101 Migranten aus neuen EU-Ländern waren 63 Frauen (62,3%). Von den 559 illegalisierten Migranten waren 382 Frauen (68,3%).

Tabelle 47: Datensatz 1 Subgruppenanalyse der Inanspruchnahme von Arztterminen durch die Migranten mittels χ^2-Test auf Assoziation zwischen medizinischer Fachrichtung und Aufenthaltsstatus im Vergleich Illegalisierte und Migranten aus neuen EU-Ländern mit Spaltenprozentwerten (n=905 Arzttermine von 660 Migranten)

Fachgebiet	Arzttermine für Illegalisierte (% der 761 Arzttermine für Illegalisierte)	Arzttermine für neue EU-Migranten (% der 144 Arzttermine für neue EU-Migranten)	Arzttermine insgesamt (% der 905 Arzttermine insgesamt)	χ^2-Test auf Assoziation zw. Fachrichtung u. Status
Allgemeinmedizin	145 19,1%	22 15,3%	167 18,5%	p = 0,284
Zahnmedizin	132 17,3%	27 18,8%	159 17,6%	p = 0,685
Gynäkologie	117 15,4%	35 24,3%	152 16,8%	p = 0,009*
Augenheilkunde	88 11,6%	6 4,2%	94 10,4%	p = 0,008*
Innere Medizin	74 9,7%	13 9,0%	87 9,6%	p = 0,795
Dermatologie	39 5,1%	7 4,9%	46 5,1%	p = 0,895
Orthopädie	41 5,4%	3 2,1%	44 4,9%	[1]
HNO	25 3,3%	7 4,9%	32 3,5%	p = 0,348
Chirurgie	23 3,0%	5 3,5%	28 3,1%	[1]
Pädiatrie	16 2,1%	10 6,9%	26 2,9%	p = 0,001*
Urologie	21 2,8%	4 2,8%	25 2,8%	[1]
Sonstige[#]	40 5,3%	5 3,5%	45 5,0%	[1]
Summe	761 100,0%	144 100,0%	905 100,0%	
Reihenprozentwerte	84,1%	15,9%	100,0%	

* Ergebnis ist signifikant $p < 0,05$

[1] Mindestens eine Proportion ist unzulässig klein zum Durchführen χ^2-Tests [#] Kategorie „Sonstige“ enthält folgende Fachärzte in absteigender Häufigkeit Neurologie, Radiologie, unbekannte Fachrichtung, Psychiatrie, Tropenmedizin, Schmerztherapie, Kieferchirurgie, Phoniatrie/Pädaudiologie, Kieferorthopädie

84,1% der Arzttermine wurden an Illegalisierte vergeben. In absoluten Zahlen wurden in jedem Fachgebiet mehr Arzttermine an Illegalisierte als an neue EU-Bürger vergeben.

Der Anteil ophthalmologischer Arzttermine war bei Illegalisierten signifikant größer war als bei Migranten aus neuen EU-Ländern. Termine bei Pädiatern und Gynäkologen wurden hingegen signifikant häufiger an Migranten aus neuen EU-Ländern vergeben, vgl. Tabelle 47.

3.4.3 Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung durch illegalisierte Migranten

3.4.3.1 Ergebnisse aus Datensatz 3

Die Arzttermine, die die befragten Migranten bei der aktuellen Konsultation durch das Medibüro vermittelt bekommen haben, sind illustrativ in der Anlage 10.13.4 dargestellt, sie bilden eine Teilmenge der durch das Medibüro vermittelten Arzttermine, die unter 3.4.2.1 ausgewertet wurden.

Inanspruchnahme ambulante Versorgung in den vergangenen zwölf Monaten

Von den 24 Migranten in Datensatz 3 waren drei (12,5%) in den vergangenen 12 Monaten bei keinem Arzt oder Psychologen. Der Median der Anzahl der Kontakte zur ambulanten Versorgung im vergangenen Jahr liegt bei 3,5 Kontakten pro Jahr, vgl. Tabelle 48.

Tabelle 48: Datensatz 3: Kontakte zur ambulanten Versorgung in den vergangenen 12 Monaten (n=24 Migranten)

	M	SD	min	max	Median	25%-Perzentile	75% - Perzentile
Anzahl der Kontakte zur ambulanten Versorgung	5,3	6,8	0,0	24,0	3,5	1,3	5,0

M = Mittelwert SD = Standardabweichung min = Minimum max = Maximum

13 von 24 Migranten (54,2%) waren mindestens einmal im vergangenen Jahr beim Hausarzt wegen gesundheitlicher Probleme. Bei Fachärzten außer Gynäkologen und Psychiatern waren vier von 24 Migranten (16,7%). Beim Psychiater war eine Patientin (4,2%) einmal in den letzten zwölf Monaten. Sieben von 19 Migrantinnen (36,8%) waren in den letzten zwölf Monaten in gynäkologischer Behandlung. Neun von 24 Migranten (37,5%) waren mindestens ein Mal in zahnärztlicher Behandlung in den vergangenen zwölf Monaten vor der Befragung, vgl. Tabelle 49 bis Tabelle 53.

Tabelle 49: Datensatz 3: Inanspruchnahme ambulanter hausärztlicher Versorgung wegen Krankheit in den vergangenen 12 Monaten (n=24 Migranten)

Hausarztkonsultation pro 12 Monate	Häufigkeit	Prozent der Migranten
0	11	45,8%
1	5	20,8%
≥ 2	8	33,3%
Gesamt	24	100%

Tabelle 50: Datensatz 3: Inanspruchnahme ambulanter gynäkologischer Versorgung wegen Krankheit in den vergangenen 12 Monaten (n=19 Migrantinnen)

Konsultationen in der Gynäkologie pro 12 Monate	Häufigkeit	Prozent der Migrantinnen
0	12	63,2%
1	2	10,5%
≥ 2	5	26,3%
Gesamt	19	100%

Tabelle 51: Datensatz 3: Inanspruchnahme ambulanter fachärztlicher Versorgung wegen Krankheit in den vergangenen 12 Monaten (n=24 Migranten)

Facharztkonsultationen exkl. Gynäkologie und Psychiatrie pro 12 Monate	Häufigkeit	Prozent der Migranten
0	20	83,3%
1	2 davon *1* Orthopädie* *1* Augenheilkunde*	8,3%
≥ 2	2 davon 1* *Orthopädie* 1* *Chirurgie*	8,3%
Gesamt	24	100%

Tabelle 52: Datensatz 3: Inanspruchnahme ambulanter psychiatrischer Versorgung wegen Krankheit in den vergangenen 12 Monaten (n=24 Migranten)

Konsultationen in der Psychiatrie pro 12 Monate	Häufigkeit	Prozent der Migranten
0	23	95,8%
1	1	4,2%
≥ 2	0	0,0%
Gesamt	24	100%

Tabelle 53: Datensatz 3: Inanspruchnahme ambulanter zahnärztlicher Versorgung wegen Krankheit in den vergangenen 12 Monaten (n=24 Migranten)

Konsultationen in der Zahnheilkunde pro 12 Monate	Häufigkeit	Prozent der Migranten
0	15	62,5%
1	2	8,3%
≥ 2	7	29,2%
Gesamt	24	100%

Inanspruchnahme medizinischer Vorsorge in den vergangenen 12 Monaten

An gynäkologischer Krebsvorsorge haben sieben von 19 befragten Frauen (36,8%) teilgenommen.

Ein allgemeiner Gesundheits-Check-up, wie von der gesetzlichen Krankenkasse ab dem 35. Lebensjahr alle zwölf Monate empfohlen, haben drei Migranten – von 18 Migranten über 35 Jahren – jeweils ein Mal im vergangenen Jahr in Anspruch genommen (16,7%). Drei von 24 Migranten (12,5%) gaben an zahnmedizinische Vorsorge in Anspruch genommen zu haben.

Alle vier Migrantinnen die während der Illegalität schwanger waren, waren in regelmäßiger gynäkologischer Kontrolle.

Drei Migrantinnen hatten oder haben Kinder bei sich in der Illegalität. Alle Kinder waren regelmäßig bei den Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U9 und wurden geimpft.

Inanspruchnahme stationärer Versorgung in den vergangenen 12 Monaten

Keiner der Befragten war in den vergangenen zwölf Monaten zur Behandlung im Krankenhaus

4. Diskussion

Im Rahmen der Diskussion werden nach der Bewertung der Methodik, die Ergebnisse der einzelnen Forschungsfragen vergleichend dargestellt und eingeordnet. Zur besseren Übersichtlichkeit sind jeweils zusammengefasst die Ergebnisse dargelegt, dann werden mögliche Verzerrungen beschrieben und die Ergebnisse mit der Literatur verglichen, schließlich erfolgt die Einordnung und Bewertung. Die Forschungsfragen, die sich in mehrere Einzelfragen gliedern, sind nach Darlegung der Einzelergebnisse zusammenfassend beantwortet. Diese abschließenden Antworten auf die Forschungsfragen sind jeweils *kursiv* dargestellt.

4.1 Kritische Anmerkungen zur Methodik

4.1.1 Bias und Vergleichbarkeit

Jeder der vier verwendeten Datensätze birgt spezifische Vorteile und unterliegt in unterschiedlicher Weise seiner Begrenztheit. Die Triangulation verschiedener Datensätze und Datenquellen versucht die jeweiligen Vorteile zu nutzen und die jeweils unterschiedlichen Nachteile der einzelnen Datensätze zu kompensieren, ohne sie zu übergehen.

Datensatz 1 basierend auf der Dokumentation des Medibüros ist der größte Datensatz der Untersuchung. Die Datenbasis umfasst Daten von allen Migranten, die sich während der Öffnungszeiten an das Medibüro wendeten. Das macht ihn unempfindlich gegen Verzerrung durch Teilnahmebereitschaft und Falschangaben. Der Datensatz ist jedoch zu einem anderen Zweck als der wissenschaftlichen Arbeit gewonnen worden, nämlich der internen Dokumentation des Medibüros, und entsprechend mehr an die Notwendigkeit der Patientenbetreuung als an die Fragestellung angepasst. Die Daten sind mit den Daten anderer Medibüros und Medinetze, MMM und MDM vergleichbar, da sie in aller Regel unter ähnlichen Bedingungen gewonnen worden sind.

Datensatz 2 entspringt der Bereitschaft einer Teilmenge der Migranten des Medibüros, einen Fragebogen auszufüllen. Ein Drittel der Migranten, die nicht an der Befragung teilnahmen, konnte aus sprachlichen Gründen nicht teilnehmen. Einen Barriere, die auch die Integration, den sozialen Kontakt und den Zugang zu Gesundheitsversorgung beeinflusst. Weitere 17,9% waren entweder klinisch zu krank um sie zu befragen oder hatten Angst vor der Befragung. Dies könnte ein möglicher Hinweis darauf sein, dass etwa insgesamt die Hälfte derjenigen, die nicht befragt werden konnten, eher eine schlechtere Gesundheit als die Befragten aufweisen könnten, ausgelöst durch soziale Isolation, Krankheit und Angst. Eine weitere mögliche Verzerrung ergibt sich durch die Angabe von Antworten, die die Migranten

als erwünscht wahrnahmen und durch Verständigungsprobleme, die nicht kommuniziert wurden bzw. werden konnten. Zwar ist der SF-12v2 in allen verwendeten Sprachen auf Reliabilität und Validität getestet, Missverständnisse zum Beispiel durch standardisierte Fragen, die die Lebensrealität von Illegalisierte verfehlen, z. B. „Golf spielen“, sind jedoch nicht auszuschließen (Ware et al. 2002, S.26-28).

Datensatz 3 bestätigt als kleiner quantitativer Datensatz Ansichten und Verhaltensweisen, die bisher weit überwiegend in qualitativer Forschung erhoben und vorwiegend durch Dritte der Gruppe der illegalisierten Migranten zugeschrieben worden sind.
Eine negative Selbstselektion der Migranten und ihrer Antworten ist ebenso wie eine positive denkbar. Möglichweise haben eher Migranten, die besonders schlechte oder besonders gute Erfahrungen in der Gesundheitsversorgung gemacht haben, der Befragung zugestimmt. Teilnehmer der Befragung für DS 3 zeigten signifikant bessere Werte in den Dimensionen der körperlichen Funktionsfähigkeit und der körperlichen Rollenfunktion (und konsekutiv auch in der Summenskala für körperliche Gesundheit) im Vergleich zu den Migranten, die nur an der Befragung mit dem SF-12v2, nicht aber an der Befragung für DS 3 teilgenommen haben. Dies könnte darauf Hinweisen, dass eher gesündere Migranten an der Befragung teilgenommen haben. Eine weitere Verzerrung könnte dadurch gegeben sein, dass alle befragten Migranten soeben Hilfe durch das Medibüro erhalten hatten und sie deshalb keine Probleme (mehr) beim Zugang zum Gesundheitssystem wahrgenommen hatten. Zudem könnten die Migranten ihre Antworten entsprechend der, von Ihnen der Befragung zugeschriebenen, Intention modifiziert haben.
Als rein deskriptive Erhebung mit niedriger Fallzahl verbietet sich zwar der statistische Vergleich, nicht aber der inhaltliche Vergleich mit der vorhandenen Literatur.

Datensatz 4 erfasst Ärzte aus dem Umfeld des Medibüros. Einerseits lässt diese Selektion keine Rückschlüsse auf den Umfang der Behandlung von Illegalisierten in Hamburger Arztpraxen zu, andererseits ergibt sich daraus der Vorteil, dass diese Ärzte häufig in Kontakt mit illegalisierten Migranten treten und entsprechend über eine gewisse Kompetenz in der Beurteilung von soziodemographischen Merkmalen und Krankheiten von illegalisierten Migranten verfügen.

Die Möglichkeit die Fragestellungen durch das Zusammenspiel verschiedener Datensätze zu bearbeiten, erlaubt die unterschiedlichen Vor- und Nachteile zu erkennen und für die Beantwortung der Fragestellung zu nutzen, um ein differenziertes Bild von Gesundheit, Umgang mit Erkrankung und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu entwickeln.

4.1.2 Methodische Besonderheiten in der Auswertung des SF-12v2

4.1.2.1 Vergleichsstichproben

Die Ergebnisse des standardisierte Fragebogens SF-12v2 zur subjektiven Gesundheit sind nur im Vergleich mit anderen Stichproben aussagekräftig. Die Werte in den, im SF-12v2, gebildeten Skalen für psychische und körperliche Gesundheit sind also nur in der vergleichenden Betrachtung mit anderen vergleichbaren Gruppen verwertbar.
In der vorliegenden Studie sind mit dem SF-12v2 illegalisierte Migranten untersucht worden, die sich wegen medizinischer Hilfe an das Medibüro wendeten. Deren subjektive Gesundheit wird nicht identisch sein mit der Gesamtheit der illegalisierten Population einschließlich der gesunden illegalisierten Population. Entsprechend ist sie mit dem erkrankten Anteil der ‚Normalbevölkerung' besser vergleichbar als mit der Gesamtheit der ‚Normalbevölkerung', die Gesunde wie Kranke einschließt.
Es wurde zunächst mit einer US-amerikanischen Stichprobe und dann mit einer deutschen Stichprobe verglichen. Dabei wurde jeweils zunächst mit der Gesamtstichprobe und dann mit Erkrankten innerhalb der Gesamtstichprobe verglichen.

US-amerikanische Normstichprobe

Zum Vergleich mit der 'Normalbevölkerung' wurde, wie in der Handreichung von Ware et al. (2002) zum SF-12v2 empfohlen, eine Stichprobe der US-amerikanischen Bevölkerung genutzt. An dieser Stichprobe wurden die Skalen des verwendete SF-12v2 genormt. In europäischen Ländern soll diese Stichprobe, entsprechend den Empfehlungen der Entwickler des SF-12v2, als Vergleichspopulation verwendet werden (Gandek et al 1998, S.1176). Für diese Stichprobe sind die Mittelwerte und Mediane für die körperliche und psychische Summenskala nach Alter und Geschlecht in der Handreichung von Ware et al. (2002, S.74-123) verfügbar. Zusätzlich zum Vergleich mit der Stichprobe, die für die Gesamtbevölkerung repräsentativ sein soll, wurde ein Vergleich mit der Subgruppe derer, die erkrankt sind durchgeführt, um der Selektion der erhobenen Stichprobe illegalisierter Migranten gerecht zu werden: Innerhalb der Stichprobe sind zusätzlich Mittelwerte und Mediane für die Subgruppe verfügbar, die angibt eine oder mehrere körperliche Erkrankungen zu haben, jedoch nicht aufgeschlüsselt nach Alter und Geschlecht.
Mittelwerte für Menschen mit Migrationshintergrund innerhalb der US-amerikanischen Stichprobe sind nicht veröffentlicht, ebensowenig Informationen zum Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund innerhalb der US-amerikanischen Normstichprobe.

In der Gesamtpopulation und den verwendeten Subgruppen der US-amerikanischen Stichprobe zeigt sich für die Werte in den acht Dimensionen subjektiver Gesundheit und den beiden Summenskalen ein leichte Linksschiefe, da ein größerer Teil der US-amerikanischen

Bevölkerung Werte oberhalb des Mittelwertes erzielte (Ware et al. 2002, S.77). Trotzt der Linksschiefe der Werte in der US-amerikanischen Vergleichsgruppe wurde – in den Subgruppen in denen die erhobene Stichprobe illegalisierter Migranten Normalverteilung zeigte – ein t-Test vorgenommen. Der tatsächliche Unterschied zwischen den illegalisierten Migranten und der US-amerikanischen Normstichprobe ist durch die linksschiefe Verteilung der Normstichprobe entsprechend eher größer als durch die Mittelwertvergleiche abgebildet. Der Vergleich über nichtparametrische-Tests war nicht möglich, da nur publizierte Werte, nicht aber der Datensatz, zur Verfügung standen.

Deutsche repräsentative Stichprobe aus dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998

Als große deutsche Vergleichsgruppe wurde die Kohorte des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 gewählt. Für den BGS98 wurde eine repräsentative deutsche Stichprobe gezogen. Für Ausfälle innerhalb dieser gezogenen Stichprobe durch Nicht-Teilnahme wurde durch Gewichtungsfaktoren für Alter, Geschlecht, sozialem Status, Gemeindegröße und Bundesland adjustiert (Thefeld, Stolzenberg und Bellach 1999, S.S59-61). Durch die Verwendung von Gewichtungsfaktoren für alle Auswertungen in Bezug auf diese Stichprobe im Rahmen dieser Dissertation wurde entsprechend ein valider Vergleich der subjektiven Gesundheit zur gesamten deutschen Bevölkerung gezogen. Die Repräsentativität in Bezug auf die subjektive Gesundheit wurde zusätzlich durch das Robert Koch-Institut überprüft: Die Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes von Nicht-Teilnehmern und Teilnehmen des BGS98 wurde als Einzelvariable im Rahmen einer Kurzbefragung der Nicht-Teilnehmer untersucht. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern (Thefeld, Stolzenberg und Bellach 1999, S.S59-61).
Die Variable ‚Arztbesuch binnen der letzten vier Wochen' wurde als Proxy für die Betroffenheit von Krankheit verwendet, um eine angemessene Vergleichsgruppe für die illegalisierten Migranten, die das Medibüro besuchten, herzustellen. Die Angabe in den vergangenen vier Wochen einen Arzt aufgesucht zu haben, zeigte in früheren Untersuchungen einen quantitativ und qualitativ ähnlichen Einfluss auf die Gesundheit, wie die Angabe ob in den letzten vier Wochen eine Erkrankung vorlag (Radoschewski und Bellach 1999, S.S195). Die Variable zum Vorliegen von Erkrankungen ist im Public Use File des RKIs nicht verfügbar. Die Validität der Variable ‚Arztbesuch binnen der letzten vier Wochen' als Proxy für die Betroffenheit von Krankheit wurde in der vorliegenden Untersuchung zusätzlich dadurch erhöht, dass nur Menschen in die Auswertung einbezogen worden sind, die Angaben wegen einer akuten oder chronischen Erkrankung beim Arzt gewesen zu sein; Menschen, die wegen Befindlichkeitsstörungen, Beratungen oder Vorsorge einen Arzt aufgesucht haben in den vergangenen vier Wochen, wurden nicht in die Auswertung einbezogen.

Es wurden im Rahmen des Bundes-Gesundheitssurveys 302 Menschen ohne deutsche Staatsbürgerschaft befragt (4,2% der Gesamtstichprobe) (Thefeld, Stolzenberg und Bellach 1999, S.S58). Es wurde beim Sampling weder auf insgesamt ausreichende Repräsentativität ausländischer Bürger geachtet, noch auf eine interne Repräsentativität unterschiedlicher Gruppen von Migranten. Es wurden zusätzlich nur Migranten einbezogen, die nicht in zentralen Einrichtungen (z.B. Asylbewerberheimen) wohnen, eine aktuelle Meldeadresse hatten und ausreichend gut Deutsch sprachen, um die Fragebögen vollständig auf Deutsch auszufüllen. Einzelauswertungen für die Gruppe der Migranten innerhalb des BGS98 sind deshalb nicht aussagekräftig und nicht sinnvoll und sind deshalb nicht durchgeführt worden.[7]

Im Rahmen des BGS98 ist die erste Version des Fragebogens SF-12 verwendet worden, der SF-12v1. Nach Transformation der Summenskalen und Normierung an derselben Bevölkerungsnorm wie durch die QualityMetric Health Outcomes™Scoring Software 4.0 vorgenommen, sind diese Werte direkt mit den Ergebnissen des Fragebogens SF-12v2 vergleichbar, der in der vorliegenden Untersuchung verwendet wurde (Ware et al. 2002, S.12, 26).

Die Verteilungskurven der Ergebnisse sind jedoch unterschiedlich für die Stichprobe der illegalisierten Migranten und der BGS98-Stichprobe: während die Werte der illegalisierten Migranten eine Normalverteilung zeigen, sind die Werte der BGS98-Stichprobe linksschief, der Median ist größer als der Mittelwert. Diese unterschiedliche Verteilungsform der Werte hat unter anderem die folgende Ursache: Der SF-12v1 zeigte in einigen der acht gemessenen Dimensionen subjektiver Gesundheit ausgeprägte Deckeneffekte, insbesondere in den Skalen, die durch dichotome Antworten charakterisiert waren (Ware et al. 2002, S.11; Radoschewski und Bellach 1999, S.S192). Eine der Verbesserungen der zweiten, in der vorliegenden Untersuchung verwendeten, Version, dem SF-12v2, ist die Reduktion der Deckeneffekte durch 5-skalige Antwortmöglichkeiten anstelle von dichotomen Antwortmöglichkeiten (Ware et al. 2002, S.11). Die Deckeneffekte der acht Dimensionen reflektieren sich auch in den Summenskalen, die sich auf komplexe Weise aus den Einzeldimensionen herleiten. Diese ausgeprägten Deckeneffekte, die für die acht Dimensionen der subjektiven Gesundheit für den BGS98 schon beschrieben worden sind, zeigen sich auch in der vorliegenden Auswertung durch eine linksschiefe Verteilung der Werte in den Summenskalen des SF-12v1. Die beschriebene Verteilung der Werte der Summenskalen in den beiden zu vergleichenden Stichprobe ist entsprechend durch Veränderungen zwischen den zwei Versionen des SF-12 herleitbar und plausibel.

[7] Persönliche Kommunikation Heribert Stolzenberg, Ute Ellert und Anke-Christine Sass, Robert-Koch-Institut

4.1.2.2 Gültigkeit des verallgemeinerten linearen Modells

Vorüberlegungen zur Wahl eines verallgemeinerten linearen Regressionsmodells

In einer Analyse verschiedener Einflussfaktoren auf die acht Dimensionen subjektiver Gesundheit im Bundes-Gesundheitssurvey, die durch das Robert Koch-Institut vorgenommenen wurde, wurde ein verallgemeinertes lineares Modell verwendet. Analog wurde dieses Modell in der vorliegenden Arbeit zur Analyse der (auf den acht Einzeldimensionen basierenden) Summenskalen ebenfalls angewandt. Die gleichmäßigen Zusammenhänge von Alter auf psychische und körperliche Gesundheit legen zudem nahe, diese Zusammenhänge über ein verallgemeinertes lineares Modell zu untersuchen.
Eine deutsche Studie verglich unterschiedliche Regressionsmodelle für den SF-6D Score, der sich auch aus der Familie der SF-Fragebögen herleitet, in ihrer Anpassungsgüte. Sie konnte zeigen, dass verschiedene Einflussfaktoren auf die Ergebnisse, trotzt der linksschiefen Verteilung der Ergebnisse, mittels allgemeinen linearen Modellen mit robusten Schätzern verlässlich modelliert werden können. Zwar kann die zunehmende Variabilität der Ergebnisse mit zunehmendem Alter in den linksschiefen Verteilungen nicht in seiner vollen Varianz abgebildet werden, die Mittelwerte können jedoch adäquat modelliert werden (Hunger, Baumert und Holle 2011).

Vergleichende Analyse mittels eines linearen Regressionsmodells mit transformierten Daten

Um eventuelle Unzulänglichkeiten des verallgemeinerten linearen Regressionsmodells mit robusten Schätzern zu identifizieren, wurde zur Überprüfung der Modelltauglichkeit ein zweites Regressionsmodell berechnet mit transformierten Daten. Da die Werte in den Summenskalen in der Stichprobe der illegalisierten Migranten annähernd normal verteilt sind, die der BGS98-Stichprobe jedoch eine linksschiefe Verteilung zeigen, wurde nach einer Transformation gesucht, die die Linksschiefe verringert ohne dabei die annähernde Normalverteilung der anderen Stichprobe zu sehr zu beeinträchtigen. Die SPSS-Syntax zur Durchführung der Transformation und der linearen Regression mit transformierten Daten ist in der Anlage unter 10.12.3 hinterlegt.
Die Werte der körperlichen und psychischen Summenskala (PCS und MCS respektiv) wurden dabei mittels komplexer logistischer Umwandlung über die Formel f(x)=ln(1/(1-(PCS/100))) bzw. f(x)=ln(1/(1-(MCS/100))) umgerechnet. Der Einfluss von Alter, Geschlecht und Aufenthaltsstatus auf die körperliche und psychische Summenskala wurde mittels eines einfachen linearen Modells untersucht. Die Modellgüte konnte durch die Transformation optimiert werden: Die Residuenverteilung der transformierten Werte zeigt für die BGS98-Stichprobe eine deutliche Annäherung an die Normalverteilung im Vergleich zu den Residuen der nicht-transformierten Werte. Die durch die Transformation produzierte

Abweichung von der Normalverteilung in der erhobenen Stichprobe ist dabei deutlich kleiner als die gewonnene Annäherung an die Normalverteilung in der BGS98-Stichprobe, so dass insgesamt eine bessere Anpassung erreicht wurde. Die Modellvoraussetzungen werden von dem transformierten Modell besser erfüllt. Die im Rahmen des Modells berechneten Schätzer wurden nach Rücktransformation als Punktdiagramm dargestellt, das die körperliche und psychische Summenskalen in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und Aufenthaltsstatus zeigt, vgl. 10.12.4.
Es zeigt sicht, dass die Anordnung der Gruppen gleich bleibt und in beiden Modellen alle drei Variablen, Aufenthaltsstatus, Geschlecht und Alter, signifikante Einflussfaktoren sind. Es zeigen sich außerdem geringe Unterschiede in der Höhe der Ausgangswerte im Vergleich mit dem verallgemeinerten linearen Modell mit robusten Schätzern und annähernd lineare Zusammenhänge mit ähnlichen Steigungsschätzern wie im verallgemeinerten linearen Modell auf Basis der Originalwerte. In höheren Altersgruppen zeigt sich eine geringfügig größerer Varianz der körperlichen Summenskalen in Abhängigkeit von Aufenthaltsstatus und Geschlecht. Die Unterschiede der Mittelwerte für die subjektive Gesundheit zwischen illegalisierten Migranten und der Stichprobe des BGS98 sind in dem Modell mit transformierten Werten größer als in dem Modell mit den Originaldaten – ein Effekt der sich durch die Linksschiefe der Werte in der BGS98-Stichprobe und die annähernde Normalverteilung in der Stichprobe illegalisierter Migranten erklären lässt: Mittelwertbasierte Modellierung mit den Originaldaten unterschätzt die Größe der tatsächlichen Differenz, wenn die Werte in der Gruppe mit Normalverteilung niedriger sind als in der Gruppe, in der die Werte linksschief verteilt sind. Diese Unterschätzung der tatsächlichen Differenz konnte durch die verbesserte Anpassung des Modells durch Transformierung teilweise ausgeglichen werden.
Die gleichbleibenden Anordnung der Gruppen und Ähnlichkeit der Signifikanzen sowie der Steigungen in dem linearen Modell auf Basis von transformierten Daten im Vergleich zu dem Modell auf Basis der Orginaldaten sind, spricht dafür, dass das gewählte Modell auf Basis der Originaldaten ausreichend präzise die realen Zusammenhänge darstellen kann und entsprechend verwertbare Ergebnisse liefern kann. Lediglich die tatsächliche Differenz der Werte zwischen illegalisierten Migranten und den Teilnehmern der BGS98-Stichprobe wird in dem Modell auf Basis der Originaldaten unterschätzt und muss in der Interpretation berücksichtigt werden.

4.1.3 Repräsentativität der Stichproben der illegalisierten Migranten

Zwei Eigenschaften schränken die Repräsentativität der vorliegenden Daten ein: Die erste Eigenschaft betrifft alle quantitativen Studien mit Migranten ohne Aufenthaltsstatus: Es gibt keine sicheren Daten zur Grundgesamtheit der Population, entsprechend können auch keine repräsentativen Stichproben gewonnen werden. Inwieweit die Eigenschaften der

Studienteilnehmer systematische von den Eigenschaften und Erkrankungen einer unbekannten und heterogenen Grundgesamtheit abweichen, lässt sich entsprechend statistisch nicht ermitteln. Ein Vergleich der in der Literatur beschriebenen vermuteten Soziodemographie kann jedoch Aufschluss geben über Ähnlichkeiten, Differenzen und Übertragbarkeit der Ergebnisse.
Die zweite Einschränkung ergibt sich aus dem Forschungszugang: Die Studienteilnehmer sind als ‚Hard-to-reach-population' alle im Umfeld des Medibüros rekrutiert worden, da ein anderer Zugang zur Population unter den gegebenen Umständen nicht möglich war (s. 1.9 Forschungshindernisse).
Die Soziodemographie der Studienteilnehmer ist entsprechend beeinflusst durch die Bekanntheit des Medibüros in verschiedenen Communities und durch die Notwendigkeit der jeweiligen Communities auf eine NRO-Struktur zur medizinischen Versorgung zurück zu greifen. Welche Personen das Medibüro aufsuchen, ist zudem beeinflusst durch die Breite bzw. Begrenztheit des Angebots an medizinischen Leistungen des Medibüro und dessen Bekanntheit.

Vergleicht man die Soziodemographie der Stichprobe mit den Merkmalen, die aus der bisherigen Forschung bekannt sind, so zeigen sich ähnliche Alters- und Geschlechtsstrukturen und wahrscheinlich eine Überrepräsentation lateinamerikanischer Migranten.

Die Altersstruktur zeigt in DS 2 einen Mittelwert von 37,4 Jahren, in DS 3 einen Mittelwert von 40,0 Jahren und in DS 4 wird vorwiegend von Migranten zwischen 20 und 39 Jahren berichtet. In der Literatur wird von mehrheitlich jungen berufstätigen Erwachsenen bzw. von Migranten zwischen 20 und 40 Jahren berichtet (Cyrus 2004a, S.27; MDM 2007 S.15; MDM 2009, S.8; Malteser Hilfsdienst e.V. 2004-2010; Vogel und Aßner 2009, S.108). Kinder sind äußerst selten Patienten im Medibüro, im DS 3 geben jedoch 62,5% der Migranten an Kinder zu haben. Die Proportion Kinder/Erwachsene präsentiert sich dort im Verhältnis eins zu vier: Auf vier Erwachsene kommt entsprechend ein Kind. Kinder sind im DS 1 sicher unterrepräsentiert, möglicherweise im DS 3 überrepräsentiert – in der Literatur werden für Hamburg 240 bis 2.400 Kinder vermutet (Vogel und Aßner, S.108).

Das Geschlechterverhältnis in den Stichproben zeigt einen hohen Frauenanteil (DS 1 66,6% Frauen, DS 2 71,9%, DS 3 79,2%). Während Frauenanteil bei anderen NRO-Strukturen, die medizinische Versorgung vermitteln, ähnlich dem Frauenanteil in DS 1 ist – also der Gesamtheit der Migranten, die das Medibüro Hamburg im Erhebungszeitraum erreicht haben – stellen Vogel und Aßner insgesamt in Hamburg ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis fest (Vogel und Aßner 2009, S.109; Franz 2003, S.147). Frauen sind gewöhnlich in Einrichtungen der medizinischen Versorgung überrepräsentiert (Barmer GEK 2010, S.219).

Schwangerschaft und Geburt sind in der repräsentierten Altersgruppe häufige medizinische Anliegen und sind besonders schlecht zu ignorieren oder außerhalb von staatlichen oder NRO-Strukturen zu versorgen (Castañeda 2009, S.1556). Der hohe Frauenanteil in den Befragungen aus DS 2 und DS 3, könnte in Zusammenhang mit der Durchführung der Befragung durch eine Frau stehen. Möglicherweise fiel es Frauen leichter Vertrauen zur Interviewerin zu fassen als Männern.

Die nationale Zusammensetzung der Migranten zeigte eine starke Repräsentation lateinamerikanischer Migranten und sehr wenig asiatische Migranten sowie wenig Migranten aus dem nahen und mittleren Osten einschließlich der Türkei, vgl. Tabelle 54. Vogel und Aßner (2009, S.109) stellten in Hamburg illegalisierte Migranten vorwiegend aus Lateinamerika (v. a. Ecuador), Westafrika (v. a. Ghana), Türkei, Russland, Serbien und Montenegro sowie dem asiatischen Raum fest.

Tabelle 54: Zusammenfassende Betrachtung der Nationalitäten der Stichproben aus DS 1-4 in Spaltenprozent

Region	DS 1	DS 2	DS 3	DS 4
Lateinamerika und Karibik	34,1 %	58,3%	66,7%	23,8%
Afrika	22,4%	17,7%	20,8%	40,5%
Südost- und Osteuropa und ehem. Sowjetunion	19,7%	17,7%	8,3%	16,7%
Naher und mittlerer Osten	4,1%	1,0%	0%	9,5%
Asien	0,7%	4,2%	4,2%	4,8%
Übrige/k. A.	18,9%	1,0%	0%	4,8%

Die nationale Zusammensetzung der Stichproben kann davon beeinflusst sein, dass Migranten aus Ländern mit traditioneller legaler Einwanderungskultur nach Deutschland (z. B. Türkei und ehemaliges Jugoslawien) ihre medizinischen Probleme eher innerhalb ihres Netzwerkes lösen können. Auf der anderen Seite haben bestimmte migrantische Communities in Hamburg besonders enge Verbindungen zum Medibüro etabliert, z. B. die lateinamerikanische Community (Mitrovic 2009, S.202). Die Stichprobenzusammensetzung der Stichproben 2 und 3 ist zudem dadurch beeinflusst, dass die Befragung, trotzt Fragebögen in mehreren Sprachen, vorwiegend aufgrund der Sprachkenntnisse der Doktorandin auf Deutsch, Englisch und Spanisch stattgefunden hat.

Insgesamt ist die Population der in der Illegalität lebenden Migranten sehr heterogen, über die Verteilung von Familienstand, Schulbildung, Migrationsgründen oder Aufenthaltsdauer gibt es keine Informationen (Schönwälder, Vogel und Sciortino 2004, S.ii). In Stichprobe 3 haben 79,2% der Migranten mindestens zehn Jahre Schulbildung, 41,7% sprechen ausreichend oder gut Deutsch. 66,7% der Migranten sind ledig, alle leben ohne Partner in der Illegalität. 75,0% sind aus ökonomischen Gründen nach Deutschland gekommen, 20,8%

aus familiären Gründen, 4,2% wurden politisch verfolgt. Der illegale Aufenthalt in Deutschland zeigt große Variationen und die Befragten lebten zwischen einem Monat und 30 Jahre in der Illegalität in Deutschland, im Mittel sechs Jahre und 7 Monate. Nur drei Migranten leben weniger als ein Jahr in der Illegalität. Die Aufenthaltsdauer steht im Einklang mit der Theorie zur Bedeutung von Netzwerken, die erst aufgebaut werden müssen, für die Präsentation bei Unterstützungsangeboten. Mit der Länge des Aufenthaltes erhöht sich die Wahrscheinlichkeit mit Hilfsangeboten in Kontakt zu kommen (Vogel und Aßner 2009, S.103; Krieger et al. 2007, S.99; Müller 2004, S.72; Schönwälder, Vogel und Sciortino 2004, S.68-69; Anderson 2003, S.35; Alt 1999, S.173).

Die Stichproben bilden entsprechend nicht alle illegalisierten Migranten in Hamburg repräsentativ ab. Migranten, die vollständig gesund bzw. nicht schwanger sind, sind nicht Teil der Stichproben. Migranten, die sehr krank sind und deshalb ein Aufenthaltsrecht haben, sind ebenfalls nicht in der Stichprobe des Medibüros repräsentiert. Ebensowenig Migranten, die neu in der Stadt sind, keine Sprachkenntnisse haben oder zuviel Angst haben, um das Medibüro aufzusuchen. Und zuletzt sind die illegalisierten Migranten aus Communities, die ihre eigenen Strukturen zur Versorgung erschaffen haben, in Form von eigenen Ärzten oder durch das Verleihen von Versichertenkarten, nicht abgebildet.

Das Medibüro war zur Zeit der Datenerhebung, die einzige NRO in Hamburg, die medizinische Versorgung als ‚Hauptaufgabe' vermittelte – mit Ausnahme des Familienplanungszentrums (FPZ) und dem CASA blanca, zwei Hamburger Einrichtungen, die auch Schwangere und Prostituierte ohne Aufenthaltsstatus bei Familienplanung, gynäkologischen und infektiologischen Erkrankungen betreuen. Entsprechend wurde wahrscheinlich ein großer Teil der Migranten, die auf nichtstaatliche Hilfsstrukturen zur Gesundheitsversorgung angewiesen und gut genug vernetzt sind, um diese zu finden, erfasst – mit einer Unterrepräsentation gynäkologischer Patientinnen, da diese auch durch das FPZ und das CASA blanca versorgt werden. Damit gewährt die vorliegende Erhebung einen seltenen Einblick in Erkrankungsverteilung, Gesundheitszustand und möglichen Versorgungsbedarf in einer sonst verdeckten Population.

4.2 Zusammenfassung der Ergebnisse und Vergleich mit der Literatur

4.2.1 Zusammenfassung Fragestellung 1 und Literaturvergleich: Gesundheitszustand

4.2.1.1 Epidemiologie gesundheitlicher Beschwerden

Die Datensätze 1, 3 und 4 im Vergleich

Stichprobe 1 besteht aus 850 kranken und/oder schwangeren Migranten mit 1 021 Erkrankungen bzw. Schwangerschaften, die zwischen dem 01.01.2006 und dem 30.06.2008 im Medibüro betreut wurden. Sowohl die Anzahl der Migranten, die sich ans Medibüro wenden, als auch die Anzahl der Erkrankungen und Schwangerschaften nahm im Verlauf zu. Die zehn häufigsten Krankheitsgruppen bilden in absteigender Häufigkeit die zahnmedizinischen Erkrankungen (n=168), gefolgt von Krankheiten des Urogenitalsystems (n=128), Augenerkrankungen (n=107), Muskel- und Skeletterkrankungen (n=80), Schmerzen und Störungen des allgemeinen Befindens (n=75), Schwangerschaft und Geburt (n=62), Hauterkrankungen (n=55), unspezifischen Symptomen des Abdomens (n=45), Krankheiten des Verdauungssystems (n= 38) und Krankheiten des Atmungssystems (n=37).

In der Stichprobe 3 sind 20,8% der Migranten von Bauch- oder Beckenschmerzen betroffen, 16,7% von Augenbeschwerden, und jeweils 8,3% von Schwangerschaft, Zahnschmerzen oder Rückenschmerzen. Neben dem Schwerpunkt auf unspezifischen Bauch- und Beckenbeschwerden, zeigen sich ähnliche Schwerpunkte der Erkrankungen wie in der Stichprobe 1, von der Stichprobe 3 eine Teilmenge bildet. Möglicherweise haben sich insbesondere Migranten mit Bauch- oder Beckenschmerzen durch die Möglichkeit einer Befragung zu ihrer Gesundheit angesprochen gefühlt, da sie in besonderem Maße unter ihren unspezifischen Beschwerden litten. Außer den Erkrankungen, die für die Migranten der Stichprobe 3 der Grund für die Konsultation des Medibüros waren (und damit eine Teilmenge des Datensatzes 1 darstellen), gaben 58,3% noch weitere Beschwerden an, für die sie keine medizinische Hilfe in Anspruch genommen haben. 21,1% der Migrantinnen sind oder waren während der Illegalität schwanger. 91,7% der Migranten konnten auf Nachfrage eine Infektion mit viraler Hepatitis, HIV oder Tuberkulose ausschließen.

Die Erkrankungsverteilung stellt sich in Datensatz 4, der auf der Angabe von Ärzten, die illegalisierte Migranten behandeln, beruht, anders als im Datensatz 1 und 3 dar. In absteigender Reihenfolge werden dort psychische Erkrankungen (20,6% der Angaben), Schwangerschaft und Geburt (12,7%) sowie infektiöse Erkrankungen (11,1%) und zu gleichen Teilen Hauterkrankungen, Erkrankungen des Urogenitalsystems, unspezifische

Erkrankungen des allgemeinen Befindens, unspezifische Erkrankungen des Abdomens und Krankheiten des Kreislaufsystems genannt (jeweils 6,3%).

Die drei größten Diagnosegruppen – psychische Erkrankungen, Schwangerschaft, infektiöse Erkrankungen – wurden von den behandelnden Ärzten im Verhältnis häufiger angegeben als von den Migranten in DS 1 und DS 3. Alle anderen Erkrankungsgruppen wurden weniger häufig durch die Ärzte angegeben. Dafür kommen unterschiedliche Erklärungen in Betracht: Die Stichprobe der befragten Ärzte ist nicht repräsentativ für die Vergabe der Arzttermine durch das Medibüro. Psychiater und Internisten sind im Verhältnis zu dem Anteil, den psychiatrische bzw. internistische Arzttermine in der Vermittlung des Medibüros ausmachen, überrepräsentiert: Psychiater stellen im DS 4 zwei von 25 befragten Ärzte (8,0%) im Vergleich zu sieben von 1.056 der durch das Medibüro vermittelten Arzttermine (0,7%). Internisten stellen sieben von 25 befragten Ärzte (28,0%) im Vergleich zu 105 von 1 056 Arztterminen (9,9%). Zahnärzte sind unterdessen unterrepräsentiert: einer von 25 befragten Ärzte war Zahnarzt (4,0%) im Vergleich zu 181 von 1 056 der durch das Medibüro vermittelten Arzttermine (17,1%).

Entsprechend sind die Ergebnisse wahrscheinlich insofern verzerrt, als dass sich weniger zahnmedizinische und muskoloskelettale/allgemeinmedizinische Beschwerden und vermehrt internistische und psychiatrische Erkrankungen abbilden, als sich tatsächlich in der Population feststellen lassen.

Weiterhin ist es nicht ausgeschlossen, dass die Ärzte – bewusst oder unbewusst – bei Ihren Angaben zur Erkrankungsverteilung, der in einem Teil der Literatur vertretenen Auffassung, dass illegalisierte Migranten besonders häufig von psychiatrischen und infektiologischen Erkrankungen betroffen seien, gefolgt sind (Krieger et al. 2007, S115; MSF 2005, S.14; BAMF 2005, S.16; Alt 2003, S.155-157).

Unterstellt man allerdings, dass die Daten aus Datensatz 4 eine tatsächliche Tendenz aufweisen, die sich in Datensatz 2 und 3 nicht abbildet, so wären mögliche Erklärungen eine Verzerrung durch eine andere Stichprobenselektion als in Datensatz 1 und 3 (‚selection bias') oder eine Verzerrung durch eine andere Art der Diagnosendokumentation (‚information bias'). Die Ärzte geben an, vorwiegend Migranten aus Afrika zu behandeln, während in den Datensätzen 1 und 3 lateinamerikanische Migranten die Mehrzahl der Migranten stellen. Da die Erkrankungsepidemiologie sowohl durch die Epidemiologie der Herkunftsländer als auch durch Charakteristika der Migration beeinflusst ist, könnte die unterschiedliche Herkunft Unterschiede in der Erkrankungsverteilung teilweise erklären (RKI 2008, S.129; Lindert 2003, S.144). Eine mögliche Hypothese wäre, dass illegalisierte Migranten aus afrikanischen Ländern tendenziell häufiger abgelehnte Asylbewerber sind und damit häufiger eine Fluchtgeschichte haben als lateinamerikanische Migranten, die zum Teil visumsfrei einreisen können. Damit einhergehen könnte eine möglicherweise etwas größere Betroffenheit von psychischen Erkrankungen bei afrikanischen Migranten. Weiterhin ist in den meisten

afrikanischen Ländern die Prävalenz von HIV höher als in lateinamerikanischen Ländern, so dass möglicherweise auch in Stichprobe 4 mehr Migranten von HIV als Infektionskrankheit betroffen sein könnten als in Stichprobe 1 und 3.
Die zweite Verzerrungsmöglichkeit könnte in den unterschiedlichen Möglichkeiten der Diagnostik in der Beratung des Medibüros und in der Niederlassung zu liegen: Sowohl psychische als auch Infektionserkrankungen können Beschwerden verursachen, die nicht spezifisch für die Erkrankung sind und von den Migranten als körperliche Beschwerden und möglicherweise als unspezifische Symptome geschildert werden. Während im Medibüro und im Rahmen der Befragung für Datensatz 3 diese geschilderten Beschwerden lediglich als Symptome dokumentiert werden, können die behandelnden Ärzte nach Anamnese, körperlicher Untersuchung und ggf. weiterführender Diagnostik die zu Grunde liegende Erkrankungen – möglicherweise psychiatrischer oder infektiologischer Natur – erkennen und dokumentieren. So könnte die häufige Angabe psychischer und infektiologischer Erkrankungen durch die Ärzte unter Umständen ein Hinweis darauf sein, dass die Prävalenz psychischer Erkrankungen und Infektionserkrankungen tatsächlich höher ist, als von den Migranten wahrgenommen und vom Medibüro dokumentiert.

Einordnung und Bewertung der Daten zur Erkrankungsverteilung

Ergebnisse

Die vergleichende Betrachtung der erhobenen Daten zur Erkrankungsverteilung bezieht sich im Folgenden, wenn nicht anders spezifiziert, auf die Erkrankungsverteilung der Stichprobe 1. Die Ergebnisse der Stichprobe 3 und 4 werden aufgrund der kleinen Fallzahlen im folgenden nicht systematisch mit den Krankheitsverteilungen in der Literatur verglichen, sie werden jedoch in der Bewertung der erhobenen Daten berücksichtigt.

Folgende zehn Erkrankungen betreffen in absteigender Häufigkeit die meisten Migranten in der Stichprobe 1: zahnmedizinische Erkrankungen (19,8%), urogenitale Krankheiten (15,1%), Augenerkrankungen (12,6%), Muskel- und Skeletterkrankungen (9,4%), Schmerzen und Störungen des allgemeinen Befindens (8,8%), Schwangerschaft und Geburt (7,3%), Hauterkrankungen (6,5%), unspezifische Symptome des Abdomens (5,3%), Krankheiten des Verdauungssystems (4,5%) und Krankheiten des Atmungssystems (4,4%).

Bias und Confounding

Diese dokumentierte Erkrankungsverteilung wird von verschiedenen Formen von Bias betroffen sein. Vielfältige Verzerrungen sind durch ‚Selection bias' zu erwarten – Verzerrung durch nicht-repräsentative Auswahl der Stichprobe:

a. Ein Teil der lateinamerikanischen Community nutzt das Medibüro intensiv, während andere illegalisierte Migranten in Hamburg in der Stichprobe des Medibüros eher unterrepräsentiert sind. Ob die Migranten, die das Medibüro nicht erreichen in ihren Erkrankungen systematisch von den Migranten, die das Medibüro nutzen, abweichen, ist unbekannt. Da die Erkrankungsepidemiologie in den Herkunftsländern einen von mehreren Einflussfaktoren auf die Erkrankungsverteilung von Migranten in Deutschland darstellt, ist eine gewissen Abhängigkeit der lokalen Erkrankungsverteilung von der nationalen Zusammensetzung der migrantischen Population zu erwarten (RKI 2008, S.129; Lindert 2003, S.144). Für Hamburg bedeutet das, dass Erkrankungen, die in Lateinamerika verstärkt vorkommen, möglicherweise in der Stichprobe überrepräsentiert sind, während Erkrankungen, die in anderen Herkunftsregionen häufiger sind, möglicherweise unterrepräsentiert sind.

b. Die Epidemiologie verschiedener Erkrankungen ist durch verschiedene Einflussfaktoren geprägt, einer der wichtigsten – Alter – ist in der Dokumentation des Medibüros, der Grundlage für Stichprobe 1, nicht erhoben. Als Proxy kann der Altersdurchschnitt in Stichprobe 2 genutzt werden (Mittelwert 37,4 Jahre, Standardabweichung 10,9 Jahre) und die Angaben der Ärzte aus Stichprobe 4. Beide stimmen mit der beschriebenen Soziodemographie in der Literatur überein, vgl. 1.3 und 3.1.2.2 sowie 3.1.4.2. Ein Confounding der Subgruppenanalysen durch Altersunterschiede kann jedoch nicht ausgeschlossen werden.

c. Es gibt zwei weitere Anlaufstellen in Hamburg, die medizinische Hilfe für gynäkologische Erkrankungen und Schwangerschaften auch für Illegalisierte anbieten (Freie und Hansestadt Hamburg 2011; Familienplanungszentrum e. V. 2011). Gynäkologische Erkrankungen und Schwangerschaften sind entsprechend unterrepräsentiert in den Daten des Medibüros.

d. Das Medibüro kann Vorsorgeuntersuchungen, nur in sehr begrenztem Umfang anbieten (Mitrovic 2009, S.202), vgl. Tabelle 43. Krankheiten nach denen bei jungen Erwachsenen in Vorsorgeuntersuchungen gesucht wird (gynäkologische Krebserkrankungen, Herzkreislauf- und Stoffwechselerkrankungen) werden bei den Migranten des Medibüros entsprechend seltener entdeckt und es werden dann auch seltener Nachfolgeuntersuchungen und Betreuung für selbige Erkrankungen vermittelt.

e. Migranten ohne Aufenthaltsstatus gehen meist erst zum Arzt bzw. zum Medibüro, wenn die Erkrankungen schmerzhaft ist, nicht spontan heilt und die Arbeitsfähigkeit stark eingeschränkt ist (Malteser Hilfsdienst e. V. Berlin 2008, S.5; Bommes und

Wilmes 2007, S.73-74; Krieger et al. 2006, S.98). In Stichprobe 3 zeigte sich eine Verschlechterung der Gesundheit bei 81,8% der Migranten und eine Wartezeit von mindestens drei Monaten bei 47,8% der Migranten, vgl. 3.3.1. Selbstlimitierende Erkrankungen sind wahrscheinlich ebenso wie Erkrankungen, deren Schweregrad nicht als ausreichend einschränkend wahrgenommen wird, unterrepräsentiert. 58,3% der Migranten in Stichprobe 3 hatten neben den Erkrankungen, für die sie einen Arzttermin bekommen hatten, noch weitere behandlungsbedürftige Erkrankungen, für die sie keine medizinische Versorgung in Anspruch genommen haben.

f. Aus der Literatur lässt sich herleiten, dass Erkrankungen vor allem dann zur Präsentation bei Unterstützungsangeboten für Illegalisierte führen, wenn
   - die subjektive Schmerztoleranz überschritten wird oder es zu einer gravierenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und des Alltags durch die Krankheit kommt,
   - keine spontane Heilung eintritt oder zu erwarten ist,
   - die Krankheit im Laiensystem nicht behandelbar ist.

