

14.03.2019

Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung von neu ankommenden Geflüchteten in Kommunen mit elektronischer Gesundheitskarte und Behandlungsschein in Nordrhein-Westfalen

Judith Wenner

Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Epidemiologie und International Public Health

Gefördert durch

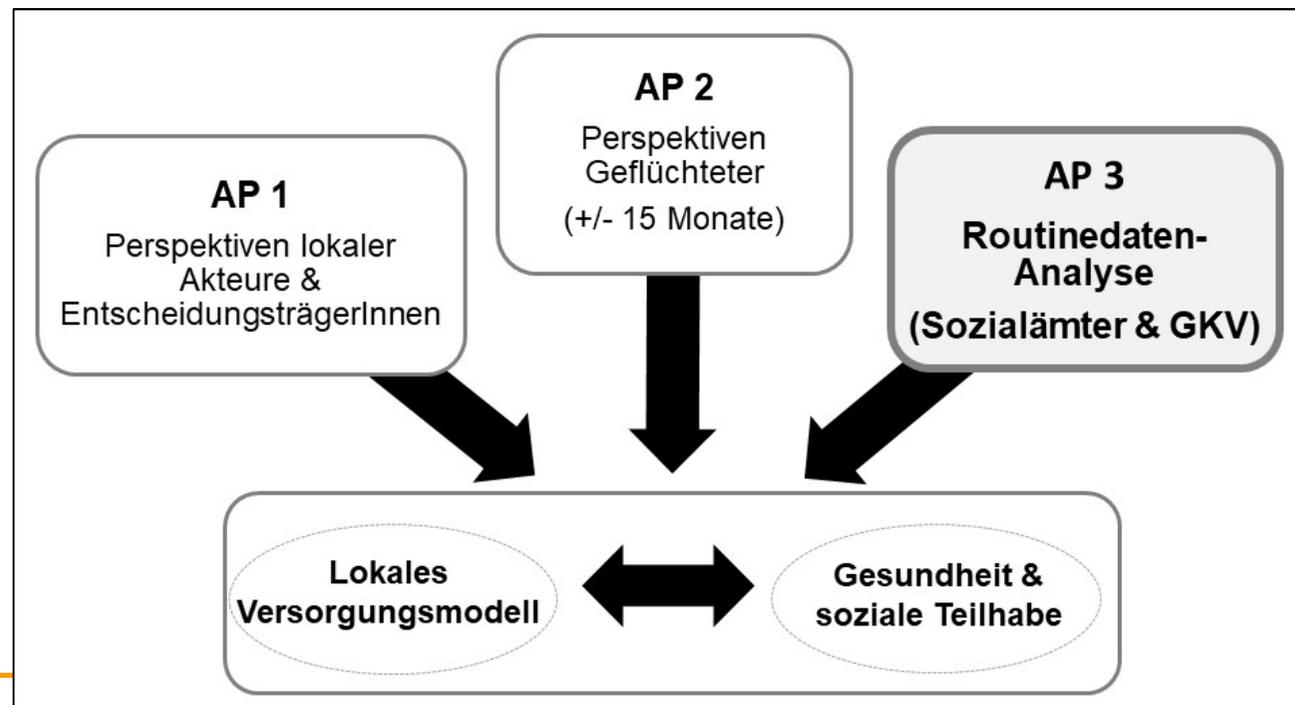
Ministerium für
Kultur und Wissenschaft
des Landes Nordrhein-Westfalen



→ www.uni-bielefeld.de

Projekt: Flucht, Gesundheit und soziale Teilhabe

- Laufzeit: Februar 2017 – Oktober 2019
- Förderung: Ministerium für Kultur und Wissenschaft (MKW) NRW
- Projektteam: Oliver Razum, Kristin Rolke, Stella Duwendag, Jolanda Panoutsopoulos



(Eigene Darstellung)

Regelungen zur gesundheitlichen Versorgung für Geflüchtete in den ersten Monaten nach der Ankunft in Deutschland/NRW

- In NRW seit 2016: Kommunen wählen ein Modell
- **Forschungsfrage: Unterscheiden sich Inanspruchnahme und Versorgungsausgaben zwischen Kommunen mit verschiedenen Modellen?**



(Eigene Darstellung)

Behandlungsscheine vs. eGK

- Zugangsbarrieren assoziiert mit höheren Kosten (nicht nur auf Zugangsmodell bezogen) [Bozorgmehr & Razum 2015; European Union Agency for Fundamental Rights 2015]
 - eGK nicht teurer in Hamburg und Bremen [Jung 2011; Burmester 2015]
 - Modellrechnungen aus einzelnen Kommunen zeigen allerdings höhere Verwaltungskosten (u.a. Essen, Trier)
 - Behandlungsscheine werden als Barriere wahrgenommen [Spura et al. 2017]
 - „Unmet needs“ höher bei neu ankommenden Geflüchteten im Vergleich zu nicht Geflüchteten [Schneider et al. 2015]
 - **Hypothese:** Barrieren zu ambulanter Versorgung, vermehrte Hospitalisierung und Verschiebung in den Notfallsektor [Bauhoff/Göpffarth 2018; Bozorgmehr et al. 2015 and 2016; Claassen/Jäger 2018; Wenner et al., 2016]
-

