



GESUNDHEITSWESEN AKTUELL 2017

BEITRÄGE UND ANALYSEN

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Dirk Göppfarth, Sebastian Bauhoff
Gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden –
Untersuchungen anhand von Abrechnungsdaten der BARMER

AUSZUG aus:
BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2017 (Seite 32–65)

Dirk Göppfarth, Sebastian Bauhoff¹

Gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden – Untersuchungen anhand von Abrechnungsdaten der BARMER

Mehr als eine Million Menschen sind in den Jahren 2015 und 2016 vor Krieg, Gewalt und Verfolgung nach Deutschland geflohen. Ihre gesundheitliche Versorgung stellt eine große Herausforderung für das deutsche Gesundheitssystem dar, zumal eine gute physische und psychische Gesundheit Voraussetzung für eine gelingende Integration darstellt. Allerdings ist wenig über die gesundheitliche Situation, den Versorgungsbedarf und das Inanspruchnahmeverhalten von Asylsuchenden bekannt. In der Analyse werden die Abrechnungsdaten der BARMER der elektronischen Gesundheitskarte für Asylsuchende genutzt, um einen ersten Einblick auf Morbidität, Inanspruchnahme und Gesundheitsausgaben dieser Gruppe zu erhalten.

Einleitung: Rechtliche Grundlagen der gesundheitlichen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland

Bewaffnete Konflikte, Verfolgung, Gewalt und Menschenrechtsverletzungen führen seit Jahren zu Flucht und Vertreibung. Weltweit zählt der Hohe Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen 16,5 Millionen Flüchtlinge (UNHCR 2017). Allein aus Syrien sind bis Mitte des Jahres 2016 insgesamt 5,3 Millionen Menschen geflohen. Afghanistan und Irak sind weitere wichtige Herkunftsländer. Die wichtigsten Aufnahmeländer für Flüchtlinge sind die Türkei, Pakistan und der Libanon. Vor zwei Jahren erreichte die Flüchtlingswelle Europa und damit auch Deutschland. Im Jahr 2015 sind rund 890.000 Menschen nach Deutschland gekommen, um hier Schutz und Asyl zu suchen. Im Jahr 2016 waren dies immerhin noch einmal 280.000 Menschen (BMI 2016 und 2017). Die Asylanträge erfolgen mit zeitlicher Verzögerung: Im Jahr 2016 wurden 745.545 Asylanträge gestellt – nach 476.649 Anträgen im Jahr 2015.

Das Asylverfahren läuft in verschiedenen Schritten (BAMF 2017a). Nachdem sich Asylsuchende bei einer staatlichen Stelle gemeldet haben, werden sie an die nächstgelegene

¹ Der Beitrag gibt die persönliche Meinung der Autoren wieder.

Erstaufnahmeeinrichtung weitergeleitet und registriert. Von dort erfolgt gegebenenfalls eine Weiterleitung zu einer Erstaufnahmeeinrichtung eines anderen Landes, um eine gerechte Verteilung – im Sinne des sogenannten Königsteiner Schlüssels – zu gewährleisten. Während Personen mit einer geringen Bleibeperspektive bis zur Entscheidung über ihren Asylantrag in den Aufnahmeeinrichtungen verbleiben müssen, werden Personen mit guter Bleibeperspektive auf die Kommunen verteilt. Ob die Unterbringung in einer Gemeinschaftsunterkunft erfolgt oder ob die Erlaubnis erteilt wird, eine Wohnung zu nehmen, entscheidet die zuständige Ausländerbehörde. Ein abweichendes Verfahren gilt für Flüchtlinge aus sicheren Herkunftsländern, die im Flugzeug nach Deutschland kommen (Flughafenverfahren). Auch für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge weicht das Verfahren ab – diese werden vom örtlich zuständigen Jugendamt in Obhut genommen und unter Vormundschaft gestellt. In einem Clearingverfahren wird unter anderem ihr Aufenthaltsstatus geklärt und gegebenenfalls ein Asylantrag gestellt. Im Jahr 2016 kamen knapp 36.000 unbegleitete minderjährige Flüchtlinge nach Deutschland (BAMF 2017e).