   Die Eigenschaften – hohe Schmerzintensität und starke Eingeschränktheit – werden durch die Erhebung zur subjektiven Gesundheit bestätigt. Die illegalisierten Migranten sind mehr als andere kranke Menschen zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme medizinischer Hilfe in ihrer sozialen Funktionsfähigkeit und durch Schmerzen eingeschränkt, vgl. 3.2.3. Für die Inanspruchnahme des Medibüros könnte ein weiteres Kriterium sein, dass die Krankheit im ambulanten System, i.e. im Ärztenetzwerk des Medibüros, sinnvoll behandelbar ist. Es ist entsprechend zu erwarten, dass Erkrankungen, die diese Eigenschaften erfüllen, besonders häufig im Medibüro vorgestellt werden.

g. Akute Erkrankungen, die sofortiger Versorgung bedürfen, werden durch die eingeschränkten Öffnungszeiten des Medibüros (montags 15-18 Uhr) wahrscheinlich in den Daten unterrepräsentiert sein.

Ein weiterer relevanter Einflussfaktor auf die Qualität der erhobenen Daten ist der ‚Information bias' – Verzerrung durch Besonderheiten in der Datendokumentation:

h. Dokumentiert werden im Medibüro durch die Migranten geäußerte Symptome und Erkrankungen, nicht ärztlich gestellte Diagnosen. Dadurch sind die Erkrankungskategorien der unspezifischen Symptome überrepräsentiert, während Erkrankungsgruppen, die typischerweise keine Blickdiagnose erlauben, in den Daten des Medibüros unterrepräsentiert. Außerdem werden nur die Beschwerden dokumentiert, für die ein Arzttermin benötigt wird, Nebendiagnosen werden nicht erfasst.

Vergleich mit der Literatur

Im Vergleich mit den Versicherten der GEK im Alter von 15 bis 64 Jahren, die am häufigsten wegen Atemwegserkrankungen (33,2 Fälle von Arbeits-Unfähigkeit je 100 Versicherungsjahren), Erkrankungen von Muskel- und Skelettsystem (14,7), Erkrankungen des Verdauungssystems (12,3, davon 3,9 betreffend Mundhöhle, Kiefer, Zähne) und infektiösen Erkrankungen (11,3) arbeitsunfähig geschrieben werden, fällt die hohe Morbidität der illegalisierten Migranten an Zahn-, Urogenital- und Augenerkrankungen auf, bei vergleichsweise wenig Erkrankungen von Atemwegen und Verdauungstrakt (ohne Zahnerkrankungen) (GEK 2011, S.74, 102). Diese Daten betreffen jedoch nur die gesetzlich versicherte, arbeitende Bevölkerung und die Krankheiten nur die Erkrankungen, für die Krankschreibungen ausgestellt wurden, und sind deshalb nur eingeschränkt vergleichbar (GEK 2011).
Vergleicht man illegalisierte Männer mit jungen Männern zwischen 25 und 39 Jahren, die bei der GEK versichert sind, fällt die gemeinsame Häufigkeit bei illegalisierten und versicherten Männern von Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems auf. Irritationen der oberen Luftwege, Gastroenteritiden und chronische Stoffwechsel- und Kreislauferkankungen, welche häufige Erkrankungen bei versicherten Männern darstellen, sind hingegen bei illegalisierten Migranten nur selten Gründe sich im Medibüro vorzustellen (GEK 2012, S.108), vgl. Abbildung 23.
Bei versicherten Frauen zwischen 25 und 39 Jahren stellen gynäkologische Fragestellungen sehr häufige Erkrankungen dar, so auch bei illegalisierten Migrantinnen. Auffällig ist der große Anteil somatoformer Störungen (13,5%), depressiver Episoden (11,1%) und Belastungs- und Anpassungsstörungen (9,2%) bei versicherten Frauen, die in der Stichprobe der Illegalisierten nicht zu finden sind. Unbestimmte Beschwerden treten sowohl bei illegalisierten als auch bei versicherten Frauen häufig auf. Während versicherte Frauen jedoch ebenfalls häufig über Atemwegsbeschwerden und Rückenschmerzen klagen, stehen bei illegalisierten Migrantinnen Zahnerkrankungen deutlich im Vordergrund, von Augenerkrankungen sind in beiden Gruppen knapp über 10% betroffen (GEK 2012, S.109), vgl. Abbildung 24.
Die vom RKI beschriebene höhere Prävalenz bei Migranten von Muskel- und Skeletterkankungen, Herz-Kreislauferkankungen, Diabetes, chronischen Atemwegserkrankungen und Unfällen, zeigt sich in den Daten aus Datensatz 1 nicht (RKI 2008, S.129).
Im Vergleich mit den Daten, die das Gesundheitsamt Bremen an Asylbewerbern erhoben hat, fällt auf, dass es auch bei den Asylbewerbern eine hohe Rate unspezifischer Symptome gab. Die Krankheitsverteilung unterscheidet sich dennoch insofern, als dass Atemwegsbeschwerden bei Bremer Asylbewerbern sehr häufig waren, während urogenitale Erkrankungen sehr selten auftraten – möglicherweise durch die Option sich direkt in gynäkologische Behandlung zu begeben (Jung und Hilbert 2011, S.49).

Die Daten der GEK, des RKIs und auch des Gesundheitsamtes Bremen basieren auf von Ärzten erhobenen Diagnosen einschließlich Nebendiagnosen. Es werden hingegen im Medibüro nur die Beschwerden dokumentiert, die Anlass für den Arztbesuch sind, weitere Erkrankungen werden nicht erfasst. Zudem beruht der Datensatz 1 auf Symptombeschreibungen durch Migranten, die in der Arbeitsdokumentation des Medibüros dokumentiert werden. Krankheiten, die wenig spezifische Symptome produzieren und als solche nicht durch einfache Symptombeschreibungen identifiziert werden können – Krankheiten des Kreislaufsystems, Stoffwechselerkrankungen, infektiöse Erkrankungen oder auch somatoforme Erkrankungen – sind entsprechend im Datensatz 1 wahrscheinlich unterrepräsentiert. Sie betreffen Illegalisierte möglicherweise in ähnlichem Umfang wie andere junge Erwachsene, sie werden jedoch im Datensatz 1 nicht abgebildet.
Anders verhält es sich mit Erkrankungen, die offensichtliche Symptome produzieren – Rückenschmerzen, Atemwegserkrankungen, Gastroenteritiden – diese müssten in den Daten des Medibüros abgebildet sein, sollten die Migranten des Medibüros in ähnlichem Umfang wie gewöhnliche Erwachsene damit ärztliche Hilfe aufsuchen. Sie sind es aber nicht. Es ist nicht zu erwarten, dass Illegalisierte von diesen Erkrankungen tatsächlich weniger betroffen sind, als gewöhnliche Erwachsene. Vielmehr ist es in Zusammenschau mit der Literatur wahrscheinlich, dass wegen dieser – in aller Regel ungefährlichen und selbstlimitierenden – Erkrankungen keine ärztliche Hilfe in Anspruch genommen wird, und die Erkrankungen deshalb entsprechend wenig in der Statistik des Medibüros zu finden sind. Ähnlich verhält es sich mit Erkrankungen, die über lange Zeiträume keine Symptome präsentieren, z. B. Kreislauferkrankungen und Stoffwechselerkrankungen.

Im Vergleich mit Daten, die an Anlaufstellen für Illegalisierte erhoben worden sind, zeigen sich unterschiedliche Muster der Erkrankungsverteilung: Im Vergleich mit Médecins du Monde europaweiten Untersuchung an unterschiedlichen Anlaufstellen für illegalisierte Migranten fällt deutlich die vom Medibüro abweichenden Epidemiologie auf: Es zeigen sich in absteigender Häufigkeit Erkrankungen des Bewegungsapparates (19,1%), psychische Erkrankungen (16,3%), Erkrankungen von Verdauungs- (12,3%) und Atmungsorganen (11,1%), gynäkologische Erkrankungen (9,4%), kardiovaskuläre Erkrankungen (9,7%), unspezifische Symptome (9,2%) und Infektionserkrankungen (6,4%) (MDM 2009, S.82).
In deutschen Einrichtungen, die vorwiegend Illegalisierte versorgen, sind zwischen 5 und 16% der Illegalisierten von Zahnerkrankungen betroffen. Krankheiten des Urogenitalsystems betreffen 5 bis 13% der Migranten, Augenerkrankungen zwischen 1 und 3%, zumeist etwa 3% der Migranten, Muskel- und Skeletterkrankungen zwischen 5 und 10%, Schwangerschaften zwischen 1 und 26%, unspezifische Symptome werden in aller Regel nicht erfasst. Hauterkrankungen zeigen eine Prävalenz zwischen 3 und 6%, Krankheiten des

Verdauungssystems zwischen 4 und 18%, Krankheiten des Atmungssystems zwischen 5 und 10%, Krankheiten des Kreislaufsystems zwischen 6 und 10%, vgl. Abbildung 3.
Insgesamt ist die Krankheitsverteilung sehr heterogen an den verschiedenen Standorten zu den verschiedenen Zeiten. Die Erkrankungsverteilung ist dabei wahrscheinlich vorwiegend durch lokale Faktoren geprägt: So gibt es in Köln eine andere Einrichtung, die sich um die Versorgung von Schwangeren bemüht, entsprechend wenig Schwangere sind in der Statistik der MMM Köln zu finden (Malteser Hilfsdienst e. V. Köln, 2006, S.6). Die MMM in Berlin setzt einen Schwerpunkt in der Schwangerenbetreuung und hat hohe Fallzahlen von Schwangeren (Malteser Hilfsdienst e. V. 2005, S.6). Mit der in Einrichtung der gynäkologischen Sprechstunde bei MMM Berlin im Jahr 2007 steigt die Anzahl Schwangerschaften und urologische Erkrankungen von 728 im Jahr 2006 auf 1435 im Jahr 2008. Mit der Einrichtung einer neurologisch-psychiatrischen Sprechstunde im Jahr 2008 bei MMM Berlin erhöhte sich die Anzahl psychiatrischer Fälle von 112 im Jahr 2006 auf 246 im Jahr 2008. Und mit der Erweiterung um ein zahnmedizinisches Angebot im Jahr 2009 stieg die Anzahl zahnmedizinischer Erkrankungen von 205 auf 504 (vgl. Malteser Hilfsdienst e. V. Berlin 2004-2010). Ein Vergleich der Erkrankungsverteilungen oder eine Summation der Erkrankungsverteilungen bei verschiedenen Anlaufstellen ist entsprechend wenig aussagekräftig, da sie jeweils nicht repräsentativ sind und sehr unterschiedlich verzerrt sein können. Die Erkrankungsverteilung ist nur einzeln stehend und unter Kenntnis der lokalen Besonderheiten zu interpretieren. Welche Erkrankungsverteilung sich zeigt, hängt maßgeblich von der Art der Dokumentation in der Beratungsstelle ab, von der Bekanntheit der Beratungsstelle in den verschiedenen Communities, von anderen ‚konkurrierenden' Anlaufstellen und deren Bekanntheit sowie vom Angebot der jeweiligen Anlaufstelle.

Einordnung und Bewertung der Erkrankungsverteilung bei Illegalisierten

Betrachtet man vor dem Hintergrund der lokalen Besonderheiten sowie der bekannten Verzerrungen die Ergebnisse im Vergleich mit der dargestellten Literatur, so lässt sich folgende Krankheitsverteilung feststellen:

1. Urogenitale Erkrankungen und Schwangerschaft betreffen zusammen 30,6% der Frauen, die sich mit gesundheitlichen Beschwerden oder Schwangerschaft an das Medibüro wenden. Schwangerschaft in der Illegalität stellt eine von wenigen Situationen dar, in denen wahrscheinlich regelhaft Kontakt mit dem Medizinsystem durch Illegalisierte aufgenommen wird und ist entsprechend häufig in den Daten des Medibüros zu finden. Unabhängig von der Tatsache, dass Schwangerschaften proportional zu anderen Beschwerden überdurchschnittlich häufig im Medibüro vorgestellt werden, ist anzunehmen, dass medizinische Schwangerschaftsbegleitung und gynäkologische Versorgung einen besonderen Stellenwert in der Versorgung von

Frauen in der reproduktiven Lebensphase darstellt. Die Krankheitsverteilung bei versicherten Frauen der betreffenden Altersgruppe bestätigt die herausragende Bedeutung gynäkologischer Fragestellungen in der Versorgung von Frauen im reproduktionsfähigen Alter (GEK 2012 S.109). In der Stichprobe 3 hatten über ein Fünftel der Frauen Erfahrung mit Schwangerschaft während der Illegalität. Vermutlich wird ein Teil der Schwangeren und kranken illegalisierten Frauen durch das CASA blanca und das Familienplanungszentrum versorgt, die tatsächliche Zahl dürfte entsprechend noch höher liegen als aus den Daten der Stichprobe 1 ersichtlich. Die Unterversorgung von illegalisierten Frauen in diesem Bereich ist besonders prekär, da in der Literatur übereinstimmend beschrieben wird, dass der Kontakt zum Gesundheitssystem in aller Regel erst sehr spät in der Schwangerschaft aufgenommen wird, Illegalisierte gleichzeitig jedoch eine höhere Wahrscheinlichkeit für Risikoschwangerschaften haben, vgl. 1.5.1.

2. Zahnmedizinische Erkrankungen betreffen etwa ein Fünftel der illegalisierten Migranten. Zahnerkrankungen werden wahrscheinlich besonders häufig im Medibüro vorgestellt, da sie schmerzhaft sind, in der Regel nicht selbstlimitierend, fast ausschließlich durch zahnärztliche Behandlung heilbar und im ambulanten Netzwerk des Medibüros verfügbar. Sie erfüllen damit alle Kriterien der Erkrankungen, mit denen sich Illegalisierte typischerweise im Medibüro vorstellen und sind möglicherweise im Vergleich zu anderen Erkrankungen überrepräsentiert. Möglich wäre, dass sich – trotz der Verzerrung durch ungewöhnliche häufige Vorstellung im Medibüro – eine wahre Tendenz abbildet und Illegalisierte etwas häufiger als andere Menschen von Zahnerkrankungen betroffen sind – durch schlechtere zahnmedizinische Versorgung in den meisten Herkunftsländern im Vergleich zu Deutschland sowie im Hinblick auf die Abhängigkeit von Zahnerkrankung von sozialen Determinanten.

3. Unspezifische Symptome betreffen 14,1% der Migranten. Dahinter verbergen sich wahrscheinlich vor allem Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen, Infektionserkrankungen und psychosomatische und psychiatrische Erkrankungen. Es wird in der Literatur eine besonders hohe Prävalenz psychosomatischen Erkrankungen und Schmerzsyndromen bei Illegalisierten beschrieben, die sich häufig als unspezifische körperliche Symptome äußerten (Schoevers et al. 2009b, S.416; Krieger et al. 2007, S115; Bommes und Wilmes 2007, S.86).

4. Augenerkrankungen betreffen 12,6 % der Migranten. Augenerkrankungen scheinen damit einen größeren Stellenwert bei den Migranten des Medbibüros als bei versicherten Menschen zu haben. Eine mögliche Erklärung könnten der

einschränkende Charakter von Erkrankungen, die das Sehvermögen beeinträchtigen, sowie die fehlende Spontanheilung bieten. Im Rahmen des Medibüronetzwerkes ist sowohl die augenärztliche Untersuchung als auch eine finanzielle Unterstützung bei der Brillenbeschaffung möglich und offenbar in den Communities bekannt.

5. Hauterkrankungen betreffen 6,5% der Migranten, die Bedeutung dieser Erkrankungen scheint bei den Migranten des Medibüros etwas größer zu sein als in der versicherten Bevölkerung. Eine denkbare Erklärung wäre eine häufigere Betroffenheit von negativen sozialen Determinanten, die mit einem erhöhten Vorkommen von einigen Hauterkrankungen einhergehen können.

6. Muskuloskelettale Erkrankungen (9,4%) sind bei Illegalisierten, ähnlich wie bei versicherten jungen Erwachsene eine häufige Erkrankung, der bisher wenig Bedeutung zugemessen wurde (GEK 2012 S.108, 109). Es wird zudem angenommen, dass die Bedeutung bei Migranten größer ist als in der übrigen Bevölkerung (RKI 2008, S.129).

7. Krankheiten des Verdauungssystem (4,5%) und des Atmungssystems (4,4%) sind deutlich unterrepräsentiert im Vergleich zu dem großen Anteil Erkrankungen, den diese Erkrankungen bei versicherten Menschen derselben Altersgruppe und Asylbewerbern beitragen (GEK 2012, S.108, 109; Jung und Hilbert 2011, S.49). Diese Krankheitsverteilung unterstützt die Theorie, dass illegalisierte Migranten bei erträglichen und selbstlimitierenden Erkrankungen keine medizinische Versorgung in Anspruch nehmen und deshalb diese Erkrankungen in der Statistik nicht repräsentiert sind.

8. Krankheiten des Kreislaufsystems (4,0%) sowie endokrine und Stoffwechselerkrankungen (2,2%) sind in den Daten des Medibüros ebenfalls deutlich unterrepräsentiert. Es gibt Daten, die auf eine höhere Prävalenz von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes bei Migranten hinweisen (RKI 2008, S.129). Sie verbergen sich zum Teil hinter unspezifischen Symptomen, zu einem weit größeren Teil bleiben sie jedoch wahrscheinlich als symptomlose Erkrankungen in Ermangelung von Vorsorgeuntersuchungen und hausärztlicher Betreuung unerkannt.

9. Von Verletzungen sind 3,4% der Migranten betroffen, die sich an das Medibüro wenden. Sicher ist die Häufigkeit von Verletzungen in den erhobenen Daten unterrepräsentiert, da die Sprechstunde einmal wöchentlich eine adäquate notfallmäßige Versorgung von Verletzungen ausschließt. Akute Verletzungen zwingen die Migranten direkt mit dem Gesundheitssystem zu interagieren. Mindestens

6,0% aller versicherten Männer zwischen 25 und 40 Jahren sind von Verletzungen betroffen, illegalisierte Migranten könnten häufiger betroffen sein, bedingt durch schlechte Arbeitsbedingungen (GEK 2012, S.108; RKI 2008, S.47-49). In der Literatur sind Verletzungen bei illegalisierten Migranten als häufig beschrieben, viele davon bedingt durch Arbeitsunfälle (Affronti et al. 2011, S.5; Magalhaes et al. 2010, S.146; Castañeda 2009, S.1557; Krieger et al. 2007, S.102).

10. Psychische Erkrankungen werden von 1,6% der Migranten, die sich an das Medibüro wenden, geäußert. Psychische Erkrankungen werden einerseits wenig vorgestellt beim Medibüro und andererseits selten erkannt. Es wenden sich sehr wenig Migranten an das Medibüro, die selbst psychische Symptome beklagen und dafür Psychotherapie oder psychiatrische Therapie wünschen. Aus der Literatur ist bekannt, dass körperliche Symptome eher somatischen als psychischen Erkrankungen zugeordnet werden (Schoevers et al. 2009b, S.416; Krieger et al. 2007, S115; Bommes und Wilmes 2007, S.86). Somatisierungen sind von einigen Wissenschaftlern als besondere Charakteristika psychischer Syndrome bei Illegalisierten beschrieben worden (Castañeda 2009, S.1558; Achotegui 2007, S.16-19). Werden psychische Symptome von den Migranten als solche erkannt, wäre es denkbar, dass dennoch keine Vorstellung erfolgt, da eine Psychotherapie in der Illegalität durch die Migranten nur begrenzt als durchführbar und hilfreich wahrgenommen werden könnte. Die späte Präsentation Illegalisierter mit psychischen Erkrankungen bei Gesundheitsdiensten ist in der Literatur beschrieben worden (Krieger et al. 2007, S115). Werden statt psychischer Symptome somatische Symptome präsentiert, bleibt die zugrunde liegende Erkrankung unerkannt. Da im Medibüro diagnostische Möglichkeiten fehlen, werden geäußerte somatische Beschwerden auch als solche dokumentiert. Eine mögliche psychische Erkrankung ist nicht im Rahmen der Medibüro Sprechstunde diagnostizierbar. Weiterhin fehlen dem Medibüro die Mittel, Migranten, bei denen die Mitarbeiter eine psychische oder psychiatrische Ursache vermuten, in eine adäquate Betreuung zu vermitteln. Die Morbidität psychischer Erkrankungen wird höher sein, als es die Zahlen des Medibüros dokumentieren. Die große Bedeutung psychiatrischer Erkrankungen in Datensatz 4 bestärkt diese Hypothese ebenso wie die Ergebnisse aus Datensatz 2: Die Migranten, die sich an das Medibüro wenden, sind in ihrer psychischen Gesundheit stärker eingeschränkt als andere erkrankte Menschen – vor allem Einschränkungen durch die psychische Gesundheit bei der Arbeit und im Alltag, das Gefühl der Unausgeglichenheit und gesundheitsbedingte Probleme beim Kontakt zu anderen Menschen werden häufig beschrieben, vgl. 4.2.1.2. Es gibt keinen Anhalt dafür, dass psychische Erkrankungen, die bei versicherten Männern zwischen 25 und

40 Jahren über 10% betreffen und bei Frauen gleichen Alters über 25%, bei Illegalisierten eine niedrigere Prävalenz haben (GEK 2012, S.108, 109). In der Literatur werden negative Auswirkungen des Lebens in der Illegalität plausibel beschrieben. Auch in der vorliegenden Erhebung werden Gesundheitsverschlechterungen beschrieben, vgl. 4.2.1.4. In einer Subpopulation der Illegalisierten ist zudem eine Traumatisierung durch Erlebnisse im Heimatland oder während der Migration möglich. Eine große Dunkelziffer psychischer Erkrankungen ist anzunehmen.

11. Infektionserkrankungen äußerten 1,8% der Migranten, die sich an das Medibüro wendeten. Dabei handelt es sich wahrscheinlich sowohl um eine geringe Präsentation mit Infektionserkrankungen durch die Migranten als auch um eine niedrige Erkennungsrate durch das Medibüro. Die seltenen Konsultationen mit Infektionserkrankungen können mit niedrigem Leidensdruck, wenig Therapieoptionen in der Illegalität und dem Vorhandensein einer alternativen Anlaufstelle zusammenhängen: Mit akuten infektiösen Erkrankungen, wie zum Beispiel Gastroenteritiden, wird wahrscheinlich aufgrund der Kürze der Symptome keine medizinische Hilfe aufgesucht. Sollte doch eine ärztliche Behandlung notwenig sein, wird vermutlich direkt mit dem Gesundheitssystem interagiert, da das Medibüro durch beschränkte Öffnungszeiten und lange Wartezeiten nicht zur Behandlung akuter Erkrankungen geeignet ist.

    Viele Infektionserkrankungen verursachen über lange Zeit keine oder nur unspezifische Symptome. Ohne Symptome stellen die Migranten sich nicht im Medibüro vor. Haben Migranten Sorge, von einer Infektionserkrankung wie HIV, Hepatitis oder Tuberkulose betroffen zu sein, könnten die begrenzten Möglichkeiten der Therapie in der Illegalität wenig Anreiz sein, sich einer Diagnostik zu unterziehen und die Vorstellung wird erst vorgenommen, wenn die Erkrankung als einschränkend erlebt wird. Die Diagnostik von HIV, Hepatitis und Tuberkulose kann zudem im CASA blanca durchgeführt werden, weshalb die Vorstellungen im Medibüro mit Verdacht auf HIV, Hepatitis, Tuberkulose seltener sein könnten. Ein weiteres Problem der Erkennung von Infektionserkrankungen liegt in den diagnostischen Möglichkeiten des Medibüros: Äußern die Migranten keine konkreten Verdachte einer Infektionserkrankung, werden in der Dokumentation des Medibüros die geschilderten Symptome dokumentiert, nicht differentialdiagnostisch mögliche zugrunde liegende Erkrankungen. Entsprechend werden infektiöse Erkrankungen unter unspezifischen Symptomen, dermatologischen, gynäkologischen und anderen Erkrankungen eingeordnet. Die größere Bedeutung von infektiologischen Erkrankungen in Datensatz 4 könnte ebenfalls auf eine Verzerrung durch die Besonderheiten der

Dokumentation des Medibüros hinweisen, vgl. 4.2.1.1. In der Literatur finden sich widersprüchliche Angaben über die Häufigkeit infektiologischer Erkrankungen bei illegalisierten Migranten. Eine erhöhte Morbidität an Erkrankungen wie HIV, Hepatitis und Tuberkulose konnte bisher nicht nachgewiesen werden, ist jedoch aufgrund der höheren Inzidenzrate in den Heimatländern wahrscheinlich, vgl. 1.5.1. Sicher ist die Morbidität an infektiösen Erkrankungen höher als im Datensatz ersichtlich, ein sicherer Anhalt für eine größere Bedeutung infektiologischer Erkrankungen bei Illegalisierten als in der Normalbevölkerung findet sich nicht. Eine größere Betroffenheit von Krankheiten, die in den Heimatländern der Migranten eine höhere Prävalenz haben als in Deutschland wäre plausibel. Daten die auf eine allgemein erhöhte Betroffenheit von infektiologischen Erkrankungen in der illegalisierten migrantischen Bevölkerung in Hamburg hinweisen, finden sich in der vorliegenden Studie nicht.

Einordnung und Bewertung der Epidemiologie gesundheitlicher Beschwerden im Subgruppenvergleich – Frauen/Männer

Ergebnisse

In der Subgruppenanalyse fällt auf, dass Frauen in der Stichprobe häufiger von Erkrankungen des Urogenitalsystems betroffen sind: Es sind 19,8% aller Frauen betroffen während nur 5,7% der Männer betroffen sind. Männer in der Stichprobe sind signifikant häufiger als die Frauen von Hauterkrankungen betroffen. Zahnmedizinischen Erkrankungen und muskloskelettalen Beschwerden sind in der Stichprobe bei Männern ebenfalls häufiger. Die Proportionsunterschiede, die im Ergebnisteil berechnet worden sind, beinhalteten auch die schwangeren Frauen. Entsprechend ist ein Signifikanzverlust der Proportionsdifferenz bei Erkrankungen, die Männer der Stichprobe häufiger als Frauen betreffen, möglich, wenn der Anteil schwangerer Frauen im Geschlechtervergleich ausgeschlossen wird. Schwangerschaften stellen 9,0 % aller gesundheitlichen Anliegen bei Frauen dar, alle anderen gesundheitlichen Anliegen haben entsprechend proportional weniger Anteil in der Erkrankungsverteilung bei Frauen. Die Signifikanz für den Unterschied bei Hauterkrankungen bleibt jedoch auch erhalten, wenn man die Frauen, die sich mit Schwangerschaft und keiner Erkrankung vorgestellt haben aus dem Vergleich der Erkrankungsverteilung ausschließt. Muskel- und Skeletterkrankungen, zahnmedizinischen Erkrankungen, Herz-Kreislauferkrankungen und Verletzungen kommen bei Männern in der Stichprobe häufiger vor als bei Frauen, eine Signifikanz besteht nicht.

Bias und Confounding

Auch in der Subgruppenanalyse wirken die Einflussfaktoren, die für die Gesamtverteilung bereits beschrieben worden sind. Es ist zudem denkbar, dass innerhalb einer bestimmten Gruppen von Migranten, bestimmte Dienstleistungen des Medibüros besonders bekannt waren und deshalb eine Gruppe mit einer bestimmten Soziodemographie – z. B. Männer mit Zahnerkrankungen – sich besonders häufig an das Medibüro gewendet hat.

Vergleich mit der Literatur

Im Vergleich mit gesunden jungen Erwachsenen zeigen sich ähnliche Krankheitsverteilungen im Bereich der urogenitalen Erkrankungen und auch bei Erkrankungen des Kreislaufsystems und Verletzungen (GEK 2012, S.108, 109). Männer sind zudem häufiger und länger wegen Erkrankungen des Muskel- und Skelettapparates krankgeschrieben als Frauen (GEK 2011, S.74, 78). Es zeigt sich allerdings kein Anhalt, dass Zahnerkrankungen bei Männern häufiger auftreten oder länger bestehen (GEK 2011, S.102, 103). Hautkrankheiten führen geringfügig häufiger bei Männern zu Krankschreibungen und führen bei Männern zu deutlich mehr Fehltagen als bei Frauen (GEK 2011, S.74).
Vergleicht man die erhobenen Daten mit denen, die Jung und Hilbert (2011, S.49-51) bei Asylbewerbern erhoben haben, findet man dort ebenfalls größere Proportionen Zahnerkrankungen, Hauterkrankungen und Verletzungen bei Männern sowie etwas mehr Erkrankungen von Muskel- und Skelettsystem bei Männern vgl. Abbildung 1 und Abbildung 25. Castañeda (2009, S.1556) beschreibt ebenfalls, dass Zahnerkrankungen und Verletzungen bei Männern in der Illegalität häufiger vorkommen als bei Frauen.

Einordnung und Bewertung der Erkrankungsverteilung bei illegalisierten Männern und Frauen im Vergleich

Die geschlechtsspezifischen Proportionen reflektieren zum einen bekannte Differenzen in der Erkrankungsepidemiologie bei Männern und Frauen und zum anderen möglicherweise geschlechtsspezifische Risikofaktoren während der Migration und dem Leben in der Illegalität. Sowohl Zahnerkrankungen als auch infektiöse Hauterkrankungen werden in Verbindung gebracht mit niedrigem sozioökonomischen Status, schlechter Hygiene und Hautkrankheiten außerdem mit beengten Wohnverhältnissen. Bei Zahnerkrankungen spielt zusätzlich die zahnärztliche Versorgung in der Vergangenheit eine entscheidende Rolle. Sollte die beschriebene Assoziation zwischen männlichem Geschlecht und Haut- und Zahnerkrankungen repräsentativ sein, könnte dies ein Hinweis darauf sein, dass Männer etwas häufiger als Frauen von diesen Risikofaktoren betroffen sind.
Insgesamt zeigt sich also eine Geschlechterverteilung, die der Epidemiologie der ‚normalen' Bevölkerung nicht unähnlich ist: Männer leiden häufiger an Erkrankungen des Muskel- und

Skelettsystems, Erkrankungen des Kreislaufsystems und Verletzungen. Frauen erkranken häufiger an urogenitalen Beschwerden. Zusätzlich zeigt sich eine Tendenz, die sich auch in den Daten der Versicherten findet, dass Männer etwas häufiger von Hauterkrankungen betroffen sind. Aus unbekanntem Grund, möglicherweise aufgrund von schlechteren Lebensbedingungen der illegalisierten Männer im Heimatland und/oder in Deutschland, sind illegalisierte Männer außerdem häufiger als Frauen von Zahnerkrankungen betroffen.

Einordnung und Bewertung der Epidemiologie gesundheitlicher Beschwerden im Subgruppenvergleich – Illegalisierte Migranten/Migranten aus neuen EU-Ländern

Ergebnisse

In der Subgruppenanalyse von Illegalisierten und Migranten aus neuen EU-Ländern lässt sich feststellen, dass Migranten aus neuen EU-Ländern signifikant häufiger schwanger sind und häufiger Verletzungen vorstellen. In der Kohorte der Migranten aus neuen EU-Ländern in der Stichprobe sind 14,5% schwanger, in der Gruppe der Illegalisierten 5,9%. EU-Migranten in der Stichprobe haben häufiger Verletzungen (8,5%) als illegalisierte Migranten (2,9%). Illegalisierte Migranten sind häufiger als Migranten aus neuen EU-Ländern von Augenerkrankungen betroffen, 14,0% der illegalisierten Migranten waren betroffen, während in der Gruppe der Migranten aus neuen EU-Ländern nur 5,1% betroffen waren.

Bias und Confounding

Alle Einflussfaktoren, die auf die Gesamtverteilung der Erkrankungen einwirken, gelten in identischer Weise für den Subgruppenvergleich.
Ein Messfehler durch nicht zufällige Stichprobenselektion ist möglich. Eventuell wenden sich EU-Migranten häufiger an das Medibüro bei Schwangerschaften, da in Ihrer Community bekannt ist, dass es dort Schwangerenvorsorge gibt, während Illegalisierten dieses Angebot entweder weniger bekannt ist, oder sie sich eher an das FPZ oder das CASA blanca wenden. Möglich wäre auch, dass Illegalisierte zur Geburt regelhaft eine Duldung nach § 60 AufenthG in Anspruch nehmen und dann durch Einrichtungen der Regelversorgung und nicht durch das Medibüro medizinisch versorgt werden. Vielleicht wenden sich verletzte Migranten aus neuen EU-Ländern überzufällig häufig an das Medibüro, weil die Versorgungsmöglichkeit in der Community besonders bekannt ist.
Auch in der Verteilung der Augenerkrankungen ist ein Messfehler im Sinne einer systematischen Abweichung der Stichprobe von der untersuchten Population möglich und wahrscheinlich – eine plausible Erklärung wäre eine größere Bekanntheit der Versorgungsmöglichkeit mit Brillen durch das Medibüro in der illegalisierten Community als bei Migranten aus neuen EU-Ländern. Zudem ist ein Confounding durch unterschiedliche Alterstrukturen möglich.

Vergleich mit der Literatur

Es sind keinerlei Vergleichsdaten verfügbar, ebenso wenig Literatur, die diese Verteilungen bekräftigen oder widerlegen.

Einordnung und Bewertung der Erkrankungsverteilung bei Illegalisierten und EU-Migranten im Vergleich

Über die Gründe der häufigeren Schwangerschaft bei Migrantinnen aus neuen EU-Ländern im Vergleich zu illegalisierten Migrantinnen lässt sich nur spekulieren: Migranten aus neuen EU-Ländern könnten eher in einer Lebenssituation leben, die eine Schwangerschaft attraktiv erscheinen lässt, oder sie verhüten schlechter und/oder arbeiten verstärkt im Bereich der Prostitution. In Ermangelung von vergleichbarer Literatur und Daten bleiben die Gründe für häufigere Schwangerschaften bei Migranten aus neuen EU-Ländern im Dunkeln. Auch die Gründe für eine größere Bedeutung von Verletzungen sind unklar. Möglich wäre, dass EU-Migranten häufiger in gewaltförmigen Verhältnissen in Deutschland leben, häufiger unter gefährlichen Arbeitsbedingungen arbeiten oder eher bei Verletzungen zum Arzt gehen als Illegalisierte, die die Abschiebung eventuell mehr fürchten. Es ist derzeit keine quantitative Studie publiziert, die diese Tendenzen reproduziert oder ihnen widerspricht, noch gibt es hinreichende Erklärungen aus der qualitativen Forschung.
Die große Bedeutung von Augenerkrankungen bei der Versorgung von Illegalisierten im Vergleich zu Migranten aus neuen EU-Ländern kann vielfältige Ursachen haben. Möglicherweise lebten Illegalisierte im Heimatland unter besonderen Risikofaktoren für degenerative Augenerkrankungen (starke Sonnenbestrahlung), die für Migranten aus neuen EU-Ländern nicht in dem Umfang zutreffen, und leiden deshalb entsprechend häufiger an Augenerkrankungen. Zusätzlich wäre es denkbar, dass die augenärztlich Versorgung von Illegalisierten im Heimatland schlechter war. Leider sind keine Vergleichsdaten verfügbar. Ob es systematische Abweichungen in der Krankheitsverteilung bei illegalisierten Migranten im Vergleich mit Migranten aus neuen EU-Ländern gibt, insbesondere in Bezug auf Schwangerschaften, Verletzungen und Augenerkrankungen, lässt sich ohne weitere Forschungsergebnisse nicht sicher feststellen. Möglicherweise ist die Distinktion dieser beiden sehr heterogenen Migrantengruppen anhand des illegalen bzw. semi-legalen Aufenthalts nicht stark genug. Detailliertere Angaben über mögliche Confounder, insbesondere Alter aber auch Migrations- und Lebenssituationsspezifische Charakteristika, könnten notwendig sein, zur Bestimmung besonderer Merkmale in der Krankheitsverteilung.

Zusammenfassende Einordnung und Bewertung der Erkrankungsverteilung bei illegalisierten Migranten

Absolute Zahlen der Erkrankungen oder Prävalenzen lassen sich aus den erhobenen Daten nicht herleiten, die relative Bedeutsamkeit einzelner Erkrankungsgruppen ist jedoch auswertbar. Die Erkrankungsverteilung präsentiert sich auf den ersten Blick in mehreren Teilbereichen verschieden von der Epidemiologie der Erkrankungen bei der ‚normalen' Bevölkerung. Unter Berücksichtigung der Charakteristika des Umgangs der Illegalisierten mit Erkrankung in der Illegalität und der Besonderheiten der Dokumentation der Erkrankungen im Datensatz 1, lässt sich jedoch eine Erkrankungsverteilung identifizieren, die der Epidemiologie in der versicherten Bevölkerung in der reproduktiven Lebensphase nicht unähnlich ist.

Urogenitale Erkrankungen und Schwangerschaften stellen einen sehr großen Anteil der Erkrankungen und Betreuungsanliegen dar. Sie betreffen etwa 30% der Frauen, die sich im Medibüro vorstellen. Möglicherweise sind gynäkologische Anliegen zudem in der Stichprobe 1 unterrepräsentiert, da es weitere Anlaufpunkte für Schwangere und Frauen mit gynäkologischen Erkrankungen in Hamburg gibt – andererseits ist eine proportionale Überrepräsentation von Schwangeren denkbar, da eine Schwangerschaft mehr als andere Beschwerden zur Interaktion mit dem Gesundheitswesen zwingt. Zahnmedizinische Erkrankungen stellen eine weitere große Gruppe der Erkrankungen mit etwa 20% dar, ihre Bedeutung ist möglicherweise bei illegalisierten Migranten etwas größer als in der Normalbevölkerung. Allerdings ist eine proportionale Überrepräsentation zu erwarten – als schmerzhafte, progrediente, nur professionell behandelbare Erkrankung, deren Behandlung ambulant möglich und im Medibüro verfügbar ist. Psychische Erkrankungen sind unterrepräsentiert und unterdiagnostiziert im Datensatz 1. Die Prävalenz psychischer Erkrankungen ist mindestens so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung, eine zusätzliche Belastung durch Migrations- und Lebenssituationsspezifische Faktoren lässt eine erhöhte Betroffenheit durch psychische Erkrankungen vermuten und wird durch die Daten aus DS 2, 3 und 4 bestätigt. Muskuloskeletale Errkankungen sind mit etwa 9% wahrscheinlich etwas unterepräsentiert in den Daten des Medibüros, da chronische Erkrankungen wahrscheinlich lange ‚ausgehalten' werden ohne ärztliche Versorgung in Anspruch zu nehmen und akute Muskel- oder Skeletterkrankungen möglicherweise außerhalb der einmal wöchentlich stattfinden Sprechstunde des Medibüros versorgt werden. Unspezifische Symptome wurden sehr häufig im Datensatz 1 dokumentiert (14,1%). Ursächlich ist die Dokumentation von Beschwerdebeschreibung durch die Migranten ohne weitere diagnostische Möglichkeiten und Fachkenntnisse der Vermittler. Hinter der großen Anzahl unspezifischer Symptome verbergen sich vermutlich unter anderem kardiovaskuläre, metabolische, infektiöse und psychische Erkrankungen, die ohne umfassendere Diagnostik, keine exaktere Zuordnung

ermöglichen. Augenerkrankungen stellen mit 12,6% aller vorgestellten Erkrankungen einen etwas höheren Anteil als in der Allgemeinbevölkerung dar. Sie sind möglicherweise ähnlich wir Zahnerkrankungen, proportional überrepräsentiert, da sie mehrere typische Charakteristika von häufig präsentierten Erkrankungen tragen – Einschränkung im Alltag, keine Selbstlimitierung, keine Abhilfe im Laiensystem und gute Versorgungsmöglichkeiten im Medibüro. Hauterkrankungen haben möglicherweise bei Illegalisierten eine geringfügig größere Bedeutung als bei der Allgemeinbevölkerung mit 6,5% der Erkrankungen. Infektiöse Erkrankungen sind deutlich unterrepräsentiert im Datensatz 1, es findet sich kein Anhalt, dass infektiöse Erkrankungen seltener oder häufiger bei illegalisierten Migranten als in der Allgemeinbevölkerung auftreten. Es zeigt sich in der Literatur und den Daten ebenfalls keine Erklärung warum kardiovaskuläre, endokrine und metabolische Erkrankungen seltener als in der übrigen Bevölkerung gleichen Alters vorkommen sollten. Sie sind in den Daten des Medibüros unterrepräsentiert, da sie aufgrund der langen Symptomlosigkeit bei fehlenden Vorsorgeuntersuchungen nicht entdeckt werden und sich außerdem häufig als unspezifische Symptome maskieren. Verletzungen spielen wahrscheinlich eine größere Rolle, als den Daten des Medibüros zu entnehmen ist. Der akute Versorgungsbedarf führt wahrscheinlich häufig zu direkter Interaktion mit dem Gesundheitswesen unabhängig vom Medibüro. Krankheiten des Verdauungs- und Atmungssystems werden sehr selten im Medibüro vorgestellt, vermutlich aufgrund der häufig akuten oder selbstlimitierenden Verläufe, die bei hinreichender Schwere kein ‚Warten auf die Öffnungszeiten' gestatten oder aber bei spontaner Besserung nach wenigen Tagen auf eine Vorstellung im Medibüro verzichten lassen.

Männer und Frauen in der Illegalität zeigen im Wesentlichen eine ähnliche Erkrankungsepidemiologie wie die versicherte Bevölkerung gleichen Alters. Männern in der Illegalität scheinen allerdings besonders häufig von Zahn- und Augenerkrankungen betroffen zu sein. Unterschiede in der Erkrankungsverteilung zwischen Migranten ohne Aufenthaltsstatus und Migranten aus neuen EU-Ländern zeigen sich im Bereich der Schwangerschaften, Verletzungen und Augenerkrankungen. Eine tatsächliche Differenz ist jedoch nicht sicher feststellbar.

4.2.1.2 Subjektive Gesundheit von illegalisierten Migranten

Einordnung und Bewertung der subjektiven Gesundheit illegalisierter Migranten im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung

Ergebnisse

Die subjektive Gesundheit – gemessen mit dem SF-12v2 – der Stichprobe aus Migranten ohne Aufenthaltsstatus ist schlechter als die der Allgemeinbevölkerung.

In allen acht Dimensionen subjektiver Gesundheit des SF-12v2 – „Körperliche Funktionsfähigkeit“, „Körperliche Rollenfunktion“, „Körperliche Schmerzen“, „Allgemeine Gesundheitswahrnehmung“, „Vitalität“, „Soziale Funktionsfähigkeit“, „Emotionale Rollenfunktion“ sowie „Psychisches Wohlbefinden“ – liegen die Mittelwerte der Stichprobe unter denen der Normstichprobe aus der US-amerikanischen Allgemeinbevölkerung. Die Abweichungen von der Norm zu ungunsten der Migranten ohne Aufenthaltsstatus sind insbesondere ausgeprägt in den Dimensionen „Körperliche Schmerzen“, „Emotionale Rollenfunktion“, „Soziale Funktionsfähigkeit“ und „Psychisches Wohlbefinden“.
Die Mittelwerte der Summenskalen für körperliche Gesundheit und psychische Gesundheit sind bei den illegalisierten Migranten auch nach der Aufteilung in Subgruppen entsprechend Alter und Geschlecht signifikant schlechter als bei der repräsentativen US-amerikanischen Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung. Die psychische Gesundheit ist stärker herabgesetzt im Vergleich zur Norm als die körperliche Gesundheit.
Ebenso sind die Mediane der Summenskalen für körperliche Gesundheit und psychische Gesundheit bei den illegalisierten Migranten in allen Subgruppen schlechter als bei der repräsentativen deutschen Stichprobe des Bundes-Gesundheitssurveys. In ähnlicher Weise wie im Vergleich mit der US-amerikanischen Stichprobe ist dabei die psychische Gesundheit stärker betroffen als die körperliche Gesundheit. Die Modellierung des Einflusses von Aufenthaltsstatus, Alter und Geschlecht auf die subjektive Gesundheit zeigt einen deutlichen negativen Einfluss des fehlenden Aufenthaltsstatus.

Bias und Confounding

Ein ‚selection bias’ hinsichtlich Besonderheiten der Migranten, die das Medibüro erreichen, ist möglich und alle Möglichkeiten der Verzerrung wie sie unter 4.2.1.1 beschrieben sind, treffen auch hier zu. Neben unbekannten Abweichungen von der Grundgesamtheit der Migranten ist eine zusätzliche Verzerrung, durch die Inanspruchnahme des Medibüros selbst möglich. Denkbar wäre eine Selektion in zwei gegensätzliche Richtungen: die Migranten könnten entweder eher gesünder sein, als andere illegalisierte Migranten, da sie mit Kenntnis des Medibüros einen verbesserten Zugang zum Gesundheitswesen haben, oder sie sind besonders krank und deshalb ist der Kontakt zum Medibüro überhaupt erst notwendig. Der Verzerrung durch die Selektion einer insgesamt erkrankten Stichprobe wurde durch den späteren Vergleich mit einer anderen körperlich Stichprobe körperlich Erkrankter Rechnung getragen. Die Migranten, die an der Befragung zum Datensatz 2 teilgenommen haben könnten weiterhin systematisch von den übrigen Migranten des Medibüros different sein. Eine solche Verzerrung ist möglich, jedoch nicht wahrscheinlich. Gründe für die Nicht-Teilnahme waren fehlende Sprachkenntnisse oder Lesefähigkeit (n=17), eine Verweigerung ohne Angabe von Gründen (n=16), Zeitnot (n=9) oder ein zu schlechter psychosozialer oder medizinischer Zustand (n=9). Es ist entsprechend mit keiner oder aber einer geringen

Positivselektion zugunsten der eher gesunden Migranten, durch den Ausschluss sehr kranker Migranten, zu rechnen. Für eine systematische und statistisch signifikante Abweichung der Nicht-Teilnehmer von den Teilnehmern gibt es ansonsten keinen Anhalt. Die Möglichkeit eines ‚Information bias' durch Verzerrung aufgrund von Falschantworten durch missverständliche Fragen ist durch die gute Reliabilität und Validität in allen verwendeten Sprachen des Fragebogens und durch die Anwesenheit einer Person zur Übersetzung bei Unklarheiten minimiert.

Der negative Einfluss des fehlenden Aufenthaltsstatus, also die schlechteren Werte in den Summenskalen der illegalisierten Migranten im Vergleich zu den Teilnehmern des BGS98, ist confounded durch:

- das Sampling von illegalisierten Migranten, die alle das Medibüro aufgesucht haben, also ein medizinisches Problem haben
- multiple andere negative soziale Determinanten von Gesundheit, wie Arbeits- und Wohnbedingungen, Sprachkenntnisse, Möglichkeiten der Partizipation u. a., für die nicht adjustiert werden kann, da sie nicht bekannt sind für die illegalisierten Migranten

Vergleich mit der Literatur

Im Vergleich mit den deutschen Normwerten für den SOEP-SF-12v2 zeigen sich in den unmittelbar vergleichbaren Subgruppen (Geschlecht, Altersgruppe 35-44 Jahre) deutliche Unterschiede in den psychischen und körperlichen Summenskalen von mindestens 7 Punkten zugunsten der deutschen Norm (Nübling, Andersen und Mühlbacher 2006, S.7). Ähnlich stellt sich der Vergleich mit den deutschen Normwerten für den SF-8 dar, in der körperlichen Summenskala zeigt sich ein Vorsprung der deutschen Norm bei Männern und Frauen von über 6 Punkten, in der psychischen Summenskala von über 12 Punkten (Beierlein et al. 2012, S.150).

Einordnung und Bewertung der subjektiven Gesundheit bei Illegalisierten und der übrigen Bevölkerung im Vergleich

Die subjektive Gesundheit der illegalisierten Migranten ist schlechter als die subjektive Gesundheit der US-amerikanischen und der deutschen Allgemeinbevölkerung – diese herabgesetzte subjektive Gesundheit gesundheitlich beeinträchtigter Migranten ohne Aufenthaltsstatus im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung vermag zunächst nicht überraschen.

Bei den befragten Migranten handelt es sich um Menschen, die wegen einer gesundheitlichen Beschwerde beim Medibüro Hilfe gesucht haben. Die Allgemeinbevölkerung leidet hingegen nicht oder nur zum Teil an gesundheitlichen Beschwerden.

Auffällig ist jedoch die besonders ausgeprägte Differenz im Bereich der Variablen für emotionales Wohlbefinden, Einschränkungen im Alltag durch psychische Probleme und der psychischen Gesundheit: Die Migranten gaben deutlich häufiger an, sie hätten aufgrund seelischer Probleme Schwierigkeiten bei der Arbeit und im Alltag, sie fühlten sich seltener gelassen und kraftvoll und fühlten sich insgesamt durch ihre Gesundheit in ihrem sozialen Kontakt beeinträchtigt.
Von 96 befragten Migranten gaben 95 (99,0%) eine körperliche Erkrankung als Anlass für den Besuch des Medibüros an. Eine Migrantin gab eine psychische Erkrankung an. Die vergleichsweise schlechte psychische Gesundheit könnte Ausdruck einer starken psychosozialen Belastung sein und auf eine möglicherweise hohe Dunkelziffer psychischer Erkrankungen hinweisen, vgl. 1.5.4 und 4.2.1.1.
Zusätzlich zeigt sich eine besonders große Einschränkung durch körperliche Schmerzen (Mittelwert illegalisierte Migranten 33,13/Mittelwert Norm 50). Diese Abweichung kann der Selektion ausschließlich körperlich erkrankter Migranten geschuldet sein, deren höhere Beeinträchtigung durch Schmerzen plausibel erscheint. Es zeigt sich jedoch im Vergleich mit anderen körperlich erkrankten Menschen weiterhin eine hoch signifikante Differenz der körperlichen Summenskalen – die körperlichen Schmerzen eine starke Gewichtung zukommen lässt, vgl. nächste Seite. Die starke Beeinträchtigung der sozialen Funktion, der psychischen Gesundheit sowie die große Schmerzintensität der Migranten ohne Aufenthaltsstatus bei Präsentation bei den Gesundheitsdiensten, bestätigt die Ergebnisse der qualitativen Forschung, vgl. 1.5 und 1.6.

Einordnung und Bewertung der subjektiven Gesundheit illegalisierter Migranten im Vergleich mit Menschen mit körperlichen Beschwerden

Ergebnisse

Vergleicht man die subjektive Gesundheit der Stichprobe von Migranten ohne Aufenthaltsstatus mit der Subgruppe der US-amerikanischen Normstichprobe, die angibt eine oder mehrere körperliche Erkrankungen zu haben, ergeben sich signifikant schlechtere Werte für die illegalisierten Migranten sowohl in der Summenskala für körperliche Gesundheit wie auch in der Summenskala für psychische Gesundheit. Die Differenz der Mittelwerte für die Summenskala der psychischen Gesundheit ist besonders groß. Die Differenz der körperlichen Summenskala bei Illegalisierten im Vergleich mit körperlich Erkrankten ist geringfügig kleiner als im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung, jedoch weiterhin hoch signifikant.

Im Vergleich mit der Subgruppe der deutschen BGS98-Stichprobe, die innerhalb der vergangenen vier Wochen beim Arzt gewesen ist, zeigt sich in der verallgemeinerten

linearen Regression ein verringerter aber weiterhin signifikanter Unterschied in der körperlichen Summenskala. Die subjektive psychische Summenskala ist in der Subgruppe des BGS98 nur wenig beeinträchtigt im Vergleich zur Gesamtstichprobe des BGS98. Der große und signifikante Unterschied der subjektiven psychischen Gesundheit zwischen Migranten ohne Aufenthaltsstatus und der deutschen Bevölkerung bleibt auch im Vergleich mit der Subgruppe, die einen Arzt aufgesucht hat, entsprechend erhalten.

Bias und Confounding

99,0% der illegalisierten Migranten gaben an eine oder mehrere körperliche Erkrankungen zu haben – der Vergleich mit der Subgruppe der US amerikanischen Normstichprobe, die eine oder mehrere körperliche Erkrankungen und keine Depression angibt, erscheint entsprechend gerechtfertigt.

Möglicherweise ist die Subgruppe des BGS98, die in den vergangenen vier Wochen beim Arzt war, gesünder als die erhobene Stichprobe illegalisierter Migranten, da der Arztbesuch und damit die Erkrankung schon bis zu vier Wochen her sein können. Bei einer Krankheit, die binnen vier Wochen beendet ist, ist jedoch auch kein Einfluss auf die psychische Gesundheit zu vermuten. Es ist deshalb anzunehmen, dass diejenigen, die mit Krankheiten in den vergangenen vier Wochen in ärztlicher Behandlung waren, die schwerwiegend und/oder psychischer Natur sind, weiterhin von dieser betroffen sind und entsprechend niedrige Werte in der psychischen Summenskala erzielen. Die Werte für die psychische Gesundheit sollten durch die mögliche Erholung seit dem Arztbesuch entsprechend weniger beeinflusst sein, als die Werte für die körperliche Gesundheit.
Der negative Einfluss des fehlenden Aufenthaltsstatus, der im verallgemeinerten linearen Modell im Vergleich mit den Teilnehmern des BGS98 feststellbar ist, wird zudem confounded durch multiple andere negative soziale Determinanten von Gesundheit, wie Arbeits- und Wohnbedingungen, Sprachkenntnisse, Möglichkeiten der Partizipation u.a., für die nicht adjustiert werden kann, da sie für die illegalisierten Migranten nicht bekannt sind.