Methodisches Vorgehen I

- In NRW: quasi-experimentelle Bedingungen
 - Quasi-Randomisierung bei der Zuweisung
 - Berücksichtigung schwer Erkrankter über Hochkostenfall-Finanzierung des Landes
 - Insgesamt 6 Kommunen in NRW mit und ohne eGK
 - Purposive sampling: Einwohnerzahl, kreisfrei/kreisangehörig
 - Routinedaten zu Inanspruchnahme und Kosten
 - Sozialämter/externe Dienstleister
 - GKV
 - Beobachtung über sieben Quartale
-

Methodisches Vorgehen II

■ Outcomes

- Notfallraten, Ambulant-Sensitive Krankenhauseinweisungen, Nutzung hausärztlicher/psychotherapeutischer/präventiver Versorgung
- Auswahl auf Basis des Forschungsstandes und der Ergebnisse der qualitativen Interviews

■ Exposition

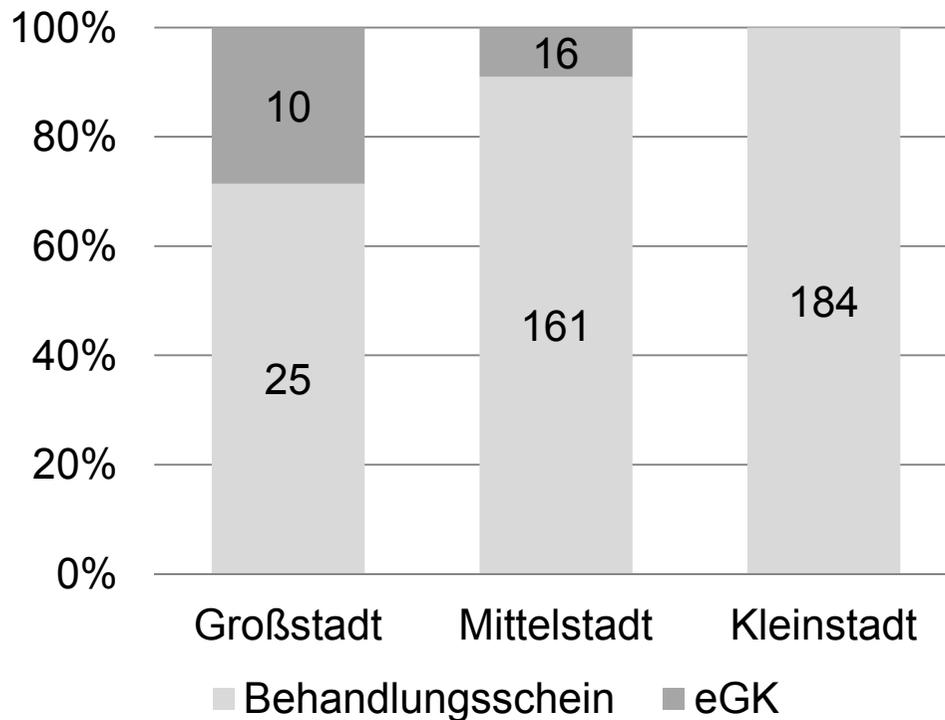
- Kommunales Modell

■ Covariaten und Confounder

- konzeptionelle Überlegungen auf der Grundlage des Behavioral Models [Andersen 1995] und aktuelle Ergänzungen [Lengerke et al. 2014]

■ Auswertungen (heute): alterststandardisierte Notfallraten

Einführung der eGK in den 396 Kommunen in NRW



Alters- und Geschlechtsverteilung des Samples

- Zwischen ca. 15.000 und 2.500 pro Quartal im Sample
 - Ca. 60% aus eGK-Kommunen
 - Leichte Abweichungen in der Altersverteilung zwischen beiden Vergleichsgruppen → Altersstandardisierung
-

Rohe Notfallraten

- Insgesamt 5613 ambulante Notfälle dokumentiert
 - Rohe Notfallrate im Mittel über die Quartale
 - 8 pro 100 Personen in Kommunen mit eGK
 - 10 pro 100 Personen in Kommunen mit BHS
 - Nicht eingeschlossen: wiederholte Notfälle einer Person im gleichen Quartal (keine Standardisierung möglich; wird aber im Laufe des Projekts noch berücksichtigt)
-

