



2018/01

# Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Flüchtlinge

## Endbericht

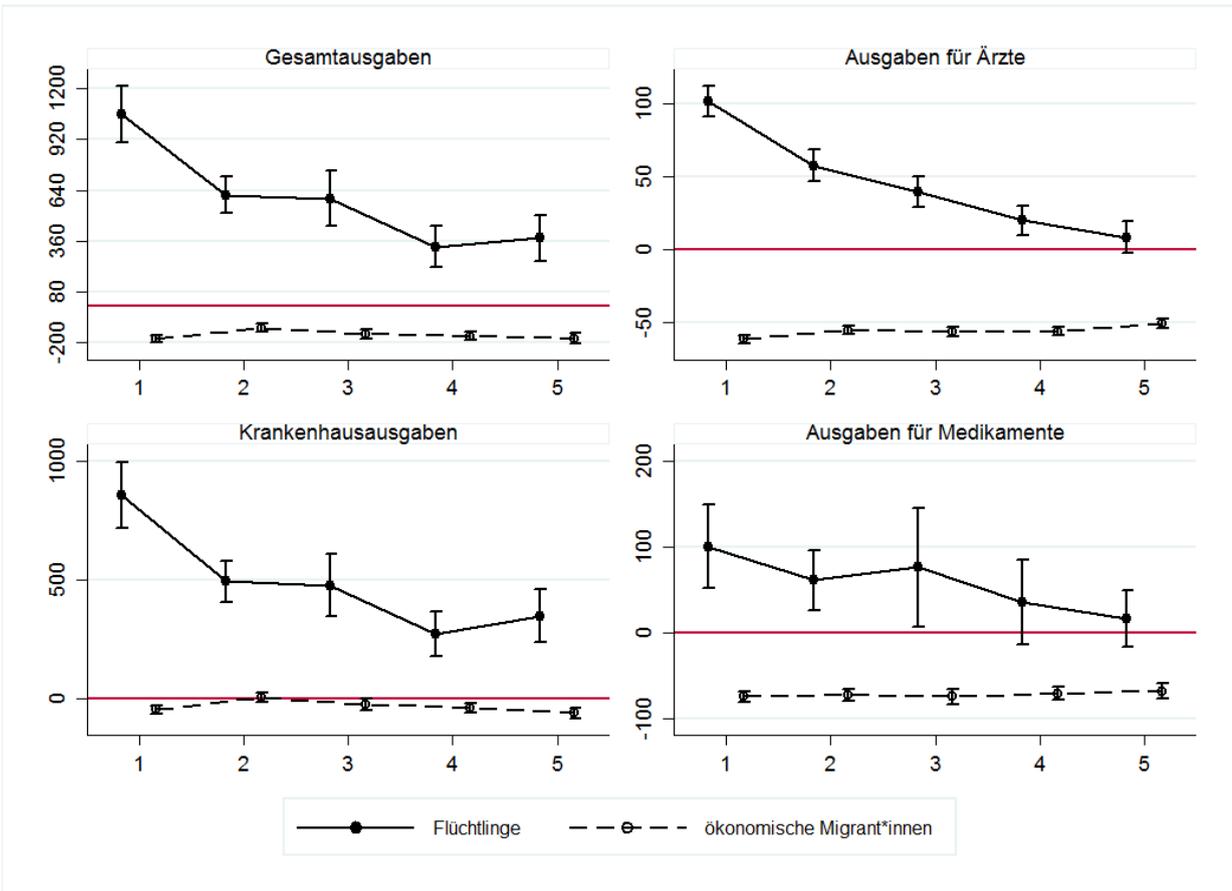
Durch die zahlreichen eskalierenden kriegerischen Konflikte in ua. Syrien, Irak, Afghanistan, Nigeria und Jemen sind in den vergangenen Jahren die globalen Migrationsströme erneut angewachsen. Die Anzahl der Asylanträge in der EU sind in der Folge von 1.1 Million zwischen 2006 und 2010 auf über 3 Millionen zwischen 2011 und 2015 angestiegen. Ein solcher Zustrom bedeutet Herausforderungen für das Gastgeberland in vielerlei Hinsicht. Neben den gesellschaftlichen Aspekten der Integration und der Eingliederung in den Arbeitsmarkt ist auch die Bereitstellung der optimalen Gesundheitsversorgung nicht zu vernachlässigen.

Die bisherige Forschung hat gezeigt, dass Migrant\*innen bei der Ankunft im Gastgeberland tendenziell gesünder sind als die einheimische Bevölkerung und dass diese Differenz mit den Aufenthaltsjahren abnimmt. Dieses Phänomen wird auch *healthy immigrant effect* genannt. Bisher wurden die Flüchtlinge als Subgruppe der Migrant/Innen kaum separat betrachtet, obwohl die Voraussetzung und Gründe für die Migration sehr unterschiedlich sind. Ökonomische Migrant/Innen ziehen in ein anderes Land auf Grund der zu erwartenden besseren Jobaussichten oder Lebensbedingungen. Dies führt zu einer positiven Selektion, da gesündere Individuen eher geneigt sind zu migrieren. Flüchtlinge dagegen haben oft keine andere Wahl als ihr Heimatland zu verlassen, weil sie entweder dem Krieg entgehen wollen oder Angst vor persönlicher Verfolgung haben. Unter diesen Gesichtspunkten ist die Entscheidung zur Flucht nicht an den individuellen Gesundheitsstatus gebunden. Zusätzlich ist die gesundheitliche Versorgung in Kriegsgebieten und auf der Flucht prekär und die eigene Gesundheit durch Gewalt, fehlende Unterkünfte und Nahrungsknappheit nachhaltig gefährdet.