Vergleich mit der Literatur

Menschen mit körperlichen Krankheiten zeigen niedrigere Werte für die subjektive Gesundheit (Ware et al. 2002, S.141; Radoschewski und Bellach 1999, S.S195). Die subjektive Gesundheit von Menschen, die in den vergangenen vier Wochen beim Arzt waren, ist qualitativ und quantitativ in gleicher Weise eingeschränkt, wie die subjektive Gesundheit von Menschen, die in den vergangenen vier Woche krank waren (Radoschewski und Bellach 1999, S.S195). Der Arztbesuch als Proxy für das Vorhandensein von Krankheiten ist daher zulässig. Weitere Ergebnisse über die subjektive Gesundheit verschiedenartig körperlich Erkrankter sind nicht publiziert. Zahlreiche Auswertungen

beziehen sich auf eine spezifische Krankheitsgruppe, sind jedoch nicht für den Vergleich mit verschiedenartig körperlich erkrankten Migranten nutzbar.

Einordnung und Bewertung der subjektiven Gesundheit bei Illegalisierten und körperlich Erkrankten im Vergleich

Die Differenz in der körperlichen Summenskala zwischen illegalisierten Migranten und körperlich Erkrankten innerhalb der US-amerikanischen Stichprobe ist weniger groß als die Differenz zur Gesamtstichprobe, sie bleibt jedoch weiterhin signifikant. Offenbar leiden körperlich kranke Menschen der US-amerikanischen Stichprobe nicht in gleichem Umfang wie Illegalisierte unter körperlichen Einschränkungen und Schmerzen. In der vorliegenden Untersuchung waren die Befragten im Mittel 37,4 Jahre alt. Die Menschen der gesamten US amerikanischen Stichprobe waren im Mittel 50,7 Jahre alt. Für die Subgruppe derer, die eine oder mehrere körperliche Erkrankungen haben, sind weder Angaben zur Geschlechts-, noch zur Altersverteilung verfügbar (Ware et al. 2002, S.77, 126). Unwahrscheinlich ist, dass die kranken Menschen innerhalb der US-amerikanischen Stichprobe im Durchschnitt jünger als die gesunden Menschen der Stichprobe sind. Es ist daher naheliegend, dass die Menschen mit einer oder mehreren körperlichen Erkrankungen im Mittel mindestens 50,7 Jahre alt sind. Dieser Annahme folgend, wäre es möglich, dass die untersuchte Stichprobe nicht nur subjektiv kränker und psychische deutlich belasteter sondern auch im Mittel über eine Dekade jünger ist als die Vergleichsgruppe.

Der Vergleich der illegalisierten Migranten mit der deutschen BGS98-Stichprobe bestätigt, dass insbesondere die psychische Gesundheit der illegalisierten Migranten adjustiert nach Alter und Geschlecht deutlich schlechter ist als die der deutschen Vergleichsgruppe. Während die Unterschiede in der subjektiven körperlichen Gesundheit möglicherweise auf eine Verbesserung der Gesundheit seit dem Arztbesuch (vor maximal vier Wochen) bei der BGS98-Stichprobe hindeuten können und sich die körperliche Gesundheit von illegalisierten Migranten, die gerade einen Arzt aufsuchen und Deutschen, die gerade einen Arzt aufsuchen, möglicherweise nicht unterscheidet, sind die Differenzen in der psychischen Gesundheit kaum über die Unterschiede in der vergangenen Zeitspanne seit dem Arztbesuch hinreichend erklärbar. Der festgestellte Unterschied in der psychischen Gesundheit zwischen illegalisierten Migranten, die erkrankt sind, und Deutschen, die erkrankt sind, reflektiert sehr wahrscheinlich nicht (nur) Unterschiede in der akuten Erkrankungsintensität sondern auch Unterschiede in der Betroffenheit von schlechten Wohn- und Arbeitsbedingungen, fehlenden Perspektiven und psychosozialer Belastung.

Einordnung und Bewertung der subjektiven Gesundheit illegalisierter Migranten im Subgruppenvergleich – Frauen/Männer

Ergebnisse

Die Subgruppenanalyse nach Geschlecht zeigt keine signifikanten Unterschiede in der Wahrnehmung der Gesundheit durch die Männer und Frauen. Die Werte in der Dimension der körperlichen Funktionsfähigkeit ist bei Frauen signifikant niedriger als bei Männern, in den anderen Dimensionen zeigen sich keine signifikanten Unterschiede.

Bias und Confounding

Ein Anhalt für eine systematische Differenz innerhalb und zwischen den verschiedenen Subgruppen findet sich nicht. Die möglichen Verzerrungen für die Gesamtheit der Stichprobe gelten analog in den Subgruppenvergleichen.

Vergleich mit der Literatur

In großen Stichproben konnte ein deutlicher Zusammenhang zwischen Geschlecht und subjektiver Gesundheit demonstriert werden. Auch bei legalen und illegalisierten Migranten ließ sich in anderen Untersuchungen ein Zusammenhang nachweisen (Igel, Brähler und Grande 2010, S.185, Pikhart et al. 2010, S.405-409; Burdine et al. 2000, S.898) Bei Menschen mit chronischen Erkrankungen jedoch zeigt eine Verringerung der Unterschied zwischen Männern und Frauen im Vergleich zu Gesunden (Ellert und Kurth 2013, S.648).

Einordnung und Bewertung der subjektiven Gesundheit bei Männer und Frauen im Vergleich

Insgesamt ist die subjektive Gesundheit der Stichprobe stark herabgesetzt, Männern sind von der Verschlechterung der Gesundheit im Vergleich zur Norm relativ stärker betroffen. In der Literatur sind Annäherungen der Summenskalen für Männer und Frauen beim Vorliegen von Erkrankungen beschrieben, möglicherweise zeigt sich dieser Effekt auch in der vorliegenden Stichprobe. Ohne weitere Forschungsergebnisse kann jedoch keine Aussage über eine möglicherweise unterschiedlich starke Verschlechterung der Gesundheit bei Männern im Vergleich zu Frauen in der Illegalität getroffen werden.

Einordnung und Bewertung der subjektiven Gesundheit illegalisierter Migranten im Subgruppenvergleich – Altersgruppen

Ergebnisse

Die Subgruppenanalyse nach Alter zeigt keine signifikanten Unterschiede in der Wahrnehmung der Gesundheit durch die einzelnen Gruppen. In der vorliegenden Untersuchung präsentiert sich eine nicht signifikante Abnahme der körperlichen Gesundheit

von der jüngsten zur ältesten Altersgruppe jedoch keine Verschlechterung der psychischen Gesundheit.

Bias und Confounding

Ein Anhalt für eine systematische Differenz innerhalb und zwischen den verschiedenen Subgruppen findet sich nicht. Die möglichen Verzerrungen für die Gesamtheit der Stichprobe gelten analog in den Subgruppenvergleichen.

Vergleich mit der Literatur

Der Zusammenhang zwischen Alter und subjektiver körperlicher Gesundheit ist für andere große Stichproben gut belegt (Burdine et al. 2000, S.892-893). Die Ergebnisse zum Einfluss von Alter auf die subjektive psychische Gesundheit zeigen unterschiedliche Tendenzen (Ellert und Kurt 2013, S.648; Beierlein et al. 2012, S.150; Nübling, Andersen und Mühlbacher 2006, S.7-9; Ware et al. 2002, S.82-91; Burdine et al. 2000, S.894; Radoschewski und Bellach 1999, S.S195).
Die Ergebnisse zum Einfluss von Alter auf die subjektive Lebensqualität bei Illegalisierten stellen sich in der Literatur uneinheitlich dar: Schoevers et al. (2009b, S.412ff.) konnten keinen Einfluss des Alters feststellen während die Arbeiten von Pikhart et al. (2010, S.405ff.) und Cavazos-Regh et al. (2007, S.1129ff.) zeigten, dass Alter die subjektive Gesundheit von Migranten ohne Aufenthaltsstatus negativ beeinflusst.

Einordnung und Bewertung der subjektiven Gesundheit in verschiedenen Altersgruppen

Die erhobenen Werte sind mit dem in der Literatur beschriebenen Einfluss von Alter auf subjektive Gesundheit vereinbar. Die fehlende Signifikanz der Verschlechterung der körperlichen Gesundheit sowie die ähnlich schlecht bleibende psychische Gesundheit könnten mit den ungewöhnlich niedrigen Ausgangswerten der subjektiven Gesundheit in den jüngeren und mittleren Altersgruppen in Zusammenhang stehen. Die jüngeren Altersgruppen scheinen in besondere Stärke von einer Verschlechterung der Gesundheit betroffen zu sein.

Einordnung und Bewertung der subjektiven Gesundheit illegalisierter Migranten im Subgruppenvergleich – Herkunft und Aufenthaltsstatus

Ergebnisse

Die Subgruppenanalyse nach Herkunftsregion und zwischen Migranten ohne Aufenthaltsstatus und solchen aus neuen EU-Ländern zeigt keine signifikanten Unterschiede in der Wahrnehmung der Gesundheit durch die einzelnen Gruppen.

Bias und Confounding

Ein Anhalt für eine systematische Differenz innerhalb und zwischen den verschiedenen Subgruppen findet sich nicht. Die möglichen Verzerrungen für die Gesamtheit der Stichprobe gelten analog in den Subgruppenvergleichen.

Vergleich mit der Literatur

Möglicherweise sind es nicht die Herkunftsregionen oder der offizielle Aufenthaltstitel, die die subjektive Gesundheit entscheidend beeinflussen, sondern andere Merkmale der Migration und der Lebenssituation, die die subjektive Gesundheit von illegalisierten Migranten prägen. Igel, Brähler und Grande (2010, S.185-186) konnten zeigen, dass wahrgenommene Diskriminierung und Fremdenfeindlichkeit zu einer Verschlechterung der subjektiven Gesundheit führen können. Cavazos-Regh et al. (2007, S.1129f.) stellten eine schlechtere subjektive Gesundheit bei Migranten fest, die angaben von Abschiebung bedroht zu sein.
Verschiedene kleinere Studien haben Migranten mit unterschiedlichen Aufenthaltsstatus zu ihrer subjektiven Gesundheit befragt. Dabei zeigt sich, dass Illegalisierte eine schlechtere Gesundheit haben als anerkannte Asylbewerber oder Einheimische und dass Migranten, die Arbeits- und Aufenthaltsrechte verletzen bzw. Sorge vor Abschiebung bei Kontakt mit offiziellen Stellen haben, ihre Gesundheit schlechter einschätzen als legale Migranten (Pikhart et al. 2010, S.405-409; Schoever et al. 2009b, S.410-418; Cavazos-Regh et al. 2007, S.1128-1130; Marshall et al. 2005, S.923-927).

Einordnung und Bewertung der subjektiven Gesundheit bei Illegalisierten und EU-Migranten

Die fehlende Differenz in der subjektiven Gesundheit sowie die vergleichende Betrachtung der Literatur könnten darauf hinweisen, dass möglicherweise nicht der tatsächliche Aufenthaltstitel, sondern vielmehr die wahrgenommene Bedrohung durch arbeits- oder aufenthaltsrechtliche Konsequenzen, die subjektive Gesundheit entscheidend beeinflussen.
Entsprechend lässt sich fest halten: Die subjektive Gesundheit illegalisierter Migranten und Migranten aus neuen EU-Ländern unterscheidet sich nicht signifikant – möglicherweise weil beide in ähnlicher Weise von Ausgrenzung und juristischen Konsequenzen durch Aufenthalt und Arbeitstätigkeit bedroht sind. In der Literatur findet sich allerdings eine Differenz in der Einschätzung der Lebensqualität zwischen Migranten, die sich auf unterschiedliche Art und Weise nicht ganz legal im Land aufhalten, und Migranten, die legal aufhältig und arbeitstätig sind – diese sind in der untersuchten Stichprobe nicht erfasst.

Einordnung und Bewertung der subjektiven Gesundheit illegalisierter Migranten im Subgruppenvergleich – Teilnahme an der Befragung für den DS 3

Ergebnisse

Die Subgruppenanalyse zur Teilnahme an der Befragung für den DS 3 zeigt eine deutlich bessere körperliche Gesundheit derjenigen Migranten, die an der Befragung für DS 3 teilgenommen haben, im Vergleich zu denen die nicht teilgenommen haben.

Bias und Confounding

Ein Anhalt für eine systematische Differenz innerhalb und zwischen den verschiedenen Subgruppen findet sich nicht. Die möglichen Verzerrungen für die Gesamtheit der Stichprobe gelten analog in den Subgruppenvergleichen.

Einordnung und Bewertung der subjektiven Gesundheit bei Illegalisierten und EU-Migranten

Die bessere subjektive körperliche Gesundheit bei Migranten, die an der Befragung für DS 3 teilgenommen haben, muss bei der Interpretation der Ergebnisse aus DS 3 berücksichtigt werden, da dies ein Zeichen für eine Positivselektion sein kann.

Zusammenfassende Einordnung und Bewertung der subjektiven Gesundheit bei illegalisierten Migranten

In der Zusammenschau der Ergebnisse zeigt sich eine stark herabgesetzte subjektive Gesundheit bei Migranten ohne Aufenthaltsstatus sowohl im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung als auch im Vergleich mit ebenfalls körperlich Erkrankten. Diese Differenz ist im Bereich der psychischen Gesundheit besonders stark. Die besondere Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit kann einen Hinweis auf eine besondere psychosoziale Belastung darstellen. Migranten ohne Aufenthaltsstatus sind in besonderem Maße in ihrem Alltag, ihrer Arbeitstätigkeit und ihren sozialen Kontakten beeinträchtigt. Zusätzlich ist eine hohe Belastung durch körperliche Schmerzen feststellbar.
Die Evidenz für den Zusammenhang zwischen subjektiver Gesundheit im Allgemeinen und den Summenskalen des SF-36 sowie SF-12 im Speziellen mit Morbidität, Mortalität, sozialen Determinanten sowie Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, wurde in der Einleitung der vorliegenden Arbeit ausführlich dargestellt. Die vorliegenden Daten deuten darauf hin, dass Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus nicht nur durch eine schlechtere subjektive Gesundheit als die Durchschnittsbevölkerung gekennzeichnet sind, sondern auch eine höhere Krankheitslast tragen, eine höhere Sterblichkeit aufweisen und von nachteiligen sozialen Determinanten von Gesundheit geprägt sind. Insgesamt präsentiert sich das Bild einer eher jungen Bevölkerungsgruppe mit einem eher schlechten Gesundheitszustand.

4.2.1.3 Bewertung des Gesundheitszustandes durch die Ärzte

Ergebnisse

Die Einschätzung der Gesundheit von Migranten ohne Aufenthaltsstatus durch die Ärzte zeigt eine Übereinstimmung mit der Selbstwahrnehmung der Migranten. Die befragten Ärzte (n=24) gaben zu 79,2% an, der Gesundheitszustand der Migranten ohne Aufenthaltsstatus sei geringfügig schlechter oder schlechter als der ihrer übrigen Patienten. Kein Arzt aus Stichprobe 4 bewertete die Gesundheit der illegalisierten Migranten als besser als die seiner übrigen Patienten. Nach der Gewichtung, entsprechend der Häufigkeit der Behandlung von Illegalisierten, schätzen 87,9% der Ärzte den Gesundheitszustand der Migranten ohne Aufenthaltsstatus schlechter ein als den Gesundheitszustand ihrer gewöhnlichen Patienten.

Bias und Confounding

Alle Einschränkungen, die für Datensatz 4 bereits dargelegt worden sind, gelten auch für die vorliegende Auswertung – die Stichprobe der Ärzte ist nicht repräsentativ, ob die von Ihnen behandelten Illegalisierten repräsentativ für alle erkrankten illegalisierten Migranten sind ist unbekannt, vgl. 4.1. Ein ‚information bias' durch Fehleinschätzung der Ärzte kann nicht ausgeschlossen werden.
Entscheidend für das Ergebnis der Frage ist zudem, wie gesund die übrigen Patienten sind, die als Referenz gelten sollen in der Frage – die Gesundheit der übrigen Patienten wird auch von ihrem Alter abhängen. 68,0% der gleichen Ärzte (n=17/25) geben an, dass die illegalisierten Migranten, die sie aufsuchten, mehrheitlich 20 bis 39 Jahre alt seien. In der Gynäkologie, in der 20,0% der befragten Ärzte tätig sind, wird diese Altersspanne in etwa dem Durchschnittsalter der übrigen Patienten entsprechen, in den übrigen Fachgebieten wird der überwiegende Anteil der Patienten älter sein.

Vergleich mit der Literatur

Eine schlechtere Gesundheit bei niedrigerem Altersdurchschnitt wird von den Ergebnissen der qualitativen Forschung und Erfahrungsberichten behandelnder Ärzte einheitlich bestätigt (Malteser Hilfsdienst e.V. Berlin 2004-2010; Krieger et al. 2007, S.102; Siddharthan und Ahern 1996, S.357-361). Dass kein Arzt die Gesundheit der Migranten besser als die seiner übrigen Patienten einschätzt, obwohl die Migranten wahrscheinlich jünger sind und zudem der ‚healthy migrant effect' in der Literatur beschrieben ist, könnte auf eine Veränderung der Gesundheit seit dem Zeitpunkt der Migration hindeuten.

Zusammenfassende Einordnung und Bewertung der Einschätzung der Gesundheit von Illegalisierten durch die Ärzte

Der Einschätzung von 79,2% der Ärzten zufolge waren die Migranten ohne Aufenthaltsstatus kränker als die übrigen Patienten der Ärzte. Es ist zudem davon auszugehen, dass ein großer Teil der illegalisierten Migranten jünger als die übrigen Patienten ist und zum Migrationszeitpunkt nach der ‚healthy migrant'-Theorie eine bessere Gesundheit als die übrige Bevölkerung aufgewiesen hat.

4.2.1.4 Veränderung des Gesundheitszustandes während der Illegalität

Ergebnisse

Nur ein kleiner Teil der Migranten, die ausführlich für Datensatz 3 befragt worden sind, empfindet die Lebenssituation als zuträglich für die eigene Gesundheit. Einer von 23 Migranten gibt an seine psychische Gesundheit habe sich verbessert – 4,3%. 56,5% machen die Angabe die psychische Gesundheit habe sich nicht verändert. 39,1% empfinden eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit.
13,0% der Migranten geben an, ihre körperliche Gesundheit habe sich während der Illegalität verbessert oder sehr verbessert. 47,8% können keine Veränderung der körperlichen Gesundheit feststellen. 39,1% der Migranten geben eine Verschlechterung an

Bias und Confounding

Eine Verzerrung der Ergebnisse in unterschiedliche Richtungen ist vor allem durch drei Formen des Bias möglich: Durch ‚selection bias' ist eine Verzerrung der Ergebnisse in zwei gegensätzliche Richtungen möglich: Einerseits handelt es sich ausschließlich um kranke Migranten, andererseits sind alle Migranten durch das Medibüro medizinisch versorgt. So könnte es sich entweder um Menschen handeln, die einen besonders negativen Einfluss des Lebens in der Illegalität auf Ihre Gesundheit wahrnehmen, oder um eine Auswahl Migranten, die besonders gut organisiert und vernetzt ist und deshalb auch das Medibüro kennt und entsprechend besonders wenig Einfluss der Lebenssituation auf seine Gesundheit wahrnimmt. Die Ergebnisse aus DS 2 legen zudem nahe, dass die Stichprobe aus DS 3 über eine besserer körperliche Gesundheit verfügt als Migranten, die nicht an der Befragung für DS 3 teilgenommen haben, vgl. 4.2.1.2. Im DS 2 sind bereits Migranten ausgeschlossen worden, deren gesundheitlicher Zustand eine Befragung nicht zuließ, vgl. 3.1.2.1.
Weiterhin ist eine Verzerrung durch ‚information bias', durch die Modifikation der Antworten entsprechend einer bestimmten Erwartungshaltung, die der Interviewerin zugeschrieben wird, möglich. Diese Zuschreibung könnte sowohl negativ als auch positiv sein und sich entsprechend gegensätzlich auf das Ergebnis auswirken. Eine zusätzliche Möglichkeit des ‚information bias', der besondere Beachtung entgegengebracht werden sollte, ist die, in der

Literatur einheitlich beschriebene, Verleugnung von Belastung und Erkrankung bei illegalisierten Migranten (Bommes und Wilmes 2007, S.72; Nitschke 2004, S.52; Cyrus 2004a, S.52; Andersson 2003, S.45; Alt 1999, S.172). Die Verdrängung von gesundheitlichen Problemen könnte zu einer Negation nachteiliger Einflüsse der Lebenssituation auf die Gesundheit führen, die zu einer Positivverzerrung betreffend dieser Fragestellung führen könnte.

Vergleich mit der Literatur

Im Vergleich mit der Literatur ergeben sich insofern Übereinstimmungen, als dass der negative Einfluss des Lebens in der Illegalität in quantitativen und qualitativen Untersuchungen Bestätigung gefunden hat und zahlreiche Theorien zu migrationsspezifischen Ereignissen, sozialen Determinanten und salutogenetischen Einflussfaktoren der Hypothese vom negativen Einfluss des Lebens in der Illegalität Substanz verleihen:

In einer ähnlichen Untersuchung bei Illegalisierten in Schweden war der Anteil derer, die eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes während der Illegalität feststellten, höher als in der vorliegenden Untersuchung: 64,7% glaubten ihre körperliche Gesundheit habe sich verschlechtert, 63,7% stellten eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit fest (MSF 2005a, S.13).

Der schädigende gesundheitliche Einfluss des Lebens in der Illegalität – den fast 40% der Migranten trotzt aller Verdrängungstendenzen wahrnehmen – ist auch in der qualitativen Forschung mehrfach beschrieben: Unsichere Lebenssituation, schlechte Arbeits- und Wohnbedingungen in Verbindung mit schlechtem Zugang zu medizinischer Versorgung können in einer besonderen Vulnerabilität resultieren (Bommes und Wilmes 2007, S.73; MSF 2005a, S.13; Schönwälder, Vogel und Sciortino 2004, S.67; Brzank, Stahl und Groß 2002, S.274-280). Neben migrationsspezifischen Risikokonstellationen gibt es zahlreiche zusätzliche nachteilige soziale Determinanten, die das Leben in der Illegalität prägen und den Gesundheitszustand verschlechtern können (Affronti et al. 2011, S.1; RKI 2008, S.129; MDM 2007, S.40; CSDH 2006, S.3; Marschalck und Wiedl 2005, S.17,18; Stobbe 2004, S.119; McKay, Macintyre und Ellaway 2003, S.18; Lindert 2003, S.144). Die Verschlechterung des Gesundheitszustandes während des Lebens in der Illegalität ist sowohl durch das Modell der strukturellen Vulnerabilität nach Quesada, Hart und Bourgois (2011, S.341, 342) zu erklären als auch mit der Theorie der Salutogenese nach Antonovsky (1997, S.33-46; 1979, S.106-119). Das Konzept des Kohärenzgefühls als zentrales Element der Salutogenese nach Antonovsky identifiziert die Verfügbarkeit von internen und externen Ressourcen als wichtige Voraussetzung um das Leben verstehbar, beeinflussbar, sinnhaft zu begreifen und zu

gestalten – Eine Beeinflussung der Gesundheit durch das Lebensereignis Migration und die Lebensrealität im Aufnahmeland ist gut belegt (Faltermaier 2005, S.106; Behrensen und Groß 2004, S.59-102; Hunkeler und Müller 2004, S.64-156 Bengel, Strittmatter und Willmann 2001, S.28-34).

Große epidemiologische Studien konnten zudem nachweisen, dass die Gesundheit von Migranten sich mit der Dauer des Aufenthaltes im Zielland verschlechtert, und bestätigt damit die Wahrnehmung von fast 40% der befragten Migranten (RKI 2008, S.31-32, 100; Newbold und Danforth 2003, S.1985; Lechner und Mielck 1998, S.718, 719). Italienische Daten lassen vermuten, dass dieser Effekt bei illegalisierten Migranten besonders ausgeprägt ist (MSF 2005b, S.5). Eine Verschlechterung der Gesundheit über die Zeit wäre entsprechend im Einklang mit epidemiologischen Erkenntnissen.

Zusammenfassende Einordnung und Bewertung der Veränderung des Gesundheitszustandes in der Illegalität

In Zusammenschau mit der verfügbaren Literatur ergibt sich aus den erhobenen Daten das Bild einer vulnerablen Population, die etwa zu 50% keine Veränderung des Gesundheitszustandes während der Illegalität und zu fast 40% eine Verschlechterung der Gesundheit wahrnimmt, in einer Stichprobe, die eine Selektion von Migranten mit eher besserer Gesundheit darstellt. Zudem deutet die Kenntnis und Benutzung des Medibüros darauf hin, dass es sich bei den Befragten eher um besser vernetzte Migranten handelt und die, in der Literatur beschriebene, Tendenz der Verdrängung von Krankheiten könnte zusätzlich in einer Unterschätzung des gesundheitliche Einflusses resultieren. Die unterschiedlichen Einschätzungen der Veränderung der Gesundheit können außerdem – neben der Abhängigkeit von individuellen Erkrankungen und Veranlagungen – bedingt sein durch unterschiedliche Ressourcen mit denen den besonderen Determinanten des Lebens in der Illegalität begegnet wird. Die vorhandenen Forschungsergebnisse legen einen negativen Einfluss der Lebensumstände in der Illegalität auf die Gesundheit nahe. Die Einschätzung einer Verschlechterung der Gesundheit durch 39% der Migranten bestärkt die Hypothese der Verschlechterung der Gesundheit nach der Migration und während der Illegalität, die in großen Datensätzen beschrieben worden ist.

4.2.2 Zusammenfassung Fragestellung 2 und Literaturvergleich: Umgang mit Erkrankungen und Probleme bei der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems

4.2.2.1 Herauszögern ärztlicher Behandlung

Ergebnisse

21,7% der Migranten aus Stichprobe 3 (n=23) zögerten über ein Jahr nach Auftreten von Symptomen bis sie erstmals medizinische Hilfe in Anspruch nahmen. Weitere 26,1% waren mindestens drei Monate ohne medizinische Hilfe. Allerdings waren auch 21,6% der Migranten in der Lage sich binnen einer Woche nach Auftreten der Symptome medizinische Versorgung zu organisieren. 81,8% der befragten Migranten (n=22) nahmen eine Verschlimmerung der Beschwerden in Kauf.

Bias und Confounding

Die unter 4.1 beschriebenen methodischen Einschränkungen des Datensatzes 3 gelten in der vorliegenden Fragestellung sinngemäß – die befragten Migranten sind insofern systematisch unterschiedlich zu anderen illegalisierten Migranten, als dass ihnen das Medibüro bekannt ist. Möglicherweise ist dadurch die Phase der Symptomtoleranz ohne Arztkontakt kürzer. Allerdings ist unbekannt, ob Ihnen das Medibüro die gesamte Krankheitsdauer über bekannt war, sie es jedoch erst zum Befragungszeitpunkt aufgesucht haben, oder sie das Medibüro zum Befragungszeitpunkt erst kennen gelernt haben.

Vergleich mit der Literatur

Die Dauer der Symptomtoleranz ist neben den externen Faktoren entsprechend dem Modell der Hilfesuche nach Siegrist zunächst von der Schwere der Symptome und der Symptombewertung abhängig (Siegrist 2005, S.35).
In Analogie zu den erhobenen Daten, ist in der Literatur einheitlich eine Verschleppung von Erkrankungen und die Präsentation bei Gesundheitsdiensten in fortgeschrittenen Erkrankungsstadien bzw. bei fortgeschrittener Schwangerschaft beschrieben (Magalhaes et al. 2010, S.145; Castañeda 2009, S.1556; Wolff et al. 2008, S.98; Bommes und Wilmes 2007, S.73-74; Rousseau et al. 2008, S.291; Nitschke 2005, S.133; Cyrus 2004a, S.56).

Zusammenfassende Einordnung und Bewertung des Herauszögerns medizinischer Behandlung durch illegalisierte Migranten

Es bestätigt sich, dass die ungewöhnlich lange Symptomtoleranz, die in qualitativen Arbeiten bereits beschrieben war, in Analogie für die hier vorliegende Stichprobe zutrifft. Fast die Hälfte der illegalisierten Migranten wartete nach Symptombeginn über drei Monate, über ein

Fünftel davon sogar über ein Jahr, bevor das professionelle Gesundheitswesen (durch Vermittlung des Medibüros) erreicht wurde. Diese Zeiträume erscheinen eher lang angesichts der kontinuierlichen Verschlechterung der Gesundheit bei über 80% derselben illegalisierten Migranten. Es stellt sich eine ungewöhnlich lange Symtomtoleranz auch bei progredienter Erkrankung dar.

4.2.2.2 Gründe für Behandlungsverzicht

Ergebnisse

70,8% der befragten Migranten (n=24) wären früher zum Arzt gegangen, wenn ein Arztbesuch gefahrlos durchführbar gewesen wäre.
Als Ursache für die späte Präsentation bei Gesundheitsdiensten gaben 53,9% der Migranten, die bisher nicht in medizinischer Behandlung waren (n=13), die Kosten an und 15,4% Sprachbarrieren. Kein Migrant nannte Angst als Ursache für die späte Präsentation beim Arzt. Kosten waren zusammen mit Unwissenheit auch die häufigsten Gründe aus denen Vorsorgeuntersuchungen nicht in Anspruch genommen worden sind.

Bias und Confounding

Die unter 4.1 beschriebenen methodischen Einschränkungen des Datensatzes 3 gelten in der vorliegenden Fragestellung sinngemäß – ein systematischer Unterschied zwischen Migranten, die der Befragung zugestimmt haben, und denen, die der Befragung nicht zugestimmt haben ist nicht auszuschließen. Möglicherweise sind eher zurückhaltende oder ängstliche Migranten in der vorliegenden Untersuchung unterrepräsentiert.
Es ist außerdem möglich, dass die befragten Migranten weniger oder andere Hindernisse beim Zugang zu medizinischer Versorgung wahrgenommen haben, als die unbekannte Grundgesamtheit der illegalisierten Migranten, die zum Teil das Medibüro nicht kennt oder nutzt.

Vergleich mit der Literatur

Den genannten Hindernissen bei der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens werden in der Literatur von den Ergebnissen zum Teil abweichende Stellenwerte zugeschrieben. Die Angst vor Abschiebung bei Kontakt mit dem offiziellen Gesundheitswesen als zentrales Hindernis auf dem Weg zu medizinischer Versorgung für Migranten ohne Aufenthaltsstatus ist mehrfach beschrieben (Biswas et al. 2011, S.565, 566; Magalhaes et al. 2010, S.146; Bommes und Wilmes 2007, S.68-74; Krieger et al. 2006, S.98; MSF 2005a, S.15; Anderson 2003, S.34; Alscher, Münz und Özcan 2001, S.3; Alt 1999, S.174). Angst vor Abschiebung stellte indes für die Stichprobe kein wesentliches Hindernis dar. Es ist anzunehmen, dass Abschiebeängste unterrepräsentiert sind durch den vergleichsweise sicheren Zugang zum

Gesundheitswesen, den das Medibüro den befragten Migranten bietet und durch eine Selbstselektion durch die Befragung von den Migranten, die eher etwas weniger ängstlich sind. Dennoch bestätigen über 70% der befragten Migranten den gefahrenvollen Zugang zum Gesundheitssystem als Ursache für die späte Präsentation bei Gesundheitsdiensten. Statt dem unmittelbaren Kontakt mit Einrichtungen der Gesundheitsversorgung steht den befragten Migranten eine Bahnung des Kontaktes durch das Medibüro zur Verfügung – einem unmittelbaren, uneingeschränkten und risikofreien Zugang entspricht dieses jedoch nicht. Es liegt die Vermutung nahe, dass dem Kontakt mit dem Gesundheitswesen damit der Schrecken durch willkürliche Enttarnungen genommen ist, die Migranten sich dennoch stark beeinträchtigt fühlen durch die limitierten und komplizierten Möglichkeiten des Zugangs, auch im Rahmen des Medibüros, und die Behandlung entsprechend lange hinauszögern.

Eine Möglichkeit die Gefahr der Abschiebung bei Inanspruchnahme des Gesundheitswesens zu verringern, ist die Zahlung als Privatzahler, da die Statusaufdeckung am wahrscheinlichsten bei der Abrechnung über das Sozialamt ist. Als Selbstzahler medizinische Versorgung zu finanzieren kann allerdings mit hohen Kosten einhergehen und davon abhalten medizinische Versorgung aufzusuchen (Magalhaes et al. 2010, S.145-146; Cerda-Hegerl 2008, S.141; Simich et al. 2007, S.372; Médecins du Monde 2007, S.56; Krieger et al. 2006, S.100; Alt 2003, S.150; Berk und Schur 2001, S.155; Alt 1999, S.174). Médecins du Monde (2009, S.10) bestätigen, dass Migranten, die Angst vor den Behandlungskosten hatten, später medizinische Versorgung aufgesucht haben, als Migranten, die einen Kostenträger für die Behandlung hatten. Die Sorge vor finanzieller Belastung war für die meisten befragten Migranten der zentrale Grund aus dem die Behandlung hinaus gezögert wurde. Auch im Rahmen des Medibüros fallen für die Migranten zum Teil Behandlungskosten an, wenn das das Medibüro die Kosten nicht oder nur zum Teil finanzieren kann.

Sprachbarrieren und kulturelle Unterschiede werden in der Literatur auch als Hindernis für eine effektive medizinische Versorgung beschrieben (Simich et al. 2007, S.372, Médecins du Monde 2007, S.56; Krieger et al. 2007, S.100). Ihr Stellenwert erscheint in der Stichprobe im Vergleich zur Sorge der Behandlungskosten und dem gefährlichen Zugang zum Gesundheitssystem jedoch nachrangig als Grund die Versorgung zu verzögern.

Zusammenfassende Einordnung und Bewertung der Gründe für den Behandlungsverzicht bei illegalisierten Migranten

Migranten verzichten am häufigsten aus Sorge vor möglichen Kosten auf medizinische Versorgung, der ‚gefahrenvolle' Zugang zum Gesundheitssystem hält außerdem davon ab, medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen. Auch Sprachbarrieren hindern einige Migranten am Kontakt mit dem medizinischen Systems. Die möglichen „negativen Sanktionen", bei

Hilfesuche im professionellen Gesundheitswesen, die Siegrist (2005, S.35) als Ursachen für Krankheitsverschleppung identifizierte, präsentieren sich bei Illegalisierten insbesondere in Form von Sorge vor finanzieller Überlastung und Sprachbarrieren. Die Beeinträchtigung des Zugangs zum Gesundheitswesen bleibt bestehen, obwohl den Migranten durch Kenntnis des Medibüros ein vereinfachter und vergleichsweise sicherer Zugang zum Gesundheitssystem bekannt ist. Der Stellenwert von Angst als Hindernis beim Zugang zum Gesundheitswesen ist durch Nutzung des Medibüros in der Stichprobe wahrscheinlich von geringerer Relevanz als in der Grundgesamtheit aller illegalisierten Migranten. In Analogie zur Theorie von Siegrist resultieren diese Ängste in einen Behandlungsverzicht trotzt fortschreitender Erkrankungen.

4.2.2.3 Alternative Behandlungsstrategien

Ergebnisse

Gemäß den Stadien der Hilfesuche nach Siegrist (2005, S.35) kommt es nach Beendigung der Krankheitsverleugnung zunächst zur Selbstbehandlung, dann zur Mitteilung an andere Personen und schließlich zur Behandlung im Laiensystem bevor das professionelle Gesundheitswesen in Anspruch genommen wird. So haben auch 59,1% der befragten Migranten (n=22), zwischen Krankheitseinsicht und der Behandlungsvermittlung durch das Medibüro, verschiedene Heilungsversuche unternommen. 54,5% dieser Migranten griffen zur Selbstmedikation. 9,1% sind ins Heimatland gereist zur Behandlung und 4,5% ließen sich telefonisch von einem Arzt im Heimatland beraten. 31,8% von 22 Migranten nehmen dauerhaft Medikamente ein, die nicht durch einen Arzt verschrieben worden sind.

Bias und Confounding

Die unter 4.1 beschriebenen methodischen Einschränkungen des Datensatzes 3 gelten in der vorliegenden Fragestellung sinngemäß – durch die Kenntnis des Medibüros werden möglicherweise weniger alternative Behandlungsmöglichkeiten erprobt, da das Medibüro einen vergleichsweise vereinfachten Zugang zu medizinischer Behandlung bietet.

Vergleich mit der Literatur

Selbstbehandlung gilt als häufig unter Migranten ohne Aufenthaltsstatus und wird fast regelhaft beschrieben, auch telefonische Arztkonsultationen oder Ausreise zur Behandlung sind bekannte Strategien (Bommes und Wilmes 2007, S.72, 79, 80; Nitschke 2005, S.136; Nitschke 2004, S.52; Cyrus 2004a, S.52; Anderson 2003, S.34; Alt 1999, S.172, 174).

Zusammenfassende Einordnung und Bewertung des Stellenwerts alternativer Behandlungsstrategien

Im Einklang mit der Theorie von Siegrist wird die Behandlung im professionellen Gesundheitssystem durch illegalisierte Migranten vermieden und alternative Strategien zur Wiederherstellung der Gesundheit, insbesondere die Selbstbehandlung, gewinnen an Bedeutung. Weitere Maßnahmen sind die Ausreise oder die telefonische Arztkonsultation.

4.2.2.4 Probleme bei Behandlung illegalisierter Migranten

Probleme bei der Behandlung illegalisierter Migranten: Perspektive der Migranten

Ergebnisse

Die Probleme, die sich während der Behandlung ergeben, entsprechen denen, die die illegalisierten Migranten antizipiert hatten. Die Kostenübernahme der Behandlung stellt aus Sicht der Migranten ein häufiges Problem beim Zugang zu medizinischer Versorgung dar. Von elf Migranten aus Stichprobe 3, die mit ihrer aktuellen Erkrankung schon in Behandlung waren, hatten 54,5% die Kosten der Behandlung als Problem wahrgenommen, obwohl nur ein Migrant die Kosten der Behandlung vollständig alleine tragen musste. In 81,8% der Fälle wurden die Kosten zumindest zum Teil durch karitative Einrichtungen getragen. Bei anderen Behandlungen in den vergangenen zwölf Monaten stellten die Kosten der Behandlung für 30,0% der 20 befragten Migranten ein Problem dar. Bei der Beschaffung von Hilfsmitteln stellte die Kostenübernahme für 12,5% der acht Migranten, die ein Hilfsmittel benötigten, ein Problem dar.

Bei der aktuellen Behandlung hatte keiner der elf Migranten Sorge vor Entdeckung durch Ausländerbehörde oder Polizei. Auch bei Behandlungen im vergangenen Jahr oder bei der Hilfsmittelversorgung spielte die Angst vor Entdeckung eine untergeordnete Rolle: 10,0% der 20 Migranten, die im vergangenen Jahr in medizinischer Behandlung waren und Angaben zu Problemen machten, nannten ‚Angst' als Problem bei der Behandlung. Bei der Beschaffung medizinischer Hilfsmittel stellte ‚Angst' für einen von acht Migranten ein Problem dar.

Die Sprache wurde bei der aktuellen Behandlung nur von einem von elf vorbehandelten Migranten als Barriere wahrgenommen, weder bei früheren Behandlungen noch bei der Beschaffung von Hilfsmitteln wurden Sprachbarrieren benannt.

Vier Migranten von elf bereits behandelten Migranten hatten die Behandlung mindestens einmal unterbrochen und nicht wieder beim selben Arzt aufgenommen. Angst oder Sprachbarrieren waren keine Gründe des Abbruchs. Dreimal war Unzufriedenheit mit der Therapie bzw. mit dem behandelnden Arzt ursächlich, einmal führten die Kosten zum Abbruch.

Ein Teil der Migranten hatte keine Probleme bei der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung: 36,4% der elf Migranten, die schon in Behandlung waren mit den derzeitigen gesundheitlichen Beschwerden, konnte sich problemlos medizinische Behandlung organisieren, 60,0% der 20 befragten Migranten hatte keine Probleme sich medizinische Behandlung für andere Anliegen im vergangenen Jahr zu organisieren und die Hälfte der acht Migranten, die ein Hilfsmittel benötigten, hatte kein Problem sich medizinische Hilfsmittel zu beschaffen.

Bias und Confounding

Mögliche Verzerrungen entsprechen den unter 4.2.2.2 beschriebenen Abweichungen in der Repräsentativität insbesondere in Hinblick auf die Nutzung des Medibüros durch die befragten Migranten in Abgrenzung zur Gesamtheit der illegalisierten Migranten. Die Nutzung des Medibüros kann einen Einfluss auf die Wahrnehmung der Probleme bei stattgehabten Behandlungen ausüben.

Vergleich mit der Literatur und den Ergebnissen aus 4.2.2.2

Die Kostenübernahme präsentiert sich als großes Problem bei der Behandlung, sie wird als häufigstes Hindernis bei medizinischer Versorgung benannt. Diese Daten bestätigen sowohl die initiale Einschätzung der Migranten, die sich häufig aus Sorge vor Behandlungskosten nicht in Behandlung begeben haben, als auch die vorhandene Literatur, die Kostenübernahme als ein entscheidendes Hindernis beim Zugang zu medizinischer Versorgung identifiziert, vgl. 4.2.2.2. Dabei wäre auf dem offiziellen Weg zu medizinischer Versorgung laut Gesetzestext das Sozialamt für die Kostenübernahme zuständig, vgl. 1.4.2. Bei den befragten Migranten hat das Sozialamt nie die Kosten getragen. Die Kostenübernahme durch das Sozialamt, scheint für die befragten Migranten keine Behandlungsoption darzustellen. Die Suche nach anderen Geldquellen für die Finanzierung medizinischer Versorgung wird damit zum beherrschenden Problem bei der Behandlung.

Angst vor Abschiebung spielt in der Stichprobe eine untergeordnete Rolle als Problem bei vergangenen medizinischen Behandlungen. Dies steht im Kontrast zur Literatur, in der Angst vor Abschiebung als entscheidendes Problem bei der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung beschrieben wird (MDM 2007, S.56; Bommes und Wilmes, 2007, S.68-74; Krieger et al. 2006, S.100-101). Es ist anzunehmen, dass die Ursache für die Angstfreiheit in der Anbindung an das Medibüro liegt. Die Angst vor Abschiebung und Angst vor Behandlungskosten stehen hier in einem umgekehrt reziproken Verhältnis. Ist ein Migrant in der Lage die Behandlungskosten zu übernehmen oder findet einen Dritten, der diese Kosten übernimmt (z. B. Medibüro), ist die Chance über die medizinische Behandlung enttarnt zu werden gering. Die liegt daran, dass die Entdeckung des illegalen Aufenthaltes am

wahrscheinlichsten ist, wenn das Sozialamt zur Kostenübernahme hinzugezogen wird. Wird nun eine Behandlung ohne offiziellen Kostenträger (Sozialamt) angestrebt, wird sich die Angst vor Abschiebung verringern, die Sorge vor hohen Behandlungskosten, die selbst getragen werden müssen, allerdings steigen. Was als größtes Hindernis beim Zugang zu medizinischer Versorgung wahrgenommen wird, hängt nun entscheidend davon ab, welcher Kostenträger für die Behandlung bekannt ist und welche Bezahlung angestrebt wird. Die befragten Migranten haben ihre Behandundlungskosten in der Vergangenheit entweder selbst bezahlt oder durch Dritte bezahlen lassen, nicht jedoch das Sozialamt als Kostenträger in Anspruch genommen. Alle Migranten, die interviewt worden sind, sind Patienten des Medibüros. Entsprechend gering ist ihr Risiko bei medizinischer Behandlung entdeckt zu werden, da Sensibilisierung der behandelnden Ärzte und Kliniken für die Angst der Patienten durch das Medbüro und die anonymisierte Behandlung das Risiko der Abschiebung minimieren. Das Risiko zumindest teilweise privat für Kosten der Behandlung aufkommen zu müssen, ist aufgrund der begrenzten Ressourcen des Medibüros, jedoch hoch. Es ist anzunehmen, dass für Migranten, denen kein niedrigschwelliger Zugang zum Gesundheitssystem – wie das Medibüro – bekannt ist, medizinische Versorgung in größerem Umfang als aus den Daten ersichtlich mit Angst vor Abschiebung besetzt ist.

Sprache als Problem bei vergangenen Behandlungen wird von den befragten Migranten nicht als prominentes Problem wahrgenommen. Sprachbarrieren spielen vor dem Hintergrund der bedrohlicheren Faktoren wie Abschiebung und Verschuldung offenbar eine untergeordnete Rolle obwohl sie in der Literatur als Hindernisse beschrieben sind (MDM 2007, S.56; Krieger et al. 2006, S.100).

36,4% der Migranten haben die Behandlung für das derzeitige gesundheitliche Problem mindestens einmal abgebrochen und bei einem anderen Arzt fortgeführt. Als Ursache werden auch hier Kosten genannt allerdings auch Unzufriedenheit mit dem Arzt oder seiner Therapie. In der Literatur sind sowohl Angst als auch die Notwendigkeit zu arbeiten als Gründe für Behandlungsabbrüche beschrieben, beides spielte in der vorliegenden Untersuchung keine Rolle (Magalhaes et al., 2010, S.146; Bommes und Wilmes, 2007, S.68; Krieger et al. 2006, S.100-101). Unzufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung ist in der Literatur ebenfalls beschrieben, diese ist besonders hoch, wenn die Ärzte nicht selber ausgesucht werden können und die Behandlung nicht genauso wie bei versicherten Patienten abläuft (Behrensen und Groß 2004, S.72-78, 81-83). Zwar wurden Sprachprobleme verneint, die Literatur legt jedoch nahe, dass kulturell unterschiedliche Erwartungen an die Behandlung sowie Bedeutungsunterschiede und verschiedene Arten der Kommunikation das Arzt-Patient-Verhältnis und die Zufriedenheit mit der Behandlung beeinflussen können (Cerda-Hegerl 2008, S.142-143).

Auffällig ist, dass ein Teil der Migranten sich offenbar ohne Probleme medizinische Hilfe organisieren kann, wenn er diese benötigt. Zwölf von 20 Migranten, die im vergangenen Jahr medizinische Hilfe in Anspruch nahmen, hatten keine Probleme sich diese zu organisieren. Einige Migranten konnten sich auch Hilfsmittel oder die derzeitige medizinische Behandlung problemlos organisieren. Die Vermutung liegt nahe, dass dieser Beobachtung die Tatsache zugrunde liegt, dass allen befragten Migranten das Medibüro als Anlaufpunkt bekannt war. In der Literatur finden sich außerdem zahlreiche Belege, dass gute soziale Netzwerke den Zugang zu medizinischer Versorgung vereinfachen (Devillanova 2008, S.276-284; Krieger et al. 2007, S.99; Müller 2004, S.72; Schönwälder, Vogel und Sciortino 2004, S.68-69; Anderson 2003, S.35; Alt 1999, S.173).

Einordnung und Bewertung der Probleme bei medizinischer Behandlung aus Perspektive der Illegalisierten

In Zusammenschau stellen sich die Behandlungskosten als das zentrale Hindernis beim Zugang zu medizinischer Versorgung dar. Der Zugang zu medizinischer Versorgung durch private (Teil-)Übernahme der Behandlungskosten z. B. im Rahmen des Medibüros geht wahrscheinlich mit einer Reduktion von Abschiebeängsten aber großen Sorgen vor finanzieller Belastung einher. Angst wird sehr selten als Hindernis bei der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung benannt. Es ist anzunehmen, dass Migranten, die weder über finanzielle Ressourcen verfügen noch über Kontakte zu NROs, die medizinische Behandlung bahnen und bezahlen, in größerem Umfang als die vorliegende Stichprobe Angst vor Abschiebung als Hindernis bei medizinischer Versorgung wahrnehmen. Eine Subgruppe der illegalisierten Migranten kann sich in der Illegalität problemlos medizinische Versorgung organisieren – wahrscheinlich durch Nutzung des Medibüros. Die Literatur legt nahe, dass Netzwerken dabei ebenfalls eine wichtige Rolle zukommt.

Sprachbarrieren werden selten als Probleme benannt, in Anbetracht der übrigen Probleme bei medizinischen Verorgung spielen sie offenbar zunächst eine nachgeordnete Rolle für die illegalisierten Migranten.

27,2% der Migranten, die schon mal in medizinischer Behandlung waren mit ihren Beschwerden, haben diese aus Unzufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung abgebrochen, ursächlich könnten sowohl kulturelle Unterschiede als auch die begrenzte Auswahl in der Arztwahl in Frage kommen.

Probleme bei der Behandlung illegalisierter Migranten: Perspektive der Ärzte

Ergebnisse

Die Kostenübernahme wird auch in der Ärzteschaft als Problem wahrgenommen: 80% der 20 befragten Ärzte übernahmen selbst die Kosten bei der Behandlung illegalisierter Migranten.
Zudem sei das Fehlen von Dolmetschern ein Problem, geben 72,0% der 25 Ärzte an. Aus ärztlicher Sicht ergibt sich ein zusätzliches Hindernis in der fehlenden Abrufbarkeit erfolgter Diagnostik in anderen Einrichtungen – 72,0% der befragten 25 Ärzte beklagen die Nicht-Verfügbarkeit von Vorbefunden.

Für die Behandlung von Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus ist kein Arzt der Stichprobe 4 in Konflikt mit § 96 Abs.1 Nr.2 AuftG (Beihilfe zum illegalen Aufenthalt) gekommen, drei Ärzte schilderten jedoch Konflikte mit der Ausländerbehörde bzw. Krankenhäusern.

22 Ärzte formulierten konkrete Vorschläge zur Lösung der Probleme bei der Versorgung illegalisierter Migranten: 9,1% fordern eine Verbesserung des Aufenthaltsstatus, zu mutmaßen ist, dass darin eine Forderung nach einer Verbesserung des Zugangs zu Gesundheitsversorgung implizit ist.
Weitere 31,8% der Ärzte fordern eine Sicherung des Zuganges zu medizinischer Versorgung und die Entlohnung selbiger. Weitere 40,9% wünschen zumindest eine Kostenübernahme für bestimmte medizinische Leistungen bzw. für bestimmte Migrantengruppen. Insgesamt fordern also 72,7% der Ärzte einen umfassenden Zugang zum Gesundheitssystem oder zumindest eine Verbesserung des Zugangs zu Gesundheitsfürsorge für bestimmte Gruppen oder Erkrankungen. 9,1% der Ärzte fordern außerdem die Sicherstellung einer legalen Entbindung, was neben der Kostenübernahme für Schwangere die Möglichkeit eine Geburtsurkunde zu erhalten einschließt. 22,7% der befragten Ärzte ist die Verbesserung der Kooperation zwischen den behandelnden Ärzten ein Anliegen, weitere 9,1% wünschen sich die Klärung der Zuständigkeiten.

Bias und Confounding

Die Stichprobe 4, die sich aus dem Ärztenetzwerk des Medibüros rekrutiert ist nicht repräsentativ weder für alle Ärzte in Hamburg, noch für alle Ärzte, die Illegalisierte behandeln. Häufiger als andere Ärzte kommen sie in Kontakt mit illegalisierten Migranten. Durch den Kontakt mit den Migranten und die Kooperation mit dem Medibüro ist eine Sensibilisierung für das Thema wahrscheinlich, außerdem ein vermutlich überdurchschnittliches Engagement in der Behandlung von Migranten. Entsprechend lassen

sich die erhobenen Daten nicht auf eine Grundgesamtheit übertragen, sie eignen sich jedoch zur Beschreibung der Probleme in der Behandlung Illegalisierter.