Altersstandardisierte Notfallraten

- Indirekte Altersstandardisierung der rohen Notfallraten
 - Standardbevölkerung: GKV-Versicherte [Dräther & Schäfer 2017]
-

Ergebnisse

- Sample entspricht in etwa der Entwicklung der Geflüchtetenzahlen sowie der Alters- und Geschlechtsverteilung [BAMF 2017]
 - Standardisierte Notfallraten etwas höher in BHS-Kommunen
 - Spiegelt sich auch in den Kosten wieder
 - Unterschied signifikant, aber weniger stark als erwartet
 - Selektionsbias: Auch Kommunen mit BHS ermöglichen verhältnismäßig unbürokratischen Zugang zu gesundheitlicher Versorgung → Unterschätzung des Effekts
-

Ergebnisdiskussion

- Wichtige Determinanten der Inanspruchnahme konnten nicht berücksichtigt werden
 - Ausgeglichen durch: Quasi-Randomisierung bei der Zuteilung
 - Und: Standardisierung nach Alter und Geschlecht
 - Aber: Zuweisung von Familien und teilweise nur aggregierte Daten
 - Unterschiedliche Informations- und Unterstützungsangebote in den Kommunen; Details der Implementierung in den Kommunen
 - Gegenstand des qualitativen Teils des Projekts
-

Literatur

- Andersen, R.M., 1995. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), pp.1–10.
- Bauhoff, S. & Göppfarth, D., 2018. Asylum-seekers in Germany differ from regularly insured in their morbidity, utilizations and costs of care. *PLoS ONE*, 13(5), pp.1–11.
- Bozorgmehr, K. & Razum, O., 2015. Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013. *PLoS ONE*, 10(7), p.e0131483.
- Bozorgmehr, K., Schneider, C. & Joos, S., 2015. Equity in access to health care among asylum seekers in Germany: evidence from an exploratory population-based cross-sectional study. *BMC health services research*, 15(1), p.502.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2017. Das Bundesamt in Zahlen 2016. Asyl. Available at: http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/bundesamt-in-zahlen-2016.html;jsessionid=261AB9147FAB7DF34E9DA9AF5C773649.2_cid294?nn=1694460 [Accessed August 21, 2017].
- Burmester, F., 2015. Medizinische Versorgung der Leistungsberechtigten nach §§ 4 und 6 AsylbLG über eine Krankenkasse. *Public Health Forum*, 23(2), pp.106–108.
- Claassen, K. & Jäger, P., 2018. Impact of the Introduction of the Electronic Health Insurance Card on the Use of Medical Services by Asylum Seekers in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(5), p.856.
- Dräther, H. & Schäfer, T., 2017. Die ambulante Notfallversorgung in Notfallambulanzen und bei Vertragsärzten im Zeitraum 2009 bis 2014. In J. Klauber et al., eds. *Krankenhaus-Report 2017*. Stuttgart: Schattauer, pp. 25–40.
- European Union Agency for Fundamental Rights, 2015. Cost of exclusion from healthcare. The case of migrants in an irregular situation. Available at: http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2015-cost-healthcare-summary_en.pdf [Accessed May 25, 2016].
- Jung, F., 2011. Das Bremer Modell - Gesundheitsversorgung Asylsuchender. Gesundheitsamt der Freien Handestadt Bremen, pp.1–86. Available at: http://www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/media.php/13/3_GBE_Gesundheitsversorgung_Asylsuchender.pdf.
- Lengerke, T. von, Gohl, D. & Babitsch, B., 2014. Re-revisiting the Behavioral Model of Health Care Utilization by Andersen: A Review on Theoretical Advances and Perspectives. In C. Janssen, E. Swart, & T. von Lengerke, eds. *Health Care Utilization in Germany. Theory, Methodology, and Results*. New York: Springer, pp. 11–28.
- Schneider, C., Joos, S. & Bozorgmehr, K., 2015. Disparities in health and access to healthcare between asylum seekers and residents in Germany: a population-based cross-sectional feasibility study. *BMJ Open*, 5(11), p.e008784.
- Spura, A. et al., 2017. Wie erleben Asylsuchende den Zugang zu medizinischer Versorgung? *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 60(4), pp.462–470.
- Wenner, J. et al., 2016. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit ungesichertem Aufenthaltsstatus im Vergleich zu Kindern mit und ohne Migrationshintergrund: Auswertung der KiGGS-Daten 2003–06. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 59(5), pp.627–635.
-

Judith Wenner, MSc, EMPH

Wissenschaftliche Mitarbeiterin

AG 3 Epidemiologie & International Public Health

Fakultät für Gesundheitswissenschaften

Universität Bielefeld | Postfach 10 01 31 | 33501 Bielefeld

E-Mail: judith.wenner@uni-bielefeld.de