Dem eigentlichen Asylverfahren ist das sogenannte Zuständigkeitsverfahren (auch Dublin-Verfahren) vorgelagert. Wird dort festgestellt, dass für das Asylverfahren eigentlich ein anderer EU-Mitgliedsstaat verantwortlich ist, erfolgt eine Überstellung in diesen Staat. Für ein Asylverfahren gibt es verschiedene Ausgangsmöglichkeiten:

- Die Anerkennung als Flüchtling erfolgt in der Regel nach der Genfer Flüchtlingskonvention und nur noch selten nach Artikel 16 a Grundgesetz. Anerkannte Flüchtlinge erhalten ein Aufenthaltsrecht für drei Jahre, danach wird in der Regel eine Niederlassungserlaubnis erteilt. Sie dürfen ihre Familien nachholen und haben vollen Zugang zum Arbeitsmarkt.
- Asylsuchende, die nicht als Flüchtlinge anerkannt werden, denen aber im Herkunftsland ernsthafter Schaden droht, erhalten subsidiären Schutz. Sie erhalten ein (zweimal verlängerbares) Aufenthaltsrecht für ein Jahr und den vollen Zugang zum Arbeitsmarkt. Der Familiennachzug für diese Gruppe ist zurzeit ausgesetzt.
- Sollte keiner dieser Schutztitel greifen, so können Schutzsuchende auch ein Aufenthaltsrecht erhalten, wenn ein Abschiebungsverbot nach § 60 AufenthG festgestellt

wird (humanitärer Schutz). In diesem Fall ist ein Familiennachzug ausgeschlossen, und für eine Beschäftigung ist eine Erlaubnis der Ausländerbehörde erforderlich.

Im Jahr 2016 erfolgte bei rund 37 Prozent der Schutzsuchenden eine Anerkennung als Flüchtling (davon 0,3 Prozent als Asylberechtigte nach Artikel 16 a Grundgesetz), rund 22 Prozent erhielten subsidiären Schutz, während bei 3,5 Prozent ein Abschiebungsverbot festgestellt wurde. Bei 25 Prozent wurde der Asylantrag abgelehnt (BAMF 2017b). Diese Zahlen hängen stark vom Herkunftsland ab. Die höchsten Schutzquoten erreichten Asylsuchende aus Syrien (98 Prozent), Eritrea (92 Prozent) und dem Irak (70 Prozent), während nur 0,4 Prozent der Asylsuchenden aus Albanien eine positive Entscheidung erhielten. Die Anerkennungsquoten Asylsuchender aus Afghanistan (56 Prozent) und dem Iran (51 Prozent) lagen in der Mitte (BAMF 2017c).

Gesundheitliche Versorgung ist ein Menschenrecht. Dies ist in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen von 1948 so festgehalten (Artikel 48) und im UN-Sozialpakt konkretisiert. Auch aus dem Grundgesetz leitet sich ein Anspruch auf gesundheitliche Versorgung ab (Artikel 20 Absatz 1 i. V. m. Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 Grundgesetz). Anerkannte Flüchtlinge haben nach der Genfer Flüchtlingskonvention denselben Anspruch auf soziale Sicherheit – einschließlich im Fall von Krankheit – wie Inländer. Die EU-Aufnahmerichtlinie (2013/33/EU) verpflichtet die Mitgliedstaaten, den Schutz der physischen und psychischen Gesundheit der Asylantragsteller zu gewährleisten. Gesundheitliche Versorgung ist aber nicht nur ein Menschenrecht, sondern auch eine wichtige Voraussetzung für gelingende Integration.

In Deutschland hängt der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung vom ausländerrechtlichen Status und teilweise auch vom Wohnort ab (Abbildung 1). Bei oder unmittelbar nach der Ankunft in Deutschland findet eine gesundheitliche Erstuntersuchung und ein medizinisches Screening statt, deren Umfang und Zielsetzung (bevölkerungs- oder individualmedizinischer Schwerpunkt) vom jeweiligen Bundesland abhängt (Wahedi et al. 2017). Für Asylsuchende, die auf die Entscheidung ihres Asylverfahrens warten, und für abgelehnte Bewerber, die jedoch geduldet sind oder auf die Ausweisung warten, gilt innerhalb einer Wartezeit ein eingeschränkter Anspruch auf gesundheitliche Leistungen. Die Wartezeit wurde mehrfach geändert und beträgt seit dem Jahr 2015 nunmehr 15 Monate.