Vergleich mit der Literatur

Auch aus der Perspektive der behandelnden Ärzte stellt die Kostenübernahme ein gewichtiges Problem in der Behandlung dar. Viele der Ärzte in der Stichprobe tragen die Kosten selber. Der offizielle Weg der Abrechnung über das Sozialamt scheint nicht üblich zu sein. Die Gründe dafür sind nicht erhoben, denkbar wären die Gefahr, die von der Abrechnung über das Sozialamt für die Illegalisierten ausgeht, der aufwendige bürokratische Prozess und/oder die niedrige Erfolgsrate. Große administrative Hürden bei der Kostenübernahme als Hindernis bei der Behandlung sind in der Literatur beschrieben (Jensen et al. 2011, S.157-159). Die Meldepflicht des Sozialamtes, die der Abrechnung zudem im Wege steht, ist bereits mehrfach von der Bundesärztkammer kritisiert worden (Bundesärztekammer 2011b, S.128, 129). Betrachtet man die Vorschläge zur Lösung des Versorgungsproblems seitens der Ärzte wird deutlich, dass die Ärzte in dieser Art der Behandlung keine Lösung sehen sondern rechtliche Reformen fordern, die den Ärzten die Entlohnung ihrer Leistungen und den Migranten den Zugang zu medizinischer Versorgung sichern.

Die schlechte Verfügbarkeit von Vorbefunden und das Fehlen von Dolmetschern werden von über 70% der befragten Ärzte als Hindernis empfunden. Auch in den Lösungsvorschlägen findet sich die Problemstellung der Kommunikation untereinander wieder. In der Literatur werden beide Hindernisse mehrfach als für die behandelnden Ärzte problematisch geschildert, wiederholte Untersuchungen verstärken zudem Somatisierungstendenzen bei den Migranten (Jensen et al. 2011, S.157-159; Schoevers et al. 2009a, S.498; Kalvelage 2007, S.29). Sprachbarrieren werden von Ärzten als häufiges Problem wahrgenommen, von illegalisierten Migranten indes eher selten als Hindernis benannt. Eine Erklärung könnte in der Lebenssituation der Illegalisierten liegen, in der existenzielle Ängste, die mit Erkrankungen in der Illegalität einhergehen, in den Vordergrund treten auf der Suche nach Möglichkeiten der Behandlung, Sprachprobleme erscheinen in der Folge als untergeordnetes Problem. Einige Ärzte wünschen sich zudem Rechtssicherheit für Ärzte. Gleichzeitig ist kein Arzt der Stichprobe je in aufenthaltsrechtliche Konflikte gekommen und auch bundesweit ist kein solcher Fall bekannt (Classen 2008, S.5). Das Bundesministerium des Innern (2007, S.33) erklärte zwar, dass medizinische Behandlung nicht unter den Tatbestand der Beihilfe zum illegalen Aufenthalt fällt, einige Ärzte scheinen dennoch verunsichert und der Ärztetag fordert gesetzliche Ausnahmeregelungen (Bundesärztekammer 2007, S.79).

Einordnung und Bewertung der Probleme bei der Behandlung Illegalisierter aus Perspektive der Ärzte

In Zusammenschau stellt sich die Abwesenheit eines gesicherten gesetzlich garantierten Zugangs zu medizinischer Versorgung als zentrales Problem dar: Über 30% der Ärzte fordern die umfassende gesetzliche Sicherstellung der medizinischen Versorgung, 9% fordern sogar eine Verbesserung nicht nur der medizinischen Versorgung sondern insgesamt des Aufenthaltsstatus. Weitere 40,9% der Ärzte fordert zumindest einen offiziellen Zugang zu medizinischer Versorgung für bestimmte Erkrankungen oder bestimmte besonders vulnerable Subgruppen. Alle weiteren benannten Probleme sind auf den ehrenamtlich und anonymen Zugang zum Gesundheitswesen zurück zu führen: Die Kostenabrechnung stellt ein Problem dar, da nicht auf offiziellen Wege mit einer Krankenkasse oder dem Sozialamt abgerechnet wird, Dolmetscher sind schwer zu organisieren, weil es keine Kostenträger gibt und Befunde sind nicht abrufbar, da die Behandlung zum Schutz der Betroffenen anonym stattfindet.

Zusammenfassende Einordnung und Bewertung der Probleme bei der Behandlung illegalisierter Migranten

Die Kosten der Behandlung stellen sowohl für Ärzte als auch für Migranten das entscheidende Hindernis bei der medizinischen Behandlung dar. Angst vor Abschiebung in Zusammenhang mit der Behandlung spielt eine untergeordnete Rolle, da der Zugang über offizielle Wege, einschließlich Abrechnung über das Sozialamt, offenbar selten genutzt wird, da das Medibüro den befragten Migranten als alternativer Zugang bekannt ist. Behandlungskosten werden von den Migranten am häufigsten als Problem benannt, gleichzeitig wurden sie vergangener Behandlung selten selber getragen. Währenddessen gibt ein großer Teil der Ärzte an die Behandlungskosten regelmäßig selbst zu tragen.
72,7% der Ärzte sehen in einem gesicherten Zugang zu medizinischer Versorgung mit geregelter Kostenübernahme zumindest für einige besonder vulnerable Gruppen von Migranten die Lösung der Probleme bei der Behandlung. Die übrigen Probleme, die bei der Behandlung illegalisierter Migranten durch Ärzte und Migranten genannt worden sind, sind auf den fehlenden sicheren und finanzierten Zugang zu Gesundheitsversorgung zurück zu führen: Es können keine Kosten für Dolmetscher übernommen werden, entsprechend fehlen selbige und Sprachprobleme werden so zu Behandlungshindernissen und Vorbefunde aufgrund der anonymen Behandlung nicht abrufbar.

4.2.3 Zusammenfassung Fragestellung 3 und Literaturvergleich: Inanspruchnahme medizinischer Versorgung

4.2.3.1 Konsultationsanlässe im Medibüro

Einordnung und Bewertung der Daten der Konsultationen im Medibüro

Ergebnisse

Während des Zeitraumes vom Januar 2006 bis Juni 2008 nehmen 876 Migranten mit 1 315 Anliegen das Medibüro in Anspruch. Der überwiegende Anteil der Migranten wendet sich mit dem Anliegen an das Medibüro einen Arzttermin bei Krankheit vermittelt zu bekommen – 80,3% aller Konsultationen – wobei die Anzahl der vermittelten Arzttermine stetig zunahm. Zuletzt werden 269 Arzttermine pro Halbjahr vermittelt, entsprechend etwa zehn Arztterminen pro Woche. Den zweitgrößten Anteil der Konsultationen bilden die Nachfragen nach finanzieller Unterstützung bei der Begleichung von Arztrechnungen – 8,3% aller Konsultationen. Die Anzahl von Migranten, die sich selbst medizinische Versorgung organisiert haben, bei der Begleichung der Kosten für medizinische Leistungen jedoch der Unterstützung durch das Medibüro bedürfen, ist ebenfalls im Verlauf zunehmend. Auch die Organisation von Operationen und Geburten nimmt zahlenmäßig zu, stellt insgesamt aber weniger als 10% aller Konsultationen dar. Die Vermittlung von Vorsorgeuntersuchungen geschieht in sehr begrenztem Umfang und zeigt keine zunehmende Tendenz.

Bias und Confounding

Für die Zunahme an Vermittlungen sowohl von Arztterminen als auch von Operationen und Geburten sowie die zunehmende finanzielle Unterstützung bei der Begleichung von Arztrechnungen können verschiedene Formen des Bias eine Rolle spielen: Die Verteilung der Konsultationsanlässe spiegelt wahrscheinlich nicht den Bedarf, sondern wahrscheinlicher die Bekanntheit verschiedener Angebote in den Communities bzw. die Bekanntheit alternativer Unterstützungswege wider. Die Konsultation des Medibüros ist entsprechend das Ergebnis eines Entscheidungsprozesses der durch verschiedene bekannte Faktoren (Kenntnis der Medibüros und Alternativen, Vertrauen in das Medibüro, Angst, Geld, vgl. 1.6) und unbekannte Faktoren beeinflusst ist. Weiterhin ist eine Form des ‚information bias' möglich: Es kann sich um eine Veränderung oder Verbesserung der Dokumentation handeln, ohne dass es zu einer tasächlichen Zunahme gekommen ist oder ohne dass es in diesem Umfang in allen Bereichen zu einer Zunahme gekommen ist. Insbesondere die Dokumentation in den Bereichen, die nicht zum ‚Kerngeschäft' des Medibüros – der Arztterminvermittlung – gehören, könnte erst bei zunehmender Inanspruchnahme perfektioniert und standardisiert worden sein.

Vergleich mit der Literatur

Leider sind keinerlei Vergleichsdaten verfügbar.

Einordnung und Bewertung der Entwicklung der Konsultationsanlässe im Medibüro.

Die Vermittlung von Arztterminen, die traditionell die Kernaufgabe des Medibüros ist, stellt weiterhin den größten Anteil der Konsultationen dar, andere Aufgaben – wie die finanzielle Hilfe nach stattgehabter medizinischer Versorgung oder die Organisation von Operationen und Geburten – gewinnen aber zunehmend an Bedeutung. Wahrscheinlich ergeben sich die Zahlen aus dem Zusammenspiel verschiedener Faktoren: Durch die zunehmende Bekanntheit und Akzeptanz der Medibüros und der Thematik bei offiziellen Stellen und in der Öffentlichkeit (vgl. deutliche Zunahme der Publikationen) wurden Kooperationen mit Krankenhäusern in einem zunehmenden Umfang möglich, so dass Operationen und Geburten häufiger organisiert werden konnten. Die Anzahl der Konsultationen stieg gleichzeitig, möglicherweise weil immer mehr Migranten das Medibüro kannten oder sich trauten es zu nutzen, aber auch weil in zunehmendem Umfang Migranten aus neuen EU-Ländern das Medibüro erreichten, vgl. Tabelle 6. Im Rahmen der zunehmenden Komplexität und Quantität der Beratung war eine Professionalisierung der Beratung, die mit einer Verbesserung der Dokumentation einherging, notwendig. Insgesamt stieg die Anzahl der Konsultationen tatsächlich, die Möglichkeiten der Weitervermittlung in andere Beratungseinrichtungen und Krankenhäuser wuchsen und eine detailliertere Dokumentation verbesserte die Nachvollziehbarkeit insbesondere von Nicht-Arztvermittlungs-Konsultationen.

Einordnung und Bewertung der Konsultationen im Medibüro im Subgruppenvergleich – Frauen/Männer

Ergebnisse

Insgesamt geschehen 67,8% der Konsultationen durch Frauen. Frauen werden in allen Bereichen häufiger durch das Medibüro weiter vermittelt oder beraten. Männern nehmen proportional etwas häufiger als Frauen die Beratung und Weitervermittlung in andere Beratungseinrichtungen in Anspruch. 24,3% der Konsultation durch Frauen, entsprechend 16,5% aller Konsultationen im Medibüro, stehen in Zusammenhang mit gynäkologischen oder schwangerschaftsassoziierten Anliegen.

Bias und Confounding

Möglich ist, dass innerhalb bestimmter Gruppen von Migranten bestimmte Dienstleistungen des Medibüros besonders bekannt sind und sich deshalb eine Gruppe mit einer bestimmten

Soziodemographie in besonderem Maße an das Medibüro gewendet hat. Ein systematisches Abweichen der Verteilung innerhalb der Subgruppen von der Grundgesamtheit ist denkbar.

Vergleich mit der Literatur

Leider ist keine vergleichbare Literatur verfügbar.

Einordnung und Bewertung der Konsultationsanlässe bei Frauen und Männern im Vergleich

Substantielle Unterschiede im Konsultationsverhalten zwischen Männern und Frauen lassen sich nicht feststellen. Männer scheinen etwas häufiger die Beratung und Weitervermittlung an andere NROs zu nutzen. Die große Bedeutung von gynäkologischer Versorgung steht im Einklang mit der Häufigkeit gynäkologischer Erkrankungen und Schwangerschaften bei den Migrantinnen des Medibüros ebenso wie in anderen deutschen Populationen gleichen Alters, vgl. 4.2.1.1. Wahrscheinlich ist die Bedeutung gynäkologischer Betreuung größer als aus den Daten ersichtlich, da es weitere Einrichtungen zur Versorgung gynäkologischer Probleme und Schwangerschaften gibt (FPZ, CASA blanca).

Einordnung und Bewertung der Konsultationen im Medibüro im Subgruppenvergleich – Herkunft und Aufenthaltsstatus

Ergebnisse

Insgesamt konsultieren mehr Illegalisierte als Migranten aus neuen EU-Ländern das Medibüro. In allen Bereichen überwiegen die Konsultationen durch Illegalisierte zahlenmäßig. Illegalisierte Migranten nutzen die Möglichkeit der Arzterminvermittlung auch proportional im Vergleich zu anderen Angeboten häufiger als Migranten aus neuen EU-Ländern. Migranten aus neuen EU-Ländern wenden sich häufiger als Illegalisierte an das Medibüro mit dem Anliegen finanzielle Hilfe bei der Begleichung von Arzt- oder Krankenhausrechnungen oder Dienstleistungen in direktem Zusammenhang mit einer Schwangerschaft zu erhalten.

Bias und Confounding

Ein systematischer Fehler bei der Dokumentation betreffend die Konsultationen durch Illegalisierte und EU-Migranten ist unwahrscheinlich. Wahrscheinlich reflektiert diese Verteilung der Konsultationsanlässe vor allem die unterschiedliche Bekanntheit des Medibüros und differierenden Alternativen der Versorgung. Entsprechend veranschaulicht diese Verteilung eine Besonderheit, der Migranten, die das Medibüro konsultieren, möglicherweise jedoch nicht eine grundsätzliche Differenz zwischen Migranten aus neuen EU-Ländern und illegalisisierten Migranten.

Vergleich mit der Literatur

Leider ist keine Literatur über Unterschiede in der Konsultation von Beratungseinrichtungen durch Illegalisierte und Migranten aus neuen EU-Ländern verfügbar.

Einordnung und Bewertung der Konsultationsanlässe bei Illegalisierten und Migranten aus neuen EU-Ländern im Vergleich

Die häufigere Nutzung des Medibüros für die Arztterminvermittlung durch Illegalisierte könnte auf der guten Bekanntheit des Medibüros als Vermittlungsstelle für Arzttermine in den Communities illegalisierter Migranten basieren. Zudem haben EU-Migranten möglicherweise weniger Scheu selbstständig Arzttermine auszumachen, da sie nicht von Abschiebung bedroht sind oder sie reisen häufiger ins Heimatland zur Behandlung.
Die häufigen Anfragen nach finanzieller Hilfe bei Arztrechnungen könnten ebenfalls auf der Vorgehensweise von EU-Migranten basieren, zunächst selbst Arzttermine zu organisieren. Denkbar ist, dass sich für die Migranten keine Kostenträger gefunden haben oder die Rechnung unerwartet hoch gewesen ist und in der Folge das Medibüro kontaktiert wird.
Die große Nachfrage schwangerschaftsbezogener Dienstleistungen reflektiert die häufigeren Schwangerschaften, vgl. 4.2.1.1. Eine tatsächliche Differenz in den Erkrankungen zwischen Illegalisierten und EU-Migranten kann nicht sicher festgestellt werden, im Medibüro zeigen sich jedoch mehr Schwangerschaften bei Migrantinnen aus neuen EU-Ländern als bei Illegalisierten, vgl. 4.2.1.1.
Mund-zu-Mund Propaganda über die Möglichkeit mit Unterstützung des Medibüros zu entbinden in Verbindung mit der Unkenntnis anderer Möglichkeiten (CASA blanca, FPZ) könnte zu der erhöhten Inanspruchnahme führen.
Operationen werden von Migranten aus neuen EU-Ländern gar nicht in Anspruch genommen. Möglicherweise wird im Falle einer operationsbedürftigen Erkrankung eher die Heimreise in Angriff genommen.

Zusammenfassende Einordnung und Bewertung der Konsultationsanlässe im Medibüro

Zusammenfassend nimmt die Anzahl der Konsultationen im Medibüro stetig zu. Die absolute Anzahl der jährlichen Konsultationen ist dabei nicht als Anhalt für den absoluten Bedarf misszuverstehen. Die Verteilung der Konsultationsanlässe gibt jedoch Aufschluss über den Stellenwert der unterschiedlichen Unterstützungsangebote im Medibüro zueinander. Die Anzahl der Konsultationen hat im Kerntätigkeitsbereich des Medibüros – in der Arztterminvermittlung – am stärksten zugenommen. Alle anderen Unterstützungsangebote – finanzielle Unterstützung zur Begleichung von Arztrechnungen, Weitervermittlung in andere Einrichtungen sowie Organisation von Operationen und Geburten – zeigen einen Anteil von

zusammen knapp 20% an den Konsultationen beim Medibüro, sie nehmen jedoch an Bedeutung zu. Es verbesserte sich allerdings auch die Dokumentation, so dass die Ausgangswerte sich möglicherweise niedriger als in Realita darstellen. Vorsorgeuntersuchungen werden gleichbleibend in nur sehr geringem Umfang vermittelt. Konsultationen wegen gynäkologischen Fragestellungen und Geburtsbetreuungen stellen 16,5% aller Konsultationen beim Medibüro dar. Die Konsultationen bezüglich der Versorgung von Schwangeren werden durch die weiteren Unterstützungsangebote in diesem Bereich in Hamburg in der ausgewerteten Dokumentation in ihrer Bedeutung unterrepräsentiert sein. Migranten aus neuen EU-Ländern nehmen häufiger finanzielle Hilfe bei Arztrechnungen und Dienstleistungen in Zusammenhang mit Schwangerschaft in Anpsuch, seltener jedoch die Arztterminvermittlung und die Organisation von Operationen. Die Ursachen sind in Ermangelung vergleichbarer Daten oder qualitativen Forschungsergebnissen unklar. Möglicherweise zeigt sich lediglich eine zufällige Differenz in der Subpopulation der Migranten, die das Medibüro erreichen.

4.2.3.2 Facharzttermine vermittelt durch das Medibüro

Einordnung und Bewertung der Daten zur Verteilung der Arzttermine im Medibüro

Ergebnisse

Die Anzahl der Facharzttermine insgesamt nimmt von Halbjahr zu Halbjahr zu. Insgesamt wurden 1 056 Arzttermine von 785 Migranten in Anspruch genommen. Am häufigsten werden durch das Medibüro Termine in der Allgemeinmedizin vergeben – 18,0% aller Arzttermine. Gefolgt wird die Allgemeinmedizin in absteigender Reihenfolge von Terminen in der Zahnmedizin (17,1%), Gynäkologie (17,0%), Augenheilkunde (10,1%), Inneren Medizin (9,9%), Dermatologie (5,0%) und Orthopädie (4,9%). Alle übrigen Fachgebiete werden seltener frequentiert.

Bias und Confounding

Die Daten zur Facharztverteilung unterliegen in ähnlicher Weise Verzerrungen wie die Daten zur Erkrankungsverteilung. Die beschriebenen Verzerrungen der Daten unter 4.2.1.1 a.-h. sind entsprechend auch auf die Facharztverteilung anzuwenden. Hinzuzufügen ist folgende Verzerrungsmöglichkeit:

i. Anders als in anderen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung ist die Terminvergabe vom Medibüro nicht nur von den Beschwerden der Migranten abhängig, sondern auch von der Verfügbarkeit der jeweiligen Fachrichtung im Ärztenetzwerk des Medibüros. Nicht alle Fachrichtungen stehen in ausreichendem Umfang zur Verfügung. Insbesondere Fachrichtungen, die mit teurer oder langfristiger

Patientenbetreuung rechnen müssen, stehen seltener zur Verfügung. Die Arbeitsleistungen werden durch die Ärzte im Netzwerk soweit möglich kostenfrei erbracht, die Bereitschaft zu kooperieren varriiert wahrscheinlich unter anderem entsprechend den Kosten und der Zeit, die für Behandlung und Therapie zu erwarten sind. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung fehlen vor allem Zahnärzte, Orthopäden, Pädiater und Psychologen (Mitrovic 2009, S.202; Quentin 2007, S.28; Medizinische Vermittlungs- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und MigrantInnen 2007, S.24).

Vergleich mit der Literatur und den Ergebnissen aus 4.2.1.1

Insgesamt spiegelt die Facharztverteilung Erkrankungsspektrum und -häufigkeiten wider. Allgemeinmedizin und Innere Medizin stellen zusammen 27,9% der Arzttermine dar; Störungen des allgemeinen Befindens, unspezifische Symptome des Abdomens, Krankheiten von Verdauungs-, Atmungs- oder Kreislaufsystems sowie endokrine- und Stoffwechselerkrankungen präsentieren zusammen 24,3 % der vorgestellten Erkrankungen.
181 zahnmedizinische Termine wurden an 168 Migranten mit Zahnbeschwerden vermittelt. 179 Termine in der Gynäkologie und 30 Termine in der Urologie wurden an 128 Migranten mit urogenitalen Beschwerden und 62 Schwangere vermittelt. An 107 Migranten mit Beschwerden der Augen wurden 107 Augenarzttermine vermittelt. 55 Migranten mit Hauterkrankungen haben 53 Termine in der Dermatologie erhalten. 80 Migranten mit Erkrankungen des Muskel- und Skelettaparates sind 52-mal in der Orthopädie und zum Teil in der Allgemeinmedizin versorgt worden. Die Häufigkeit pädiatrischer Krankheitsbilder ist aus der Einteilung nach ICD nicht zu entnehmen, allerdings ist bekannt, dass 33 Kinder das Medibüro besucht hatten, 28 haben einen Termin in der Pädiatrie erhalten.
Anhand der Korrelation zwischen Erkrankungen und Arztterminverteilung lassen sich zwei Beobachtungen machen: Die Daten erscheinen in sich konsistent und eine große Zahl Migranten konnte wahrscheinlich in der adäquaten Fachrichtung versorgt werden. Insbesondere in den Fachbereichen, in denen Personal fehlt (Zahnmedizin, Orthopädie, Pädiatrie und Psychiatrie/Psychologie) kann jedoch auf Grund der Datenlage keine Unterversorgung ausgeschlossen werden.

Vergleicht man die Verteilung der Termine im Medibüro mit der deutschen Bevölkerung so fällt im Vergleich mit den Daten von Schach, Schwartz und Kerek-Bodden (1989, S.340), erhoben bei Menschen zwischen 25 und 44 Jahren, die geringere Bedeutung von hausärztlicher sowie internistischer Versorgung – zusammen 59,6% – bei illegalisierten Migranten auf. Der Anteil gynäkologischer Arzttermine ist in den Daten von Schach, Schwartz und Kerek-Bodden (1989, S.340) ähnlich dem Anteil bei Illegalisierten – 19,0%. Orthopädische Termine stehen an dritter Stelle mit 4,3% gefolgt von augenheilkundlichen Terminen mit 4,0%. Zahnmedizinische Termine waren in der Auswertung leider nicht

enthalten. Entsprechend den Daten der Barmer GEK die alle Altersgruppen umfassen, stellen hausärztlich und internistische Versorgung zusammen 41,5% der Termine da, gefolgt von 9,7% gynäkologischer Arzttermine, 6,0% augenheilkundlicher Arzttermine und jeweils 4,6% orthopädischer und pädiatrischer Arzttermine. Auch in dieser Auswertung waren zahnmedizinische Arzttermine nicht enthalten (Barmer GEK 2010, S.73). In einer Untersuchung an Asylbewerbern von Jung und Hilbert (2011, S.60-66) zeigte sich eine Verteilung, die der vorliegenden sehr ähnlich ist: 22,8% Allgemeinmedizin, 22,8% Zahnheilkunde, 11,6% Gynäkologie, 10,7% Innere Medizin, 8,3% Dermatologie und 5,1% Orthopädie.

In anderen nichtstaatlichen Einrichtungen, die sich primär an illegalisierte Migranten richten, zeigen sich unterschiedliche Tendenzen in der Verteilung: 20-36% der Termine in der Allgemeinmedizin, 9-12% in der Inneren Medizin, 8-13% in der Zahnmedizin und 13-32% der Termine in der Gynäkologie, 3-6% in der Dermatologie, 1-5% in der Augenheilkunde, 3-11% in der Orthopädie, vgl. Abbildung 6. Die große Abhängigkeit der präsentierten Erkrankungen und konsekutiv vermittelten Arzttermine von der Verfügbarkeit verschiedener Fachbereiche in den jeweiligen Unterstützungsangeboten schränkt die Vergleichbarkeit der gewonnenen Daten mit in anderen nichtstaatlichen Unterstützungsangeboten gewonnenen Daten stark ein, vgl. 4.1.1.

Einordnung und Bewertung der Arztterminverteilung im Medibüro

In der Zusammenschau lässt sich festhalten:

1. Allgemeinmedizinische Arzttermine stellen knapp ein Fünftel der vermittelten Arzttermine dar. Das Fehlen von angemessen vielen Allgemeinmedizinern in der Arztkartei des Medibüros und die größere Bedeutung allgemeinmedizinischer Versorgung bei gewöhnlichen deutschen Populationen ebenso wie bei anderen Anlaufstellen für Migranten weisen möglicherweise auf eine tatsächlich noch größere Bedeutung der allgemeinmedizinischen Versorgung hin, als den vorliegenden Daten zu entnehmen ist. Zudem sind in den Daten des Medibüros Vermittlungen an Allgemeinmediziner bei akuten Erkrankungen sowie selbstlimitierenden infektiösen Erkrankungen – beispielsweise Gastroenteriden und Infekte der oberen Atemwege – unterrepräsentiert. Es ist anzunehmen, dass die tatsächliche Proportion der Inanspruchnahme allgemeinmedizinischer Konsultationen größer als 20% aller Arzttermine ist. Arzttermine in der Inneren Medizin scheinen mit etwa 10% der Arzttermine durchschnittlich häufig durch das Medibüro vermittelt zu werden. Ob ein Termin in der Inneren Medizin oder in der Allgemeinmedizin vermittelt wird, hängt im Medibüro in erster Linie davon ab, in welchem der beiden Fachbereiche freie

Kapazitäten sind. Bei unklaren Beschwerden wird ein Termin in der Allgemeinmedizin angestrebt. Bei spezifischen Beschwerden wird angestrebt ein Termin in einer entsprechenden internistischen Fachdisziplin durchzuführen, ist diese nicht verfügbar wird ein Termin bei einem hausärztlichen Internisten oder Allgemeinmediziner vereinbart. Die Bedeutung dieser beiden Fachgebiete ist aufgrund des Vermittlungsprozederes des Medibüros nicht getrennt zu betrachten. Es ist anzunehmen, dass allgemeinmedizinische und internistische Versorgung zusammen etwa ein Drittel der benötigten Arzttermine in der Population der illegalisierten Migranten ausmachen.

2. Gynäkologische Arzttermine stellen 17,0% der vermittelten Termine dar, bei Frauen machen sie 25% der Arzttermine aus. Wahrscheinlich wird zusätzlich ein Anteil der Migrantinnen im CASA blanca und FPZ versorgt. Der große Stellenwert gynäkologischer Versorgung bestätigt sich in den Daten, die Schach, Schwartz und Kerek-Bodden (1989, S.340) an Deutschen der gleichen Altersgruppe erhoben haben und in den Daten anderer Einrichtungen, die gynäkologische Betreuung für Illegalisierte mit anbieten (MFS 2005a, S.13; Castaneda 2009, S.1556). In den Daten sind zudem nur insgesamt 28 gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen enthalten – eine deutliche Unterversorgung. Neben der allgemeinmedizinischen und internistischen Versorgung, stellt die gynäkologische Betreuung wahrscheinlich die zweite große Säule der Versorgung bei illegalisierten Migranten dar.

3. Zahnmedizinische Termine werden am zweithäufigsten vermittelt, sie machen knapp ein Fünftel aller vermittelten Arzttermine aus. Die große Bedeutung zahnmedizinischer Versorgung erscheint vor dem Hintergrund der wahrscheinlich schlechteren zahnmedizinischen Versorgung in den Herkunftsländern und dem Zusammenhang mit Armut plausibel. Möglicherweise wäre die Inanspruchnahme noch größer gäbe es in ausreichendem Maße Zahnmediziner im Netzwerk des Medibüros. Außerdem ist die Zahnmedizin ein Fachbereich, der häufig akute Beschwerden behandelt, es ist deshalb anzunehmen, dass die tatsächliche Inanspruchnahme von zahnmedizinischer Versorgung noch höher ist, als den Daten zu entnehmen, die nur einmal wöchentliche Vermittlungen, nicht aber Notfallversorgung. dokumentieren können. Hinzu kommt eine, gewöhnlich Versicherten zustehende, einmal jährliche Kontrolle der Zahngesundheit. Diese Vorsorgetermine werden über das Medibüro nicht vermittelt und es gibt keinen Anhalt, dass sie auf anderem Wege von den Migranten in Anspruch genommen werden. Sie müssten bei etwaiger Bedarfsplanung jedoch Berücksichtigung finden.

4. Arzttermine in der Augenheilkunde stellen 10,1% aller vermittelten Arzttermine dar. Erkrankungen des Auges kommen bei den Migranten des Medibüros ungewöhnlich

häufig vor, vgl. 4.2.1.1. Möglicherweise ist in einer oder mehreren migrantischen Communities die gute ophthalmologische Versorgung sehr bekannt und wird entsprechend genutzt. Daten, die für andere Einrichtungen eine ähnliche Bedeutung der augenheilkundlichen Versorgung bestätigen, finden sich nicht.

5. Dermatologische Arzttermine stellen 5,0% der vermittelten Termine, in der deutschen Bevölkerung haben sie eine etwas geringe Bedeutung (Barmer GEK 2010, S.73; Schach, Schwartz und Kerek-Bodden 1989, S.340). Sie werden in anderen Einrichtungen für Migranten allerdings in ähnlicher Höhe in Anspruch genommen (vgl. Abbildung 6; Jung und Hilbert 2011, S.60-66). Die etwas erhöhte Bedeutung der dermatologischen Versorgung im Vergleich zur übrigen Bevölkerung zeigt sich konsistent zu dem Ergebnis, dass Migranten möglicherweise etwas häufiger als die übrige Bevölkerung von Hautkrankheiten betroffen sind, und könnte als eine mögliche Folge der Lebensumstände in der Illegalität gewertet werden, vgl. 4.2.1.1.

6. Orthopädische Arzttermine stellen 4,9% der vermittelten Arzttermine, konsistent mit den Zahlen bei der übrigen deutschen Bevölkerung (Barmer GEK 2010, S.73; Schach, Schwartz und Kerek-Bodden 1989, S.340). Aufgrund der schlechten Ausstattung des Medibüros mit Orthopäden wären möglicherweise weitere Termine notwendig aber nicht durchführbar gewesen. Muskuloskeletale Erkrankungen zeigen sich bei Illegalisierten, wie bei gesetzlich Versicherten als häufige Erkrankungen, möglicherweise ist die Bedeutung durch schlechte Arbeits- und Wohnbedingungen bei illegalisierten Migranten etwas höher als in der übrigen Bevölkerung, vgl. 4.2.1.1.

7. In der Dokumentation des Medibüros wird zwischen der Vermittlung von Psychotherapien und Arztterminen bei Psychiatern nicht unterschieden – beide Formen der Behandlung psychischer Erkrankungen stellen zusammen 0,7% der vermittelten Arzttermine dar. Psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung ist damit in der Stichprobe des Medibüros stark unterrepräsentiert. Selbige Versorgung ist durch langfristigen und kostenträchtigen Betreuungsaufwand kaum durch das Medibüro realisierbar (Mitrovic 2009, S.202; Quentin 2007, S.28; Medizinische Vermittlungs- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und MigrantInnen 2007, S.24). Auch in den Daten anderer Medibüros und Medinetzen finden sich kaum Angaben über stattgefundene psychotherapeutische oder psychiatrische Versorgung. Eine hohe Dunkelziffer psychischer Krankheitsbilder wird angenommen. Die Bedeutung psychologischer und psychiatrischer Betreuung wird eher größer sein als in der übrigen Bevölkerung, dafür sprechen die Ergebnisse aus Datensatz 2,3 und 4 sowie die Ergebnisse der Literatur, vgl. 4.2.1.1.

8. Pädiatrische Arzttermine werden sehr selten durch das Medibüro vermittelt. Insgesamt gibt es entweder sehr wenig Kinder in der Illegalität, oder diese werden nicht den üblichen Vorsorgeuntersuchungen zugeführt oder die Vorsorgeuntersuchungen und Therapien finden in einer anderen Einrichtung statt. Zudem verfügt das Medibüro nicht über ausreichend Pädiater (Mitrovic 2009, S.202; Quentin 2007, S.28; Medizinische Vermittlungs- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und MigrantInnen 2007, S.24). In Hamburg werden 240 bis 2.400 Kinder in der Illegalität angenommen (Vogel und Aßner 2009, S.108). In den Daten des Medibüros sind insgesamt 20 Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen dokumentiert. Angenommen all diese Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen sind bei Kindern durchgeführt worden, entspräche dies dennoch einer dramatischen Unterversorgung. Sicher ist die Bedeutung pädiatrischer Versorgung – einschließlich U-Untersuchungen und Impfungen – deutlich unterrepräsentiert in den Daten des Medibüros.

9. Weitere 15,5% der Arzttermine werden in mindestens elf weitere Fachrichtungen vermittelt. Einige Fachrichtungen sind im Ärztenetzwerk des Medibüros nicht vertreten (Mitrovic 2009, S.202; Quentin 2007, S.28; Medizinische Vermittlungs- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und MigrantInnen, 2007 S.24). In mehrere ‚teure' Fachrichtungen wie beispielsweise Radiologie wird fast gar nicht vermittelt. Andere Fachrichtungen werden durch die Ärzte im Netzwerk ohne weitere Dokumentation im Medibüro direkt vermittelt, Labormedizin beispielsweise. Insgesamt wird die Versorgung mit Terminen in kleineren Fachrichtungen aufgrund der deutlich schlechteren Verfügbarkeit mangelhaft sein.

Einordnung und Bewertung der Arztterminverteilung im Subgruppenvergleich – Frauen/Männer

Ergebnisse

Insgesamt wurden mehr Termine an Frauen vergeben, 67,7% aller Termine. In allen Fachdisziplinen werden häufiger an Frauen als an Männer Termine vergeben – außer in der Chirurgie und der Urologie. Gynäkologische Arzttermine stellen 25% der Arzttermine bei Frauen dar. Bei Männern ist die Proportion der Arzttermine in der Urologie, Chirurgie, Zahnmedizin und Innerer Medizin signifikant größer als bei Frauen.

Bias und Confounding

Alle Einflussfaktoren, die für die Gesamtverteilung wirksam sind, gelten in identischer Weise für den Subgruppenvergleich. Insbesondere die Inanspruchnahme entsprechend der

Bekanntheit einzelner Angebote in unterschiedlichen Subgruppen kann Einfluss nehmen. Ein wichtiger Confounder ist zudem nicht erhoben – Alter.

Vergleich mit der Literatur und den Ergebnissen aus 4.2.1.1

Im Vergleich mit der Erkrankungsverteilung bei Frauen und Männern präsentiert sich bei Männern im Vergleich zu Frauen eine häufigere Betroffenheit von Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems sowie Verletzungen, welche eine ebenfalls erhöhte Inanspruchnahme der Chirurgie plausibel erscheinen lässt. Eine erhöhte Inanspruchnahme der Urologie durch Männer, trotzt häufigerer Erkrankungen des Urogenitalsystems bei Frauen, lässt sich durch die gynäkologische Betreuung der Frauen bei Krankheiten des Urogenitalsystems erklären, während Männer bei selbigen Erkrankungen urologisch versorgt werden. Die etwas häufigere Betroffenheit von Hauterkrankungen, Zahnerkrankungen sowie Erkrankungen des Kreislaufsystems findet sich in der Verteilung der Arzttermine wieder, in der Dermatologie, Zahnmedizin und Innere Medizin etwas häufiger durch Männer genutzt werden. Vergleichende Literatur ist leider nicht verfügbar.

Einordnung und Bewertung der Verteilung der Arzttermine bei Frauen und Männern im Vergleich

Die große Bedeutung gynäkologischer Versorgung bei Frauen, mit 25% aller Arzttermine die an Frauen vermittelt werden und 17,0% aller Arzttermine insgesamt, entspricht sowohl der gewöhnlichen Erkrankungsverteilung als auch der gewöhnlichen Arztterminverteilung in der Altergruppe (Schach, Schwartz und Kerek-Bodden 1989, S.340; Barmer GEK 2012, S.109). Die größere Bedeutung von Vermittlungen in die Chirurgie bei Männern erscheint sowohl in Zusammenschau mit den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung betreffend die Erkrankungsverteilung als auch in Hinblick auf die gewöhnliche Erkrankungsverteilung bei Versicherten und insbesondere Migranten plausibel (Barmer GEK 2012, S.108; RKI 2008, S.47-49). Die Vermittlung von vorwiegend Männern in die Urologie ist in Hinblick auf die Versorgung der Frauen durch die Gynäkologie ebenfalls nachvollziehbar. Da die Vermittlung in die Innere Medizin oder Allgemeinmedizin im Medibüro vor allem davon abhängt, in welcher der Fachdisziplinen freie Kapazitäten sind, sind die Unterschiede in den Proportionen, die diese Fachbereiche in der Versorgung bei Männern und Frauen ausmachen, am ehesten als zufällig zu werten.

Einordnung und Bewertung der Arztterminverteilung im Subgruppenvergleich – Herkunft und Aufenthaltsstatus

Ergebnisse

Insgesamt sind 761 Arzttermine an Migranten ohne Aufenthaltsstatus vermittelt worden und 144 Arzttermine an Migranten aus neuen EU-Ländern. Migranten ohne Aufenthaltsstatus sind in allen Fachdisziplinen in absoluten Zahlen häufiger behandelt worden als Migranten aus neuen EU-Ländern. Migranten aus neuen EU-Ländern benötigen proportional signifikant häufiger gynäkologische und pädiatrische Arzttermine.
Die Bedeutung der ophthalmologischen Versorgung ist bei Migranten ohne Aufenthaltsstatus signifikant größer als bei den Migranten aus neuen EU-Ländern. Orthopädische Arzttermine stellen bei den Illegalisierten ebenfalls einen proportional größeren Anteil als bei den Migranten aus neuen EU-Ländern, die Anzahl der orthopädischen Arzttermine bei EU-Migranten ist jedoch so klein, dass statistische Tests unzulässig sind.

Bias und Confounding

Alle Einflussfaktoren, die für die Gesamtverteilung wirksam sind, gelten in identischer Weise für den Subgruppenvergleich. Insbesondere die Inanspruchnahme entsprechend der Bekanntheit einzelner Angebote in unterschiedlichen Subgruppen und Confounding durch unbekannte Altersstruktur kann für die Verteilung von Bedeutung sein.

Vergleich mit der Literatur und den Ergebnissen aus 4.2.1.1

Migranten aus neuen EU-Ländern wenden sich signifikant häufiger als illegalisierte Migranten mit Schwangerschaften an das Medibüro, auch Erkrankungen des Urogenitalsystems werden durch Migranten aus neuen EU-Ländern häufiger vorgestellt. Die größere Bedeutung der Vermittlung gynäkologischer Arzttermine stellt die logische Folge dieser Erkrankungs- bzw. Schwangerschaftsverteilung dar und erscheint in sich plausibel.
Der größere proportionale Anteil augenheilkundlicher Arzttermine bei illegalisierten Migranten reflektiert die häufigere Präsentation mit Augenerkrankungen durch Illegalisierte beim Medibüro. Die Daten erscheinen in sich stimmig, die Ursache der Verteilung bleibt mangels Literatur im Verborgenen.
Der Hintergrund der deutlich größeren Bedeutung kinderheilkundlicher Arzttermine bei EU-Migranten ist unbekannt. Es sind keine Arbeiten zu finden, die bestätigen oder widerlegen, dass EU-Migranten häufiger als illegalisierte Migranten Kinder bei sich haben. Möglicherweise ist das Angebot des Medibüros der pädiatrischen Terminvermittlung in einer der Communities der Migranten aus neuen EU-Ländern besser bekannt, oder illegalisierte Migranten kennen einen anderen Zugangsweg zu pädiatrischer Versorgung.

Einordnung und Bewertung der Verteilung der Arzttermine bei Illegalisierten und Migranten aus neuen EU-Ländern im Vergleich

Die Verteilung der Arzttermine unterscheidet sich bei Migranten ohne Aufenthaltsstatus und Migranten aus neuen EU-Ländern in der Stichprobe in der Nutzung pädiatrischer, gynäkologischer, ophthalmologischer und orthopädischer Versorgung. Wahrscheinlich handelt es sich bei dieser Differenz um ein Charakteristikum der Population, die das Medibüro erreicht. Dieses Charakteristikum ist wahrscheinlich der unterschiedlichen Bekanntheit der verschiedenen Angebote des Medibüros und alternativer Versorgungseinrichtungen in den verschiedenen Subpopulationen, die das Medibüro erreichen, geschuldet. Ohne weitere Studien, die der unterschiedlichen Erkrankungsepidemiologie in Subgruppen der illegalisierten und/oder nicht krankenversicherten Migranten und der daraus resultierenden Inanspruchnahme des Gesundheitswesens nachgehen, ist eine Differenz in der Bedeutung unterschiedlicher Fachdisziplinen bei der Versorgung dieser Gruppen weder zu bestätigen noch zu verwerfen.

Zusammenfassende Einordnung und Bewertung der Arztterminverteilung beim Medibüro

Die Inanspruchnahme des Medibüros durch illegalisierte Migranten stellt einen Zugangsweg zu medizinischer Versorgung in Hamburg da. Es handelt sich jedoch nicht um eine Vollerhebung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch illegalisierte Migranten und es ist aus den vorliegenden Zahlen nicht unmittelbar ein bestimmter Bedarf an medizinischer Versorgung abzuleiten. Insgesamt sind 1 056 Facharzttermine vermittelt worden, mit steigender Tendenz. Zwar lässt sich kein absoluter Bedarf herleiten, unter vorsichtiger Bewertung der möglichen Verzerrungen und Confounder ergibt sich allerdings die folgende Bedeutung der verschiedenen Fachspezialisierungen bei der Versorgung illegalisierter Migranten: Allgemeinmedizinische und internistische Versorgung sind von großer Relevanz in der ambulanten Versorgung von illegalisierten Migranten. In den vorliegenden Daten zeigen sie sich mit etwas weniger als einem Drittel der vermittelten Arzttermine sicher unterrepräsentiert in ihrer Bedeutung, insbesondere wenn eine adäquate Versorgung auch bei akuten Erkrankungen, gewöhnlichen Infekt-assoziierten Beschwerden aber auch bei chronischen kardiovaskulären- und metabolischen Erkrankungen angestrebt wird. Die gynäkologische Betreuung repräsentiert die zweite wichtige Säule der Versorgung, entsprechend der vermuteten Altersstruktur der illegalisierten Bevölkerung kommt ihr bei der Prävention, Beratung, Familienplanung und kurativen Versorgung eine Bedeutsamkeit zu, die sich in den Daten des Medibüros durch begrenzte Mittel, begrenzte Bekanntheit und alternative Versorgungsstrukturen nicht in vollständigem Umfang reflektiert.

Zahnmedizinische Versorgung bildet eine weitere wichtige Einheit der ambulanten Versorgung von illegalisierten Migranten. Ihr kommt möglicherweise eine größere Rolle zu als in der Versorgung von an Alter und Geschlecht vergleichbarer Bevölkerung. Augenheilkundliche sowie dermatologische Versorgung haben vermutlich ebenfalls eine ungewöhnlich große Bedeutung in der Versorgung Illegalisierter.

Psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung findet mangels ausreichender Mittel durch das Medibüro nur in zu vernachlässigendem Umfang statt. Betrachtet man die Häufigkeit psychischer Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung, die vermutlich erhöhte Vulnerabilität durch die mannigfaltigen negativen sozialen Determinanten denen illegalisierte Migranten ausgesetzt sind, die beschrieben hohe Rate an Somatisierungsstörungen und die starke Beeinträchtigung der subjektiven psychischen Gesundheit, ist anzunehmen, dass eine sinnvolle somatische Versorgung ohne psychotherapeutische und psychiatrische Angebote nicht möglich sein kann.

Die Versorgung mit allen übrigen Fachbreichen durch das Medibüro ist nur eingeschränkt möglich, durch begrenzte Kooperationen mit kleinen oder ‚teuren' Fachspezialisierungen sowie Fachspezialisierungen mit längerfristigen Betreuungen. Welche Bedeutung diese Fachbereiche in der Versorgung von Illegalisierten haben, lässt sich den Daten des Medibüros nicht entnehmen. Es ist anzunehmen, dass medizinische Versorgung mit nur zufälligem oder sporadischem Zugang zu einigen Fachbereichen nicht der tatsächlichen Bedeutung dieser Fachbereiche in der medizinischen Versorgung von Illegalisierten entspricht.

Frauen und Männer unterscheiden sich in ihrem Versorgungsbedarf wahrscheinlich ähnlich wie andere Populationen im reproduktionsfähigen Alter.
In der Stichprobe zeigen sich Unterschiede in der Inanspruchnahme verschiedener Fachbereiche durch illegalisierte Migranten und Migranten aus neuen EU-Ländern, eine tatsächliche Differenz ist jedoch ohne weitere Forschungsergebnisse nicht sicher festzustellen.

4.2.3.3 Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung durch illegalisierte Migranten

Ergebnisse

12,5% der 24 Migranten hatten keinerlei Kontakt zur ambulanten ärztlichen oder psychologisch/psychotherapeutischen Versorgung in den vergangenen 12 Monaten. Der Median der Kontakthäufigkeit lag bei 3,5 Kontakten zur ambulanten Versorgung im vergangenen Jahr. 54,2 % der 24 Migranten waren im vergangenen Jahr mindestens einmal

in hausärztlicher Behandlung, 37,5% waren mindestens einmal in zahnärztlicher Behandlung, 4,2% waren in psychiatrischer oder psychologischer Behandlung und 16,7% haben weitere Fachärzte aufgesucht. 36,8% der 19 Frauen waren mindestens einmal in gynäkologischer Behandlung in den vergangenen 12 Monaten. Kein Migrant war in den vergangenen 12 Monaten im Krankenhaus.
Die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen stellt sich sehr unterschiedlich dar. 16,7% der 18 Migranten über 35 Jahre haben am allgemeinen Gesundheitscheck beim Hausarzt teilgenommen. 12,5% der 24 befragten Migranten waren bei einer zahnmedizinischen Vorsorgeuntersuchung. 36,8% der 19 Migrantinnen waren bei der gynäkologischen Krebsvorsorge. Alle schwangeren Migrantinnen (n=4) waren in gynäkologischer Kontrolle während der Schwangerschaft und alle in der Illegalität lebenden Kinder (n=6) der befragten Migranten waren bei den U-Untersuchungen.

Bias und Confounding

Die unter 4.1 beschriebenen methodischen Einschränkungen des Datensatzes 3 gelten in der vorliegenden Fragestellung sinngemäß – den befragten Migranten ist ein möglicher Zugang zum Gesundheitswesen durch das Medibüro bekannt. Ihr Umgang mit Erkrankung kann entsprechend abweichen vom Umgang der Gesamtheit der illegalisierten Migranten mit Erkrankungen.

Vergleich mit der Literatur und den Ergebnissen aus 4.2.2.2

87,5% der Migranten waren im vergangenen Jahr beim Arzt oder Psychotherapeuten, während in der allgemeinen Bevölkerung innerhalb der gesündesten Altersgruppe 94% der Frauen und 83% der Männer mindestens einmal jährlich Kontakt zur ambulanten Versorgung haben (Barmer GEK 2010, S.59). In einer Untersuchung in den Niederlanden an illegalisierten Migranten hatten ebenfalls 13% keinen Kontakt zu medizinischer Versorgung im vergangenen Jahr, in anderen großen Untersuchungen europaweit hatten über 30% der Illegalisierten keinen Kontakt zum Gesundheitswesen im vergangenen Jahr (Schoevers et al. 2010, S.424; MDM 2012, S.13). Eine Untersuchung in den USA stellte fest, dass Kontakt mit der ambulanten Versorgung bei Illegalisierten seltener ist, als bei legalen Migranten und bei diesen seltener als bei der übrigen Bevölkerung (Chavez 2012, 891).
Wenn medizinische Versorgung durch die illegalisierten Migranten in Anspruch genommen wurde, so waren vor allem Hausärzte, Zahnärzte und Gynäkologen betroffen, ein Muster der Inanspruchnahme, das sich auch bei Versicherten findet (Barmer GEK 2010, S.66). Insgesamt kam es etwa 3,5-mal pro Jahr zum Kontakt mit Einrichtungen der ambulanten Versorgung bei den Migranten ohne Aufenthaltsstatus, während vergleichsweise junge gesunde Männer zwischen 20 und 24 Jahren 7,5-mal und Frauen selben Alters 15,2-mal pro

Jahr Kontakt zu ambulanten Versorgung aufnehmen, die Häufigkeit steigt mit dem Alter (Barmer GEK 2010, S.219).

Stationäre Versorgung ist in der Literatur als schwierig beschrieben, ob die befragten Migranten sie deshalb gemieden haben oder nicht benötigten, ist unbekannt (Bommes und Wilmes 2007, S.67, 80; Cyrus 2004a, S.52, 56; Anderson 2003, S.37, 38; Sextro 2002, S.34).

Die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen ist in der Normalbevölkerung ähnlich den hier erhobenen Daten für den Gesundheits-Check für über 35-jährige illegalisierte Migranten, die Teilnahme an gynäkologischer Vorsorge ist bei den illegalisierten Migrantinnen offenbar etwas geringer als in der Normalbevölkerung (RKI und Statistisches Bundesamt 2006, S.133-139). Die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen durch Illegalisierte ist als extrem selten beschrieben, die Angebote für selbige als mangelhaft (Misbach, Bartholome und Groß 2009, S.81; Krieger et al. 2007, S.116; Bommes und Wilmes 2007, S.66). Insofern überrascht die Inanspruchnahme von Schwangerschaftsvorsorge und U-Untersuchungen.

Zusammenfassende Einordnung und Bewertung der Häufigkeit des Kontaktes mit dem Gesundheitswesen

Der seltenere Kontakt zu Einrichtungen der ambulanten Versorgung durch Migranten ohne Aufenthaltsstatus – im Durchschnitt 3,5-mal pro Jahr – im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung steht in Einklang mit denen durch die Migranten geäußerten Hindernisse bei der Erlangung medizinischer Versorgung und dem Wunsch früher in Kontakt mit dem Gesundheitssystem zu kommen, vgl. 4.2.2.

Wenn es zum Kontakt kommt, betrifft dieser vorwiegend allgemeinmedizinische, zahnmedizinische und gynäkologische Versorgung. Die seltene Frequentierung von anderen Fachrichtungen sowie ambulanter psychologisch/psychotherapeutischer Versorgung könnte in Zusammenhang mit der schlechten Verfügbarkeit mehrerer Fachrichtungen im Netzwerk des Medibüros stehen. Es ist anzunehmen, dass die Migranten der Stichprobe häufiger als die Gesamtheit aller illegalisierten Migranten ambulante Versorgung und Vorsorge in Anspruch nehmen, da Ihnen durch das Medibüro ein Zugangsweg eröffnet ist, der sich einem Teil der übrigen Migranten durch Unkenntnis und Entfernung entzieht – die Inanspruchnahme ambulanter Versorgung wird entsprechend überrepräsentiert in der Stichprobe. Abweichend von den Schilderungen in der Literatur und trotzt der Beschreibung verschiedener Hindernisse bei der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen durch die Migranten (vgl 4.2.2.), waren Schwangere und Kinder in regelmäßiger präventivmedizinischer Kontrolle. Wahrscheinlich handelt es sich um eine Besonderheit einer Subgruppe innerhalb der Stichprobe, die nicht für die Gesamtheit der Migranten ohne Aufenthaltsstatus gilt.

4.3 Bedeutung der Ergebnisse

Die Analyse der Erkrankungsverteilung unter strukturierter Bewertung und Einbeziehung der relevanten Verzerrungen ist im Rahmen der vorliegenden Arbeit erstmalig für illegalisierte Migranten vorgenommen worden. Der damit gewährte Einblick in die Bedeutung verschiedener Erkrankungen bei Migranten ohne Aufenthaltsstatus in Hamburg ist bisher einmalig.

Die subjektive Gesundheit von illegalisierten Migranten in Deutschland ist bisher noch nicht erhoben worden. Auch international ist eine Erhebung der subjektiven Gesundheit mit einem standardisierten Messinstrument wie dem SF-12v2 bei illegalisierten Migranten neu. Die Bewertung der subjektiven Gesundheit von Migranten ohne Aufenthaltsstatus findet Bestätigung in der Beurteilung der Gesundheit durch die Ärzte und der Einschätzung der Gesundheitsentwicklung während des illegalen Aufenthaltes durch die Migranten. In Zusammenschau weisen die Ergebnisse zur Gesundheit der illegalisierten Migranten auf einen schlechteren Gesundheitszustand als den der durchschnittlichen Bevölkerung hin. Sie bestätigen damit die Ergebnisse der qualitativen Forschung und lassen zudem erstmalig, durch die Verwendung eines gut validierten Instruments und den unmittelbaren Vergleich mit der Normalbevölkerung, Rückschlüsse auf Morbidität und Mortalität sowie den Versorgungsbedarf von Migranten ohne Aufenthaltsstatus zu. Die besondere Beeinträchtigung der subjektiven psychischen Gesundheit kann eine besondere psychosoziale Belastung ausdrücken und auf einen besonderen Versorgungsbedarf in diesem Bereich hinweisen.