Aus dieser Perspektive sind Unterschiede zwischen ökonomischen Migrant/Innen und Flüchtlinge auch nach der Ankunft im Zielland zu erwarten. Daher untersuchen wir in diesem Projekt die Leistungsanspruchnahme von Flüchtlingen im österreichischen Gesundheitssystem genauer und vergleichen diese mit Migrant/Innen und Österreicher/Innen. Durch die Verteilung der Flüchtlinge in unterschiedlichste Gemeinden ist es in einem weiteren Schritt möglich herauszufinden, welche versorgungsrelevanten Eigenschaften einer Region, wie zum Beispiel die Ärztedichte, tatsächlich einen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten der Flüchtlinge haben.

Um die Effekte genau bestimmen zu können, werden die administrativen Daten des Hauptverbandes mit denen der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse verbunden um einerseits den Flüchtlingsstatus und die Staatsbürgerschaft genau bestimmen zu können und andererseits einen Überblick über die in Anspruch genommen Leistungen zu erhalten. Sobald sich Flüchtlinge im österreichischen Asylverfahren befinden sind sie durch die Grundversorgung bei einer der neun Gebietskrankenkassen (je nach Bundesland) versichert. Die Flüchtlinge sind im gesundheitspolitischen Sinne hiernach den Österreicher/Innen gleichgestellt. Durch dieses Setting ist es uns möglich Unterschiede in der Leistungsanspruchnahme eindeutig festzumachen und der jeweiligen Gruppe nach ihrer Aufenthaltsdauer in Österreich zuzuordnen. Gleichzeitig können Systemunterschiede durch den gleichen Versicherungsstatus aller Gruppen ausgeschlossen werden. Diese Rahmenbedingungen machen das Projekt in dieser Form einzigartig und daher im höchsten Maße relevant. In Regressionen kontrollieren wir zusätzlich für das Alter, das Geschlecht, den Wohnort und das Jahr der jeweiligen Beobachtung um damit Differenzen in den Gesundheitsausgaben auf Grund dieser Charakteristika ausschließen zu können.

# Abbildung



In der Abbildung 1 sind die Ergebnisse dargestellt. In jeder Grafik zeigen die Kurven je den Ausgabenunterschied zwischen Migrant/Innen und Flüchtlingen zu den Österreicher/Innen. Wie andere Studien, finden auch wir deutlich geringere Gesamtausgaben für Migrant/Innen in Vergleich zu Österreicher/Innen. Die Differenz beträgt im ersten Aufenthaltsjahr ca. EUR 180,-. Eine Konvergenz ist in den ersten Jahren kaum erkennbar. Flüchtlinge haben dagegen deutlich höhere Ausgaben im Vergleich zu Österreicher/Innen. Dafür ist eine schnelle Anpassung erkennbar. Das deutet darauf hin, dass vor allem die Flucht und die damit verbundenen körperlichen Belastungen markante Auswirkungen auf die Gesundheitsinanspruchnahme in Österreich haben. Für Ausgaben im niedergelassenen Bereich (Ausgaben für Ärzte) und Medikamentenausgaben lassen sich im fünften Aufenthaltsjahr keine signifikanten Unterschiede mehr zur österreichischen Bevölkerung finden. Der verbleibende Unterschied in den Krankenhausausgaben ist zurückzuführen auf erhöhte Ausgaben für Behandlungen von psychischen Belastungsstörungen, Entbindungen und perinatalen Behandlungen.

Bei der Untersuchung der Einflussstärke regionaler Versorgungsfaktoren kann durch die zufällige Verteilung der Flüchtlinge kausale Effekte auf die Inanspruchnahme von Leistungen identifiziert werden. Flüchtlingen wird in der Grundversorgung eine Wohnunterkunft zugewiesen und obwohl sie die Möglichkeit haben diese abzulehnen, ist es an sich keine freie Entscheidung, da ihnen unter diesen Umständen die Grundversorgung gestrichen werden kann. Durch diesen Umstand können wir eine Selbstselektion der Flüchtlinge in Gemeinden während ihres Asylverfahrens ausschließen. Zusätzlich beobachten wir eine deutliche Variation der Ärztedichte und des Krankenhauszugangs zwischen den Gemeinden. In den Analysen finden wir jedoch keinen direkten Effekt der lokalen gesundheitssektoralen Ausstattung. Stattdessen finden wir deutliche Hinweise auf *Peer Effekte*. Das bedeutet das es relevanter für die Flüchtlinge ist, wie sich andere Flüchtlinge, Migrant/Innen und auch Österreicher/Innen verhalten als zB die Anzahl der Spezialisten in der Gemeinde.

Aus diesen Erkenntnissen ergeben sich unterschiedlichste Politikempfehlungen. Zunächst ist es wichtig, dass Flüchtlinge sofort nach der Ankunft die richtige gesundheitliche Betreuung erhalten, dementsprechend sind nicht nur körperliche Untersuchungen relevant sondern auch die Betreuung durch psychologische Ersthelfer/Innen. Des Weiteren sollten dementsprechend nachgelagert ausreichend Kassastellen auch im psychologischen Bereich zur Verfügung stehen um eine adäquate Versorgung sicherstellen zu können. Außerdem zeigt die Analyse, dass die Leistungsanspruchnahme von Flüchtlingen in einer Gemeinde korreliert. Maßnahmen zur besseren Gesundheitsversorgung sollten daher auch das (soziale) Umfeld der Flüchtlinge berücksichtigen.

Link zur Homepage: <http://cdecon.jku.at/>