Abbildung 1: Zugang von Asylsuchenden zum Gesundheitswesen

Phase 1	Phase 2	Phase 3
Versorgung in Erstaufnahmeeinrichtungen (sechs bis zwölf Wochen)	beschränkter Zugang bis zur Anerkennung (maximal 15 Monate)	voller Zugang nach Anerkennung (oder nach 15 Monaten)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tuberkulose-Screening ▪ Schutzimpfungen und allgemeine Gesundheitsuntersuchung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände ▪ Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt sowie Schutzimpfungen ▪ weitere Leistungen im Ermessen der Kommunen ▪ jede Behandlung muss von der Kommune genehmigt werden (Behandlungsschein) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zugang und Versicherung wie Inländer ▪ Mitgliedschaft in der GKV möglich ▪ Versicherte erhalten eine elektronische Gesundheitskarte

Quelle: eigene Darstellung auf der Grundlage von Göppfarth und Bauhoff 2015

Innerhalb dieser Wartezeit gilt ein abgesenkter Leistungsstandard, der auf die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände beschränkt ist (§ 4 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)). Nach allgemeinem Verständnis fällt hierunter auch die Behandlung eines chronischen Zustands, der ohne Behandlung zu einem akuten Zustand führen würde. Vorsorgeleistungen und Schutzimpfungen sind hingegen ohne Einschränkungen zu gewähren. Ergänzt wird dieser abgesenkte Standard durch eine einzelfallbezogene Erweiterung (§ 6 AsylbLG). Erst im Zusammenspiel mit der Erweiterungsnorm wird der grundgesetzlich gebotene Mindeststandard erreicht (Nusser 2017). Neben dieser Einschränkung des Anspruches steht zudem eine Einschränkung des Zugangs: Leistungsberechtigte können nicht direkt zu einer Ärztin oder einem Arzt gehen, sondern müssen in der Regel bei der zuständigen Kommune (Sozial- oder Ausländeramt) zunächst einen Behandlungsschein beantragen (Razum et al. 2016).

Hier setzt die elektronische Gesundheitskarte für Asylsuchende an (Wächter-Raquet 2016), die bereits in einigen Bundesländern erprobt wird. Asylsuchende erhalten hier – wie GKV-Versicherte – eine elektronische Gesundheitskarte, mit der sie direkt zum Arzt gehen können. Das Einholen der Behandlungsscheine wird dadurch überflüssig. Die Karte begründet aber keine GKV-Mitgliedschaft. Die Krankenkassen werden hier im Auftrag der Kommunen aktiv und bekommen die angefallenen Leistungsausgaben und einen angemessenen Teil der Verwaltungskosten von den Kommunen erstattet (§ 264 Absatz 1 SGB V). Auch wenn damit die Zugangseinschränkung für Asylsuchende beseitigt wird, bleibt die Einschränkung des Leistungsanspruches (§ 4 und § 6 AsylbLG) zumindest formal bestehen. Allerdings liegt die Entscheidung über die Notwendigkeit von Leistungen bei dem behandelnden Arzt und nicht beim Sozialamt, zumindest soweit die Leistungen direkt über die Gesundheitskarte abgerechnet werden können. Bei anderen Leistungen, die explizit beantragt werden müssen, wie beispielsweise psychotherapeutische Behandlungen, Zahnersatz, Kuren und Rehamaßnahmen, gilt weiterhin die Bewilligung im Einzelfall. Die Gesundheitskarte für Asylsuchende wurde bereits im Jahr 2005 im Stadtstaat Bremen (Bremer Modell) eingeführt (Jung 2011), Hamburg folgte im Jahr 2012. Als erstes Flächenland schaffte Nordrhein-Westfalen im Jahr 2015 die Voraussetzungen für die Gesundheitskarte für Asylsuchende. Die Entscheidung über die Einführung obliegt den Kommunen. Jeder Kommune ist eine Krankenkasse zugeordnet, die die Betreuung der dort wohnhaften Asylsuchenden übernimmt (MGEPa 2017). So übernimmt die BARMER die Asylsuchenden aus Remscheid und Wermelskirchen. Eine ähnliche Regelung wurde im selben Jahr auch in Schleswig-Holstein vereinbart. Dort betreut die BARMER Asylsuchende in Neumünster und im Landkreis Herzogtum Lauenburg.