Die Erhebungen zum Umgang mit Erkrankungen bestätigen die Ergebnisse der qualitativen Sozialforschung und zeigen, dass sich die in anderen Städten gewonnenen Erkenntnisse zum Umgang mit Erkrankung auf die Population der illegalisierten Migranten in Hamburg übertragen lassen. Die vorliegende Untersuchung konnte außerdem erstmals zeigen, dass Angst vor Abschiebung zwar bei Kenntnis alternativer Zugangswege zum Gesundheitswesen – wie dem Medibüro – eine untergeordnete Rollen spielen kann, die Sorge vor eventuell anfallenden Behandlungskosten aber dennoch zu einer Verzögerung der Behandlung führt und der insgesamt gefahrenvolle Zugang die Inanspruchnahme beeinflusst. Es konnte zudem gezeigt werden, dass die geregelte Kostenübernahme nicht nur aus Sicht der Migranten sondern auch aus der Perspektive der Ärzte das zentrale Problem bei der medizinischen Behandlung Illegalisierter darstellt.

Die Auswertung der Konsultationsanlässe und Arzttermine in Zusammenschau mit der Erkrankungsverteilung und unter Berücksichtigung möglicher Verzerrungen durch Stichprobenselektion, Eigenarten der Versorgungsstruktur und charakteristischer Umgangsweisen mit Erkrankungen in der Illegalität ist bisher einzigartig. Die Ergebnisse stellen eine sinnvolle wissenschaftliche Grundlage für die Planung adäquater Versorgungsstrukturen dar.

4.4 Ausblick – Relevanz für Forschung und Praxis

Um einen Eindruck der Gesamtgesundheit zu bekommen, sind Daten über den proportionalen Anteil einer Erkrankung an der Gesamtlast der Erkrankungen, mit denen Illegalisierte medizinische Versorgung aufsuchen, wertvolle Parameter für die Planung von Gesundheitsangeboten – insbesondere angesichts der fehlenden harten Indikatoren für Gesundheit und Krankheit wie Inzidenzen und Prävalenzen.

Betrachtet man die Erkrankungsverteilung unter Einbeziehung aller bekannten Verzerrungen, lässt sich dahinter ein ähnliches Muster der Erkrankungsverteilung wie bei versicherten Menschen gleichen Alters vermuten. Solange die medizinische Versorgung vorwiegend in ehrenamtlichen Strukturen organisiert ist, sind alle Erhebungen von Erkrankungen starken Verzerrungen durch lokale Besonderheiten ausgesetzt, die in der Datenauswertung berücksichtigt werden müssen, um verwertbare Aussagen treffen zu können. Um eine Erkrankungsverteilung zu erheben, die gegen Verzerrungen in größerem Umfang stabil ist als die vorliegende Untersuchung, wäre ein Zugang zu Gesundheitsversorgung notwendig, der in allen migrantischen Communities gleichmäßig bekannt und akzeptiert ist, weiterhin umfassende medizinische Versorgung ohne die Gefahr von Verschuldung oder Abschiebung anbietet und zudem eine gute Dokumentation von ärztlich gestellten und durch angemessene Diagnostik gesicherten Diagnosen gewährleistet. Letztlich bietet diese Idealbedingungen nur eine Einbindung der illegalisierten Migranten in die Regelversorgung unter Abschaffung der Meldepflicht nach § 87 Aufenthaltsgesetz.
Für die Praxis der Gesundheitsversorgung bietet die erhobene Erkrankungsverteilung einen Ausgangspunkt zur Planung angemessener Versorgungsangebote.

Die subjektive Gesundheit von Migranten ohne Aufenthaltsstatus stellt sich in der vorliegenden Untersuchung schlechter dar als die Gesundheit in verfügbaren Vergleichspopulationen. Weitere Untersuchungen insbesondere an Migranten, die nicht krank sind und keine medizinische Hilfe über eine Unterstützungseinrichtung in Anspruch nehmen, wären wertvolle Ergänzungen um ein vollständiges Bild des subjektiven Gesundheitszustandes dieser verdeckten Population zu erhalten. Die systematische Unsichtbarkeit von illegalisierten Migranten außerhalb von Unterstützungsangeboten erschwert ein solches Vorhaben jedoch. Erhebungen der subjektiven Gesundheit in Unterstützungsangeboten, die nicht medizinische Hilfe sondern aufenthaltsrechtliche oder arbeitsrechtliche Beratung anbieten, könnten ein möglicher Zugangsweg sein. Die Einschätzung der Gesundheit durch die befragten Ärzte bekräftigt die subjektive Einschätzung der Migranten und hat in der qualitativen Forschung bereits vielfach Bestätigung gefunden. Die Einschätzung von 39,1% der Migranten ihre Gesundheit habe sich während der Illegalität verschlechtert steht im Einklang mit der vorhandenen Literatur.

Im Sinne eines salutogenetischen Verständnisses von Gesundheit wären weitere ressourcenorientierte Untersuchungen nützlich und sinnvoll, um Faktoren zu identifizieren, die auch in der Illegalität vor potentiellen Verschlechterungen der Gesundheit schützen können.
Der Gesundheitszustand illegalisierter Migranten lässt Interventionen nicht nur im Bereich des Zugangs zu Gesundheitsversorgung sondern auch im Bereich der Verbesserung der allgemeinen Lebensbedingungen sinnvoll erscheinen. Die schlechte Einschätzung der subjektiven psychischen Gesundheit, kann sowohl Ausdruck von psychischen Erkrankungen als auch von psychosozialer Belastung sein. Eine angemessene Reaktion darauf ist nur durch parallele Verbesserungen sowohl der Versorgung als auch der Rahmenbedingungen des Lebens in der Illegalität möglich.
Die signifikant unterdurchschnittliche subjektive Gesundheit wird in der Literatur als Marker für erhöhte Morbidität und Mortalität sowie für einen erhöhten Bedarf an Gesundheitsleistungen gewertet. Sie reflektiert auch eine besondere Betroffenheit durch negative soziale Determinanten, die durch politische Zugeständnisse verringerbar wären. In Bezug auf die medizinische Versorgung könnte der Schaffung niedrigschwelliger lebensnaher Präventionsangebote und der Stärkung individueller Ressourcen besondere Bedeutung zukommen. Eine Verbesserung der Rahmenbedingungen des Lebens in der Illegalität wäre durch eine Abschaffung von § 87 AufenthG möglich: Diese würde es ermöglichen Grundrechte in Anspruch zunehmen, ohne die Gefahr der Verfolgung aufgrund des Illegalen Aufenthaltes zu riskieren.

Der Umgang mit Erkrankungen ist erstmals quantitativ erhoben worden. Die Ergebnisse der qualitativen Forschung bestätigen sich dabei: Medizinische Versorgung wird in vielen Fällen herausgezögert. Weitere qualitative Untersuchungen welche Faktoren zu einer Verkürzung der Zeit bis zur Inanspruchnahme medizinischer Hilfe beitragen, könnten helfen Angebote zu schaffen, die für Migranten ohne Aufenthaltsstatus erreichbar sind und von Ihnen angenommen werden. Die Gründe für die späte Präsentation dieser Stichprobe bei Gesundheitsdiensten und die alternativen Behandlungsstrategien weisen zudem auf einen neuen Aspekt hin: Auch bei Kenntnis der alternativen Versorgungsstrukturen des Medibüros wird medizinische Versorgung verzögert. Die Sorge vor Kosten scheint dabei von entscheidender Bedeutung zu sein, die komplizierte Bahnung medizinische Hilfe könnte ein weiterer Grund sein, der weiterer Forschung bedarf.
Die fehlende staatliche Kostenübernahme als das zentrale Problem – auf das auch viele weitere Probleme der Behandlung wie fehlende Sprachmittlung und fehlende Befunde zurückführbar sind – wird von den behandelnden Ärzten bestätigt. Zugangswege zu schaffen, die diese Hindernisse außer Kraft setzen wären zu erproben und zu evaluieren. Die Verzögerung der Behandlung – trotzt Kenntnis des Medibüros – könnte darauf

hindeuten, dass auch weitere Parallelsysteme keine Erleichterung des Zugangs bedeuten würden und die Barriere letztlich nur durch den direkten Zugang zum Gesundheitssystem vollständig aufzulösen sind.

Beratungen bei verschiedenen medizinischen Anliegen sowie Vermittlungen von Arztterminen, Geburten und Operationen nehmen im zeitlichen Verlauf zu. Die Auswertung der Inanspruchnahme von Arztterminen und anderen Unterstützungsangeboten gibt unter Berücksichtigung bekannter Verzerrungen Hinweise auf eine große Bedeutung der Gynäkologie, der Allgemeinmedizin und Inneren Medizin sowie der Zahnmedizin für die Versorgung illegalisierter Migranten. Wahrscheinlich sind gynäkologische, hausärztliche, psychiatrische und psychotherapeutische Termine sowie Termine in Fachbereichen mit typischer Weise teuren oder langwierigen Behandlungen und Fachbereiche, in denen viele akute Erkrankungen behandelt werden, unterrepräsentiert. Die tatsächliche Bedeutung der einzelnen Fachbereiche wäre durch Erhebungen in Einrichtungen, die keinen finanziellen Beschränkungen in Diagnostik und Behandlung Illegalisierter unterliegen, gleichzeitig mit den migrantischen Communities bekannt und akzeptiert sind und über weitgreifende Öffnungszeiten verfügen, zu verifizieren. Die Erschaffung einer Möglichkeit des Zuganges ohne die Gefahr der Abschiebung und mit geregelter Kostenübernahme, wäre in letzter Konsequenz auch die Umsetzung der Forschungsergebnisse in die Praxis, um einer weiteren Unterversorgung von Erkrankungen mit sehr akutem, sehr teurem oder sehr langwierigem Behandlungsbedarf, ambulant oder stationär, entgegen zu wirken.

Zusammenfassend zeigt die vorliegende Arbeit die Kostenübernahme als zentrales Problem in der Gesundheitsversorgung illegalisierter Migranten. Die Bedeutung der Kostenübernahme zeigt sich nicht nur in den durch Migranten und Ärzte benannten Problemen, sondern auch in der Erkrankungsverteilung und Inanspruchnahme von Arztterminen. Es finden sich Hinweise, dass Erkrankungen, die stumm oder selbstlimitierend sind, wenig im Medibüro vorgestellt werden und Vorsorgeuntersuchungen selten genutzt werden – die Arbeit gibt Hinweise, dass dies aufgrund von Sorge vor möglichen Behandlungskosten passiert. Das Problem der Finanzierung setzt sich fort in die Unterstützerstrukturen. Teure oder langwierige Untersuchungen und Behandlungen können nicht vermittelt werden und das Angebot medizinischer Versorgung hängt von der Bereitschaft der Ärzte und Krankenhäuser ab, auf Honorar zu verzichten, bzw. von den Kapazitäten des Medibüros anfallende Arztrechnungen zu begleichen. Die Lückenhaftigkeit der Versorgung, wie in der Statistik des Medibüros exemplarisch zu erkennen, ist dabei Folge einer Finanzierung durch Spenden oder einer begrenzten Summe zur Verfügung gestellter öffentlicher Gelder, die konsekutiv in Allokationsfragen resultieren. Eine Finanzierung über das Sozialamt oder eine

Krankenversicherung könnte die medizinische Versorgung illegalisierter Migranten nachhaltig verbessern und unterschiedliche Formen annehmen:

Eine medizinische Versorgung für Illegalisierte durch eine spezialisierte staatlich finanzierte Einrichtung hätte möglicherweise den Vorteil der Sensibilisierung der Mitarbeiter für typische Gesundheitsprobleme bei illegalisierten Migranten, wie z. B. Somatisierungen, würde aber den Nachteil begrenzter Öffnungszeiten, fehlender Arztwahl und der Schaffung weiterer Parallelsysteme bergen.
Eine Krankenversicherung für Migranten könnte den freien Zugang zu allen Angeboten der medizinischen Versorgung sichern, die Möglichkeiten der Umsetzung und die Akzeptanz bei illegalisierten Migranten wären jedoch zu prüfen.
Ein freier Zugang zu medizinischer Versorgung für Illegalisierte und möglicherweise auch andere Migranten, würde die Maximalform des barrierefreien Zugangs zu medizinischer Versorgung bedeuten. Er wäre jedoch in einem vorwiegend versicherungsfinanzierten Gesundheitswesen praktisch und politisch kaum umzusetzen und könnte zu einer Benachteiligung anderer vulnerabler gesellschaftlicher Gruppen der Gesellschaft führen.
Ein Kompromiss wäre möglicherweise die Einrichtung einer Vergabestelle für anonymisierte Krankenscheine. Nach Prüfung von Mittellosigkeit und Aufenthaltsstatus, wird dabei Migranten ein Krankenschein ausgehändigt, der die Inanspruchnahme aller Versorger im Gesundheitswesen wie für gesetzlich Versicherte ermöglicht und finanziert. Der Krankenschein wird anonym vergeben und mit dem Sozialamt abgerechnet. Nachteilig wäre der Umweg über eine Vergabestelle als neu zu etablierende Struktur, von Vorteil jedoch wäre die staatliche Kostenübernahme für alle medizinisch notwendigen Leistungen, die freie Arztwahl sowie die Beseitigung der Angst vor Kosten und Abschiebung durch die Anonymisierung des Krankenscheines.

Gleich welche Gestalt eine mögliche Verbesserung des Zuganges zu medizinischer Versorgung annimmt, ein wissenschaftliches Monitoring und eine regelmäßige Evaluierung nicht nur durch Prozessparameter sondern auch Outcome-Indikatoren wie subjektive Gesundheit und Lebensqualität sind entscheidend für die Bewertung der verschiedenen Modelle. Baseline-Daten sind durch diese Dissertation nun erstmals verfügbar.

5. Zusammenfassung

Einleitung: Für die Entwicklung adäquater medizinischer Versorgungsangebote insbesondere für schwer zu lokalisierende Populationen – wie Migranten ohne Aufenthaltsstatus – ist die Kenntnis des Gesundheitszustandes, der Erkrankungsverteilung sowie besondere Umgangsmuster mit Erkrankungen und Charakteristika der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung eine Grundvoraussetzung. Nicht zuletzt aufgrund forschungsmethodischer Hindernisse beim Zugang zu dieser Gruppe sind quantitative Studien bisher selten und die Erkenntnisse betreffend Gesundheit und Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung begrenzt. Die vorliegende Arbeit orientiert sich an den skizzierten Forschungslücken im Bereich der Gesundheit von Migranten ohne Aufenthaltsstatus in Hamburg und gewährt erstmals einen umfassenden Einblick in Gesundheitszustand, Krankheitsverhalten und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens anhand einer Untersuchung im Medibüro Hamburg, einer nichtstaatlichen Unterstützungsstruktur, die medizinische Versorgung für Migranten ohne Aufenthaltsstatus organisiert.

Fragestellung: Die Dissertation gliedert sich in drei Fragestellungen: 1. Wie stellt sich der Gesundheitszustand von Migranten ohne Aufenthaltsstatus dar? 2. Wie stellt sich der Umgang von Migranten ohne Aufenthaltsstatus mit Erkrankungen dar und welche Probleme bei der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens werden beschrieben? 3. Wie stellen sich Art und Umfang der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung durch Migranten ohne Aufenthaltsstatus dar?

Methoden: Die Ergebnisse aus vier unterschiedlichen Datensätzen (DS) basierend auf vier Stichproben wurden zur Bearbeitung der Forschungsfragen herangezogen. Die Datensätze beantworten nicht jeweils eine Forschungsfrage, sondern eröffnen in ihrer Triangulation verschiedene Blickwinkel auf die Fragestellung und dienen der gegenseitigen Validierung. DS 1 enthält die Erkrankungsverteilung und Inanspruchnahme von ärztlicher Versorgung durch Migranten ohne Aufenthaltsstatus im Rahmen der Arbeitsdokumentation des Medibüros über 30 Monate. Die Auswertung erfolgt deskriptiv und mittels χ^2-Test auf Assoziationen in der Subgruppenanalyse. Die Teilnehmer aus DS 2 bilden eine Teilmenge aus DS 1. DS 2 ist eine quantitative Analyse von Befragungsdaten von Migranten ohne Aufenthaltsstatus, die das Medibüro nutzen. Die Migranten sind mit einem standardisierten Messinstrument, dem SF-12v2, zu ihrer subjektiven Gesundheit befragt worden. Die Auswertung erfolgt im Vergleich mit der US-amerikanischen Normstichprobe und einer repräsentativen deutschen Stichprobe aus dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998. DS 2 wird jeweils verglichen mit der Gesamtstichprobe und einer Subgruppe von Menschen, die wie die Migranten, die das Medibüro aufsuchen, krank sind. Es werden t-Tests auf

Mittelwertunterschiede zur US-amerikanischen Stichprobe vorgenommen und ein verallgemeinertes lineares Modell genutzt um Unterschiede zur deutschen Stichprobe zu identifizieren. Die Teilnehmer aus DS 3 bilden eine Teilmenge aus DS 2. DS 3 ist eine quantitative Erhebung, bei der mittels eines standardisierten Fragebogens Migranten ohne Aufenthaltsstatus zum Umgang mit Erkrankungen und Problemen bei der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems befragt worden sind. DS 4 ist eine quantitative Untersuchung, bei der mittels standardisierten Fragebogens Ärzte im Netzwerk des Medibüros zu Gesundheit von Migranten ohne Aufenthaltsstatus und Hindernissen bei der Versorgung befragt worden sind. Die Auswertung von DS 3 und DS 4 erfolgt rein deskriptiv.

Ergebnisse: Fragestellung 1 – Gesundheit von Migranten ohne Aufenthaltsstatus: DS 1: Die Erkrankungsverteilung bei 850 Migranten ohne Aufenthaltsstatus mit 959 Erkrankungen und 62 Schwangerschaften zeigte bei 22,4% der Migranten ohne Aufenthaltsstatus gynäkologische Anliegen, bei 19,8% Zahnerkrankungen, bei 12,6% Augenerkrankungen, bei 9,4% Muskel- und Skeletterkrankungen, bei 8,8% Störungen des allgemeinen Befindens, bei 6,5% Hauterkrankungen und bei 5,3% unspezifische Symptome des Abdomens. Alle übrigen Erkrankungsgruppen fanden sich seltener. *DS 2:* Die psychische und physische subjektive Gesundheit von 96 teilnehmenden Migranten ohne Aufenthaltsstatus war signifikant schlechter als die Gesundheit der US-amerikanischen und deutschen Bevölkerung und als die Gesundheit von ebenfalls erkrankten Menschen innerhalb dieser Bevölkerungen. In der verallgemeinerten linearen Regression zeigte sich ein großer negativer Einfluss des fehlenden Aufenthaltsstatus auf die subjektive psychische Gesundheit. Die Differenz in der subjektiven Gesundheit im Vergleich zur Normstichprobe war in denjenigen Dimensionen des SF-12v2, die körperliche Schmerzen, psychisches Wohlbefinden, emotionale Rollenfunktion und soziale Funktionsfähigkeit erheben, besonders groß. *DS 3:* 37,5% der 24 teilnehmenden Migranten stellten eine Verschlechterung ihrer psychischen und physischen Gesundheit während der Illegalität fest. *DS 4:* 76,0% der 25 teilnehmenden Ärzte schätzten die Gesundheit der Migranten ohne Aufenthaltsstatus als schlechter im Vergleich zu ihren übrigen Patienten ein, kein Arzt schätze die Gesundheit der Migranten ohne Aufenthaltsstatus als besser ein.

Fragestellung 2 – Umgang mit Erkrankungen: DS 3: 45,8% der Migranten ohne Aufenthaltsstatus warteten mindestens 90 Tage bevor eine medizinische Versorgungseinrichtung aufgesucht wurde. 81,8% aller befragten Migranten an, die Beschwerden hätten sich während der Wartezeit verschlimmert. 70,8% der Migranten hätten bei gefahrlosem Zugang früher medizinische Hilfe in Anspruch genommen. 53,8% der Migranten, die bisher nicht in medizinischer Behandlung waren, hatten auf diese aus Sorge vor Kosten verzichtet. 59,1% der befragten Migranten hatten vor der Behandlung durch Ärzte in Deutschland bereits andere Strategien der Behandlung erprobt. *DS 4:* Von den

behandelnden Ärzten trugen 64,0% die Kosten der Behandlung von Migranten ohne Aufenthaltsstatus selbst. Probleme stellten für 72,0% der Ärzte die Nicht-Verfügbarkeit von Vorbefunden und das Fehlen von Dolmetschern dar. 64,0% der Ärzte wünschten die Sicherstellung der medizinischen Versorgung von Migranten ohne Aufenthaltsstatus – entweder für alle Migranten ohne Aufenthaltsstatus oder für besonders vulnerable Subpopulationen.

Fragestellung 3 – Inanspruchnahme medizinischer Versorgung: DS 1: An 876 Migranten mit 1 021 Erkrankungen bzw. Schwangerschaften wurden durch das Medibüro 1 056 Arzttermine und 259 weitere Unterstützungsangebote vermittelt. Die Anzahl der Konsultationen nahm während des Untersuchungszeitraumes zu. Die Vermittlung von Arztterminen war Gegenstand von 80,3% aller Konsultationen. 1 056 Arzttermine wurden an 785 Migranten vergeben, davon entfielen 18,0% auf die Allgemeinmedizin, 17,1% auf die Zahnmedizin, 17,0% auf die Gynäkologie, 10,1% auf die Augenheilkunde, 9,9% auf die Innere Medizin, 5,0% auf die Dermatologie und 4,9% auf die Orthopädie. In alle übrigen Fachrichtungen wurden weniger Arzttermine vermittelt. *DS 3:* 12,5% der Migranten ohne Aufenthaltsstatus hatten im vergangenen Jahr keinen Kontakt zum Medizinsystem. Im Durchschnitt gab es durch die befragten Migranten in den vergangenen zwölf Monaten 3,5 Kontakte zur ambulanten Versorgung.

Diskussion: Insgesamt zeigen Männer und Frauen ohne Aufenthaltsstatus eine ähnliche Erkrankungsepidemiologie wie Deutsche der gleichen Altersgruppe: Urogenitale Erkrankungen und Schwangerschaften sind die Beschwerden, mit denen sich Frauen ohne Aufenthaltsstatus am häufigsten vorstellen, ähnlich wie versicherte Frauen. Zahn- und Augenerkrankungen zeigen einen ungewöhnlich großen Anteil an den Erkrankungen, die im Medibüro versorgt werden. Sie sind jedoch wahrscheinlich aufgrund von fehlender Selbstlimitierung der Beschwerden und fehlender Optionen der Behandlung im Laiensystem (die entsprechend den Angaben der Migranten aus DS 3 zunächst als Heilungsoptionen ausprobiert werden) überrepräsentiert. Sie sind zudem im Medibüro, aufgrund der vergleichsweise unkomplizierten Therapie, einfach verfügbar und werden deshalb vermutlich überproportional häufig vermittelt. Sie zeigen daher sehr wahrscheinlich keine tatsächlich erhöhte Prävalenz an. Verletzungen und akute Erkrankungen der Atemwege und des Gastrointestinaltraktes scheinen zunächst weniger häufig bei Migranten ohne Aufenthaltsstatus vorzukommen als bei versicherten Deutschen der gleichen Altersgruppe. Sie sind jedoch aufgrund begrenzter Öffnungszeiten des Medibüros und dem häufig selbstlimitierendem Charakter der Erkrankungen wahrscheinlich unterrepräsentiert und treten nicht tatsächlich seltener auf. Über die Hälfte der Migranten ohne Aufenthaltsstatus aus DS 3 wartete über zwei Monate vor der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung. Selbstlimitierende Erkrankungen, wie z. B. akute Infektionen, werden entsprechend

vermutlich nicht vorgestellt. Psychische Erkrankungen scheinen ebenfalls von Migranten ohne Aufenthaltsstatus seltener vorgestellt zu werden als von Versicherten. Eine tatsächlich niedrigere Prävalenz ist jedoch nicht anzunehmen, die Ergebnisse aus DS 2 sprechen für eine größere Betroffenheit durch psychische Probleme. Psychische Erkrankungen werden möglicherweise auch aufgrund der bekannt schlechten Verfügbarkeit von Psychotherapeuten im Medibüro und den Schwierigkeiten eine Psychotherapie in der Illegalität durchzuführen hier wenig präsentiert. Es ist jedoch anzunehmen, dass die große Zahl unspezifischer somatischer Symptome, die im Medibüro vorgestellt wird, zum Teil Somatisierungen repräsentiert. Eine weitere Teilmenge der unspezifischen Symptome, die häufig im Medibüro vorgestellt werden, bilden (vermutlich unerkannte) kardiovaskuläre, metabolische, endokrine und infektiöse Erkrankungen, die Menschen dieser Altersgruppe typischerweise betreffen.

Die subjektive Gesundheit von Migranten ohne Aufenthaltsstatus ist erstmals mit einem standardisierten Instrument erhoben worden und sowohl im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung als auch im Vergleich mit ebenfalls körperlich erkrankten Menschen signifikant herabgesetzt. Die Differenzen sind besonders groß im Bereich der Beeinträchtigung durch körperliche Schmerzen und der psychischen Gesundheit. Damit bestätigen diese Ergebnisse die Vermutungen von Experten und Ärzten und lassen durch die Verwendung eines gut validierten Instruments zur Messung der subjektiven Gesundheit erstmals Rückschlüsse auf Morbidität, Lebenserwartung sowie Betroffenheit durch negative soziale Determinanten zu. Die Gesundheit von Migranten ohne Aufenthaltsstatus ist entsprechend nicht nur durch eine niedrigere Lebensqualität als die der Durchschnittsbevölkerung gekennzeichnet, sondern auch durch eine größere Krankheitslast und eine höhere Sterblichkeit. Insgesamt präsentiert sich das Bild einer eher jungen Bevölkerungsgruppe mit einem eher schlechten Gesundheitszustand. Die Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes durch die Migranten ohne Aufenthaltsstatus deckt sich mit der Einschätzung der befragten behandelnden Ärzte.

Es stellt sich eine ungewöhnlich lange Symptomtoleranz bei fortschreitender Gesundheitsverschlechterung dar. Am häufigsten wird aus Sorge vor den potentiell selbst zu leistenden Behandlungskosten auf medizinische Versorgung verzichtet. Die fehlende Abrechnungsmöglichkeit beschreiben auch die Ärzte als häufiges Problem bei der Behandlung. Die Datensätze 3 und 4 der vorliegenden Arbeit bestätigen damit die Ergebnisse der qualitativen Forschung aus anderen Städten und helfen bei der Einordnung der Ergebnisse zur Erkrankungsverteilung und der Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung. Zudem zeigt sich ein neuer Aspekt im Umgang mit Erkrankungen: Zwar ist Angst vor Abschiebung in dem untersuchten Kollektiv selten ein Motiv sich gar nicht in medizinische Behandlung zu begeben, dennoch hätten Viele gerne früher medizinische Hilfe in Anspruch genommen und sehen sich durch mögliche aufenthaltsrechtliche Konsequenzen

am Zugang zum Gesundheitssystem gehindert – trotz Kenntnis des Medibüros, einer vergleichsweise sicheren Vermittlungsinstanz in das Gesundheitssystem.
Die Auswertung der Konsultationsanlässe in einer nichtstaatlichen Unterstützungseinrichtung unter Berücksichtigung der Verzerrungen durch Stichprobenselektion, durch Arbeits- und Dokumentationsweise der Unterstützungseinrichtung und durch spezifische Charakteristika im Umgang mit Erkrankungen, ermöglicht erstmals fundierte Aussagen über Inanspruchnahmemuster von medizinischer Versorgung: Insgesamt nahm die Nachfrage nach medizinischer Versorgung durch Migranten ohne Aufenthaltsstatus während des Erhebungszeitraumes zu. In der ambulanten Versorgung sind entsprechend der gewöhnlichen Inanspruchnahme durch die versicherte Bevölkerung fast alle Fachrichtungen vertreten. Bei der Vermittlung von Arztterminen sind hausärztliche, internistische, gynäkologische und geburtshilfliche sowie zahnärztliche Betreuung von vorrangiger Bedeutung. Psychotherapie und viele weitere Fachdisziplinen, die durch teure oder langwierige Diagnostik und Therapie gekennzeichnet sind, werden wenig vermittelt. Die niedrige Vermittlungsrate in kostenintensive medizinische Disziplinen repräsentiert wahrscheinlich nicht einen geringeren Bedarf an Diagnostik und Therapie in diesen Bereichen sondern reflektiert die begrenzten Ressourcen einer spendenbasierten Organisation von Gesundheitsversorgung. Insgesamt ist der Kontakt von Migranten ohne Aufenthaltsstatus zum Gesundheitssystem seltener als in der versicherten Bevölkerung.

Schlussfolgerung: Menschen in der Illegalität weisen wahrscheinlich eine ähnliche Krankheitsverteilung wie die versicherte deutsche Bevölkerung auf – Besonderheiten in der Krankheitsepidemiologie, die sich im Medibüro präsentieren, lassen sich durch die erhobenen Muster des Verhaltens im Krankheitsfalls und der Inanspruchnahme hinreichend erklären. Die subjektive psychische Gesundheit ist jedoch deutlich schlechter als die vergleichbarer Populationen und kann auf eine erhöhte Vulnerabilität und einen erhöhten Versorgungsbedarf hinweisen. Durch die Verzögerung medizinischer Versorgung aufgrund von zu erwartenden Behandlungskosten und dem gefahrenvollen Zugang zum Gesundheitssystem, kann es zu einer zusätzlichen Aggravation der gesundheitlichen Situation kommen. Die offene Kostenübernahme für medizinische Versorgung wird von den Migranten und Ärzten als Kernproblem benannt. Eine Inanspruchnahme medizinischer Versorgung erfolgt daher erst bei Erkrankungen, die lange andauern, zu schweren Beeinträchtigungen führen und nicht im Laiensystem behandelbar sind. Nichtstaatliche Unterstützungsstrukturen können teure Diagnostik und Therapie nur begrenzt vermitteln. Das Problem der Kostenübernahme ist nachhaltig nur durch juristische Veränderungen zu lösen. Für mögliche Modellprojekte zur Evaluierung unterschiedlicher Zugangswege liefert die vorliegende Dissertation bisher desiderate Daten.

6. Literaturverzeichnis

Achotegui, Joseba: Ulysses syndrome. In: PICUM (Hrsg.): Report of PICUM International Conference on Access to Health Care for Undocumented Migrants in Europe. June 28-29, 2007 in Brussels. Brussels, 2007. 16-17.

Affronti, Mario; Affronti, Andrea; Pagano, Salvatore; Soresi, Maurizio; Giannitrapani, Lydia; Valenti, Miriam: La Spada, Emanuele; Montalto, Giuseppe: The health of irregular and illegal immigrants: analysis of day-hospital admissions in a department of migration medicine. In: Internal and Emergency Medicine 2011 [Epub ahead of print] Doi: 10.1007/s11739-011-0635-2.

Alonso, Jordi; Ferrer, Montserrat; Gandek, Barbara; Ware, John E. Jr.; Aaronson, Neil K.; Mosconi, Paola; Rasmussen, Niels K.; Bullinger, Monika; Fukuhara, Shunichi; Kaasa, Stein; Leplège, Alain and the IQOLA Project Group: Health related quality of life associated with chronic conditiond in eight countries: Results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. In: Quality of Life Research 2004; 13: 283-298.

Alscher, Stefan; Münz, Rainer; Özcan, Veysel: Illegal anwesende und illegal beschäftigte Ausländerinnen und Ausländer in Berlin. Lebensverhältnisse, Problemlagen, Empfehlungen. In: Demographie aktuell, Nr. 17. Berlin: Humboldt-Universität, 2001.

Alt, Jörg: ‚Illegale' in Hamburg – Aktueller Kontext für die öffentliche Thematisierung. Eröffnungsreferat anlässlich der gemeinsamen öffentlichen Anhörung „Verbesserung der Situation ‚Illegaler', veranstaltet von den CDU und GAL Fraktionen der Bezirksversammlung Hamburg-Altona, 14.6.2005, Rathaus Altona. 2005 [Online im Interne] URL: http://www.joerg-alt.de/Vortraege/2004-2005/05-06-14Hamburg.doc [Stand: 17.02.2013].

Alt, Jörg: Größenschätzungen für Deutschland. 2004. [Online im Internet] URL: http://www.joerg-alt.de/Publikationen/Material anlagen/04Statistik.doc [Stand: 17.02.2013].

Alt, Jörg: Leben in der Schattenwelt. Karlsruhe: von Loeper Literaturverlag, 2003.

Alt, Jörg: Leben in der Illegalität. Krankheitsbilder und Probleme bei der Behandlung. Erkenntnisse aus dem Forschungsprojekt zur Lebenssituation 'illegaler' Migranten in Leipzig, 2000. [Online im Internet] URL: http://www.joerg-alt.de/ Vortraege/1999-2000/99-12-03Dresden.doc [Stand: 17.02.2013].

Alt, Jörg: Illegal in Deutschland. Forschungsprojekt zur Lebenssituation „illegaler" Migranten in Leipzig. Herausgegeben im Auftrag des Jesuit Refugee Service Europe. Karlsruhe: von Loeper Literaturverlag, 1999.

Amt für Gesundheit Stadt Frankfurt am Main: Internationale Humanitäre Sprechstunden. Kostenlos und anonym. Frankfurt am Main, 2009 [Online im Internet] URL:

http://www.frankfurt.de/sixcms/media.php/738/Humanit%C3%A4re_Sprechstunde.pdf [Stand: 17.02.2013].

Anderson, Philip: Dass sie uns nicht vergessen. Menschen in der Illegalität in München. Eine Empirische Studie im Auftrag der Landeshauptstadt München. München, 2003.

Andersen, Ronald M.: Revisiting the Behavioural Model and Access to Medical Care: Does it Matter? In: Journal of Health and Social Behaviour 1995; 36: 1-10.

Antonovsky, Aaron: Salutogenese: zur Entmystifizierung von Gesundheit. Dt. erw. Hrsg. von Alexa Franke. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie-Verlag. Tübingen, 1997.

Antonovsky, Aaron: Health, Stress, and Coping. Jossey- Bass Publishers. San Francisco, 1979.

Arbeitsgruppe Armut und Gesundheit des Bundesministeriums für Gesundheit: Empfehlung der Arbeitsgruppe "Armut und Gesundheit" zu "Migration und gesundheitliche Versorgung. Bonn, 2001.

Ärztekammer Hamburg (Hrsg.): Menschen in Not helfen! Informationen für Ärztinnen und Ärzte. Behandlung von Patientinnen und Patienten ohne gesicherten Aufenthaltsstatus. Hamburg, 2008. [Online im Internet] URL: http://www.aerztekammer-hamburg.de/Flyer_MenschenInNotHelfen_final.pdf [Stand: 17.02.2013].

Ärztekammer Nordrhein (Hrsg.): Informations- und Kriterienkatalog, Düsseldorf, 2004. [Online im Internet] URL: http://www.aekno.de/downloads/aekno/kriterienkatalog_nrw.pdf [Stand: 17.02.2013].

Bailey, Lucianne; Vardulaki, Katerina; Langham, Julia; Chandramohan, Daniel: Introduction to Epidemiology. Berkshire (GB): Open University Press, 2005.

Barmer GEK (Hrsg.): Barmer GEK Arztreport 2012. Asuwertung der daten bis 2010. Schwäbisch Gmünd, 2012. [Online im Internet] URL: http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2012/120131-Arztreport-2012/PDF-Arztreport-2012,property=Data.pdf [Stand 17.02.2013].

Barmer GEK (Hrsg.): Gesundheitsreport 2010 Hamburg. Wuppertal, 2011 [Online im Internet] URL http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Laender/Archiv-HH-SH-MV/Pressemitteilungen-Archiv/Archiv-2010/100429-Gesundheitsreport-HH/Report,property=Data.pdf [Stand 17.02.2013].

Barmer GEK (Hrsg.): Barmer GEK Arztreport 2010. Auswertung zu Daten bis 2008. Schwäbisch Gmünd, 2010. [Online im Internet] URL http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Infothek/Studien-und-Reports/Arztreport/Arztreport-2010/PDF-Arztreport,property=Data.pdf [Stand 17.02.2013].

Barlow, P; Haumont, D; Degueldre, M: Devenir Obstétrical et Périnatal des Patientes sans Couverture Sociale. In: Rev Med Brux 1994; 15: 366-370.

Behrensen, Birgit; Groß, Verena: Auf dem Weg in ein „normales Leben“? Eine Analyse der gesundheitlichen Situation von Asylsuchenden in der Region Osnabrück. Osnabrück, 2004.

Beierlein, Volker; Morfeld, Matthias; Bergelt, Corinna; Bullinger, Monika; Brähler, Elmar: Messung der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-8. In Diagnostica 2012 (58); 3: 145-153.

Bengel, Jürgen; Strittmatter, Regine; Willmann, Hildegard: Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 6. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln, 2001.

Berk, Marc L.; Schur, Claudia L: The Effect of Fear on Access to Care Among Undocumented Latino Immigrants. In: Journal of Immigrant Health 2001; 3: 151-156.

Biswas, Dan; Kristiansen, Maria; Krasnik, Allan; Norredam, Marie: Access to healthcare and alternative health-seeking strategies among undocumented migrants in Denmark. In: BMC Public Health 2011; 11: 560-571.

Bommes, Michael; Wilmes, Maren: Menschen ohne Papiere in Köln. Eine Studie zur Lebenssituation irregulärer Migranten. Osnabrück: IMIS, 2007.

Brackertz, Nicola; Swinburne Institute for Social Research: Who is hard to reach and why? ISR Working paper. Melbourne, 2007 [Online im Internet] URL: http://www.sisr.net/publications/0701brackertz.pdf [Stand 17.02.2013].

Brzank, Petra; Stahl, Eva; Groß, Jessica: Ungeklärter Aufenthalt und psychosoziale Belastung. Einführung und Diskussion mit Expert/innen und Betroffenen. In: Geene, Raimund; Gold, Carola; Hans, Christian (Hrsg.): Armut und Gesundheit. Gesundheitsziele gegen Armut. Netzwerke für Menschen in schwierigen Lebenslagen. Teil 1. Berlin, 2002. 272-280.

Bullinger, Monika; Kirchberger, Inge: SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe, 1998.

Bundesministerium des Innern: Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz vom 26. Oktober 2009, Berlin, 2009. [Online im Internet] URL: http://www.verwaltungsvorschriften-im-internet.de/pdf/BMI-MI3-20091026-SF-A001.pdf [04.10.2011].

Bundesministerium des Innern (Hrsg.): Illegal aufhältige Migranten in Deutschland: Datenlage, Rechtslage, Handlungsoptionen. Bericht des Bundesministeriums des Innern zum Prüfauftrag „Illegalität“ aus der Koalitionsvereinbarung vom 11. November 2005, Kapitel VIII 1.2, Berlin, 2007 [Online im Internet] URL: http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Themen/MigrationIntegration/AsylZu

wanderung/Pruefbericht_Illegalitaet.pdf;jsessionid=6E4704F9F19F5C0C6EA9EA625E124D75.1_cid165?__blob=publicationFile [04.10.2011].

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.): Illegal aufhältige Drittstaatenangehörige in Deutschland. Staatliche Ansätze, Profile und soziale Situation: Forschungsstudie 2005 im Rahmen des Europäischen Migrationsnetzwerks. Forschungsbericht 2. Nürnberg, 2006.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.): Working Paper 02/2005. Illegalität von Migranten in Deutschland. Zusammenfassung des Forschungsstandes. Nürnberg, 2005.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V.: Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität in Deutschland. Berlin, 2010 [Online im Internet] URL: http://www.forum-illegalitaet.de/mediapool/99/993476/data/Illegale_Bagfw_100305_web.pdf [1.11.2012].

Bundesärztekammer: (Muster-) Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte. - MBO-Ä 1997 - in der Fassung der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel. Kiel, 2011a.

Bundesärztekammer: Beschlussprotokoll des 114. Deutschen Ärztetages vom 31.05. – 03-06.2011 in Kiel. Kiel 2011b.

Bundesärztekammer: Beschlussprotokoll des 111. Deutschen Ärztetages vom 20. – 23. Mai 2008 in Ulm. Ulm, 2008.

Bundesärztekammer: Beschlussprotokoll des 110. Deutschen Ärztetages vom 15. – 18. Mai 2007 in Münster. Münster, 2007.

Bundesärztekammer: Beschlussprotokoll des 109. Deutschen Ärztetages vom 23.-26. Mai in Magdeburg. Magdeburg, 2006.

Bundestag Drucksache 17/56: Drucksache des Deutschen Bundestages vom 24.11.2009: Gesetzesentwurf der Fraktion der SPD. Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Aufenthaltsgesetzes. Berlin, 2009.

Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg. 18. Wahlperiode: Große Anfrage und Antwort des Senats. Betr.: In der Illegalität lebende Menschen in Hamburg. Drucksache 18/5116. 2006.

Burdine, James N.; Felix, Michael R. J.; Abel, Amy Llewellyn; Wiltraut, Charles J.; Musselman, Yvette J.: The SF-12 as a Population Health Measure: An Exploratory Examination of Potential for Application. In: Health Service Research 2000; 35: 885-904.

Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin: 10 Jahre Büro für medizinische Flüchtlingshilfe. Eine Erfolgsgeschichte?. Berlin, 2006 [Online im Internet] URL: http://www.medibuero.de/attachment/39b520617b75d0e45fa5eb4f5da202aa/f0763d7d937829c0768bc96fd03c1f82/MBBrosch%C3%BCreWeb.pdf [16.10.2011]

Castañeda, Heide: Illigality as risk factor: A survey of unauthorized migrant patients in a Berlin clinic. In: Social Science & Medicine 2009 (68): 1552-1560.

Cavazos-Regh, Patricia A.; Zayas, Luis H.; Spitznagel, Edward L.: Legal Status, Emotional Well-Being and Subjective Health Status of Latino Immigrants. In: Journal of the National Medical Association 2007; 99: 1126-1131.

Cerda-Hegerl, Patrica: Interkulturelle Aspekte in der medizinischen Versorgung nichtdokumentierter Migranten. In: Psychother Psych Med 2008; 58: 136-145.

Chavez, Leo R: Undocumented immigrants and their use of medical services in Orange County, California. In: Social Science & Medicine 2012; 74: 887-893.

Classen, Georg: Sozialleistungen für MigrantInnen und Flüchtlinge. Grundlagen für die Praxis. In: Förderverein Niedersächsischer Flüchtlingsrat.(Hrsg.): Flüchtlingsrat. Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen Sonderheft 106/107. Hildesheim, 2005, S.5-216.

Classen, Georg: Krankenhilfe nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Aktualisierte Version Stand Juli 2008 [Online im Internet] URL: http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Classen_SGB_II_XII_AsylbLG.pdf [14.02.2009].

Commission on Social Determinants of Health: Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. WHO. Geneva, 2008.

Commission on Social Determinants of Health: Commission on Social Determinants of Health. WHO. Geneva, 2006 [Online im Internet] URL: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_broschure.pdf [18.07.2012].

Cyrus, Norbert: Aufenthaltsrechtliche Illegalität in Deutschland. Sozialstrukturbildung - Wechselwirkungen – Politische Optionen. Bericht für den Sachverständigenrat für Zuwanderung und Integration. Oldenburg, 2004a.

Cyrus, Norbert: Soziale Strukturen aufenthaltsrechtlicher Illegalität in Deutschland - ein Überblick. In: Deutsches Rotes Kreuz (Hrsg.): Migrantinnen und Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus: Dokumentation einer Fachtagung. Berlin, 2004b, S.15-28.

Deutscher Bundestag: Datenmaterial zur illegalen Migration durch Deutschland gibt es nicht, [online]. Berlin, 2006 [Online im Internet] URL: http://www.bundestag.de/aktuell/hib/2006/2006_245/07.html [16.12.2010].

Deutsches Institut für Menschenrechte (Hrsg.): Frauen, Männer und Kinder ohne Papiere in Deutschland- Ihr Recht auf Gesundheit. Bericht der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität. Berlin, 2007.

DeSalvo, Karen B; Fan, Vincent S; McDonell, Mary B; Fihn, Stephan D: Predicting Mortality and Healthcare Utilization with a Single Question. In: Health Service Research 2005a; 40: 1234-1246.

DeSalvo, Karen B; Bloser, Nicole; Reynolds, Kristi; He, Jiang; Muntner, Paul: Mortality Prediction with a Single General Self-Rated Health Question. In: J Gen Intern Med 2005b; 20: 267-275.

DeSalvo, Karen B; Jones, Tiffany M; Peabody, John; McDonald, Jay; Fihn, Stephan; Fan, Vincent; He, Jiang; Muntner, Paul : Health Care Expenditure Prediction With a Single Item, Self-Rated Health Measure. In: Med Care 2009; 47: 440-447.

Devillanova, Carlo: Social networks, information and health care utilization: Evidence from undocumented immigrants in Milan. In: Journal of Health Economics 2008; 27: 265-286.

Diakonisches Werk der evangelischen Kirche in Deutschland e. V. (Hrsg.): Sozialleistungen für Unionsbürgerinnen und Unionsbürger in Deutschland. Stuttgart, 2011.

Diakonisches Werk Hamburg (Hrsg.): Eine empirische Studie zur Lebenssituation von Menschen ohne gültige Aufenthaltspapiere in Hamburg. Hamburg, 2009.

Diakonisches Werk Wiesbaden: Pressemitteilung. Angebot wird gebraucht und gut angenommen. Wiesbaden, 2011. [Online im Internet] URL: http://www.diakonisches-werk-wiesbaden.de/files/1321/upload/pdfs/Zwischenbilanz%20Humanitaere%20Sprechstunde.pdf [05.11.2012].

Eichenhofer, Eberhard: Einleitung: Illegale Einreise, illegaler Aufenthalt und illegale Beschäftigung als Frage der Migrationsforschung. In: Eichenhofer, Eberhard (Hrsg.): Migration und Illegalität. IMIS-Schriften Band 7. Osnabrück, 1999, S.11-25.

Eichenhofer, Eberhard (Hrsg.): Migration und Illegalität. IMIS-Schriften Band 7. Osnabrück, 1999.

Ellert, Ute; Kurth, Bärbel-Maria: Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Erwachsenen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt 2013; 56: 643-649.

Eriksson, Monica; Lindström, Bengt: Antonovsky's Sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. In: J Epidemiol Community Health 2007; 61: 938-944.

Eriksson, Monica; Lindström, Bengt: Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. In: J Epidemiol Community Health 2005; 59: 460-466.

Faltermaier, Toni: Migration und Gesundheit: Fragen und Konzepte aus einer salutogenetischen und gesundheitspsychologischen Perspektive. In: Marschalck, Peter; Wiedl, Karl Heinz (Hrsg.): Migration und Krankheit, IMIS-Schriften Band 10. 2. Auflage. Osnabrück, 2005, S.93-112.

Familienplanungszentrum Hamburg e.V.: Familienplanungszentrum, [online]. Hamburg, 2011 [Online im Internet] URL http:// www.familienplanungszentrum.de/ [04.10.2011].

Fleishman, John A.; Cohen, Joel W.; Manning, Willard G.; Kosinski, Mark: Using the SF-12 Health Status Measure to Improve Predictions of Medicla Expenditures. In: Med Care 2006; 44: I-54-63.

Fortin, Martin; Lapointe, Lise; Hudon, Catherine; Vanasse, Alain; Ntetu, Antoine L.; Maltais, Danielle: Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. In: Health and Quality of Life Outcomes 2004; 2: 51-62.

Fortin, Martin; Brava, Gina; Hudon, Catherine; Lapointe, Lise; Almirall, José; Dubois, Marie-France; Vanasse, Alain: Relationship between multimorbidity and health-related quality of life of patients in primary care. In: Quality of Life Research 2006; 15: 83-91.

Franz, Adelheit: Lebenssituation, soziale Bedingungen, Gesundheit: Menschen ohne Krankenversicheurng. In: Alt, Jörg; Bommes, Michael (Hrsg.): Illegalität. Grenzen und Möglichkeiten der Migrationspolitik. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2006, S.180-190.

Franz, Adelheid: Medizinische Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung. In: Borde, Theda; David, Matthias (Hrsg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits-und Sozialwesen. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, 2003.

Freie und Hansestadt Hamburg (Hrsg.): CASA blanca – Centrum für AIDS und sexuell übertragbare Krankheiten in Altona, [online]. Hamburg, 2011. [Online im Internet] URL: http://www.hamburg.de/casablanca [04.10.2011].

Frings, Dorothee: Sozialleistungen für Unionsbürger/innen nach der VO 883/2004. 2012 [Online im Internet] URL http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Frings_Sozialleistungen_883-2004.pdf [20.05.2014].

Gandek, Barbara; Ware, John E.; Aaronson, Neil K.; Apolone, Giovanni; Bjorner, Jakob B.; Brazier, John E.; Bullinger, Monika; Kaasa, Stein; Leplege, Alain; Prieto, Luis; Sullivan, Marianne: Cross-Validation of Item Selection and Scoring for the SF-12 Health Survey in Nine Countries: Results from the IQOLA Project. In: J Clin Epidemiol 1998, 51/11: 1171-1178.

Garratt, Andrew M.; Ruta, Danny A.; Abdalla, Mona I.; et al.: SF 36 health survey questionnaire: II. Responsiveness to changes in health status in four common clinical conditions. In: Qual Health Care 1994; 3: 186-192.

Garratt, Andrew M.; Schmidt, Louise; Mackintosh, Anne; Fitzpatrick, Ray: Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. In: Br Med J 2002, 324/7351:1417-1421.

Gerritsen, A. A.M.; Bramsen, I.; Devillé, W., Willigen, L. H. M. van; Hovens, J. E.; Ploeg, H. M. van der: Health and health care utilisation among asylum seekers and refugees in the Netherlands: design of a study. In: BioMedCentral Public Health 2004, 4:7.

Gesundheitsamt Freie Hansestadt Bremen: Humanitäre Sprechstunde. Medizinische Beratung und Hilfe für MigrantInnen und Migranten in unsicheren Lebenslagen. Bremen, 2010. [Online im Internet] URL: http://www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/media.php/13/2_Migration_info_humanitaere_sprechstunde_08_2010.pdf [05.11.2012].

Gómez Schlaikier, Sigrid María: „Wir sind hier, weil wir uns gegenseitig brauchen“ - eine empirische Untersuchung zu illegal in Hamburg lebenden EcuadorianerInnen. In:

Jünschke, Klaus/ Paul, Bettina (Hrsg.): Wer bestimmt den unser Leben? Beiträge zur Entkriminalisierung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus. Karlsruhe: von Loeper Literaturverlag, 2005, S.91-99.

Green, Judith; Browne, John: Principles of Social Research. Berkshire (GB): Open University Press, 2005.

Groß, Jessica: Möglichkeiten und Grenzen der medizinischen Versorgung von Patienten und Patientinnen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Berlin, 2005. [Online im Internet] URL: http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/arbeitshilfen/Medizin_fuer_Statuslose.pdf [11.10.2011].

Groß, Jessica: "Illegal" - Gesundheitsversorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus. In: Berliner Ärzte, Heft 2, 2002.

Hacker, Karen; Chu, Jocelyn; Leung, Carolyn; Marra, Rober; Pirie, Alex; Brahimi, Mohamed; English, Margaret; Beckmann, Joshua; Acevedo-Garcia, Dolores; Marlin, Robert P.: The impact of Immigration and Custom Enforcement on immigrant health: Perceptions of immigrants in Everett, Massachusetts, USA. In: Social Science & Medicine 2011; 73: 586-594.

HUMA network. Health for Undocumented Migrants and Asylum seekers: Acess to Health care for undocumented migrants and asylum seerkers in 10 EU countries. Law and practice. 2009. [Online im Internet] URL: http://www.episouth.org/doc/r_documents/Rapport_huma-network.pdf [05.11.2012].

Hunger, Matthias; Baumert, Jürgen; Holle, Rolf: Analysis of SF-6D index data: is beta regression appropriate? Value Health. 2011 Jul-Aug;14(5): 759-67. doi: 10.1016/j.jval.2010.12.009. Epub 2011 May 31.

