

GEFLÜCHTETE UND DIE VERSORGUNG

Sozial benachteiligte Geflüchtete haben im Durchschnitt einen erhöhten medizinischen Bedarf. Gehen sie häufiger zur ärztlichen Praxis? Ergebnisse einer quantitativen Studie von Dena Kelishadi

1 METHODIK

Analysiert wurden Daten aus einer mitinitiierten quantitativen Befragung mit Geflüchteten ab 18 Jahren in Berliner Gemeinschaftsunterkünften mittels Vergleich der Wahrscheinlichkeiten für die Inanspruchnahme plus die Nicht-Inanspruchnahme ambulanter Versorgung bei Geflüchteten stratifiziert nach Subjektivem Sozialstatus.

2 HINTERGRUND

Theorien der gesundheitlichen Ungleichheit zufolge hängt das Inanspruchnahme-Verhalten mit der sozialen Lage zusammen. Ob ein Schichtgradient bei der ambulanten Inanspruchnahme medizinischer Versorgung von Geflüchteten eine Rolle spielt, ist bislang unbekannt.

3 PARAMETER

Für die Inanspruchnahme in der Allgemein-, Fach- und Zahnmedizin und für die Nicht-Inanspruchnahmen (*unmet needs*) in der Allgemein- und Fachmedizin wurden odds ratios (OR) und 95%-Konfidenzintervalle (95%-KI) berechnet. Um Verzerrungen zu vermeiden, wurden die Assoziationen mit einem multivariablen Modell überprüft.

4 ERGEBNISSE

Mit einer Gesamtstichprobe von $n = 309$ erreichten wir etwa 8 Prozent der Geflüchteten, die in einer Berliner Gemeinschaftsunterkunft gewohnt haben. Im Vergleich zu Geflüchteten mit einem hohen Sozialstatus führte ein niedriger zu einer 2,7-fach erhöhten Chance (95%-KI = 1,1; 7,8) auf *unmet needs* in der Fachmedizin.

5 STATISTISCHE KONTROLLE

Nach Adjustierung für Bedarfs- und Anspruchsvariablen blieb eine Assoziation bestehen, die auf höhere Nicht-Inanspruchnahmen (*unmet needs*) bei Geflüchteten mit einem niedrigen Subjektiven Sozialstatus hinweist (OR = 3,8 | 95%-KI = 0,9; 21,7).

6 DISKUSSION

Die Ergebnisse deuten auf eine höhere Inanspruchnahme bei höherem Bedarf hin. Ein sozialer Gradient zeigte sich jedoch bei den Nicht-Inanspruchnahmen (*unmet needs*), was als Hinweis auf Ungleichheiten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung gedeutet werden kann.

7 MEHR ZUR METHODIK

Die Kontroll-Variablen für die Berechnung im multivariablen Modell sind Alter, Geschlecht, subjektiver Gesundheitszustand, chronische Krankheiten, Aufenthaltsstatus und Aufenthaltsdauer. Die Analysen erfolgten mit R (R Core Team 2018).

8 WEITERE ERKENNTNISSE

Um zu überprüfen, ob der Subjektive Sozialstatus mit objektiven Statusangaben korreliert, wurden Assoziationsmaße berechnet. Hierbei zeigte sich kein signifikanter linearer Zusammenhang zwischen dem Subjektiven Sozialstatus und Schulbildung, Berufsausbildung/Studium und Arbeitsverhältnis.