Nach Ablauf der Wartezeit erhalten Asylsuchende und Flüchtlinge denselben Zugang wie Inländer. Dies kann je nach persönlicher Voraussetzung die durch Erwerbstätigkeit oder dem Bezug der Grundsicherung für Arbeitssuchende (Hartz IV) begründete Mitgliedschaft in der GKV oder eine Absicherung über die Sozialhilfe sein.

Bisherige Erkenntnisse über die gesundheitliche Situation von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland

Während die gesundheitliche Situation von Migranten in Deutschland im Allgemeinen insgesamt eine zunehmende Aufmerksamkeit erfährt (RKI 2008; Razum und Saß 2015), so gilt dies für die spezielle Situation der Fluchtmigration nur sehr eingeschränkt (Frank et al. 2017; Bozorgmehr 2016).

Asylsuchende, die Deutschland erreichen, sind ganz überwiegend männlich und jung (Rich 2016a). Im ersten Halbjahr 2016 waren rund 71 Prozent der volljährigen Erstantragsteller Männer. Unter den zehn wichtigsten Herkunftsländern schwankt die Quote zwischen 47 Prozent (Russische Föderation) und rund 97 Prozent (Pakistan). Etwa zwei Drittel der Asylersantragsteller im Jahr 2016 waren unter 30 Jahre alt; jeder Vierte sogar unter 18 Jahre (BAMF 2017d). Die Altersstruktur hängt dabei vom Geschlecht und dem Herkunftsland ab (Rich 2016a). Die Altersverteilung der Frauen ist deutlich gleichmäßiger als bei Männern. Die jüngste Altersstruktur weisen Flüchtlinge aus Somalia, Afghanistan und Eritrea auf – fast jeder dritte volljährige Asylantragsteller aus Somalia war 18 oder 19 Jahre alt. Eine ältere Altersstruktur weisen Asylsuchende aus dem Iran (überwiegend 26 bis 28 Jahre) und aus der Russischen Föderation (überwiegend 30 bis 40 Jahre) auf. Etwa die Hälfte (49 Prozent) der volljährigen Asylantragsteller gibt an, verheiratet zu sein. Das Bildungs- und Ausbildungsniveau ist sehr heterogen. Knapp 17 Prozent der Betroffenen gaben an, eine Hochschule besucht zu haben, und weitere rund 22 Prozent haben ein Gymnasium besucht. Umgekehrt hatten aber zehn Prozent der Betroffenen keine formelle Schulbildung und 21 Prozent eine Schulbildung auf Grundschulniveau. Asylsuchende aus dem Iran und aus Syrien waren dabei überdurchschnittlich gut gebildet. 64 Prozent der volljährigen Asylersantragsteller gingen in ihrem Heimatland einer bezahlten Tätigkeit nach. Unter den im Heimatland Erwerbstätigen hatten Frauen dabei am häufigsten einen Lehrberuf inne (21 Prozent), Männer übten am häufigsten eine handwerkliche Tätigkeit aus (rund 16 Prozent).

Hinsichtlich des Gesundheitszustandes von Asylsuchenden und Flüchtlingen haben sich die zum Teil in der Öffentlichkeit bestehenden Befürchtungen, diese könnten

Infektionskrankheiten einschleppen, nicht bestätigt (Beermann et al. 2015). Allerdings hat sich gezeigt, dass Asylsuchende aufgrund der Belastung während der Flucht und der Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften besonders anfällig für hier erworbene Infektionserkrankungen sind – sie sind also „at risk“ und nicht „of risk“ (Kühne und Gilsdorf 2016). Allerdings zeigt sich bei einzelnen Infektionskrankheiten eine erhöhte Prävalenz, wie beispielsweise Hepatitis B (Hampel et al. 2016). Aufgrund der Screening-Programme werden bei Asylsuchenden vermehrt Tuberkulose-Fälle gefunden (RKI 2017), allerdings ist ein direkter Vergleich mit anderen Bevölkerungsgruppen nicht möglich, da Regelversicherte diesen speziellen Screenings nicht unterliegen. Frühere Studien zeigten allerdings eine erhöhte Prävalenz bei Asylsuchenden (Kessler et al. 1995), im Bremer Modell zeigt sich hingegen eine vergleichsweise niedrige Prävalenz von Tuberkulose und anderen Infektionskrankheiten (Jung 2011).