Hunkeler, Brigitte; Müller, Eva: Aufenthaltsstatus und Gesundheit. Eine ressourcenorientierte qualitative Untersuchung zur Unsicherheit des Aufenthaltsstatus im Zusammenhang mit der psychosozialen Gesundheit bei Migrantinnen in der Stadt Zürich. Zürich, 2004.

Huschke, Susann: Die Grenzen humanitärer Versorgung. Beispiele aus einer Feldforschung mit illegalisierten Latina/os. In: Mylius, Maren; Wiebke Bornschlegl; Andreas Frewer (Eds.): Medizin für "Menschen ohne Papiere". Menschenrechte und Ethik in der Praxis des Gesundheitssystems. Göttingen: V+R unipress, 2011, S.157-172.

Huschke, Susann; Twarowska, Joanna: Legal, aber nicht versichert. Medizinische Versorgung von neuen EU-BürgerInnen. In: Dr. med. Mabuse 2011; 189: S.55-57.

Huschke, Susann: Versorgung von Menschen ohne Papiere: „Den Letzten beißen die Hunde“. In: Deutsches Ärzteblatt 2010; 107: A1620-A1624.

Huschke, Susann: Fragiles Netz – Krankheitserfahrungen undokumentierter Latinas in Berlin. In: Falge, Christiane; Fischer – Lescano, Andreas; Sieveking, Klaus (Hrsg.): Gesundheit in der Illegalität. Rechte von Menschen ohne Aufenthaltsstatus. Band 55:

Schriftreihe des Zentrums für Europäische Rechtspolitik an der Universität Bremen (ZERP). Bremen: Nomos Verlagsgesellschaft, 2009, S.45-61.

Igel, Ulrike; Brähler, Elmar; Grande, Gesine: Der Einfluss von Diskriminierungserfahrungen auf die Gesundheit von MigrantInnen. In: Psychiatrische Praxis 2010; 37: 183-190.

Institut für Qualität und Wirtschaftlicheit im Gesundheitswesen (Hrsg.): Allgemeine Methoden. Version 3.0 vom 27.05.2008. Köln, 2008. [Online im Internet] URL: https://www.iqwig.de/download/IQWiG_Methoden_Version_3_0.pdf [29.12.2010].

Jensen, Natasja K; Norredam, Marie; Draebel, Tania; Bogic, Marija; Priebe, Stefan; Krasnik, Allan: Providing medical care for undocumented migrants in Denmark: what are the challenges for health professionals? In: BMC Health Service Research 2011; 11: 154-164.

Jung, Felicitas; Thomas Hilbert Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.): Das Bremer Modell – Gesundheitsversorgung Asylsuchender. Bremen, 2011.

Kalvelage, Bernd: Konfliktreiche Grauzone. In: Hamburger Ärzteblatt 2007; 61: 29.

Kaplan, Mark S; Berthelot, Jean-Marie; Feeny, David; McFarland, Bentson H; Khan, Saeeda; Orpana, Heather: The predictive validity of health-related quality of life measures: mortality in a longitudinal population-based study. In: Qual Life Res 2007; 16: 1539-1546.

Katholisches Forum „Leben in der Illegalität“: Stellungnahme zum Bericht des Bundesministeriums des Innern zum Prüfauftrag “Illegalität“aus der Koalitionsvereinbarung vom 11. November 2005, Kapitel VIII 1.2 Illegal aufhältige Migranten in Deutschland - Datenlage, Rechtslage, Handlungsoptionen, Februar 2007. Berlin, 2007. [Online im Internet] URL: http://www.forum-illegalitaet.de/mediapool/99/993476/data/StellungnahmeBMI-Bericht-Forum.pdf [05.11.2012].

Kohls, Martin: Migration und Gesundheit. Studien zeigen Unterschiede bei der gesundheitlichen Lage auf. In: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.): Blickpunkt Integration 01/2010. Aktueller Informationsdienst zur Integrationsarbeit in Deutschland. Nürnberg, 2010. [Online im Internet] URL: http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/BlickpunktIntegration/2010/2010-01.pdf;jsessionid=580817B197AC2BF26FC6A61DE95484F6.1_cid251?__blob=publicationFile [18.07.2012].

Koller, M.; Neugebauer, E. A. M.; Augustin, M.; Büssing, A.; Farin, E.; Klinkhammer-Schalke, M.; Lorenz, W.; Münch, K.; Petersen-Ewert, C.; von Steinbüchel, N.; Wieseler, B.: Die Erfassung von Lebensqualität in der Versorgungsforschung – konzeptuelle, methodische und strukturelle Voraussetzungen. In: Gesundheitswesen 2009; 71: 864-872.

Krieger, Wolfgang; Ludwig, Monika; Schupp, Patrick; Will, Annegret: Lebenslage „illegal“. Menschen ohne Aufenthaltsstatus in Frankfurt am Main. Karlsruhe: von Loeper, 2006.

Lechner, I.; Mielck, A.: Die Verkleinerung des “Healthy-Migrant-Effects”: Entwicklung der Moribidität von ausländischen und deutschen Befragten im sozioökonomischen Panel 1984 – 1992. In: Das Gesundheitswesen 1998; 60: 715-720.

Lederer, Harald W.: Illegal Migration in Germany. efms Paper Nr. 10. International Conference on Impacts of Migration: Migration from Middle and East to Western European Countries- Migration between Middle and East European Countries. September 24- 26. 1997 in Frankfurt/Oder. [Online im Internet] URL: http://www.efms.uni-bamberg.de/ pdf/efms_p10.pdf [14.02.2009].

Lederer, Harald W.: Illegal Migration: Why Does it Exist and What Do We Know about Numbers and Trends?. Efms Paper Nr. 19. Conference on Politics and economics of Illegal Migration. Managing Migration in the 21st Century. September 21-23, 1998 in Hamburg.

Lederer, Harald W.: Typologie und Statistik illegaler Zuwanderung nach Deutschland. In: Eichenhofer, Eberhard (Hrsg.): Migration und Illegalität, IMIS-Schriften Band 7. Osnabrück, 1999, S.53-70.

Lee, Raymond: Doing research on sensitive topics. London: Sage Publications, 1993.

Lindert, Jutta: Krankheit kennt keine Papiere. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.): Gesunde Integration. Dokumentation einer Fachtagung am 20./21.02.2003 in Berlin. Berlin/Bonn, 2003, S.143-148.

Ludwig Michaela: Versorgung Illegaler. Wege aus der Einzelfalllösung. In: Dtsch Ärztebl 2008; 105:A S.2644-2648.

Lutz, Helma: Der Privathaushalt als Weltmarkt für weibliche Arbeitskräfte. In: Peripherie 2005, 25. Jrg., Nr.97/98, S.65-87. [Online im Internet] URL: http://www.uni-muenster.de/FGEI/Lutz_Weltmarkt-Privathaushalt.pdf [14.02.2009].

Maderyc, Maria: Hilfe bei Krankheit. In Hamburger Ärzteblatt 2012; 66: S.20.

Magalhaes, Lilian; Carrasco, Christine; Gastaldo, Denise: Undocumented Migrants in Canada: A scope Literature Review on Health, Access to Services, and Working Conditions. In: J Immigrant Minority Health 2010; 12: 132-151.

Malteser Hilfsdienst e.V.: Malteser Migranten Medizin, [online], Köln, 2011a URL http://www.malteser-migranten-medizin.de/no_cache/startseite.html [04.10.2011].

Malteser Hilfsdienst e.V.: Malteser Migranten Medizin Hamburg, [online], Köln, 2011b URL http://www.malteser-migranten-medizin.de/?id=101252 [04.10.2011].

Malteser Hilfsdienst e.V. Berlin: Erfahrungsbericht nach 3 Jahren Malteser Migranten Medizin. Berlin, 2004. [Online im Internet] URL http://www.forum-illegalitaet.de/03MMM_Erfahrungsbericht.pdf [16.12.2010].

Malteser Hilfsdienst e.V. Berlin: Malteser Migranten Medizin. Erfahrungsbericht nach 4 Jahren medizinischer Betreuung für Menschen ohne Krankenversicherung. Berlin, 2005.

[Online im Internet] URL: http://www.forum-illegalitaet.de/04_MMM_Erfahrungsbericht.pdf [16.12.2010].

Malteser Hilfsdienst e.V. Berlin: 5 Jahre Malteser Migranten Medizin. Hilfe für Menschen ohne Krankenversicherung. Berlin, 2006. [Online im Internet] URL: http://www.forum-illegalitaet.de/5JahreErfahrungsb.2005.pdf [16.12.2010].

Malteser Hilfsdienst e.V. Berlin: 6 Jahre Malteser Migranten Medizin. Hilfe für Menschen ohne Krankenversicherung. Berlin, 2007. [Online im Internet] URL: http://www.malteser.de/73.malteser_migranten_medizin/73.04.Links_Materialien/Erfahrungsbericht2006_final.pdf [17.11.2010].

Malteser Hilfsdienst e. V. Berlin: 7 Jahre Malteser Migranten Medizin. Hilfe für Menschen ohne Krankenversicherung. Berlin, 2008. [Online im Internet] URL: http://www.malteser.de/73.malteser_migranten_medizin/73.04.Links_Materialien/Erfahrungsbericht2007_final.pdf [18.11.2010].

Malteser Hilfsdienst e. V. Berlin: Jahresbericht 2008. Malteser Migranten Medizin Berlin. Berlin, 2009. [Online im Internet] URL: http://www.malteser.de/73.malteser_migranten_medizin/73.04.Links_Materialien/JB-MMM-08_final.pdf [18.11.2010].

Malteser Hilfsdienst e. V. Berlin: Jahresbericht 2009. Malteser Migranten Medizin Berlin. Berlin, 2010. [Online im Internet] URL: http://www.malteser-berlin.de/userfiles/JB-MMM-09.pdf [18.11.2010].

Malteser Hilfsdienst e. V. Köln: Malteser Migranten Medizin in Köln. Tätigkeitsbericht 2005. Köln, 2006. [Online im Internet] URL: http://www.malteser.de/73.Malteser_Migranten_Medizin/73.04.Links_Materialien/JB-Koeln-2005.pdf [16.12.2010].

Malteser Hilfsdienst e. V. Köln: Malteser Migranten Medizin in Köln. Tätigkeitsbericht 2006. Köln, 2007. [Online im Internet] URL: http://www.malteser.de/73.malteser_migranten_medizin/73.04.Links_Materialien/JB_Koeln_2006.pdf [17.11.2010].

Marpsat, Maryse; Razafindratsima, Nicolas: Survey methods for hard-to-reach populations: introduction to the special issue. In: Methodological Innovations Online 2010; 5(2): 3-16.

Marshall, Khiya J.; Urrutia-Rojas, Ximena; Soto Mas, Francisco; Coggin, Claudia: Health Status and Access to Health Care of Documented and Undocumented Immigrant Latino Women. In Health Care for Women International 2005; 26: 916-936.

Marschalck, Peter; Wiedl, Karl Heinz (Hrsg.): Migration und Krankheit, IMIS-Schriften Band 10. 2. Auflage. Osnabrück, 2005.

Matzke, Robin: Leistungen für Unionsbürger bei Krankheit. Die Ansprüche von Unionsbürgern nach SGB II und XII im Lichte neuer Rechtssprechung. In: Asylmagazin 2012; 3: 62-68.

McKay, Laura; Macintyre, Sally; Ellaway, Anne: Migration and Health: A Review of International Literature. Occasional Paper Series No. 12. Glasgow: Medical Research Council Social & Public Health Sciences Unit, 2003 URL: http://www.sphsu.mrc.ac.uk/library/occasional/OP012.pdf [18.07.2012].

McHorney, Colleen A.; Ware, John E. Jr.; Raczek, Anastasia E.: The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and Clinical Tests of Validity in measuring Physical and Mental Health Consructs. In: Medical Care 1993; 31: 247-263.

Médecins du Monde: Access to Health Care for Vulnerable Groups in the European Union in 2012, 2012. [Online im Internet] URL: http://issuu.com/arztederwelt/docs/dow_access_healthcare_eu_2012?mode=window&backgroundColor=%23222222 [18.05.2012].

Médecins du Monde European Observatory on Access to Health Care (Hrsg.): Der Zugang zur medizinischen Versorgung von Menschen ohne Aufenthaltstitel in 11 Europäischen Ländern. Paris, 2009. [Online im Internet] URL: http://mdmeuroblog.files.wordpress.com/2014/01/rapport-de-final-couv.pdf [22.05.2012].

Médecins du Monde European Observatory on Access to Health Care (Hrsg.): European Survey on Undocumented Migrants' Access to Health Care. Paris, 2007

Médecins Sans Frontières: Experiences of Gömda in Sweden: Exclusion from health care for immigrants living without legal status. Results from a survey by Médecins Sans Frontières. Stockholm, 2005a. [Online im Internet] URL: http://www.lakareutangranser.se/sites/sweden/files/attachments/reportgomdaswedenen.pdf [30.07.2008].

Médecins Sans Frontières: The Fruits of Hypocrisy. History of who makes the agriculture...Hidden. Survey on life and health conditions of foreign workers employed in the Italian agriculture. Foggia, 2005b. [Online im Internet] URL: https://www.aerzte-ohne-grenzen.at/fileadmin/data/pdf/reports/2005/MSF_Report_Italy_2005.pdf [03.10.2011].

Medibüro Berlin et al.: 5. Bundesweites Treffen der MediNetze, MediBüros und Medizinischen Flüchtlingshilfen 8. bis 10. Juni 2012 in Düsseldorf. Düsseldorf, 2012. [Online im Internet] URL: http://www.stay-duesseldorf.de/Bundestreffen/PE.pdf [20.05.2014].

Medibüro Berlin et al.: Bundesweites Treffen der Medibüros in Freiburg. Freiburg 1. Breisgau, 2009. [Online im Internet] URL: http://medibueros.m-bient.com/fileadmin/user_upload/PMFreiburg2009.PDF [05.11.2012].

MediNetzBonn e. V.: Jahresbericht 2005. Bonn, 2006. [Online im Internet] URL: http://www.medinetzbonn.de/downloads/ Jahresbericht 2005.doc [07.10.2011].

MediNetzBonn e. V.: Jahresbericht 2006. Bonn, 2007. [Online im Internet] URL: http://www.medinetzbonn.de/downloads/Jahresbericht 2006.doc [18.11.2010].

MediNetzBonn e. V.: Jahresbericht 2007. Bonn, 2008. [Online im Internet] URL: www.medinetzbonn.de/downloads/Jahresbericht 2007.doc [18.11.2010].

Medinetz Mainz e. V.: Beschlussvorlage des Medinetz-Bundestreffen vom 27.-29. Mai 2011. Mainz, 2011. [Online im Internet] URL: http://medibueros.m-bient.com/fileadmin/user_upload/PMFrankfurt2011.PDF [12.09.2012].

Medinetz Mainz e. V.: Infobrief Nr. 1 Medinetz Mainz e. V.. Mainz, 2007. [Online im Internet URL: http://www.medinetzmainz.de/files/file/Infobrief%202007%20Medinetz%20Mainz%20e.V.pdf [18.11.2010].

Medinetz Mainz e. V.: Infobrief Nr. 2 Medinetz Mainz e. V., Mainz, 2008. [Online im Internet] URL: http://www.medinetzmainz.de/files/file/Infobrief%20Nr_2-11_08.pdf [18.11.2010].

Medinetz Mainz e. V.: Infobrief Nr. 3 Medinetz Mainz e. V., Mainz, 2010. [Online im Internet] URL: http://www.medinetzmainz.de/files/file/infobrief_medinetz_03-2010_WEB.pd [18.11.2010].

Medizinische Flüchtlingshilfe Bochum e. V.; Jahresbericht 2006 Medizinische Flüchtlingshilfe Bochum. Bochum, 2007. [Online im Internet] URL: http://www.mfh-bochum.de/jahresbericht-2006.pdf [18.11.2010].

Medizinische Vermittlungs- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und MigrantInnen: Die medizinische Beratungs- und Vermittlungsstelle für Flüchtlinge und MigrantInnen in Hamburg. In: Gesellschaft für politische Bildung e. V. (Hrsg.): Gegenwind. Dokumentation der Fachkonferenz Hergekommen und Geblieben am 6. Dezember 2006 in Kiel. Kiel, 2007, S.24.

Mielck, Andreas: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Bern: Verlag Hans Huber, 2000.

Mitrovic, Emilija: Qualitative Befunde zur Lebenssituation von Menschen ohne gültige Aufenthaltspapiere in Hamburg: Bildungszugang- Arbeit- Gesundheit. In: Diakonisches Werk Hamburg (Hrsg.): Leben ohne Papiere. Eine empirische Studie zur Lebenssituation von Menschen ohne gültige Aufenthaltspapiere in Hamburg. Hamburg, 2009, S.134-213.

Misbach, Elène; Bartholome, Burkhard; Groß, Jessica: Integration in die Regelversorgung statt Entwicklung weiterer Parallelsysteme: eine aktuelle Perspektive für Berlin? In: Falge, Christiane; Fischer – Lescano, Andreas; Sieveking, Klaus (Hrsg.): Gesundheit in der Illegalität. Rechte von Menschen ohne Aufenthaltsstatus. Band 55: Schriftreihe des Zentrums für Europäische Rechtspolitik an der Universität Bremen (ZERP). Bremen: Nomos Verlagsgesellschaft, 2009, S.81-87.

Moehr, Jochen R., Haehn, Klaus-Dieter (Hrsg.): Verdenstudie. Strukturanalyse Allgemeinmedizinischer Praxen. Köln: Deutscher Ärzte Verlag, 1977.

Müller, Doreen: Recht auf Gesundheit? Medizinische Versorgung illegalisierter MigrantInnen zwischen exklusiven Staatsbürgerrechten und universellen Menschenrechten. Flüchtlingsrat. Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen. Sonderheft 101 Sept. 2004. Hildesheim, 2004.

Müller-Tribbensee, Sonja; Kühne, Anna: Die neue Verwaltungsvorschrift. In: Medinetze und Medibüros (Hrsg.): Zeitung der Medinetze und Medibüros und medizinischen Flüchtlingshilfen. Ausgabe 1. Leipzig, 2010. [Online im Internet] URL http://www.medinetz-leipzig.de/files/Externer%20Teil%20des%20Medinetzreaders%202010.pdf [04.10.2011].

Mujeres Sin Fronteras: Die Lebenssituation “Illegalisierter” Menschen in Hamburg am Beispiel von Frauen und Transsexuellen aus Lateinamerika. In: Jünschke, Klaus/ Paul, Bettina (Hrsg.): Wer bestimmt den unser Leben?. Beiträge zur Entkriminalisierung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus. Karlsruhe: von Loeper Literaturverlag, 2005, S.82-90.

Netzwerk Migration in Europa e. V. (Hrsg.): Europa: Illegalität – Formen, Probleme und Strategien. In: Newsletter Migration und Bevölkerung 10/2006, S.4. [Online im Internet] URL: http://www.focus-migration.de/Einzelansichten.1316.0.html?&tx_wilpubdb_pi1[keyword]=81&tx_wilpubdb_pi1[submi%20%20t]=Suchen&tx_wilpubdb_pi1[article]=18&cHash=2cc0c106e1 [07.01.2009].

Newbold, Bruce K.; Danforth, Jeff: Health Status and Canada’s immigrant population. In: Social Science & Medicine 2003; 57: 1981-1995.

Nitschke, Heidrun: Zur Lebenssituation von Flüchtlingen und Menschen ohne Papiere in Köln. In: Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes NRW (Hrsg.): Migration und öffentlicher Gesundheitsdienst. Bielefeld, 2004, S.43-54.

Nitschke, Heidrun: Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere als Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes- Erfahrungen und Perspektiven. In: Jünschke, Klaus/ Paul, Bettina (Hrsg.): Wer bestimmt denn unser Leben? Beiträge zur Entkriminalisierung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus. Karlsruhe: von Loeper Literaturverlag, 2005, S.133-148.

Nübling, Matthias; Andersen, Hahnfried H.; Mühlbacher, Axel: Entwicklung eines Verfahrens zur Berechnung der körperlichen und psychischen Summenskalen auf Basis der SOEP – Version des SF 12 (Algorithmus). Data Documentation 16. Berlin, 2006. [Online im Internet] URL: http://www.diw.de/documents/publikationen/73/44987/diw_datadoc_ 2006-016.pdf [20.11.2011].

People’s Health Assembly: Peoples’s Health Movement. People’s Charter for Health. Bangladesh, 2002. [Online im Internet] URL: http://www.phmovement.org/sites/www.phmovement.org/files/phm-pch-english.pdf [01.06.2013].

PICUM (Platform for International Cooperation on undocumented Migrants): Access to Health Care for Undocumented Migrants in Europe. Brussels, 2007.

PICUM (Platform for International Cooperation on undocumented Migrants): Health Care for Undocumented Migrants. Germany, Belgium, The Netherlands, United Kingdom. Brussels, 2001.

Pikhart, Hynek; Drbohlav, Dusan; Dzurova, Dagmar: The self-reported health of legal and illegal/irregular immigrants in the Czech Republic. In: Int J Public Health 2010; 55: 401-411.

Pressestelle der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration Hamburg: Neue Clearingstelle für Menschen ohne Papiere. Sozialbehörde verbessert medizinische Versorgung für Zuwanderer. Hamburg, 2012. [Online im Internet] URL: http://www.hamburg.de/pressearchiv-fhh/3291508/2012-02-13-basfi-clearingstelle.html [29.10.2012].

Quentin, Annette: Provisorium in einer inakzeptablen Situation. In: Hamburger Ärzteblatt 2007; 61: 28.

Quesada, James; Hart, Laurie Kain; Bourgois, Philippe: Structural Vulnerability and Health: Latino Migrant Laborers in the United States. In: Medical Anthropology 2011; 30 (4):339-362.

Radoschewski, Michael; Bellach Bärbel-Maria: Der SF-36 im Bundes-Gesundheits - Survey – Möglichkeiten und Anforderungen der Nutzung auf der Bevölkerungsebene. Gesundheitswesen. 1999;61 Spec No:S191-199.

Rauchfuß, Knut: Krankheit kennt keinen Aufenthaltsstatus. Zur gesundheitlichen Situation von Flüchtlingen. In: Förderverein Niedersächsischer Flüchtlingsrat e. V. (Hrsg.): Defizite in der Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge. Flüchtlingsrat. Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen. Sonderheft 89/90 Nov. 2002. Hildesheim, 2002, S.25-40.

Razum, Oliver; Zeeb, Hajo; Rohrmann, Sabine: The „healthy migrant effect“ – not merely a fallacy of inaccurate denominator figures. In: International Journal f Epidemiology 2000; 29: 191-192.

Reed, Mary M,; Westfall, John M.; Bublitz, Caroline; Battaglia, Catherine; Fickenscher, Alexandra: Birth outcomes in Colorado’s undocumented immigrant population. In: BMC Public Health 2005; 5: 100-106.

Robert Koch-Institut (Hrsg.): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Migration und Gesundheit. Berlin, 2008.

Robert Koch-Institut & Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit in Deutschland. Berlin, 2006.

Robert Koch-Institut (Hrsg.): Public Use File BGS98, Bundesgesundheitssurvey 1998. Berlin 2000.

Röseler, Sibylle; Vogel, Dita: Illegale Zuwanderer – ein Problem für die Sozialpolitik? In: ZeS – Arbeitspapier Nr. 1/93. Bremen: Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen, 1993.

Rousseau, Cecile; Kuile, Sonia; Muñoz, Marie; Nadeau, Lucie; Ouimet, Marie-Jo; Kirmayer, Laurence; Crépeau, Francois: Health Care Access for Refugees and Immigrants with Precarious Status. In: Candian Journal of Public Health 2008; 99: 290-292.

Schach, Elisabeth; Schwartz, Friedrich W.; Kerek-Bodden, Hedy E.: Die EVaS – Studie. Einen Erhebung über die ambulante medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Daten und Analysen einer bundeseiten Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung. Köln: Deutscher Ärztverlag, 1989.

Schmidt, Sandra: Gesundheitleiche Versorgung von Papierlosen in Deutschland aus der Sicht der Medizinischen Flüchtlingshilfen. In: Falge, Christiane; Fischer – Lescano, Andreas; Sieveking, Klaus (Hrsg.): Gesundheit in der Illegalität. Rechte von Menschen ohne Aufenthaltsstatus. Band 55: Schriftreihe des Zentrums für Europäische Rechtspolitik an der Universität Bremen (ZERP). Bremen: Nomos Verlagsgesellschaft, 2009, S.63-80.

Sextro, Ulrich: “Illegalität“. Menschen ohne Aufenthaltsstatus. Auswertung der Befragung: Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche im Rheinland. Moers, 2002.

Siddharthan, Kris; Ahern, Melissa: Inpatient Utilization by Undocumented Immigrants Without Insurance. In: Journal of Health Care for the Poor and Underserved 1996; 7: 355-363.

Siegrist, Johannes: Medizinische Soziologie. 6. Auflage. München: Urban und Fischer Verlag, 2005.

Simich, Laura; Wu, Fei; Nerad, Sonja: Status and Health Security: An Exploratory Study of Irregular Immigrants in Toronto. In: Canadian Journal of Public Health 2007; 98: 369-373.

Singleton, Ann: Statistical data on illegal immigration in the European Union: A discussion paper on policy needs and data availability, UN Statistical Commission and Statistical Office of the UN Economic Commission for Europe – Statistical Office of the European Communities (EUROSTAT), working paper Nr. 13. Brüssel, 2003.

Schönwälder, Karen; Vogel, Dita; Sciortino, Giuseppe: Migration und Illegalität in Deutschland. AKI-Forschungsbilanz 1. Arbeitsstelle Interkulturelle Konflikte und gesellschaftliche Integration (AKI) Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). Berlin, 2004.

Schoevers, M. A.; Loeffen, M. J; van den Muijsenbergh, M. E.; Lagro-Janssen, A. L. M: Health care utilization and problems in accessing health care of female undocumented immigrants in the Netherlands. In: Int J Public Health 2010; 55: 421-428.

Schoevers, M. A.; van den Muijsenbergh, M. E.; Lagro-Janssen, A. L. M.: Patient-held records for undocumented immigrants: a blind spot. A systematic review of patient-held records. In: Ethnicity & Health 2009a; 14: 497-508.

Schoevers, M. A.; van den Muijsenbergh M. E.; Lagro-Janssen A. L. M.: Self-rated health and health problems of undocumented immigrant women in the Netherlands: A descriptive study. In: Journal of Public Health Policy 2009b; 30: 409-420.

Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz: Die Deutschen Bischöhe – Kommission für Migrantionsfragen. Leben in der Illegalität in Deutschland – eine humanitäre und pastorale Herausforderung. Bonn, 2001. [Online im Internet] URL: http://www.forum-illegalitaet.de/mediapool/99/993476/data/DBK_2001.pdf [01.06.2014].

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein: Statistischer Bericht. A I 4 – j/07 H. Ausländische Bevölkerung in Hamburg. Hamburg, 2008. [Online im Internet] URL: http://www.statistik-nord.de/fileadmin/download/ statistische_berichte/bevoelkerung/A_I_4_j/A_I_4_j_H/A_I_4_j07_H.pdf [14.02.2008].

Stewart, Anita L.; Greenfield, Sheldon; Hays, Ron D.; Wells, Kenneth; Rogers, William H.; Berry, Sandra D.; McGlynn, Elizabeth A.; Ware, John E. Jr: Functional Status and Well-being of Patients With Chronic Conditions. Results from the Medical Outcome Study. In: JAMA 1989; 262: 907-913.

Stobbe, Holk: Undokumentierte Migration in Deutschland und den Vereinigten Staaten. Göttingen: Universitätsverlag Göttingen, 2004. [Online im Internet] URL: http://webdoc.sub.gwdg.de/diss/2004/stobbe/stobbe.pdf [14.02.2009].

Thefeld, Wolfgang; Stolzenberg, Heribert; Bellach, Bärbel-Maria: Bundes-Gesundheitssurvey: Response, Zusammensetzung der Teilnehmer und Non-Responder-Analyseê. Gesundheitswesen. 1999;61 Spec No:S57-61.

Tolsdorf, Mareike: Verborgen. Gesundheitssituation und –versorgung versteckt lebender MigrantInnen in Deutschland und in der Schweiz. 1. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber, 2008.

Tribbensee, Sonja; Kühne Anna: Die neue Verwaltungsvorschrift. In: Zeitung der Medinetze und Medibüros und Medizinischen Flüchtlingshilfen 2010: 9-10. [Online im Internet] URL:http://www.medinetz-leipzig.de/files/Externer%20Teil%20des%20 Medinetzreaders%202010.pdf. [13.07.2013].

Vogel, Dita: Illegaler Aufenthalt, Konzepte, Forschungszugänge, Realitäten, Optionen. In: Tränhardt, D.; Hunger, U. (Hrsg.): Migration im Spannungsfeld von Globalisierung und Nationalstaat. Leviathan Sonderheft 22. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, 2003, S161-179.

Vogel, Dita; Aßner, Manuel: Wie viele Menschen leben illegal in Hamburg? Eine Schätzung der Gesamtzahl und ausgewählter Strukturmerkmale mit der Logicom-Methode. In: Diakonisches Werk Hamburg (Hrsg.): Leben ohne Papiere. Eine empirische Studie zur Lebenssituation von Menschen ohne gültige Aufenthaltspapiere in Hamburg. Hamburg, 2009, S.9-133.

Ware, John E. Jr.: Identifying Populations at Risk: Functional Impairment and Emotional Distress. In: Managed Care 2002; 11 (10 Suppl.): 15-17.

Ware, John E. Jr.; Kosinski, Mark; Keller, S. D.: A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. In: Medical Care 1996; 34: 220-233.

Ware, John E. Jr.; Kosinski, Mark; Turner-Bowker, Diane; Gandek, Barbara: How to score Version 2 of SF-12 Health Survey. Lincoln (USA): Quality Metric Incorporated, 2002. ISBN 1-891810-10-3.

Weltärztebund und Hans-Neuffer-Stiftung (Hrsg.): Weltärztebund. Handbuch der Deklarationen, Erklärungen und Entschließungen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 2008. [Online im Internet] URL http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/handbuchwma.pdf [04.10.2011].

Wolff, Hans; Epiney, Manuella; Lourenco, Ana P; Costanza, Michael C; Delieutraz-Marchand, Jacqueline; Andreoli, Nicole; Dubuisson, Jean-Bernard; Gaspoz, Jean-Michel; Irion, Olivier: Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. In: BMC Public Health 2008, 8: 93-103.

Zeeb, H.; Baune, B. T.; Vollmer, W.; Cremer, D.; Krämer, A.: Gesundheitliche Lage und Gesundheitsversorgung von erwachsenen Migranten- ein Survey bei der Schuleingangsuntersuchung. In: Gesundheitswesen 2004; 66: 76-84.

Zok, Klaus: Subjektive Gesundheit und Gesundheitsrisiken. Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage unter GKV-Versicherten. In: Wissenschaftliches Institut der AOK (Hrsg.): Wido monitor. Die Versicherten Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK. Ausgabe 02/2007. Bonn, 2007.

7. Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
ANOVA	Analysis of Variance, Varianzanalyse (statistisches Verfahren)
AU	Arbeitsunfähigkeit
AufenthG	Aufenthaltsgesetz
AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BGS98	Bundes-Gesundheitssurvey 1998, durchgeführt vom RKI
BP	Bodily Pain, Körperliche Schmerzen (Dimension der subjektiven Gesundheit im SF-8, SF-12 und SF-36)
CSDH	Commission on Social Determinants of Health
DS	Datensatz
EU	Europäische Union
FPZ	Familienplanungszentrum Hamburg
FreizügG/EU	Gesetz über die allgemeine Freizügigkeit von Unionsbürgern
GH	General Health, allgemeine Gesundheitswahrnehmung (Dimension der subjektiven Gesundheit im SF-8, SF-12 und SF-36)
IfSG	Infektionsschutzgesetz
M	Mittelwert
MCS	Mental Component Summary, Summenskala Psychische Gesundheit (Summenskala der subjektiven Gesundheit im SF-8, SF-12 und SF-36)
MDM	Médecins du Monde
Medibüro	Beratungs- und Vermittlungsstelle für Flüchtlinge und MigrantInnen Hamburg = Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Hamburg
MH	Mental Health, Psychisches Wohlbefinden (Dimension der subjektiven Gesundheit im SF-8, SF-12 und SF-36)
MMM	Malteser Migranten Medizin
MSF	Médecins Sans Frontières
NRO	Nichtregierungsorganisation
OEG	Opferentschädigungsgesetz
PCS	Physical Component Summary, Summenskala Körperliche Gesundheit (Summenskala der subjektiven Gesundheit im SF-8, SF-12 und SF-36)
PF	Physical Functioning, körperliche Funktionsfähigkeit (Dimension der subjektiven Gesundheit im SF-8, SF-12 und SF-36)
PICUM	Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants

RE	Role Emotional, Emotionale Rollenfunktion (Dimension der subjektiven Gesundheit im SF-8, SF-12 und SF-36)
RKI	Rober Koch Institut
RP	Role Physical, körperliche Rollenfunktion (Dimension der subjektiven Gesundheit im SF-8, SF-12 und SF-36)
SD	Standardabweichung
SF	Social Functioning, Soziale Funktionsfähigkeit (Dimension der subjektiven Gesundheit im SF-8, SF-12 und SF-36)
SF-8, SF-12, SF-36	Short Form, Eigenname für ein standardisiertes Erhebungsinstrument für subjektive Gesundheit, lizensiert für 'Quality Metric Incorporated'
SGB XII	Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch – Sozialhilfe
SOEP	Sozio-oekonomischer Panel
UnionsRL 2004/38/EG	Richtlinie 2004/38/EG des europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 über das Recht der Unionsbürger und ihrer Familienangehörigen, sich im Hoheitsgebiet der Mitgliedsstaaten frei zu bewegen und aufzuhalten
VT	Vitality, Vitalität (Dimension der subjektiven Gesundheit im SF-8, SF-12 und SF-36)

8. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Reproduziert von Barmer GEK (2011, S.74): AU-Fälle je 100 Versicherungsjahre nach Krankheitsarten und Geschlecht, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert 7

Tabelle 2: Methodenübersicht 43

Tabelle 3: Übersicht der Fragestellungen und der korrespondierenden Datensätze 63

Tabelle 4: Datensatz 1: Soziodemographie der Migranten mit Spaltenprozentwerten (n=876 Migranten) 66

Tabelle 5: Datensatz 1: Herkunftsregionen der Migranten mit Spaltenprozentwerten (n=876 Migranten) 67

Tabelle 6: Datensatz 1: Die häufigsten Herkunftsländer der Migranten mit Spaltenprozentwerten (n=876 Migranten) 67

Tabelle 7: Datensatz 2: Geschlecht und Herkunftsregion der Migranten (n=96 Migranten) 69

Tabelle 8: Datensatz 3: Migrationsgründe der Migranten (n=24 Migranten) 70

Tabelle 9: Datensatz 3: Aufenthaltsdauer in Deutschland (Anzahl Monate) der Migranten (n=24 Migranten) 71

Tabelle 10: Datensatz 4: Aufteilung der Ärzte nach Fachgebieten (n=25 Ärzte) 72

Tabelle 11: Datensatz 4: Angaben der Ärzte zur Anzahl der Behandlungen von Migranten ohne Aufenthaltsstatus pro Zeitintervall (n= 25 Angaben von 25 Ärzten) 72

Tabelle 12: Datensatz 4: Angaben der Ärzte zu Herkunftsregionen der Migranten (n=42 Angaben von 25 Ärzten) 74

Tabelle 13: Übersicht Fragestellungen 1 und der korrespondierenden Datensätze 74

Tabelle 14: Datensatz 1: Übersicht der Anzahl der Migranten, die das Medibüro aufsuchen, und ihrer Erkrankungen 75

Tabelle 15: Datensatz 1: Subgruppenanalyse der Gesundheitsprobleme der Migranten mittels χ^2-Test auf Assoziation zwischen Krankheit und Geschlecht im Vergleich Frauen und Männer mit Spaltenprozentwerten (n=1 019 Erkrankungen bei 848 Migranten) 76

Tabelle 16: Datensatz 1: Subgruppenanalyse der Gesundheitsprobleme (außer Schwangerschaften) der Migranten mittels χ^2-Test auf Assoziation zwischen Krankheit und Geschlecht im Vergleich Frauen und Männer mit Spaltenprozentwerten (n= 955 Erkrankungen bei 786 Migranten) 78

Tabelle 17: Datensatz 1: Subgruppenanalyse der Gesundheitsprobleme der Migranten mitels χ^2-Test auf Assoziation zwischen Krankheit und Aufenthaltsstatus im Vergleich Illegalisierte und Neu-EU-Bürger mit Spaltenprozentwerten (n= 846 Erkrankungen bei 696 Migranten) 79

Tabelle 18: Datensatz 2: Mittelwerte der Migranten in den acht Dimensionen subjektiver Gesundheit 82

Tabelle 19: Datensatz 2: Vergleich der Mittelwerte der Migranten(-subgruppen) in der Summenskala für körperliche Gesundheit (PCS) mit der repräsentativen US-amerikanischen Normstichprobe[A] mittels t-Test 84

TABELLE 20: DATENSATZ 2: VERGLEICH DER MITTELWERTE DER MIGRANTEN(-SUBGRUPPEN) IN DER SUMMENSKALA FÜR PSYCHISCHE GESUNDHEIT (MCS) MIT DER REPRÄSENTATIVEN US-AMERIKANISCHEN NORMSTICHPROBE[A] MITTELS T-TEST 85
TABELLE 21: DATENSATZ 2: VERGLEICH DER WERTE DER MIGRANTEN(-SUBGRUPPEN) IN DER SUMMENSKALA FÜR KÖRPERLICHE GESUNDHEIT (PCS) MIT DER REPRÄSENTATIVEN DEUTSCHEN STICHPROBE DES BGS98 86
TABELLE 22: DATENSATZ 2: VERGLEICH DER WERTE DER MIGRANTEN(-SUBGRUPPEN) IN DER SUMMENSKALA FÜR PSYCHISCHE GESUNDHEIT (MCS) MIT DER REPRÄSENTATIVEN DEUTSCHEN STICHPROBE DES BGS98 87
TABELLE 23: DATENSATZ 2: VERALLGEMEINERTES LINEARES MODELL MIT ROBUSTEN SCHÄTZERN ZUM EINFLUSS VON GESCHLECHT, ALTER UND AUFENTHALTSSTATUS AUF PCS UND MCS IN DER ERHOBENEN STICHPROBE VERBUNDEN MIT DER STICHPROBE DES BGS98: PARAMETERSCHÄTZER 87
TABELLE 24: DATENSATZ 2: VERGLEICH DER MITTELWERTE DER MIGRANTEN IN DEN SUMMENSKALEN FÜR PSYCHISCHE UND KÖRPERLICHE GESUNDHEIT (PCS UND MCS) MIT DER SUBGRUPPE DER REPRÄSENTATIVEN US-AMERIKANISCHEN NORMSTICHPROBE MIT KÖRPERLICHEN BESCHWERDEN[B] MITTELS T-TEST 89
TABELLE 25: DATENSATZ 2: VERGLEICH DER WERTE DER MIGRANTEN(-SUBGRUPPEN) IN DER SUMMENSKALA FÜR KÖRPERLICHE GESUNDHEIT (PCS) MIT DER SUBGRUPPE DER REPRÄSENTATIVEN DEUTSCHEN STICHPROBE DES BGS98, DIE IN DEN LETZTEN VIER WOCHEN BEIM ARZT WAR 90
TABELLE 26: DATENSATZ 2: VERGLEICH DER WERTE DER MIGRANTEN(-SUBGRUPPEN) IN DER SUMMENSKALA FÜR PSYCHISCHE GESUNDHEIT (MCS) MIT DER SUBGRUPPE DER REPRÄSENTATIVEN DEUTSCHEN STICHPROBE DES BGS98, DIE IN DEN LETZTEN VIER WOCHEN BEIM ARZT WAR 90
TABELLE 27: DATENSATZ 2: VERALLGEMEINERTES LINEARES MODELL MIT ROBUSTEN SCHÄTZERN ZUM EINFLUSS VON GESCHLECHT, ALTER UND AUFENTHALTSSTATUS AUF PCS UND MCS IN DER ERHOBENEN STICHPROBE VERBUNDEN MIT DER SUBGRUPPE DER STICHPROBE DES BGS98, DIE IN DEN LETZTEN VIER WOCHEN BEIM ARZT WAR: PARAMETERSCHÄTZER 91
TABELLE 28: DATENSATZ 2: SUBGRUPPENANALYSE DER ACHT EINZELDIMENSIONEN SUBJEKTIVER GESUNDHEIT MITTELS MANN-WHITNEY-U-TEST, IM VERGLEICH MÄNNER UND FRAUEN 92
TABELLE 29: DATENSATZ 2: SUBGRUPPENANALYSE DER SUMMENSKALEN FÜR KÖRPERLICHE UND PSYCHISCHE GESUNDHEIT (PCS UND MCS) MITTELS T-TEST, IM VERGLEICH MÄNNER UND FRAUEN (N=79 MIGRANTEN) 93
TABELLE 30: DATENSATZ 2: SUBGRUPPENANALYSE DER ACHT EINZELDIMENSIONEN SUBJEKTIVER GESUNDHEIT, IM VERGLEICH DER ALTERSGRUPPEN 93
TABELLE 31: DATENSATZ 2: SUBGRUPPENANALYSE DER SUMMENSKALEN FÜR KÖRPERLICHE UND PSYCHISCHE GESUNDHEIT (PCS UND MCS) MITTELS T-TEST, IM VERGLEICH DER ALTERSGRUPPEN (N=75 MIGRANTEN) 94
TABELLE 32: : DATENSATZ 2: SUBGRUPPENANALYSE DER ACHT EINZELDIMENSIONEN SUBJEKTIVER GESUNDHEIT, IM VERGLEICH DER HERKUNFTSREGIONEN 94
TABELLE 33: DATENSATZ 2: SUBGRUPPENANALYSE DER SUMMENSKALEN FÜR KÖRPERLICHE UND PSYCHISCHE GESUNDHEIT (PCS UND MCS) MITTELS ANOVA (N=74 MIGRANTEN), IM VERGLEICH DER HERKUNFTSREGIONEN 95

TABELLE 34: DATENSATZ 2: SUBGRUPPENANALYSE DER ACHT EINZELDIMENSIONEN SUBJEKTIVER GESUNDHEIT MITTELS MANN-WHITNEY-U-TEST, IM VERGLEICH ILLEGALISIERTE UND MIGRANTEN AUS NEUEN EU-LÄNDERN 95
TABELLE 35: DATENSATZ 2: SUBGRUPPENANALYSE DER SUMMENSKALEN FÜR KÖRPERLICHE UND PSYCHISCHE GESUNDHEIT (PCS UND MCS) MITTELS T-TEST (N=79 MIGRANTEN), IM VERGLEICH ILLEGALISIERTE UND MIGRANTEN AUS NEUEN EU-LÄNDERN 96
TABELLE 36: DATENSATZ 2: SUBGRUPPENANALYSE DER ACHT EINZELDIMENSIONEN SUBJEKTIVER GESUNDHEIT MIT-TELS MANN-WHITNEY-U-TEST, IM VERGLEICH TEILNEHMER UND NICHT-TEILNEHMER AN DER BEFRAGUNG FÜR DS 3 96
TABELLE 37: DATENSATZ 2: SUBGRUPPENANALYSE DER SUMMENSKALEN FÜR KÖRPERLICHE UND PSYCHISCHE GESUNDHEIT (PCS UND MCS) MITTELS T-TEST (N= 79 MIGRANTEN), IM VERGLEICH TEILNEHMER UND NICHT-TEILNEHMER AN DER BEFRAGUNG FÜR DS 3 97
TABELLE 38: ÜBERSICHT FRAGESTELLUNG 2 UND DER KORRESPONDIERENDEN DATENSÄTZE 98
TABELLE 39: DATENSATZ 3: DAUER DER GESUNDHEITLICHEN BESCHWERDEN UND VERZÖGERUNG DER ÄRZTLICHEN BEHANDLUNG 99
TABELLE 40: DATENSATZ 3: ERKRANKUNGSBEHANDLUNGEN VOR ARZTKONSULTATION (N=24 ANGABEN VON 22 MIGRANTEN) 101
TABELLE 41: DATENSATZ 4: KATEGORISIERTE PROBLEME UND LÖSUNGSVORSCHLÄGE AUS SICHT DER ÄRZTE BEI DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNG VON MIGRANTEN OHNE AUFENTHALTSSTATUS (N=35 ANGABEN VON 22 ÄRZTEN) 105
TABELLE 42: ÜBERSICHT FRAGESTELLUNG 3 UND DER KORRESPONDIERENDEN DATENSÄTZE 105
TABELLE 43: DATENSATZ 1: KONSULTATIONSANLÄSSE IM HALBJAHRESVERGLEICH 01/2006-06/2008 (N=1 315 KONSULTATIONEN DURCH 876 MIGRANTEN) 106
TABELLE 44: DATENSATZ 1: SUBGRUPPENANALYSE DER KONSULTATIONSANLÄSSE DER MIGRANTEN MITTELS χ^2-TEST AUF ASSOZIATION ZWISCHEN KONSULTATIONSANLASS UND GESCHLECHT IM VERGLEICH FRAUEN UND MÄNNER MIT SPALTENPROZENTWERTEN (N=1 313 KONSULTATIONEN DURCH 874 MIGRANTEN) 107
TABELLE 45: DATENSATZ 1: SUBGRUPPENANALYSE DER KONSULTATIONSANLÄSSE DER MIGRANTEN MITTELS χ^2-TEST AUF ASSOZIATION ZWISCHEN KONSULTATIONSANLASS UND STATUS IM VERGLEICH ILLEGALISIERTE UND MIGRANTEN AUS NEUEN EU-LÄNDERN MIT SPALTENPROZENTWERTEN (N=1 102 KONSULTATIONEN DURCH 716 MIGRANTEN) 108
TABELLE 46: DATENSATZ 1: SUBGRUPPENANALYSE DER INANSPRUCHNAHME VON ARZTTERMINEN DURCH DIE MIGRANTEN MITTELS χ^2-TEST AUF ASSOZIATION ZWISCHEN MEDIZINISCHER FACHRICHTUNG UND GESCHLECHT IM VERGLEICH FRAUEN UND MÄNNER MIT SPALTENPROZENTWERTEN (N=1 056 ARZTTERMINE BEI 785 MIGRANTEN) 110
TABELLE 47: DATENSATZ 1 SUBGRUPPENANALYSE DER INANSPRUCHNAHME VON ARZTTERMINEN DURCH DIE MIGRANTEN MITTELS χ^2-TEST AUF ASSOZIATION ZWISCHEN MEDIZINISCHER FACHRICHTUNG UND AUFENTHALTSSTATUS IM VERGLEICH ILLEGALISIERTE UND MIGRANTEN AUS NEUEN EU-LÄNDERN MIT SPALTENPROZENTWERTEN (N=905 ARZTTERMINE VON 660 MIGRANTEN) 112
TABELLE 48: DATENSATZ 3: KONTAKTE ZUR AMBULANTEN VERSORGUNG IN DEN VERGANGENEN 12 MONATEN (N=24 MIGRANTEN) 113

TABELLE 49: DATENSATZ 3: INANSPRUCHNAHME AMBULANTER HAUSÄRZTLICHER VERSORGUNG WEGEN KRANKHEIT IN DEN VERGANGENEN 12 MONATEN (N=24 MIGRANTEN) 113
TABELLE 50: DATENSATZ 3: INANSPRUCHNAHME AMBULANTER GYNÄKOLOGISCHER VERSORGUNG WEGEN KRANKHEIT IN DEN VERGANGENEN 12 MONATEN (N=19 MIGRANTINNEN) 114
TABELLE 51: DATENSATZ 3: INANSPRUCHNAHME AMBULANTER FACHÄRZTLICHER VERSORGUNG WEGEN KRANKHEIT IN DEN VERGANGENEN 12 MONATEN (N=24 MIGRANTEN) 114
TABELLE 52: DATENSATZ 3: INANSPRUCHNAHME AMBULANTER PSYCHIATRISCHER VERSORGUNG WEGEN KRANKHEIT IN DEN VERGANGENEN 12 MONATEN (N=24 MIGRANTEN) 114
TABELLE 53: DATENSATZ 3: INANSPRUCHNAHME AMBULANTER ZAHNÄRZTLICHER VERSORGUNG WEGEN KRANKHEIT IN DEN VERGANGENEN 12 MONATEN (N=24 MIGRANTEN) 114
TABELLE 54: ZUSAMMENFASSENDE BETRACHTUNG DER NATIONALITÄTEN DER STICHPROBEN AUS DS 1-4 IN SPALTENPROZENT 124
TABELLE 55: DATENSATZ 3: HERKUNFTSLÄNDER DER MIGRANTEN (N=24 MIGRANTEN) LVIII
TABELLE 56: DATENSATZ 3: ERKRANKUNGEN, DIE DEN ANLASS DARSTELLTEN DAS MEDIBÜRO MIT ARZTTERMINGESUCH ZU KONSULTIEREN (N=28 ERKRANKUNGEN BEI 24 MIGRANTEN) LVIII
TABELLE 57: DATENSATZ 3: SEKUNDÄRE GESUNDHEITLICHE BESCHWERDEN, DIE FÜR DIE MIGRANTEN NICHT GRUND FÜR DIE KONSULTATION DES MEDIBÜROS WAREN (N= 19 ERKRANKUNGEN BEI 24 MIGRANTEN) LIX
TABELLE 58: DATENSATZ 3: ARZT-, THERAPEUTEN- UND GEBURTSTERMINE DER MIGRANTEN VERMITTELT DURCH DAS MEDIBÜRO FÜR DIE AKTUELLEN BESCHWERDEN (N=28 TERMINE VON 24 MIGRANTEN) LIX
TABELLE 59: DATENSATZ 4: AUFTEILUNG DER ÄRZTE ÜBER DAS HAMBURGER STADTGEBIET (N=25 ÄRZTE). LX

9. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Reproduziert von Jung und Hilbert (2011, S.49): Befunde nach Geschlecht, Auswahl häufiger Befundgruppen, Zeitraum 2001 bis 2008 (alle Befunde n=20 752, Frauen n=8 763, Männer n=11 989) 9
Abbildung 2: Reproduziert von MDM (2009, S.82): Krankheiten bei Illegalisierten in Europa. n=1 136..... 10
Abbildung 3: Krankheitsverteilung bei illegalisierten Migranten (Malteser Hilfsdienst e. V. Berlin 2004-2010; Malteser Hilfsdienst e. V. Köln 2006-2007) 12
Abbildung 4: Reproduziert von Nübling, Andersen und Mühlbacher (2006, S.7): Normwerte für den SOEP-SF-12v2 für die deutsche Bevölkerung (n=21 248 Teilnehmer)..... 19
Abbildung 5: Reproduziert von Barmer GEK (2010, S.73): Behandlungsfälle nach Fachgebieten 34
Abbildung 6: Inanspruchnahme verschiedener Fachärzte durch illegalisierte Migranten (MFS 2005a, S.13; Castañeda 2009, S.1556; MediNetzBonn e. V. 2006-2008) 35
Abbildung 7: Verhältnis der Stichproben zueinander 45
Abbildung 8: Datensatz 1: Anzahl und Art der Konsultationen durch Migranten im Medibüro 01/2006-06/2008 und Struktur der Datenauswertung im Überblick..... 65
Abbildung 9: Datensatz 2: Gründe für die Nichtteilnahme an der Befragung für Datensatz 2 in absoluten Zahlen (n=51 Migranten) 68
Abbildung 10: Datensatz 4: Angaben der Ärzte zur Alterstruktur der Migranten in absoluten Zahlen (n=29 Angaben von 25 Ärzte) 73
Abbildung 11: Datensatz 1: Anzahl und Art der Erkrankungen im Halbjahresvergleich 01/2006-06/2008 (n=1 021 Erkrankungen bei 850 Migranten) 76
Abbildung 12: Datensatz 4: Häufigste Krankheitsbilder bei Migranten ohne Aufenthaltsstatus in Prozent der Angaben (n=63 Angaben von 25 Ärzten)..... 81
Abbildung 13: Datensatz 2: Mittelwerte der Migranten in den acht Dimensionen subjektiver Gesundheit im Vergleich mit der repräsentativen US-amerikanischen Normstichprobe 83
Abbildung 14: Datensatz 2: Verallgemeinertes lineares Modell mit robusten Schätzern zum Einfluss von Geschlecht, Alter und Aufenthaltsstatus auf die körperliche Summenskala (PCS) des SF-12v2 in der erhobenen Stichprobe verbunden mit der Stichprobe des BGS9888
Abbildung 15: Datensatz 2: Verallgemeinertes lineares Modell mit robusten Schätzern zum Einfluss von Geschlecht, Alter und Aufenthaltsstatus auf die psychische Summenskala (MCS) des SF-12v2 in der erhobenen Stichprobe verbunden mit der Stichprobe des BGS98 88
Abbildung 16: Datensatz 2: Verallgemeinertes lineares Modell mit robusten Schätzern zum Einfluss von Geschlecht, Alter und Aufenthaltsstatus auf die körperliche Summenskala (PCS) des SF-12v2 in der erhobenen Stichprobe verbunden mit der Subgruppe der Stichprobe des BGS98, die in den letzten vier Wochen beim Arzt war..... 91
Abbildung 17: Datensatz 2: Verallgemeinertes lineares Modell mit robusten Schätzern zum Einfluss von Geschlecht, Alter und Aufenthaltsstatus auf die psychische Summenskala

(MCS) des SF-12v2 in der erhobenen Stichprober verbunden mit der Subgruppe der Stichprobe des BGS98, die in den letzten vier Wochen beim Arzt war 92
Abbildung 18: Datensatz 4: Ärztliche Einschätzung des Gesundheitszustandes von Migranten ohne Aufenthaltsstatus im Vergleich zu versicherten Patienten in absoluten Zahlen (n=24 Angaben von 24 Ärzten) 97
Abbildung 19: Datensatz 3: Veränderung des Gesundheitszustandes während der Zeit ohne Aufenthaltsstatus, Angaben in absoluten Zahlen (n=23 Migranten)..... 98
Abbildung 20: Datensatz 3: Zusammenfassung der Gründe für den Behandlungsverzicht 100
Abbildung 21: Datensatz 3: Zusammenfassung der Probleme bei ärztlicher Behandlung 103
Abbildung 22: Datensatz 1: Inanspruchnahme von Terminen bei Fachärzten im Halbjahresvergleich 01/2006-06/2008 (n= 1 056 Arzttermine) 110
Abbildung 23: Reproduziert von Barmer GEK (2012, S.108): Häufige Diagnosen bei männlichen Erwachsenen von 25 bis 40 Jahren..... XXIX
Abbildung 24: Reproduziert von Barmer GEK (2012, S.109): Häufige Diagnosen bei weiblichen Erwachsenen von 25 bis 40 Jahren..... XXX
Abbildung 25: Reproduziert von Jung und Hilbert (2011, S.51): Die häufigsten Einzelbefunde 2001 bis 2008 in Prozent..... XXXI
Abbildung 26: Reproduziert von Beierlein et al. (2012, S.150): SF-8 Mittelwerte in den acht Dimensionen subjektiver Gesundheit sowie psychischer und physischer Summenskala für Deutsche, genormt an US-amerikanischer Norm..... XXXII
Abbildung 27: Datensatz 2: Lineares Modell mit rücktransformierten Werten zum Einfluss von Geschlecht, Alter und Aufenthaltsstatus auf die körperliche Summenskala (PCS) des SF-12v2 in der erhobenen Stichprobe verbunden mit der Stichprobe des BGS98..... LVI
Abbildung 28: Datensatz 2: Lineares Modell mit rücktransformierten Werten zum Einfluss von Geschlecht, Alter und Aufenthaltsstatus auf die psychische Summenskala (MCS) des SF-12v2 in der erhobenen Stichprobe verbunden mit der Stichprobe des BGS98..... LVI
Abbildung 29: Datensatz 2: Lineares Modell mit rücktransformierten Werten zum Einfluss von Geschlecht, Alter und Aufenthaltsstatus auf die körperliche Summenskala (PCS) des SF-12v2 in der erhobenen Stichprobe verbunden mit der Subgruppe der Stichprobe des BGS98, die in den letzten vier Wochen beim Arzt war..... LVII
Abbildung 30: Datensatz 2: Lineares Modell mit rücktransformierten Werten zum Einfluss von Geschlecht, Alter und Aufenthaltsstatus auf die psychische Summenskala (MCS) des SF-12v2 in der erhobenen Stichprobe verbunden mit der Subgruppe der Stichprobe des BGS98, die in den letzten vier Wochen beim Arzt war..... LVII

10. Anlagen

10.1 Anlage 1: Infobroschüre der Hamburger Ärztekammer

Wie können die Kosten abgerechnet werden?

- Bei Arbeitsunfällen können die Behandlungskosten selbst bei illegaler Beschäftigung ohne Aufenthaltsstatus gegenüber der gesetzlichen Unfallversicherung der Berufsgenossenschaften geltend gemacht werden.
- Nach dem Opferentschädigungsgesetz können auch Menschen ohne Aufenthaltsstatus Leistungen beziehen, wenn sie Opfer einer Gewalttat in Deutschland geworden sind.
- Wenn im Herkunftsland eine Krankenversicherung und ein Sozialversicherungsabkommen zwischen den Ländern besteht, ist im Rahmen der Leistungspflicht die gesetzliche Krankenkasse im Heimatland der zuständige Leistungsträger.
- Bei Erkrankungen im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes ist das Gesundheitsamt zur Kostenübernahme verpflichtet, sofern keine andere Abrechnungsmöglichkeit besteht.
- Kommt wegen des Risikos der Abschiebung oder des Verlusts des Arbeitsplatzes keine dieser Möglichkeiten in Betracht, sollte erwogen werden, ob das Krankenhaus/die Praxis bereit und in der Lage ist dem Patienten oder der Patientin als Selbstzahler die Behandlung zum reduzierten Betrag (Ratenzahlung) anzubieten. Bei einigen Krankenhäusern wird mit einer Fondslösung gearbeitet.

[2] § 25 SGB XII, vgl. Classen, G.: Krankenhilfe nach dem AsylbLG, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/arbeitshilfen/krankenhilfe_asylblg.doc

INFOS UND NÜTZLICHE ADRESSEN:

Medizinische Vermittlungs- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und MigrantInnen Hamburg
c/o Verikom, internationales WIR-Zentrum
Hospitalstraße 109, 22767 Hamburg
Telefon: 040 – 2 38 55 83 22
E-Mail: info@medibuero-hamburg.org
Internet: www.medibuero-hamburg.org
Sprechzeiten: Mo.15:00 bis 18:00 Uhr

Fluchtpunkt - Kirchliche Hilfsstelle für Flüchtlinge
Efflerstraße 3, 22769 Hamburg
Telefon: 040 – 43 25 00-80
Fax: 040 – 43 25 00-75
E-Mail: info@fluchtpunkt-hamburg.de

Diakonisches Werk Hamburg und Flüchtlingsbeauftragte
Königstraße 54, 22767 Hamburg
Telefon: 040-3 06 20-342 und 3 06 20-364
E-Mail: dethloff@diakonie-hamburg.de

Malteser Migranten Medizin (MMM)
Marienkrankenhaus, Haus 1, Alfredstraße 9, 22087 Hamburg
Telefon: 040 – 25 46-12 08
E-Mail: MMM.Hamburg@maltanet.de

Quellen:
Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin (Hrsg.): Malteser Migranten Medizin (Hrsg.): Gesundheit für alle! Informationen für Klinikpersonal: Patienten und Patientinnen ohne Aufenthaltsstatus und ohne Krankenversicherung im Krankenhaus. 3. Auflage. Berlin, 2006

Deutsches Institut für Menschenrechte (Hrsg.): Frauen, Männer und Kinder ohne Papiere in Deutschland- Ihr Recht auf Gesundheit: Bericht der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität. Berlin, 2007. – ISBN 978-3-937714-48-6

Bundesministerium des Innern (Hrsg.): Illegal aufhältige Migranten in Deutschland: Datenlage, Rechtslage, Handlungsoptionen. Berichte des Bundesministeriums des Innern zum Prüfauftrag „Illegalität" aus der Koalitionsvereinbarung vom 11. November 2005, Kapitel VII 1.2, 2007

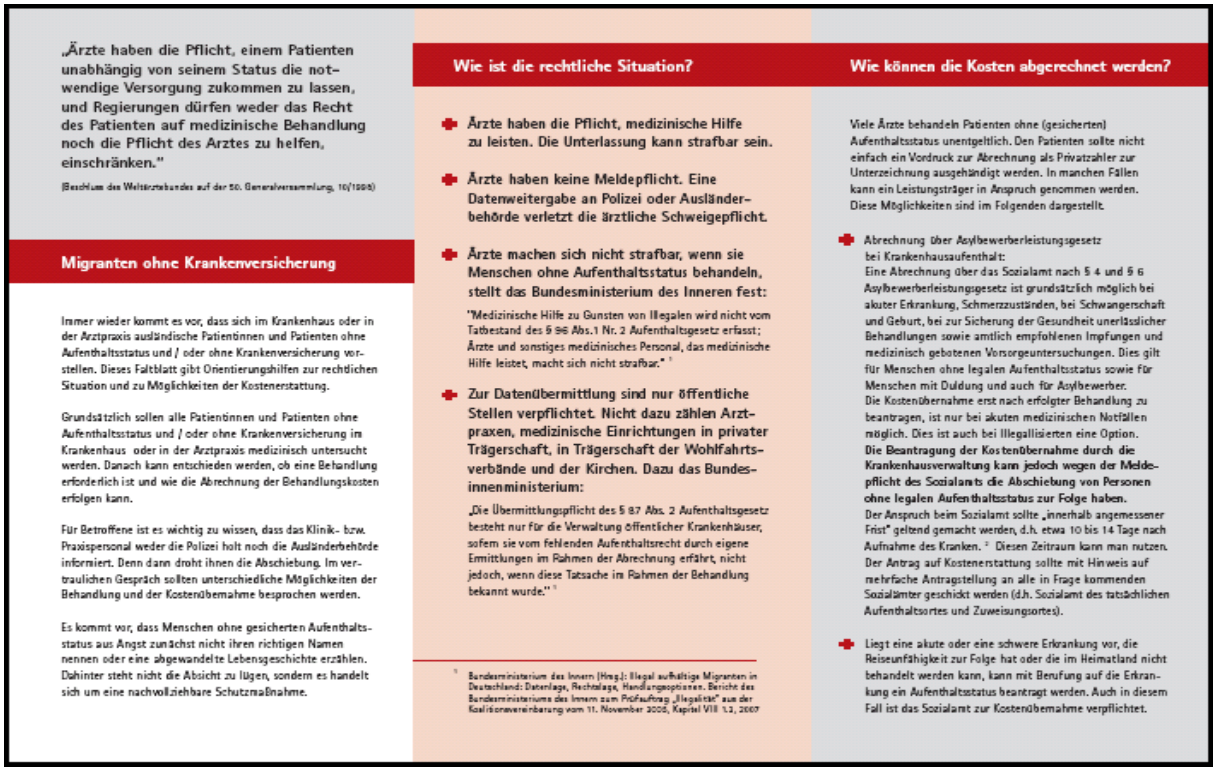
Redaktion:
Anna Kühne (Medizinische Vermittlungs- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und MigrantInnen Hamburg)
Fanny Dethloff (Flüchtlingsbeauftragte der Nordelbischen Ev.-luth. Kirche)
Dorthe Kieckbusch (Ärztekammer Hamburg)

Ärztekammer Hamburg
Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg, Telefon: 040-22 802 586
www.aerztekammer-hamburg.de

Informationen für Ärztinnen und Ärzte

Behandlung von Patientinnen und Patienten ohne gesicherten Aufenthaltsstatus

ÄRZTEKAMMER HAMBURG



„Ärzte haben die Pflicht, einem Patienten unabhängig von seinem Status die notwendige Versorgung zukommen zu lassen, und Regierungen dürfen weder das Recht des Patienten auf medizinische Behandlung noch die Pflicht des Arztes zu helfen, einschränken."

(Beschluss des Weltärztebundes auf der 50. Generalversammlung, 10/1998)

Migranten ohne Krankenversicherung

Immer wieder kommt es vor, dass sich im Krankenhaus oder in der Arztpraxis ausländische Patientinnen und Patienten ohne Aufenthaltsstatus und / oder ohne Krankenversicherung vorstellen. Dieses Faltblatt gibt Orientierungshilfen zur rechtlichen Situation und zu Möglichkeiten der Kostenerstattung.

Grundsätzlich sollen alle Patientinnen und Patienten ohne Aufenthaltsstatus und / oder ohne Krankenversicherung im Krankenhaus oder in der Arztpraxis medizinisch untersucht werden. Danach kann entschieden werden, ob eine Behandlung erforderlich ist und wie die Abrechnung der Behandlungskosten erfolgen kann.

Für Betroffene ist es wichtig zu wissen, dass das Klinik- bzw. Praxispersonal weder die Polizei holt noch die Ausländerbehörde informiert. Denn dann droht ihnen die Abschiebung. Im vertraulichen Gespräch sollten unterschiedliche Möglichkeiten der Behandlung und der Kostenübernahme besprochen werden.

Es kommt vor, dass Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus aus Angst zunächst nicht ihren richtigen Namen nennen oder eine abgewandelte Lebensgeschichte erzählen. Dahinter steht nicht die Absicht zu lügen, sondern es handelt sich um eine nachvollziehbare Schutzmaßnahme.

Wie ist die rechtliche Situation?

- **Ärzte haben die Pflicht, medizinische Hilfe zu leisten. Die Unterlassung kann strafbar sein.**
- **Ärzte haben keine Meldepflicht. Eine Datenweitergabe an Polizei oder Ausländerbehörde verletzt die ärztliche Schweigepflicht.**
- **Ärzte machen sich nicht strafbar, wenn sie Menschen ohne Aufenthaltsstatus behandeln, stellt das Bundesministerium des Inneren fest:**

  "Medizinische Hilfe zu Gunsten von Illegalen wird nicht vom Tatbestand des § 96 Abs.1 Nr. 2 Aufenthaltsgesetz erfasst; Ärzte und sonstiges medizinisches Personal, das medizinische Hilfe leistet, macht sich nicht strafbar." [1]
- **Zur Datenübermittlung sind nur öffentliche Stellen verpflichtet. Nicht dazu zählen Arztpraxen, medizinische Einrichtungen in privater Trägerschaft, in Trägerschaft der Wohlfahrtsverbände und der Kirchen. Dazu das Bundesinnenministerium:**

  „Die Übermittlungspflicht des § 87 Abs. 2 Aufenthaltsgesetz besteht nur für die Verwaltung öffentlicher Krankenhäuser, sofern sie vom fehlenden Aufenthaltsrecht durch eigene Ermittlungen im Rahmen der Abrechnung erfährt, nicht jedoch, wenn diese Tatsache im Rahmen der Behandlung bekannt wurde." [1]

[1] Bundesministerium des Innern (Hrsg.): Illegal aufhältige Migranten in Deutschland: Datenlage, Rechtslage, Handlungsoptionen. Berichte des Bundesministeriums des Innern zum Prüfauftrag „Illegalität" aus der Koalitionsvereinbarung vom 11. November 2005, Kapitel VII 1.2, 2007

Wie können die Kosten abgerechnet werden?

Viele Ärzte behandeln Patienten ohne (gesicherten) Aufenthaltsstatus unentgeltlich. Den Patienten sollte nicht einfach ein Vordruck zur Abrechnung als Privatzahler zur Unterzeichnung ausgehändigt werden. In manchen Fällen kann ein Leistungsträger in Anspruch genommen werden. Diese Möglichkeiten sind im Folgenden dargestellt.

- Abrechnung über Asylbewerberleistungsgesetz bei Krankenhausaufenthalt:
  Eine Abrechnung über das Sozialamt nach § 4 und § 6 Asylbewerberleistungsgesetz ist grundsätzlich möglich bei akuter Erkrankung, Schmerzzuständen, bei Schwangerschaft und Geburt, bei zur Sicherung der Gesundheit unerlässlicher Behandlungen sowie amtlich empfohlenen Impfungen und medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen. Dies gilt für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus sowie für Menschen mit Duldung und auch für Asylbewerber.
  Die Kostenübernahme erst nach erfolgter Behandlung zu beantragen, ist nur bei akuten medizinischen Notfällen möglich. Dies ist auch bei Illegallisierten eine Option.
  Die Beantragung der Kostenübernahme durch die Krankenhausverwaltung kann jedoch wegen der Meldepflicht des Sozialamts die Abschiebung von Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus zur Folge haben.
  Der Anspruch beim Sozialamt sollte „innerhalb angemessener Frist" geltend gemacht werden, d.h. etwa 10 bis 14 Tage nach Aufnahme des Kranken. [2] Diesen Zeitraum kann man nutzen. Der Antrag auf Kostenerstattung sollte mit Hinweis auf mehrfache Antragstellung an alle in Frage kommenden Sozialämter geschickt werden (d.h. Sozialamt des tatsächlichen Aufenthaltsortes und Zuweisungsortes).
- Liegt eine akute oder eine schwere Erkrankung vor, die Reiseunfähigkeit zur Folge hat oder die im Heimatland nicht behandelt werden kann, kann mit Berufung auf die Erkrankung ein Aufenthaltsstatus beantragt werden. Auch in diesem Fall ist das Sozialamt zur Kostenübernahme verpflichtet.

10.2 Anlage 2: Selbstdarstellung des Medibüros Hamburg

Unterstützung

Die Arbeit der Beratungsstelle kann durch Mitarbeit oder durch Spenden unterstützt werden.
Wir suchen stets ÄrztInnen und Ärzte, ZahnärzteInnen und Zahnärzte, HeilpraktikerInnen, KrankengymnastInnen, HebammenInnen und Hebammen, MitarbeiterInnen aus Krankenhäusern und ÜbersetzerInnen, die zu einer kostenlosen Zusammenarbeit bereit sind. Konkrete Absprachen wie z.B. bestimmte Sprechzeiten oder eine limitierte Anzahl kostenloser Behandlungen sind auch möglich.
Außerdem freuen wir uns immer über MitarbeiterInnen für die Beratung und Vermittlung und für unsere politische Arbeit.
Bei Interesse setzen Sie sich bitte mit uns während unserer Sprechzeiten oder per Mail in Verbindung.

Spendenkonto:

Hamburger AK Asyl e.V.
Stichwort: Medizinische Flüchtlingshilfe
Postbank HH
BLZ: 200 100 20
KTO: 621 976 209

Öffnungszeiten:
montags von 15:00 - 18:00 Uhr

im Haus
WIR / Internationales Zentrum
Verikom
Hospitalstrasse 109
22767 Hamburg

medi BÜRO

Medizinische Beratungs- und Vermittlungsstelle für Flüchtlinge und MigrantInnen Hamburg

Tel: 040 / 238 558 322 AB
E-mail: info@medibuero.org
www.medibuero-hamburg.org

Wir über uns

Die Medizinische Beratungs- und Vermittlungsstelle für Flüchtlinge und MigrantInnen wurde 1994 in Hamburg gegründet. Der gesellschaftliche Kontext zu dieser Zeit war geprägt von sich verschärfenden rassistischen Entwicklungen. So kam es zu Beginn der 1990er Jahre in der wiedervereinigten Bundesrepublik zu zahlreichen rassistisch motivierten Anschlägen und Übergriffen. Auf institutioneller Ebene führte die massiv eingrenzende Änderung des Asylgesetzes 1993 zur faktischen Aufhebung des Asylrechts.
Wir haben uns zum Ziel gesetzt, den Zugang zur medizinischen Versorgung für Flüchtlinge und MigrantInnen unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus zu verbessern.
Wir leisten einerseits praktische Hilfe, indem wir medizinische Behandlungen vermitteln, andererseits arbeiten wir politisch mit Flüchtlings- und MigrantInnenorganisationen, Beratungsstellen und antirassistischen Gruppen in Hamburg zusammen. Darüber hinaus sind wir auf bundesweiter Ebene mit anderen Medizinischen Beratungsstellen vernetzt. Unsere Beratungsstelle funktioniert ehrenamtlich / unentgeltlich, nichtstaatlich und arbeitet unabhängig von Kirchen, Parteien oder anderen Institutionen. Abgesehen von Spenden erhalten wir keine finanzielle Unterstützung.

Politische und gesellschaftliche Hintergründe

Schätzungen zufolge leben in Hamburg ca. 100 000 Menschen ohne Papiere. Die Gründe für ein Leben in der Illegalität sind dabei ebenso unterschiedlich wie die Migrationshintergründe. Manche sind als StudentInnen gekommen und nach Ablauf ihres Visums geblieben, einige wurden in ihren Herkunftsländern verfolgt, andere wurden von bereits hier lebenden Familienangehörigen nachgeholt. Viele leben seit mehreren Jahren hier und können oder wollen nicht in ihre Herkunftsländer zurückkehren, andere sind nur auf der Durchreise oder pendeln. Zwei Aspekte treffen allerdings auf alle zu: Sie wollen selbst ihr Leben und ihren Aufenthaltsort bestimmen und sie werden dafür kriminalisiert. Durch die ständige Verschärfung der Ausländer- und Asylgesetzgebung müssen immer mehr Menschen ihren Alltag ohne einen legalen Aufenthaltsstatus organisieren. Obwohl sie längst Teil unserer Gesellschaft sind und manche Bereiche der Wirtschaft ohne ihre Arbeitskraft kaum auskommen würden (wie z.B. Baugewerbe, Hafen, Gastronomie, Reinigungs- und Pflegesektor), wird ihre Existenz von staatlicher Seite weitgehend ignoriert. Die Illegalisierung bringt die Menschen in eine höchst unsichere Lage, da ihnen jegliche Rechte verwehrt und das Einfordern selbst grundlegender Menschenrechte mit der Gefahr verbunden ist, abgeschoben zu werden. Dies verschärft im Besonderen ihre gesundheitliche Situation.
Juristisch werden Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylLG) zugeordnet und haben damit Anspruch auf medizinische Versorgung bei akuten oder schmerzhaften Erkrankungen (§ 4) oder auf Leistungen, die zur Aufrechterhaltung der Gesundheit unerlässlich sind (§ 6). Die im AsylLG festgeschriebene Minimalbehandlung ist jedoch nicht nur eine völlig unzureichende Gesundheitsversorgung, sie verstößt auch gegen das Menschenrecht auf Gesundheit (UN-Sozialpakt Art. 12), welches einen gleichberechtigten Zugang zu medizinischer Versorgung vorsieht. Um jedoch überhaupt ihren Anspruch auf medizinische Versorgung geltend machen zu können, müssen sich Menschen ohne Papiere an das Sozialamt wenden. Wie alle öffentlichen Stellen ist das Sozialamt gesetzlich zur Meldung an die Ausländerbehörde verpflichtet (§ 87 AufenthaltG), eine Regelung, die europaweit nur in Deutschland besteht. Da die Ausländerbehörde ihr bekannt gewordene Papierlose / illegal Aufhältige auf schnellstem Weg abschiebt, wird ihnen damit das Recht auf Gesundheit faktisch vollständig verwehrt. Den betroffenen Personen bleibt häufig einzig die Möglichkeit, im Krankheitsfall als PrivatpatientInnen in Praxen und Krankenhäusern vorstellig zu werden. Doch die teuren Privatrechnungen (2,3-facher Satz) übersteigen oft die finanziellen Mittel, nicht zuletzt weil sie als Illegalisierte in der Regel in sehr schlecht bezahlten Arbeitsverhältnissen beschäftigt sind. Zudem verweigern auch einige ÄrztInnen, Ärzte und Krankenhäuser die Behandlung, wenn eine Bezahlung nicht schriftlich garantiert ist.
Im europäischen Vergleich weist Deutschland die höchsten Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus auf. In Spanien können Menschen ohne Papiere einer Krankenkasse beitreten, in Italien werden anonymisierte Krankenscheine ausgestellt, in Holland wird die medizinische Versorgung von Illegalisierten durch einen staatlich finanzierten Fonds gesichert. Auch die Hamburger Ärztekammer sieht an dieser Stelle dringenden politischen und praktischen Handlungsbedarf und unterstützt die mit uns zusammenarbeitenden ÄrztInnen und Ärzte.

Politische Initiative

Als Medizinische Beratungs- und Vermittlungsstelle fordern wir einen gleichberechtigten Zugang zu medizinischer Versorgung für alle Menschen unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus und treten für ein Recht auf Rechte ein. Daher arbeiten wir mit anderen Organisationen und Gruppen an politischen Initiativen zur Abschaffung der diskriminierenden Gesetzgebung.
Das Gesundheitssystem muss für alle offen und zugänglich sein. Es darf keine staatliche Hinderung geben, die dazu führt, dass einigen Menschen faktisch das Recht auf medizinische Versorgung verwehrt wird, wie dies momentan die Praxis in Deutschland ist. Der Staat ist in der Pflicht, die gesundheitliche Versorgung von allen Menschen gleichberechtigt zu gewährleisten.
Es ist nicht hinzunehmen und zu leisten, dass zivilgesellschaftliche Initiativen und ÄrztInnen und Ärzte mit Hilfe von Spenden diese medizinische Versorgung tragen. Unsere praktische Arbeit ist keine Lösung, sondern ein notwendiges Provisorium in einer inakzeptablen Situation.

Praktische Hilfe

Die Beratungsstelle vermittelt medizinische Behandlungen für Flüchtlinge und MigrantInnen, die keine Krankenversicherung haben. Soweit möglich sind diese Behandlungen kostenlos. Die offene Sprechstunde ist immer montags von 15 -18 Uhr. In dieser Zeit sind wir persönlich und telefonisch erreichbar. Die Anonymität ist gewährleistet, da wir keine persönlichen Daten wie z.B. Nachnamen abfragen.
In der Regel sind während der Sprechzeiten zwei Personen anwesend, von denen mindestens eine medizinische Kenntnisse besitzt. Auf Basis der Beratungsgespräche erfolgt eine Weiterleitung an niedergelassene ÄrztInnen und Ärzte, Krankenhäuser, HeilpraktikerInnen, KrankengymnastInnen oder Hebammen, die mit uns zusammenarbeiten. Bei Bedarf versuchen wir, ÜbersetzerInnen und Kontakte zu anderen Beratungsstellen zu vermitteln.

10.3 Anlage 3: Häufige Erkrankungen bei gesetzlich versicherten Patienten

Abbildung 23: Reproduziert von Barmer GEK (2012, S.108): Häufige Diagnosen bei männlichen Erwachsenen von 25 bis 40 Jahren

Tabelle 21 Häufige Diagnosen: Männliche Erwachsene 25 bis unter 40 Jahre

R.	ICD	Diagnose 3-stellig	Anteil Betroffene	Betroffene D2010
		Population n=7.529 Tsd.; Anteil (ggf. geschlechtsspezifisch): 18,8%	(%)	(in Tsd.)
1	M54	Rückenschmerzen	18,43%	1.388
2	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen d. oberen Atemwege	15,93%	1.199
3	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	8,90%	670
4	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	7,23%	544
5	M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	7,16%	539
6	A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	7,10%	535
7	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis u. Kolitis	6,84%	515
8	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	6,53%	491
9	J20	Akute Bronchitis	6,44%	485
10	J45	Asthma bronchiale	6,04%	455
11	T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	5,98%	451
12	D22	Melanozytennävus	5,95%	448
13	J40	Bronchitis, nicht als akut o. chronisch bezeichnet	5,91%	445
14	F32	Depressive Episode	5,44%	410
15	F45	Somatoforme Störungen	5,20%	392
16	K29	Gastritis und Duodenitis	5,16%	388
17	J03	Akute Tonsillitis	4,99%	376
18	J32	Chronische Sinusitis	4,85%	365
19	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	4,80%	362
20	J02	Akute Pharyngitis	4,74%	357

Basis: BARMER GEK-Daten 2010; stand. D2010

Abbildung 24: Reproduziert von Barmer GEK (2012, S.109): Häufige Diagnosen bei weiblichen Erwachsenen von 25 bis 40 Jahren

Tabelle 22 Häufige Diagnosen: Weibliche Erwachsene 25 bis unter 40 Jahre

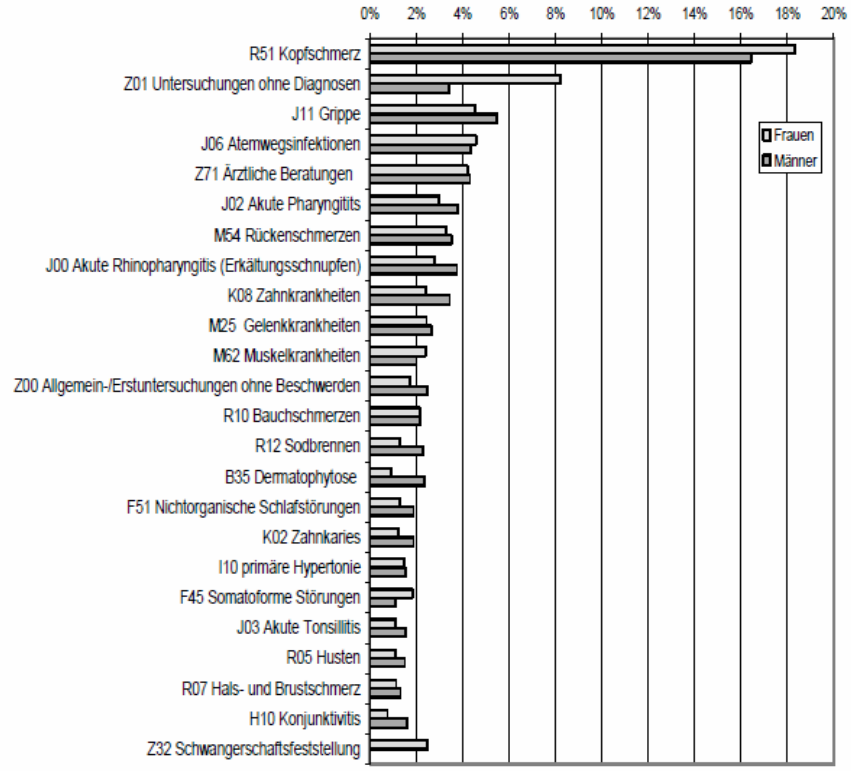
R.	ICD	Diagnose 3-stellig	Anteil Betroffene	Betroffene D2010
		Population n=7.324 Tsd.; Anteil (ggf. geschlechtsspezifisch): 17,6%	(%)	(in Tsd.)
1	Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	65,56%	4.802
2	Z12	Spez. Verfahren z. Untersuchung a. Neubildungen	56,66%	4.149
3	N89	Sonst. nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	40,87%	2.993
4	M54	Rückenschmerzen	24,49%	1.793
5	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen d. oberen Atemwege	19,07%	1.396
6	N94	Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus	18,46%	1.352
7	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	18,21%	1.333
8	N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	15,78%	1.156
9	N76	Sonst. entzündliche Krankheit d. Vagina u. Vulva	15,72%	1.151
10	F45	Somatoforme Störungen	13,51%	990
11	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	11,18%	819
12	F32	Depressive Episode	11,10%	813
13	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	10,92%	799
14	N86	Erosion und Ektropium der Cervix uteri	10,80%	791
15	Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	10,70%	784
16	D22	Melanozytennävus	10,54%	772
17	M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	10,39%	761
18	N91	Ausgebliebene, zu schwache oder zu seltene Menstruation	9,92%	727
19	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	9,17%	672
20	Z34	Überwachung einer normalen Schwangerschaft	8,94%	655

Basis: BARMER GEK-Daten 2010; stand. D2010

10.4 Anlage 4: Häufigste Einzelbefunde bei Asylbewerbern in Bremen

Abbildung 25: Reproduziert von Jung und Hilbert (2011, S.51): Die häufigsten Einzelbefunde 2001 bis 2008 in Prozent

Abbildung 10: Die häufigsten Einzelbefunde[114] 2001 bis 2008 in Prozent (N=20.752, Frauen n=8.763, Männer n=11.989)



Quelle: Daten des Gesundheitsprogramms Bremen

10.5 Anlage 5: Deutsche Normwerte der subjektiven Lebensqualität für den SF-8

Abbildung 26: Reproduziert von Beierlein et al. (2012, S.150): SF-8 Mittelwerte in den acht Dimensionen subjektiver Gesundheit sowie psychischer und physischer Summenskala für Deutsche, genormt an US-amerikanischer Norm

Tabelle 4. SF-8-Normwerte aus der Mehrthemenbefragung 2004 ($N = 2552$) – Mittelwerte von Frauen und Männern (Gesamt) und Mittelwerte in den Altersgruppen getrennt nach Geschlecht

Altersgruppen	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	PCS	MCS
Frauen										
Gesamt	48.12	48.74	52.67	47.35	51.24	50.59	48.33	51.92	49.17	52.34
14–20 Jahre	50.81	51.54	56.40	50.80	54.53	51.98	49.85	53.20	53.40	54.02
21–30 Jahre	50.23	50.87	54.16	49.43	53.12	52.13	49.15	53.09	51.72	53.59
31–40 Jahre	50.25	50.53	54.13	48.73	52.97	51.67	49.57	52.41	51.54	53.07
41–50 Jahre	49.79	50.13	54.01	48.30	52.19	50.55	48.96	51.64	51.23	52.04
51–60 Jahre	47.84	48.43	52.54	47.04	51.22	50.45	48.75	52.02	48.82	52.79
61–70 Jahre	45.38	46.28	50.20	44.98	48.86	49.47	46.54	51.02	45.73	51.06
71 und älter	42.07	43.14	47.57	42.59	45.88	47.83	45.48	50.46	41.64	50.29
Männer										
Gesamt	49.75	50.21	55.06	49.56	53.38	51.82	49.44	53.55	51.50	54.21
14–20 Jahre	52.77	53.22	58.27	52.78	56.39	52.80	49.49	54.35	55.71	54.70
21–30 Jahre	52.25	52.80	57.89	52.68	55.79	52.87	51.16	54.72	55.11	55.71
31–40 Jahre	50.82	50.89	56.84	51.59	55.36	52.30	49.75	54.07	53.14	54.95
41–50 Jahre	50.33	50.54	55.43	49.15	53.38	52.24	49.31	53.06	51.96	53.80
51–60 Jahre	48.88	49.00	53.51	48.40	52.36	51.44	49.09	53.58	49.96	54.09
61–70 Jahre	46.89	48.07	51.52	45.96	50.50	50.76	48.65	52.45	47.46	53.06
71 und älter	44.53	45.50	50.26	44.80	47.56	49.22	48.07	52.36	44.98	52.47

10.6 Anlage 6: Informationsblatt für Migranten im Medibüro

Medizinische Vermittlungs- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und MigrantInnen

Medizinische Vermittlungs- und Beratungsstelle
für Flüchtlinge und MigrantInnen
c/o WIR Internationales Zentrum/Verikom
Hospitalstr. 109
22767 Hamburg
Tel. 040 / 38 57 39 (AB)
E-mail: medihh@yahoo.de

Liebe BesucherInnen der medizinischen Beratungsstelle für Flüchtlinge und Migranten,

eine unserer Mitarbeiterinnen, Anna Kühne, schreibt ihre medizinische Doktorarbeit über den Gesundheitszustand von den Menschen, die sich an die medizinische Beratungsstelle wenden. Mit der wissenschaftlichen Arbeit hoffen wir langfristig dazu beitragen zu können, dass jeder Mensch in Deutschland Zugang zu medizinischer Versorgung erhalten kann. Deshalb würden wir uns sehr freuen, wenn Sie bereit wären einen anonymen Fragebogen über Ihre Gesundheit auszufüllen. Alle Angaben, die sie machen sind absolut vertraulich. Während der Beratung wird man Sie bitten einen kurzen Fragebogen zu ihrem allgemeinen körperlichen Wohlbefinden auszufüllen. Wenn Sie sich außerdem bereit erklären würden vor oder nach der Beratung mit einer unser Mitarbeiterinnen einen ausführlicheren Fragebogen über Ihre Gesundheit auszufüllen würden Sie uns sehr helfen.

Alle Angaben die Sie machen bleiben natürlich absolut ANONYM.

Selbstverständlich ist das Ausfüllen der Fragebögen freiwillig. Wenn Sie den Fragebogen nicht ausfüllen möchten, ist das kein Problem, Sie erhalten natürlich trotzdem in vollem Umfang Unterstützung von uns.

Bei Fragen kommen Sie bitte jederzeit auf uns zu.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Anna Kühne, Medizinstudentin, und die medizinische Beratungsstelle

10.7 Anlage 7: Messinstrument für Datensatz 1: Dokumentationsbogen des Medibüros

	w/m	Vorname	Land	Beschwerden	Arzt/Ärztin (Fachrichtung)	Termin	Sonstiges
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							

10.8 Anlage 8: Messinstrument für Datensatz 2, SF-12v2

Liebe Besucher der medizinischen Vermittlungs- und Beratungsstelle für MigrantInnen,

für meine medizinische Doktorarbeit über die seelische und körperliche Gesundheit von MigrantInnen möchte ich Sie bitten die folgenden Fragen zu beantworten, die sich auf Ihren allgemeinen Gesundheitszustand beziehen. Die Beantwortung ist selbstverständlich freiwillig und anonym. Bitte beantworten Sie jede der Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten das Kästchen ankreuzen, das am besten auf Sie zutrifft.

Alter: ___Jahre **Geschlecht:** ☐ **w** ☐ **m**

Herkunftsland:_____

1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im allgemeinen beschreiben?

Ausgezeichnet	Sehr gut	Gut	Weniger gut	Schlecht
▼	▼	▼	▼	▼
☐1	☐2	☐3	☐4	☐5

2. Die folgenden Fragen beschreiben Tätigkeiten, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. <u>Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand</u> bei diesen Tätigkeiten <u>eingeschränkt</u>? Wenn ja, wie stark?

	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
a	<u>mittelschwere Tätigkeiten</u>, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	☐1	☐2 ..... ☐3
b	<u>mehrere</u> Treppenabsätze steigen	☐1	☐2 ..... ☐3

3. Wie oft hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

	Immer	Meis-tens	Manch-mal	Selten	Nie
a Ich habe weniger geschafft als ich wollte	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
b Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5

4. Wie oft hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

	Immer	Meis-tens	Manch-mal	Selten	Nie
a Ich habe weniger geschafft als ich wollte	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
b Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5

5. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?

Überhaupt nicht	Etwas	Mäßig	Ziemlich	Sehr
☐1	☐2	☐3	☐4	☐5

6. In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen <u>in den vergangenen 4 Wochen</u> gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Zahl an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht). Wie oft waren Sie in den <u>vergangenen 4 Wochen</u>...

	Immer	Meis-tens	Manch-mal	Selten	Nie
a ruhig und gelassen?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
b voller Energie?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
c entmutigt und traurig?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5

7. Wie häufig haben Ihre <u>körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme</u> in den <u>vergangenen 4 Wochen</u> Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?

Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
☐1	☐2	☐3	☐4	☐5

VIELEN DANK FÜR IHRE UNTERSTÜTZUNG!

Anna Kühne, Medizinstudentin

10.9 Anlage 9: Messinstrument für Datensatz 3, Ausführlicher Fragebogen

Fragebogen zur Erhebung von Gesundheitszustand von Migranten ohne Aufenthaltsstatus sowie Bedarf an medizinischer Versorgung

Alter: ____ Jahre Geschlecht: □ m □ w

1. Gesundheitszustand:

1.1 Physische und psychische Gesundheit:

1.1.1 Haben sie zur Zeit physische oder psychische Beschwerden? □ Ja □ Nein

Wenn ja, welche:

1._____

2._____

3._____

1.1.1.2 Zu welchem Facharzt sind Sie durch die medizinische Beratungsstelle vermittelt worden?

1._____ 2._____ 3._____

Falls Sie mehrere verschiedene Beschwerden haben, beziehen Sie die folgenden Fragen bitte auf diejenige Beschwerde, die der Hauptgrund war, sich an die medizinische Beratungsstelle zu wenden

Versuchen Sie bitte zu schätzen, wie lange die Beschwerden schon bestehen:

___Monate, ___Wochen, ___Tage

1.1.3 Haben sich die Beschwerden im Laufe der Zeit verschlimmert? □ Ja □ Nein

1.1.4 Haben Sie bereits versucht Ihre Beschwerden selbst zu behandeln bevor Sie die medizinische Beratungsstelle aufgesucht haben? □ Ja □ Nein

1.1.4.1 Wenn ja, welche der folgenden Möglichkeiten haben Sie in Anspruch genommen?

□ Selbstmedikation □ Heiler

□ Heimreise und dortige Behandlung □ Sonstiges:_____

1.1.5 Sind oder waren Sie während der Zeit ohne Aufenthaltsstatus mit diesen Beschwerden in ärztlicher Behandlung? □ Ja □ Nein

1.1.5.1 Falls ja, gab es irgendwelche Hindernisse ärztliche Hilfe zu bekommen?

□ Kosten □ Angst vor Entdeckung □ Sprache □ Sonstiges:_____

1.1.5.2 Falls ja, wie wurde die Behandlung gezahlt?

□ Privat □ Karitative Einrichtung □ Sozialamt □ Sonstiges:_____

1.1.5.3 Falls ja, wann haben Sie erstmals medizinische Hilfe in Anspruch genommen?
Vor: ___Monate, ___Wochen, ___Tage

1.1.5.4 Haben Sie die Behandlung abgebrochen bevor Sie wieder gesund waren oder konnten sie nicht fortführen?

□ Ja, mehrmals □ Ja, einmal □ Nein

1.1.5.5 Wenn Sie nicht in ärztlicher Behandlung waren oder die Behandlung abgebrochen haben, warum?

□ Kosten □ Angst vor Entdeckung □ Sprache □ Sonstiges:_____

1.1.5.6 Wenn Sie die Behandlung abgebrochen und von neuem begonnen haben, sind Sie immer wieder zum selben Arzt gegangen? □ Ja □ Nein

1.1.6 Nehmen Sie wegen dieser Beschwerden regelmäßig Medikamente ein? □ Ja □ Nein

1.1.6.1 Werden Ihnen diese Medikamente von einem Arzt verschrieben? □ Ja □ Nein

1.1.7 Wenn der Zugang zu ärztlicher Versorgung gefahrlos gesetzlich geregelt wäre, wären Sie dann zu einem früheren Zeitpunkt zum Arzt gegangen? □ Ja □ Nein

1.2 Infektionskrankheiten

1.2.1 Sind sie akut oder chronisch an einer Infektionskrankheit erkrankt?

□ Ja □ Nein □ unbekannt

1.2.1.1 Wenn Ja, an welcher?

□ Hepatitis □ Tuberkulose □ HIV □ andere Infektionskrankheit

1.2.2 Versuchen Sie bitte zu schätzen, wie lange die Infektionskrankheit bereits besteht:
___Monate, ___Wochen, ___Tage

1.2.3 Sind Sie zur Zeit mit der Infektionskrankheit in ärztlicher Behandlung? □ Ja □ Nein

1.2.3.1 Wenn Sie nicht in ärztlicher Behandlung sind, warum?

□ Kosten □ Angst vor Entdeckung □ Sprache □ Sonstiges:_____

1.3 Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes:

1.3.1 Während der Zeit ohne Aufenthaltsstatus hat sich Ihr körperlicher Gesundheitszustand...

□ sehr verbessert □ verbessert □ nicht verändert □ verschlechtert □ sehr verschlechtert

1.3.2 Während der Zeit ohne Aufenthaltsstatus hat sich Ihr psychischer Gesundheitszustand...

□ sehr verbessert □ verbessert □ nicht verändert □ verschlechtert □ sehr verschlechtert

<u>2 Bedarf an medizinischen Leistungen und Hindernisse bei der Inanspruchnahme:</u>

2.1 Bedarf an medizinischen Hilfsmitteln:

2.1.1 Benötigen Sie medizinischen Hilfsmittel im Alltag, zum Beispiel Brille, Gebiss, Hörgerät, Krücken, Prothesen, orthopädische Einlagen, Rollstuhl oder anderes?

□ Ja, nämlich_____ □ Nein

2.1.2 Besitzen Sie diese Hilfsmittel?

□ Ja □ Nein, weil_____

2.1.3 Haben Sie diese Hilfsmittel während der Zeit ohne Aufenthaltstatus erhalten?

□ Ja □ Nein

2.1.4 Gab es Probleme bei der Beschaffung der Hilfsmittel während der Zeit ohne Aufenthaltsstatus?

□ Ja, folgende_____ □ Nein

2.1.5 Wann wurden diese Hilfsmittel zuletzt überprüft oder neu angepasst?

Vor: ____ Monaten

2.2 Bedarf an Kontakt zu niedergelassenen Ärzten:

Wie häufig haben Sie in den vergangenen zwölf Monaten einen der folgenden Ärzte/Therapeuten aufgesucht und aus welchem Grund?

	Häufigkeit/ Jahr	Grund des Arztbesuches
Hausarzt /Allgemeinarzt		
Facharzt (außer Frauenarzt und Zahnarzt)		
Zahnarzt		
Frauenarzt		
Psychiater		
Psychotherapeut / Psychologe		

2.2.2 Gab es Schwierigkeiten medizinische Hilfe zu erhalten? □ Ja □ Nein

□ Kosten □ Angst vor Entdeckung □ Sprache □ Sonstiges:_____

2.3 Bedarf an Krankenhausbehandlung:

2.3.1 Wie häufig sind Sie in den vergangenen zwölf Monaten zur Behandlung im Krankenhaus gewesen? ___ mal

2.3.2 Aufgrund welcher Beschwerden waren Sie im Krankenhaus?

_____

2.3.3 Wie lange haben Sie gewartet, bevor Sie ins Krankenhaus gegangen sind: ____Tage

2.3.4 Wenn Sie im Krankenhaus waren, haben Sie die Behandlung so lange fortgeführt bis Sie wieder gesund waren oder haben Sie die Behandlung vorzeitig abgebrochen?

□ Behandlung bis zur vollständigen Genesung

□ vorzeitiger Abbruch der Behandlung

2.3.5 Gab es Schwierigkeiten medizinische Hilfe zu erhalten? □ Ja □ Nein

□ Kosten □ Angst vor Entdeckung □ Sprache □ Sonstiges:_____

<u>3 Gesundheitliche Vorsorge</u>

3.1 Allgemeine Vorsorgeuntersuchungen:

3.1.1 Haben Sie während der Zeit ohne Aufenthaltsstatus an einer der folgenden Vorsorgeuntersuchung teilgenommen und in welchen zeitlichen Abständen?

	Ja	Intervall der Inanspruchnahme
Krebsvorsorge		
Vorsorge für Herz-Kreislauferkrankungen		
Allgemeiner Gesundheitscheck		
Zahnmedizinische Vorsorge		
Andere:		

3.1.2 Falls Sie nicht an den Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen haben, warum?

□ Kosten □ Angst vor Entdeckung □ Sprache □ Sonstiges:_____

3.2 Vorsorge in der Schwangerschaft:

3.2.1 Sind oder waren Sie während der Zeit ohne Aufenthaltsstatus schwanger?

□ Ja □ Nein

3.2.2 Sind oder waren Sie deswegen in regelmäßiger gynäkologischer Kontrolle?

□ Ja □ Nein

3.2.3 Werden oder Haben Sie ihr Kind ärztlich oder durch eine Hebamme begleitet gebären/geboren?

□ Ja □ Nein

3.3 Vorsorge und Impfungen bei Kinder:

3.3.1 Sind oder waren Sie mit ihrem Kind in der Zeit ohne Aufenthaltsstatus regelmäßig bei den Vorsorgeuntersuchungen (U1-U9) für Kinder? □ Ja □ Nein

3.3.2 Können oder konnten Sie alle für Kinder vorgeschriebenen Impfungen durchführen lassen?
□ Ja □ Nein

4 Migrationsspezifische und sozioökonomische Daten:

4.1 Nationalität:_____

4.2 Geburtland:_____

4.3 Muttersprache:_____

4.4 Aufenthalt in Deutschland seit ___ Jahren, ___ Monaten

4.4.1 Davon ohne Aufenthaltsstatus seit ___ Jahren, ___ Monaten

4.5 Sind sie krankenversichert? □ Ja □ Nein

4.6 Deutschkenntnisse: □ keine □ wenig □ ausreichend □ gut

4.7 Migrationsgrund: (Mehrfachantworten möglich)

□ ökonomische Situation/ Armut/ Perspektivlosigkeit im Ursprungsland
□ Krieg, Bedrohung oder Verfolgung im Ursprungsland
□ Familienzusammenführung
□ Studiumsaufnahme oder -fortführung in Deutschland
□ Sonstiges:_____

4.8 Familienstand:
□ ledig □ verheiratet □ getrennt lebend □ geschieden □ verwitwet

4.8.1 Wenn Sie verheiratet sind, leben Sie mit Ihrem/r Ehepartner /in zusammen?
□ Ja □ Nein

4.9 Wie viele Kinder haben Sie: □ keine □ ___ Kind/er

4.9.1 Wie viele dieser Kinder sind minderjährig und leben ohne Aufenthaltsstatus bei Ihnen?
□ keine □ ___ Kind/er

4.10 Wie viele Jahre sind Sie zur Schule gegangen ? ___ Jahre

4.10.1 Haben Sie einen Schulabschluss? □ Ja □ Nein

4.11 Arbeiten Sie mehr als 18h/Woche? □ Ja □ Nein

4.12 Mit wie vielen Menschen leben Sie in einem Haushalt? □ <4 □ 4 – 5 □ >=6

ICH DANKE IHNEN HERZLICH FÜR IHRE UNTERSTÜTZUNG!

Anna Kühne, Medizinstudentin

10.10 Anlage 10: Messinstrument für Datensatz 4, Fragebogen der Ärztebefragung

ÄRZTEKAMMER HAMBURG
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Anonyme Befragung zur medizinischen Versorgungsrealität bei illegal in Hamburg lebenden Menschen ohne Krankenversicherung

Hamburg, 3. Januar 2007

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,
die Ärztekammer Hamburg beschäftigt sich im Ausschuss Grundrechte mit dem Thema der medizinischen Versorgungsrealität von MigrantInnen ohne Krankenversicherung. Aufgrund vieler Anfragen von Ärztinnen und Ärzten, die mit diesem Thema im Praxis-Alltag konfrontiert sind, sehen wir hier eindeutig Handlungsbedarf. Im Namen der AS-Mitglieder bitten wir Sie deshalb herzlich um Ihre Mitarbeit, denn nur mit möglichst vielen gesammelten Fakten können wir gegenüber der Behörde die Dringlichkeit dieses Anliegens seitens der Ärzteschaft deutlich machen. Beim Speichern des Dokumentes werden persönliche Daten aus den Dokument-Eigenschaften entfernt. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen:

Teil I

1. In welchem Fachgebiet sind Sie tätig?

_____

2. In welchem Stadtteil liegt ihre Praxis / Klinik?

_____

3. Sind Sie in einer Klinik oder in einer Praxis tätig?

❒ Klinik ❒ Praxis ❒ Sonstiges

4. Wie oft behandeln Sie MigrantInnen ohne Krankenversicherung in Ihrer Praxis / Klinik?

❒ täglich ❒ 1 - 4x Woche ❒ 1 - 4x Monat

❒ ¼-jährlich ❒ ½-jährlich ❒ seltener

5. Wie oft behandeln Sie diese PatientInnengruppe ohne angemessene finanzielle Entlohnung?

❒ täglich ❒ 1 - 4x Woche ❒ 1 - 4x Monat

❒ ¼-jährlich ❒ ½-jährlich ❒ seltener

6. Wer kommt bei Bezahlung für die Kosten auf?

MigrantIn zahlt privat	❒ häufig	❒ selten	❒ nie
karitative Einrichtungen	❒ häufig	❒ selten	❒ nie
Sozialamt	❒ häufig	❒ selten	❒ nie

Sonstiges _____

7. Um welche Altersgruppe (in Jahren) handelt es sich überwiegend?

❒ 0 – 19 ❒ 20 – 39 ❒ 40 – 59 ❒ 60 oder älter

8. Bitte nennen Sie, wenn möglich, die drei häufigsten Herkunftsländer:

a) _____

b) _____

c) _____

❒ unbekannt

9. Wie würden Sie den Gesundheitszustand der PatientInnen ohne Krankenversicherung im Vergleich zu ihren versicherten Patienten einschätzen?

❒ besser ❒ geringfügig besser ❒ identisch

❒ geringfügig schlechter ❒ schlechter ❒ _____

a. Sind bereits vorab erfolgte Diagnostiken anderer Ärzte abrufbar?

❒ ja ❒ nein

10. Wäre die Anwesenheit eines Dolmetschers wünschenswert?

❒ ja ❒ nein

Teil II

1. Nennen Sie die drei am häufigsten auftretenden Krankheitsbilder:

_____
_____
_____
_____

2. Schildern Sie exemplarisch Ihren letzten Fall:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

3. Wer hat die entstandenen Kosten übernommen?

_____
_____
____

4. Haben sich im Rahmen der medizinischen Versorgung von MigrantInnen ohne Krankenversicherung für Sie schon einmal Probleme mit der Behörde ergeben? Wenn ja, schildern Sie bitte die Situation:

❒ nein ❒ wenn ja:

_____
_____
_____
_____

5. Welche Probleme müssen Ihrer Meinung nach zeitnah behoben werden?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

6. Weitere Anmerkungen:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung. Bitte senden Sie den Fragebogen ausgefüllt zurück an:

Ärztekammer Hamburg
Pressestelle
Humboldtstr. 56
22083 Hamburg

oder per FAX an: 040 / 22 802 – 425.

oder per Mail an: presse@aekhh.de

10.11 Anlage 11: Erkrankungs- und Beschwerdekodierung

Die Krankheitskategorien orientieren sich an den 21 Kapiteln des ICD-10 in der deutschen Version von 2008. ICD-10 Kapitel, bei denen es sinnvoll erschien, wurden nochmals unterteilt kodiert. So wurden zahnmedizinische Beschwerden (K00-K08) getrennt von den übrigen Krankheiten des Verdauungssystems (K09-K93) kodiert. Kapitel 15 ICD-10 beinhalte neben pathologischen Geschehen rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett in dieser Auswertung auch die physiologisch verlaufende Schwangerschaft. Kapitel 18 „Symptome und abnorme klinische Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind“ wurde aufgeteilt in „unspezifische Symptome des Abdomens und des Verdauungssystems“ (R10-R19), „Unspezifische Beschwerden des allgemeinen Befindens und Schmerzen“ (R50-R53) und „Sonstige Symptome und klinische Befunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind“ (R00-R08 und R20-R49 und R54-R69). Die übrigen unter Kapitel 18 fallenden Zustände (R70-R99), i.e. nicht klassifizierte Labor- oder Bildbefunde oder unbekannte Todesursachen, haben in der durchgeführten Untersuchung keine Relevanz. Kapital 21 ICD-10 ist unterteilt worden in „Gynäkologische Vorsorge“ und „Sonstige Vorsorge/ Impfungen“.
Das Kapitel 22 (U00-U99) „Schlüsselnummern für besondere Zwecke“ findet keine Anwendung in der vorliegenden Untersuchung.
Die präzisen Titel der ICD-10 Kapitel wurden in der vorliegenden Doktorarbeit aus Gründen der Lesbarkeit zum Teil durch Kurztitel ersetzt. Welche Kodierung durch welchen Kurztitel erfasst wird, geht aus der folgenden Tabelle hervor.

Kodierung		Kapitel	Gliederung Titel
1	I	A00 – B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten KURZ: Infektionserkrankungen
2	II	C00 – D48	Neubildungen
3	III	D50 – D89	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems KURZ: Erkrankungen von Blut oder Immunsystem
4	IV	E00 – E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten KURZ: Endokrine- bzw. Stoffwechselerkrankungen

5	V	F00 – F99	Psychische und Verhaltensstörungen
6	VI	G00 – G99	Krankheiten des Nervensystems
7	VII	H00 – H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde KURZ: Augenerkrankungen
8	VIII	H60 – H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes KURZ: Ohrenerkrankungen
9	IX	I00 – I99	Krankheiten des Kreislaufsystems
10	X	J00 – J99	Krankheiten des Atmungssystems
11	XI	K00 - K08	Zahnmedizinische Erkrankungen wie in K00 bis K08 beschrieben
12	XI	K09 – K93	Krankheiten des Verdauungssystems
13	XII	L00 – L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut KURZ: Hauterkrankungen
14	XIII	M00 – M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes KURZ: Muskel- /Skelett- Erkrankungen
15	XIV	N00 – N99	Krankheiten des Urogenitalsystems
16	XV	O00 - O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett !Einschließlich gesund physiologisch verlaufende Schwangerschaft! KURZ: Schwangerschaft/Geburt
17	XVI	P00 – P96	Bestimmte Zustände, die Ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben

18	XVII	Q00 – Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien KURZ: Angeborenes
19	XVIII	R00 – R09 und R20 – R49 und R54 – R69	Symptome und klinische Befunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind KURZ: Anderenorts nicht klassifizierte Symptome
20	XVIII	R10 – R19	Unspezifische Symptome des Abdomens und des Verdauungssystems wie in R10 – R19 beschrieben KURZ: Unspezifische Symptome Abdomen
21	XVIII	R50 – R53	Unspezifische Störung des Allgemeinen Befindens und Schmerzen wie in R50 – R53 beschrieben KURZ: Schmerzen/Störungen des allg. Befindens
22	XIX	S00 – T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen KURZ: Verletzungen
23	XX	V01 – Y98	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität KURZ: Äußere Ursachen
24	XXI	Z00 – Z99 exkl. Z01	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesen führen (außer gynäkologische Vorsorge) KURZ: Sonstige Vorsorge /Impfungen
25	XXI	Z01	Gynäkologische Vorsorge

10.12 Anlage 12: Datensatz 2: Syntax und Hintergrundmaterial

10.12.1 Anlage 12: Datensatz 2: SPSS-Syntax zur Auswertung des SF-12v2

```
**********************************************************************************************************
***AUSWERTUNG SF-12, VERSION 2***

*SPSS Programm Berechnung der acht Dimensionen subjektiver Gesundheit *
*sowie der körperlichen und psychischen Summenskala des SF-12v2 *

*Kodiert nach den Vorgaben des Manuals von Ware et al. 2002*

*written by: Anna Kuehne, anna.kuehne[at]gmx.de*
**********************************************************************************************************

*Identifikation fehlender Werte*

DO REPEAT i = Frage1, Frage3a, Frage3b, Frage4a, Frage4b, Frage5, Frage6a, Frage6b, Frage6c,
Frage7.
+ IF (i < 1 OR i > 5) i = $SYSMIS.
END REPEAT.

DO REPEAT i = Frage2a, Frage2b.
+ IF (i < 1 OR i > 3) i = $SYSMIS.
END REPEAT.

*Kodierung der Skalen der Original-Fragen in die vorgegebenen Werte*

COMPUTE RFrage5 = 6 - Frage5.
COMPUTE RFrage6b = 6 - Frage6b.
COMPUTE RFrage6a = 6 - Frage6a.
RECODE
  Frage1
  (1=5)  (2=4.4)  (3=3.4)  (4=2)  (5=1)  INTO  RFrage1 .
EXECUTE .

*Berechnung der acht Dimesionen subjektiver Gesundheit*

COMPUTE PF = Frage2a + Frage2b.
COMPUTE RP = Frage3a + Frage3b.
COMPUTE BP = Frage5.
COMPUTE GH = Frage1.
COMPUTE VT = Frage6b.
COMPUTE SF = Frage7.
COMPUTE RE = Frage4a + Frage4b.
COMPUTE MH = Frage6a + Frage6c.
execute.

COMPUTE PFT = ((PF - 2)/4) * 100 .
COMPUTE RPT = ((RP - 2)/8) * 100 .
COMPUTE BPT = ((BP - 1)/4) * 100 .
COMPUTE GHT = ((GH - 1)/4) * 100 .
COMPUTE VTT = ((VT - 1)/4) * 100 .
COMPUTE SFT = ((SF - 1)/4) * 100 .
COMPUTE RET = ((RE - 2)/8) * 100 .
COMPUTE MHT = ((MH - 2)/8) * 100 .
EXECUTE .
```

```
*Standardisierung der acht Skalen subjektiver Gesundheit*

COMPUTE PFZ = (PFT - 81.18122)/ 29.10558 .
COMPUTE RPZ = (RPT - 80.52856)/ 27.13526 .
COMPUTE BPZ = (BPT- 81.74015)/ 24.53019.
COMPUTE GHZ = (GHT - 72.19795)/ 23.19041.
COMPUTE VTZ = (VTT- 55.59090)/ 24.84380 .
COMPUTE SFZ = (SFT - 83.73973)/ 24.75775.
COMPUTE REZ = (RET - 86.41051)/ 22.35543 .
COMPUTE MHZ = (MHT - 70.18217)/ 20.50597.
execute.

*Normbasierte Transformation der acht Skalen subjektiver Gesundheit*

COMPUTE PFNB= 50 + (PFZ*10).
COMPUTE RPNB= 50 + (RPZ*10).
COMPUTE BPNB= 50 + (BPZ*10).
COMPUTE GHNB= 50 + (GHZ*10).
COMPUTE VTNB= 50 + (VTZ*10).
COMPUTE SFNB= 50 + (SFZ*10).
COMPUTE RENB= 50 + (REZ*10).
COMPUTE MHNB= 50 + (MHZ*10).
execute.

*Aggregation der acht Dimensionen zu Summenskalen*
COMPUTE AGGPHYS= (PFZ*0.42402) + (RPZ*0.35119) + (BPZ*0.31754) + (GHZ* 0.24954) + (VTZ
* 0.02877) + (SFZ * -0.00753) + (REZ * -0.19206) + (MHZ * -0.22069).
execute.
COMPUTE AGGMENT= (PFZ* -0.22999) + (RPZ*-0.12329) + (BPZ*-0.09731) + (GHZ* -0.01571) +
(VTZ * 0.23534) + (SFZ * 0.26876) + (REZ * 0.43407) + (MHZ * 0.48581).
execute.

*Normbasierte Tranformation der Summenskalen*

COMPUTE PHYSNB= 50 + (AGGPHYS*10).
COMPUTE MENTNB= 50 + (AGGMENT*10).
Execute.
```

10.12.2 Anlage 12: Datensatz 2: SPSS-Syntax zur verallgemeinerten linearen Regression mit robusten Schätzern auf Basis der Originalwerte

```
**********************************************************************************************************************
*Verallgemeinerte lineare Regression mit robusten Schätzern zum Einfluss von Alter (in Jahren),*
*Geschlecht und Aufenthaltsstatus (Stichprobe illegalisierte Migranten  vs. repräsentative deutsche*
*Stichprobe) auf die Summenskalen der körperlichen und psychischen Gesundheit gemessen mit*
*dem SF-12 *

*written by: Anna Kuehne, anna.kuehne[at]gmx.de*
**********************************************************************************************************************

*Variablen-Kodierung*
*w98=Gesichtungfaktor aus dem BGS98*
*sex=Geschlecht*
*age=Alter in Jahren*
*Migstat=BGS98-Stichprobe vs. illegalsierte Migranten*
*PCS=körperliche Summenskala*
*MCS=psychische Summenskala*
```

```
*Gewichtung*
WEIGHT
  BY w98 .


*********************************************************************************************************
*Für jedes Modell wurde jeweils mittels Likelihood-Ratio-Test überprüft, ob das Modell durch*
*Interaktionsterme zwischen den  Variablen signifikant (bei p>0,05) verbessert werden könnte.*
*Zeigten sich signifikante Verbesserungen durch Interaktionterme wurden diese im finalen Modell*
*berücksichtigt*
*********************************************************************************************************


*Mit verallgemeinertem linearem Modell mit robustem Schätzer den Einfluss von Geschlecht,*
*Alter und Aufenthaltsstatus auf die körperlichen Summenskala modellieren*
*in der Gesamtstichprobe BGS98+Illegalisierte*

USE ALL.
* Verallgemeinerte lineare Modelle.
GENLIN
  PCS
  BY sex Migstat
  (ORDER=ASCENDING)
  WITH age
 /MODEL
  sex Migstat age
  INTERCEPT=YES
  DISTRIBUTION=NORMAL
  LINK=IDENTITY
 /CRITERIA SCALE=MLE COVB=ROBUST
  PCONVERGE=1E-006(ABSOLUTE)
  SINGULAR=1E-012
  ANALYSISTYPE=3 CILEVEL=95 LIKELIHOOD=FULL
 /MISSING CLASSMISSING=EXCLUDE
 /PRINT CPS DESCRIPTIVES MODELINFO FIT SUMMARY SOLUTION
 /SAVE RESID.
GRAPH /HISTOGRAM=Residual_1/PANEL ROWVAR=Migstat ROWOP=CROSS.

*mit verallgemeinertem linearem Modell mit robustem Schätzer den Einfluss von Geschlecht,*
*Alter und Aufenthaltsstatus auf die psychische Summenskala modellieren*
*in der Gesamtstichprobe BGS98+Illegalisierte*

USE ALL.
* Verallgemeinerte lineare Modelle.
GENLIN
  MCS
  BY sex Migstat
  (ORDER=ASCENDING)
  WITH age
 /MODEL
  sex Migstat age
  INTERCEPT=YES
  DISTRIBUTION=NORMAL
  LINK=IDENTITY
 /CRITERIA SCALE=MLE COVB=ROBUST
  PCONVERGE=1E-006(ABSOLUTE)
  SINGULAR=1E-012
  ANALYSISTYPE=3 CILEVEL=95 LIKELIHOOD=FULL
 /MISSING CLASSMISSING=EXCLUDE
 /PRINT CPS DESCRIPTIVES MODELINFO FIT SUMMARY SOLUTION
 /SAVE RESID.
GRAPH /HISTOGRAM=Residual_2/PANEL ROWVAR=Migstat ROWOP=CROSS.
```

```
*mit verallgemeinertem linearem Modell mit robustem Schätzer den Einfluss von Geschlecht,*
*Alter und Aufenthaltsstatus auf die körperliche Summenskala modellieren*
*in der Subgruppe Menschen, die beim Arzt waren aus dem BGS98+Illegalisierte*

USE ALL.
COMPUTE filter_$=(Arztbesuch = 1).
VARIABLE LABEL filter_$ 'Arztbesuch = 1 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$  0 'Nicht ausgewählt' 1 'Ausgewählt'.
FORMAT filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE .
* Verallgemeinerte lineare Modelle.
GENLIN
  PCS
  BY sex Migstat
  (ORDER=ASCENDING)
  WITH age
 /MODEL
  sex Migstat age
  INTERCEPT=YES
  DISTRIBUTION=NORMAL
  LINK=IDENTITY
 /CRITERIA SCALE=MLE COVB=ROBUST
  PCONVERGE=1E-006(ABSOLUTE)
  SINGULAR=1E-012
  ANALYSISTYPE=3 CILEVEL=95 LIKELIHOOD=FULL
 /MISSING CLASSMISSING=EXCLUDE
 /PRINT CPS DESCRIPTIVES MODELINFO FIT SUMMARY SOLUTION
 /SAVE RESID.
GRAPH /HISTOGRAM=Residual_3/PANEL ROWVAR=Migstat ROWOP=CROSS.

*mit verallgemeinertem linearem Modell mit robustem Schätzer den Einfluss von Geschlecht,*
*Alter und Aufenthaltsstatus auf die psychische Summenskala modellieren*
*in der Subgruppe Menschen, die beim Arzt waren aus dem BGS98+Illegalisierte*

USE ALL.
COMPUTE filter_$=(Arztbesuch = 1).
VARIABLE LABEL filter_$ 'Arztbesuch = 1 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$  0 'Nicht ausgewählt' 1 'Ausgewählt'.
FORMAT filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE .
* Verallgemeinerte lineare Modelle.
GENLIN
  MCS
  BY sex Migstat
  (ORDER=ASCENDING)
  WITH age
 /MODEL
  sex Migstat age
  INTERCEPT=YES
  DISTRIBUTION=NORMAL
  LINK=IDENTITY
 /CRITERIA SCALE=MLE COVB=ROBUST
  PCONVERGE=1E-006(ABSOLUTE)
  SINGULAR=1E-012
  ANALYSISTYPE=3 CILEVEL=95 LIKELIHOOD=FULL
 /MISSING CLASSMISSING=EXCLUDE
 /PRINT CPS DESCRIPTIVES MODELINFO FIT SUMMARY SOLUTION
 /SAVE RESID.
GRAPH /HISTOGRAM=Residual_4/PANEL ROWVAR=Migstat ROWOP=CROSS.
```

10.12.3 Anlage 12: Datensatz 2: SPSS-Syntax zur linearen Regression auf Basis von transformierten Werten

```
**************************************************************************************************
*Komplexe logistische Transformierung und Modellierung mittels linearer Regression*
**************************************************************************************************

*Lineare Regression nach Transformation in Normalverteilung*
*Für PCS in der ganzen BGS98-Stichprobe*

USE ALL.
compute PCS100=PCS/100.
exe.
compute PCS_Score=ln(1/(1-PCS100)).
exe.

GRAPH /HISTOGRAM=PCS_Score/PANEL ROWVAR=Migstat ROWOP=CROSS.
UNIANOVA PCS_Score BY sex Migstat WITH age
  /METHOD=SSTYPE(3)
  /INTERCEPT=INCLUDE
  /SAVE=RESID(Hresid) pred(Hpred)
  /EMMEANS=TABLES(sex) WITH(age=MEAN) COMPARE ADJ(LSD)
  /EMMEANS=TABLES(Migstat) WITH(age=MEAN) COMPARE ADJ(LSD)
  /PRINT=ETASQ DESCRIPTIVE PARAMETER
  /PLOT=RESIDUALS
  /CRITERIA=ALPHA(.05)
  /DESIGN=sex Migstat age.
GRAPH /HISTOGRAM=Hresid/PANEL ROWVAR=Migstat ROWOP=CROSS.
GRAPH /SCATTERPLOT(BIVAR)=Hpred WITH Hresid BY Migstat/MISSING=LISTWISE.
GRAPH /SCATTERPLOT(BIVAR)=Hpred WITH Hresid BY sex/MISSING=LISTWISE.
GRAPH /SCATTERPLOT(BIVAR)=age WITH PCS_Score  BY Migstat/MISSING=LISTWISE.

*Lineare Regression nach Transformation in Normalverteilung*
*Für MCS in der ganzen BGS98-Stichprobe*

USE ALL.
compute MCS100=MCS/100.
exe.
compute MCS_Score=ln(1/(1-MCS100)).
exe.

DELETE VARIABLES hresid.
DELETE VARIABLES hpred.
exe.

GRAPH /HISTOGRAM=MCS_Score/PANEL ROWVAR=Migstat ROWOP=CROSS.
UNIANOVA MCS_Score BY sex Migstat WITH age
  /METHOD=SSTYPE(3)
  /INTERCEPT=INCLUDE
  /SAVE=RESID(Hresid) pred(Hpred)
  /EMMEANS=TABLES(sex) WITH(age=MEAN) COMPARE ADJ(LSD)
  /EMMEANS=TABLES(Migstat) WITH(age=MEAN) COMPARE ADJ(LSD)
  /PRINT=ETASQ DESCRIPTIVE PARAMETER
  /PLOT=RESIDUALS
  /CRITERIA=ALPHA(.05)
  /DESIGN=sex Migstat age.
GRAPH /HISTOGRAM=Hresid/PANEL ROWVAR=Migstat ROWOP=CROSS.
GRAPH /SCATTERPLOT(BIVAR)=Hpred WITH Hresid BY migstat/MISSING=LISTWISE.
GRAPH /SCATTERPLOT(BIVAR)=Hpred WITH Hresid BY sex/MISSING=LISTWISE.
GRAPH /SCATTERPLOT(BIVAR)=age WITH MCS_Score  BY migstat/MISSING=LISTWISE.
```

```
*Lineare Regression nach Transformation in Normalverteilung*
*Für PCS in der Subgruppe Menschen, die beim Arzt waren aus dem BGS98+Illegalisierte*

USE ALL.
COMPUTE filter_$=(Arztbesuch = 1).
VARIABLE LABEL filter_$ 'Arztbesuch = 1 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$  0 'Nicht ausgewählt' 1 'Ausgewählt'.
FORMAT filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE .
DELETE VARIABLES hresid.
DELETE VARIABLES hpred.
exe.

GRAPH /HISTOGRAM=PCS_Score/PANEL ROWVAR=Migstat ROWOP=CROSS.
UNIANOVA PCS_Score BY sex Migstat WITH age
  /METHOD=SSTYPE(3)
  /INTERCEPT=INCLUDE
  /SAVE=RESID(Hresid) pred(Hpred)
  /EMMEANS=TABLES(sex) WITH(age=MEAN) COMPARE ADJ(LSD)
  /EMMEANS=TABLES(Migstat) WITH(age=MEAN) COMPARE ADJ(LSD)
  /PRINT=ETASQ DESCRIPTIVE PARAMETER
  /PLOT=RESIDUALS
  /CRITERIA=ALPHA(.05)
  /DESIGN=sex Migstat age.
GRAPH /HISTOGRAM=Hresid/PANEL ROWVAR=Migstat ROWOP=CROSS.
GRAPH /SCATTERPLOT(BIVAR)=Hpred WITH Hresid BY Migstat/MISSING=LISTWISE.
GRAPH /SCATTERPLOT(BIVAR)=Hpred WITH Hresid BY sex/MISSING=LISTWISE.
GRAPH /SCATTERPLOT(BIVAR)=age WITH PCS_Score  BY Migstat/MISSING=LISTWISE.
exe.

*Lineare Regression nach Transformation in Normalverteilung*
*Für MCS in der Subgruppe Menschen, die beim Arzt waren aus dem BGS98+Illegalisierte*

USE ALL.
COMPUTE filter_$=(Arztbesuch = 1).
VARIABLE LABEL filter_$ 'Arztbesuch = 1 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$  0 'Nicht ausgewählt' 1 'Ausgewählt'.
FORMAT filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE .
DELETE VARIABLES hresid.
DELETE VARIABLES hpred.
exe.

GRAPH /HISTOGRAM=MCS_Score/PANEL ROWVAR=Migstat ROWOP=CROSS.
UNIANOVA MCS_Score BY sex Migstat WITH age
  /METHOD=SSTYPE(3)
  /INTERCEPT=INCLUDE
  /SAVE=RESID(Hresid) pred(Hpred)
  /EMMEANS=TABLES(sex) WITH(age=MEAN) COMPARE ADJ(LSD)
  /EMMEANS=TABLES(Migstat) WITH(age=MEAN) COMPARE ADJ(LSD)
  /PRINT=ETASQ DESCRIPTIVE PARAMETER
  /PLOT=RESIDUALS
  /CRITERIA=ALPHA(.05)
  /DESIGN=sex Migstat age.
GRAPH /HISTOGRAM=Hresid/PANEL ROWVAR=Migstat ROWOP=CROSS.
GRAPH /SCATTERPLOT(BIVAR)=Hpred WITH Hresid BY Migstat/MISSING=LISTWISE.
GRAPH /SCATTERPLOT(BIVAR)=Hpred WITH Hresid BY sex/MISSING=LISTWISE.
GRAPH /SCATTERPLOT(BIVAR)=age WITH PCS_Score  BY Migstat/MISSING=LISTWISE.
exe.
```

10.12.4 Anlage 12: Datensatz 2: Punktdiagramm: Einfluss von Alter, Geschlecht und Aufenthaltsstatus auf die rücktransformierten Werte der Summenskalen

Abbildung 27: Datensatz 2: Lineares Modell mit rücktransformierten Werten zum Einfluss von Geschlecht, Alter und Aufenthaltsstatus auf die körperliche Summenskala (PCS) des SF-12v2 in der erhobenen Stichprobe verbunden mit der Stichprobe des BGS98

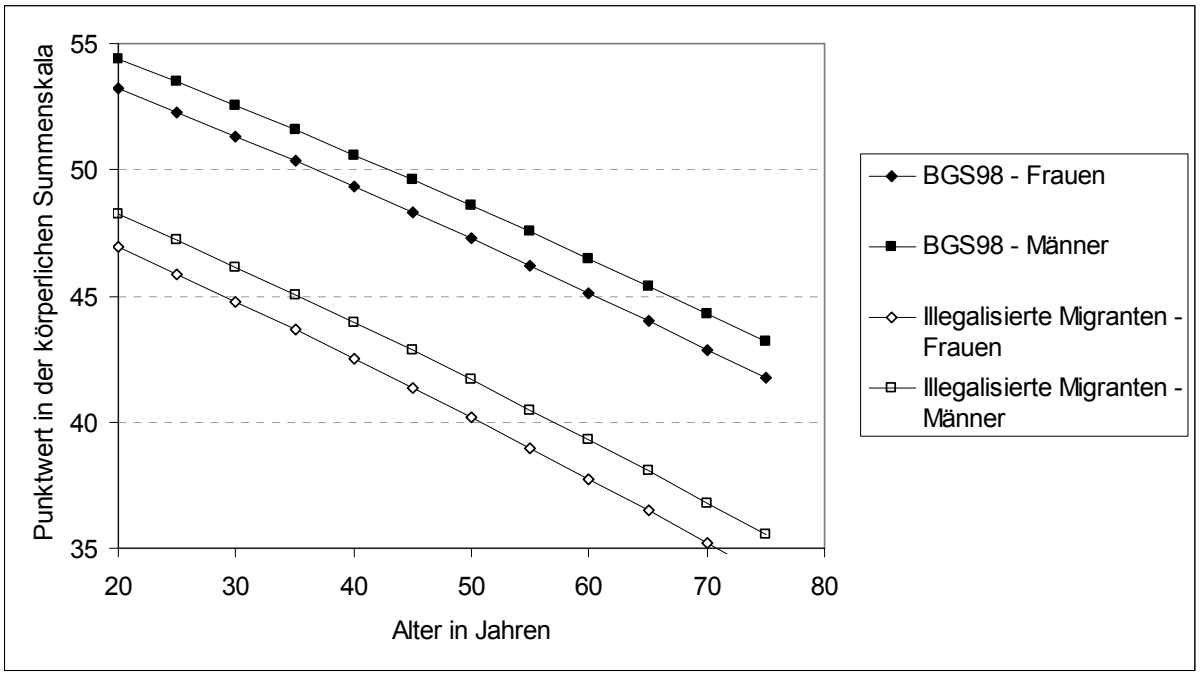


Abbildung 28: Datensatz 2: Lineares Modell mit rücktransformierten Werten zum Einfluss von Geschlecht, Alter und Aufenthaltsstatus auf die psychische Summenskala (MCS) des SF-12v2 in der erhobenen Stichprobe verbunden mit der Stichprobe des BGS98

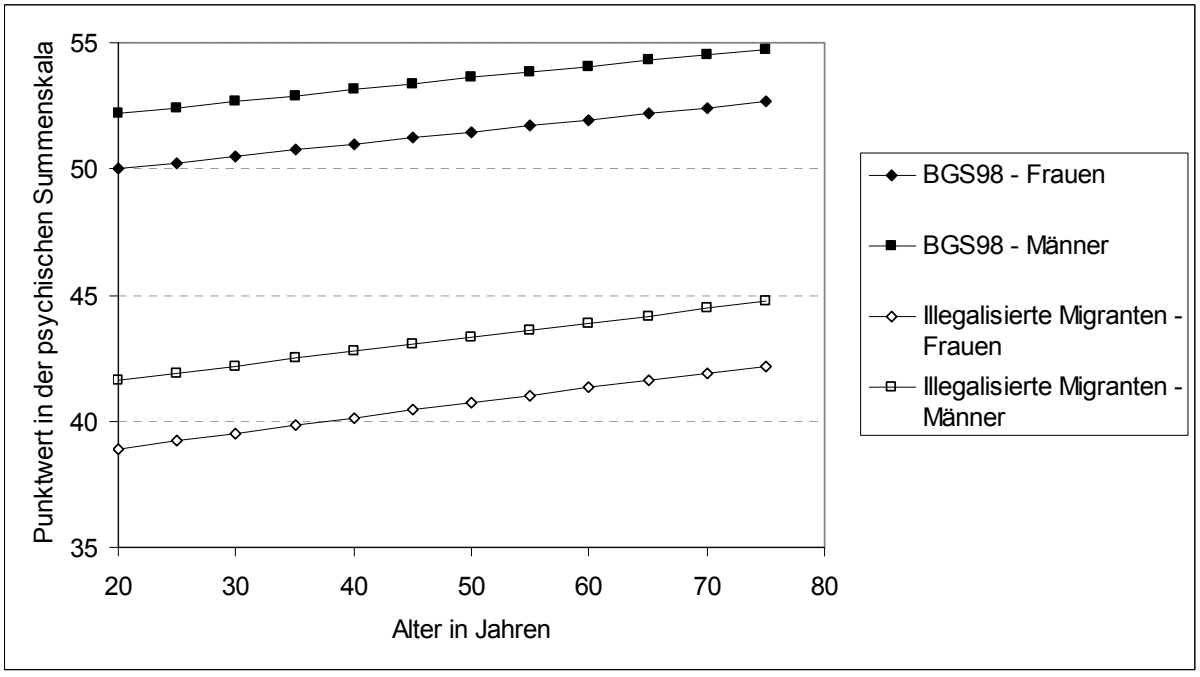


Abbildung 29: Datensatz 2: Lineares Modell mit rücktransformierten Werten zum Einfluss von Geschlecht, Alter und Aufenthaltsstatus auf die körperliche Summenskala (PCS) des SF-12v2 in der erhobenen Stichprobe verbunden mit der Subgruppe der Stichprobe des BGS98, die in den letzten vier Wochen beim Arzt war

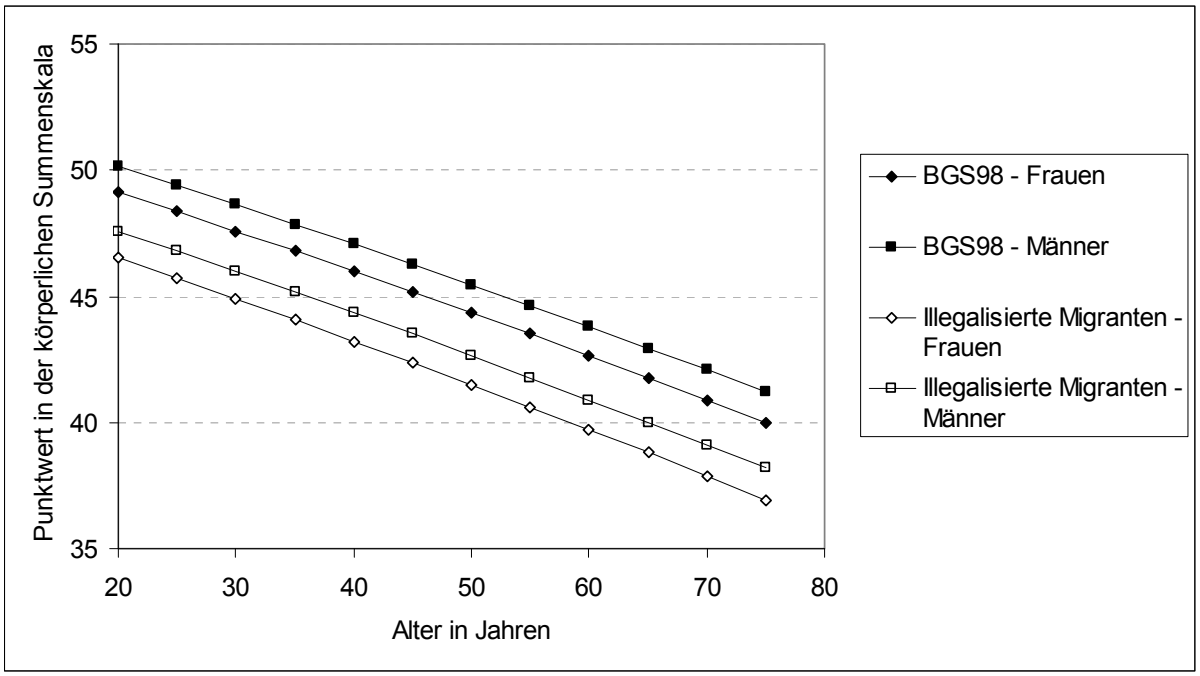
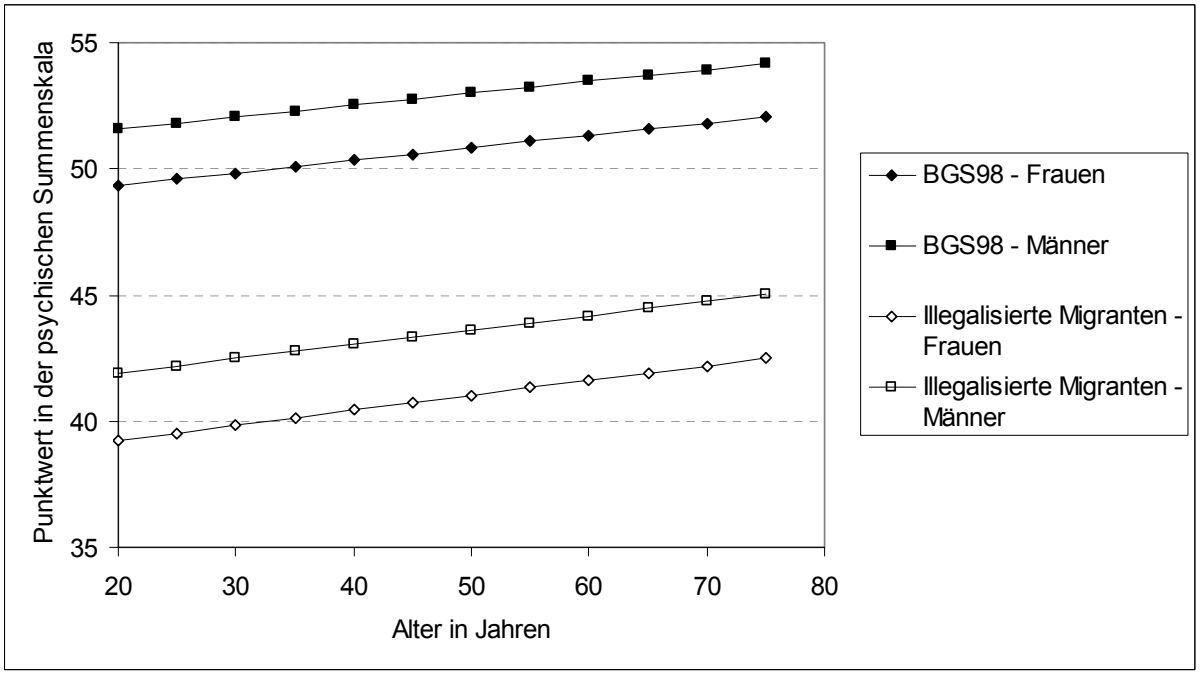


Abbildung 30: Datensatz 2: Lineares Modell mit rücktransformierten Werten zum Einfluss von Geschlecht, Alter und Aufenthaltsstatus auf die psychische Summenskala (MCS) des SF-12v2 in der erhobenen Stichprobe verbunden mit der Subgruppe der Stichprobe des BGS98, die in den letzten vier Wochen beim Arzt war



10.13. Anlage 13: Datensatz 3: Ergebnisse ungekürzt

10.13.1 Anlage 13: Datensatz 3: Herkunftsländer

Tabelle 55: Datensatz 3: Herkunftsländer der Migranten (n=24 Migranten)

Geburtsland	Häufigkeit
Ecuador	8
Peru	4
Chile	2
Gambia	2
Ghana	2
Georgien	1
Honduras	1
Kolumbien	1
Mazedonien	1
Nigeria	1
Philippinen	1

10.13.2 Anlage 13: Datensatz 3: Erkrankungen der Migranten

Tabelle 56: Datensatz 3: Erkrankungen, die den Anlass darstellten das Medibüro mit Arzttermingesuch zu konsultieren (n=28 Erkrankungen bei 24 Migranten)

Erkrankung		Häufigkeit	Prozent der 24 Migranten
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	5	20,8%
H54	Blindheit und Sehschwäche	4	16,7%
----	Schwangerschaft	2	8,3%
K08	Sonstige Krankheiten der Zähne u. d. Zahnhalteapparates	2	8,3%
M54	Rückenschmerzen	2	8,3%
D25	Leiomyom des Uterus	1	4,2%
G62	Sonstige Polyneuropathien	1	4,2%
I84	Hämorrhoiden	1	4,2%
J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	1	4,2%
K05	Gingivitis und Krankheiten des Parodonts	1	4,2%
K31	Sonstige Krankheiten des Magens und des Duodenums	1	4,2%
K80	Cholelithiasis	1	4,2%
M75	Schulterläsionen	1	4,2%
N81	Genitalprolaps bei der Frau	1	4,2%
N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	1	4,2%
R53	Unwohlsein und Ermüdung	1	4,2%
S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsknochen	1	4,2%
Z21	Asymptomatische HIV-Infektion	1	4,2%
	Gesamt	28	

Von 24 Migranten stellten sich vier mit jeweils zwei Erkrankungen, für die verschiedene Arzttermine benötigt wurden, vor. Es ergibt es sich eine Anzahl von 28 Erkrankungen. Bauch- und Beckenschmerzen stellen mit 17,9% den größten Anteil.

10.13.3 Anlage 13: Datensatz 3: Begleiterkrankungen der Migranten

Tabelle 57: Datensatz 3: Sekundäre gesundheitliche Beschwerden, die für die Migranten nicht Grund für die Konsultation des Medibüros waren (n= 19 Erkrankungen bei 24 Migranten)

		Häufigkeit	Prozent der 24 Migranten
K02	Zahnkaries	2	8,3%
D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse	1	4,2%
E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes Mellitus	1	4,2%
H11	Sonstige Affektionen der Konjunktiva	1	4,2%
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	1	4,2%
I95	Hypotonie	1	4,2%
L40	Psoriasis	1	4,2%
M54	Rückenschmerzen	1	4,2%
M75	Schulterläsionen	1	4,2%
N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	1	4,2%
N71	Entzündliche Krankheiten des Uterus ausgenommen der Zervix	1	4,2%
R07	Hals- und Brustschmerzen	1	4,2%
R21	Hautausschlag und sonstige unspezifische Hauteruptionen	1	4,2%
R51	Kopfschmerz	1	4,2%
R52	Schmerz anderenorts nicht klassifiziert	1	4,2%
R53	Unwohlsein und Ermüdung	1	4,2%
S63	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Höhe des Handgelenkes und der Hand	1	4,2%
T93	Folgen von Verletzungen der unteren Extremität	1	4,2%
	Gesamt	19	

10.13.4 Anlage 13: Datensatz 3: Facharzttermine und Termine bei Therapeuten

Von den 24 befragten Migranten hatten vier jeweils zwei Termine vermittelt bekommen, so ergeben sich insgesamt 28 Arzt- bzw. Geburts- bzw. Therapeutentermine.

Tabelle 58: Datensatz 3: Arzt-, Therapeuten- und Geburtstermine der Migranten vermittelt durch das Medibüro für die aktuellen Beschwerden (n=28 Termine von 24 Migranten)

	Häufigkeit	Prozent der 28 Termine	Prozent der 24 Migranten
Innere Medizin	5	17,9%	20,8%
Gynäkologie	5	17.9%	20,8%
Allgemeinmedizin	4	14,3%	16,7%
Zahnmedizin	4	14,3%	16,7%
Augenheilkunde	4	14,3%	16,7%
Geburtsorganisation	2	7,1%	8,3%
Orthopädie	1	3,6%	4,2%
Chirurgie	1	3,6%	4,2%
Neurologie	1	3,6%	4,2%
Physiotherapie	1	3,6%	4,2%
Gesamt	28	100,0%	116,7%

10.14 Anlage 14: Datensatz 4.:Ergebnisse ungekürzt

10.14.1 Anlage 14: Datensatz 4: Stadtteile der Arztpraxen

Tabelle 59: Datensatz 4: Aufteilung der Ärzte über das Hamburger Stadtgebiet (n=25 Ärzte)

Stadtteil	Häufigkeit	Prozent
Altona	3	12,0
Sternschanze/ St. Pauli	3	12,0
Rotherbaum	3	12,0
Eimsbüttel	2	8,0
St. Georg	2	8,0
Eppendorf	2	8,0
Osdorf/ Lurup	2	8,0
Harburg	2	8,0
Ottensen	1	4,0
Pöseldorf	1	4,0
Fuhslbüttel	1	4,0
Alsterdorf	1	4,0
Wilhelmsburg	1	4,0
Barmbek	1	4,0
Insgesamt	25	100,0

10.14.2 Anlage 14: Datensatz 4: Exemplarische Fallbeschreibung und Kategorisierung

Wortlaut der Frage: „Schildern Sie exemplarisch Ihren letzten Fall:“
Die Aussagen sind wörtlich wiedergegeben. Die Nummerierungen beziehen sich auf die zufällige Fragebogennummerierung im Rahmen der Auswertung.

Nr. 1:
Junge (29jährige) ghanaische Patientin mit ausgeprägter arterieller Hypertonie. Einstellung erfolgt hier mit Med. Mustern

Nr. 2:
Großer Abzess am Unterschenkel, Spaltung des Abzesses+ regelmäßige Verbandswechsel

Nr. 4:
Schwangerschaft, Gestose Entwicklung

Nr. 5:
~30-jähriger Pat. aus Tschetschenien wurde vom „Fluchtpunkt“ nach telefonischer Anfrage geschickt. Diagnose 1.: Posttraumatische Belastungsstörung, bisher nur medikamentös behandelt 2.: offene Geschwüre bds. (beruhend auf alten Verletzungen in seiner Heimat).

Verständigung erfolgt in Russisch, das der Pat. nur unzureichend beherrscht. → Wundversorgung, zunächst regelmäßiger Verbandswechsel

Nr. 6:
40j. Patient mit Kopfschmerzen, Gelenkbeschwerden, Menstruationsbeschwerden; bisherige Diagnostik v. a. gynäkologisch ohne Befund. Homöopathische Erstanamnese mit Dolmetscher, Mittelgabe, keine weitere Konsultation

Nr. 7:
Patientin mit neu entdecktem Typ-1 Diabetes

Nr. 8:
Seit wenigen Tagen akut einsetzender Drehschwindel+ Übelkeit+ Erbrechen → benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel

Nr. 9:
Frau mit rezidivierenden Harnwegsinfekten

Nr. 10:
Infekt mit Husten und Fieber

Nr. 11:
Frau: maligner Hypertonus. Hypertonus Diagn. Einschließlich Angiographie Nierenart.

Nr. 12:
Schwangere Patientin mit HIV-Infektion aus Osteuropa. Insgesamt äußerst schwierige Organisation der Schwangerschaftsbetreuung zur Vermeidung der vertikalen Transmission, nur möglich durch unentgeltliche Behandlung durch Praxis, Klinik und Labor

Nr. 14:
Schwangere unter 20 mit vag Blutungen, m. E. aus Togo. Kam über Beratungsstelle

Nr. 15:
Ein junger Mann hat durch Raketen eine schwere, großflächige Verbrennung am Rücken. Kurze Krankenhausbehandlung, seit dem ambulante Weiterbehandlung bei mir → Abtragung des toten Gewebes, Verbandswechsel, Schmerzmedikation, absehbare Dauer 4 – 6 Wochen

Nr. 16:
Spanische sprechende Patientin mit Oberbauchschmerzen. Labor und Ultraschall durchgeführt

Nr. 18:
Kam wegen Gravidität und Bauchschmerzen, V. a. vorzeitige Wehen. Untersuchung und Ultraschall erfolgt ohne pathologischen Befund. Magnesium empfohlen.

Nr. 19:
Neurogene Blasenentleerungsstörung bei Z. n. Meningitis vor 9 Jahren

Nr. 20:
Betreuung einer Schwangerschaft, HIV-Erkrankung, gute Zusammenarbeit mit d. JFI-Institut

Nr. 22:
Patientin aus Ghana ohne legalen Aufenthaltsstatus seit > 6 Monaten deutliche AZ-Verschlechterung. Nach Labor und Röntgenuntersuchung V. a. Miliartuberkulose. Zeitintensive Kontaktaufnahme mit UKE, Gesundheitsamt, Rechtsberatung etc. Letzlich nach Antragstellung Asyl Behandlung im UKE, wo eine akute Sarkoidose festgestellt wurde. Nach Entlassung wurde die Pat. von der Ausländerbehörde i. d. Raum Düsseldorf geschickt, wo die med. Weiterversorgung durch die zuständige Abt. vor Ort nicht weitergeführt wurde.

Nr. 23:
Drogen- Alkoholkranker Mann aus Kanada mit multiplen Hautgeschwüren

Nr. 25:
Eine junge Frau (unter 20 J.), hatte Ängste und Depressionen bis hin zur Psychose, hatte Probleme mit strengem Vater. Sie selbst bzw. Teile d. Familie waren „illegal“ hier. Abschiebung drohte, meine Schreiben dagegen haben nichts genützt, nächtlicher Polizeieinsatz, die Pat. flüchtete über Balkon... Sie war einmal im Krankenhaus (Psychiatrie) über die Versichertenkarte einer Verwandten, was ich erst danach erfuhr...

10.14.3 Anlage 14: Datensatz 4: Schilderung von Problemen mit Behörden

Wortlaut der Frage: „Haben sich im Rahmen der medizinischen Versorgung von MigrantInnen ohne Krankenversicherung für Sie schon einmal Probleme mit der Behörde ergeben? Wenn ja, schildern Sie bitte die Situation:“

Die Antworten sind wörtliche wieder gegeben. Die Nummerierungen der Aussagen beziehen sich auf die zufällige Fragebogennummerierung im Rahmen der Auswertung.

Nr. 20:
Mit dem Krankenhaus: Entlassung nach OP nach Wertheim= große Unterbauchoperation bei Cervix.....(ein Wort nicht lesbar) am 5. postoperativen Tag

Nr. 22:
Patientin aus Ghana ohne legalen Aufenthaltsstatus seit > 6 Monaten deutliche AZ-Verschlechterung. Nach Labor und Röntgenuntersuchung V. a. Miliartuberkulose. Zeitintensive Kontaktaufnahme mit UKE, Gesundheitsamt, Rechtsberatung etc. Letzlich nach Antragstellung Asyl Behandlung im UKE, wo eine akute Sarkoidose festgestellt wurde. Nach Entlassung wurde die Pat. von der Ausländerbehörde i. d. Raum Düsseldorf geschickt, wo die med. Weiterversorgung durch die zuständige Abt. vor Ort nicht weitergeführt wurde.

Nr 25:
Ausländerbehörde ignoriert gern die psychisch-elende Situation, setzt die Menschen unter Druck- trotz meiner Schreiben.

10.14.4 Anlage 14: Datensatz 4: Schilderung der Probleme bei der medizinischen Versorgung und Lösungsvorschläge

Wortlaut der Frage:„Welche Probleme müssen Ihrer Meinung nach zeitnah behoben werden?“

10.14.4.1 Strategie der Kodierung

Soweit möglich wurden die Forderungen in Kategorien zusammengefasst. War eine Aussage doppeldeutig wurde jeweils die weniger radikale Interpretation des Geschriebenen gewertet. Kodierung 1 und 2 schließen sich aus, da 2 eine Teilmenge von 1 ist. Ist ein Aufenthaltsstatus erwirkt, ist die Entbindung legal. Kodierung 3 und 4 schließen sich ebenfall gegenseitig aus, da 4 eine Teilmenge von 3 ist. Konnte die Aussage keiner Kategorie zugeordnet werden, oder wurden zusätzlich zu dem kodierbaren Anteil weitere Probleme benannt oder Forderungen gestellt, wurde dieses unter die Kategorie „Sonstiges“ gefasst.

1= Verbesserung des Aufenthaltsstatus
2= Sicherstellung legaler Entbindung

3= Sicherung des Zugangs zu medizinischer Versorgung und deren Entlohnung
4= Zumindest Kostenübernahme für bestimmte medizinische Leistungen bzw. für bestimmte Migrantengruppen

5= Verbesserung der Kooperation unter Ärzten und/oder zw. Ärzten und Krankenhäusern

6= Sonstige

7= Rechtssicherheit für medizinisches Personal

10.14.4.2 Wörtliche Antworten und Kategorisierung

Im Folgenden sind die Aussagen wörtlich wider gegeben, im Anschluss wird dargelegt in welche Kategorie die Aussage eingeteilt wurde. Die Nummerierungen der Aussagen beziehen sich auf die zufällige Fragebogennummerierung im Rahmen der Auswertung.

Nr. 1:
Bessere Möglichkeit der Zusammenarbeit der hier tätigen Ärzte, wo kann man hinüberweisen (fachärztlich), wer macht das Labor
Kodierung: 5

Nr. 2:
Zuständigkeit/ Behandlungserlaubnis bei akuten Fällen
Kodierung: 6, 7

Nr. 4:
Es sollte die Möglichkeit geben, dass Schwangere sehr schnell einen sicheren Status erlangen, damit eine evtl. Krankenhauseinweisung möglich ist
Kodierung: 2

Nr. 5:
Bleibestatus, Wohnverhältnisse, Sprachkurs, medizinische Standardversorgung, Arbeitserlaubnis:
Kodierung: 1, 3, 6

Nr.6:
Rechtliche Situation für behandelnde ÄrztInnen muss geklärt werden
Kodierung: 7

Nr. 7:
Kommunikation der Behandler
Dokumentation der erhob. Befunde in Pat.-Hand
Kostenregelung vor allem für teure medikamentöse Therapien
Kodierung: 4, 5, 6

Nr. 8:
Krankenversicherung der Migranten
Kodierung: 3

Nr. 9:
Solange der Aufenthaltsstatus sich nicht ändert, kann auch das Problem nicht geändert werden, evtl. Bezahlung durch Vermittlungsstelle (Spenden oder staatliches Geld)
Kodierung: 1, 6

Nr. 10:
Vorsorge und Impfungen der Kinder müssen garantiert werden
Kodierung: 4

Nr. 11:
Bezahlung von Sachleistungen + Medik.
Kodierung: 4

Nr. 12:
Bei schweren insbes. chronischen Erkrankungen die Möglichkeit angemessener kostenloser Behandlung, feste Anlaufstelle für die Patienten (wenden sich oft nicht an Ärzte aus Angst vor Meldung an die Behörden und vor den Kosten)
Kodierung: 4, 6

Nr. 13:
Zuständigkeiten
Finanzielle Entlohnung der med. Versorgung
Kodierung: 3, 6

Nr. 14:
Möglichkeit Medikamente kostenfrei abzugeben od. zu rezeptieren. Leistungsentsprechende Bezahlung ermöglichen, insbes. Im Falle Gravidität legale Entbindung sicher stellen
Kodierung: 3, 2

Nr. 15:
Unkomplizierte Hilfe u. Finanzierung bei Schwangerschaft und Geburt. Hilfe bei notwendiger stat. Behandlung (u. U. lange Diskussionen als Einweiserin in Klinik). Netz von Fachärzten die Migranten behandeln
Kodierung: 4, 5

Nr. 17:
Kostenübernahme bei aufwendigen Untersuchungen
Kodierung: 4

Nr. 18:
Kosten für Entbindung sollten geregelt werden
Kodierung: 4

Nr. 20:
Bessere Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern ohne massive Kosten, wenn stationäre Behandlung dringend notwendig.
Kodierung: 4, 5

Nr. 21:
Eine ...(nicht lesbar) unter Migranten mit dem Ziel der Selbsthilfe wäre dringlich und wünschenswert
Kodierung: 6

Nr. 22:
1. Standardisierte Dokumentation d. behandelnden KollegInnen
2. Möglichkeiten der stationären/operativen Behandlung verbessern
Kodierung: 4, 5

Nr. 23:
Versicherungsstatus/ Sozialbehörde klären → Vergütung für den Arzt
Kodierung: 3

Nr. 24:

Unverzüglich, umfassende gesundheitliche Grundsicherung für Alle

Kodierung: 3

Nr. 25:

1. MEDIZINISCHE VERSORGUNG
2. BEISTAND BEI ÄMTERGÄNGEN
3. Psych. Betreuung

Ich habe eine junge Pat. aus Georgien, die im Heimatland schwer bedroht wurde, sie lebt mit 3 kl. Kindern hier und ist ständig von Abschiebung bedroht. Das macht krank.

Kodierung: 3, 6

11. Danksagung

Mein Dank gilt an erster Stelle den Migranten, die mir ihr Vertrauen und ihre Zeit geschenkt haben und ohne die diese Studie nicht möglich gewesen wäre. Außerdem möchte ich mich bei den Kollegen des Medibüros Hamburg, die mich und diese Arbeit mit kritischen Fragen begleitet haben, für die Diskussionen und die Unterstützung bedanken.
Frau Prof. Monika Bullinger und Herrn Prof. Winfried Kahlke möchte ich für die Ermutigung danken, diese Arbeit aufzunehmen. Frau Prof. Monika Bullinger möchte ich außerdem herzlich für die geduldige Beratung und Betreuung der vorliegenden Dissertation danken.
Herrn Jan Felix Kersten danke ich für die Beratung bei der statistischen Auswertung.
Meinen Dank möchte ich auch denjenigen aussprechen, die mir mit ihrem Feedback zu einzelnen Kapiteln weitergeholfen haben und mich so beim Abschluss der Arbeit unterstützt haben. Großer Dank gilt außerdem Benjamin Wachtler und Jonas Özbay für die fantastische Unterstützung durch umfangreiches Feedback und gutes Essen.

12. Lebenslauf

Entfällt aus datenschutzrechtlichen Gründen

13. Eidesstaatliche Erklärung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.
Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.
Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift: .....