Über Inzidenz und Prävalenz nicht übertragbarer Erkrankungen bei Asylsuchenden liegen nur wenige Erkenntnisse vor. Eine Auswertung der Daten aus dem Bremer Modell für das Jahr 2014 (Mohammadzadeh et al. 2016) zeigt, dass auffällig häufig Diagnosen aus den ICD-Kapiteln „Faktoren, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“ (ICD-Kapitel Z00-99; 37,8 Prozent) und „unklare und andernorts nicht klassifizierte Symptome“ (R00-99; 15 Prozent) gestellt werden. Dies kann als Ausdruck eines hohen psychischen und psychosozialen Behandlungsbedarfs gesehen werden. Danach folgen Krankheiten des Atmungssystems (J00-99; 11,9 Prozent), Krankheiten des Verdauungssystems inklusive der Zähne (K00-93; 7 Prozent) und Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes (M00-99; 5 Prozent). Bei der Zahngesundheit werden erhebliche Unterschiede je nach Herkunftsland festgestellt.

Bei psychischen Erkrankungen wird von einer erheblichen Untererfassung ausgegangen. Dies kann daran liegen, dass psychische Erkrankungen erst in Erscheinung treten beziehungsweise angesprochen werden, wenn sich die allgemeinen Lebensumstände stabilisiert haben, zudem bestehen kulturelle Hürden. Dabei ist gerade bei psychischen Erkrankungen eine frühzeitige Intervention für den langfristigen Therapieerfolg von Bedeutung (Wirtgen 2009). In den Routinedaten des Bremer Modells für die Jahre 2001 bis 2008 wurden psychische Erkrankungen mit 3,5 Prozent der Befunde nur selten

diagnostiziert. Allerdings betraf dies rund 17 Prozent der behandelten Personen (Jung 2011). Aufsuchende Untersuchungen zeigen höhere Quoten: Strukturierte diagnostische Interviews bei bayerischen Asylbewerbern ergaben, dass bei rund 64 Prozent der Asylbewerber eine oder mehrere psychische Erkrankungen vorlagen. Am häufigsten war dies eine posttraumatische Belastungsstörung, gefolgt von depressiven Episoden, Anpassungsstörungen und chronischer Insomnie (Richter et al. 2015). Zu den aufgrund von Krieg, Gewalt und Flucht erlebten Traumatisierungen kommen Postmigrationsstressoren in Deutschland (Böttche et al. 2016), wie beispielsweise die Angst vor Abschiebung oder eine belastende Unterbringungssituation. Insgesamt zeigen aber Metaanalysen eine erhebliche Heterogenität hinsichtlich der Schätzung der Prävalenz psychischer Erkrankungen (Frank et al. 2017; Bozorgmehr et al. 2016).

Die 2. Berliner Migrantenstudie (Frisch 2017) hat das Inanspruchnahmeverhalten von Flüchtlingen untersucht. Demnach haben 85 Prozent der befragten Flüchtlinge bereits erste Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem gemacht, also Leistungen in Anspruch genommen. Häufigste Anlaufstelle sind dabei niedergelassene Ärzte und Zahnärzte, deutlich vor Apotheken und Krankenhäusern. Andere Studien weisen jedoch auf eine höhere Inanspruchnahme der Notfallversorgung zumindest bei Kindern hin (Wenner et al. 2016). Die 2. Berliner Migrantenstudie weist auf die Sprachbarriere als Zugangshemmnis hin: 27 Prozent suchten einen Arzt mit entsprechenden Sprachkenntnissen auf, 23 Prozent ließen sich von jemandem mit Sprachkenntnissen begleiten, und 13 Prozent behelfen sich mit Englisch. Hier spielt eine Rolle, dass 28 Prozent der Asylers Antragsteller angaben, Englisch zu sprechen, wohingegen nur zwei Prozent Sprachkenntnisse in Deutsch haben (Rich 2016b). Anhand einer Auswertung von Routinedaten der AOK Nordost zeigt die 2. Berliner Migrantenstudie, dass die Inanspruchnahme dabei in allen Bereichen – einschließlich Psychiatrie – deutlich geringer ist als bei einer Vergleichspopulation ohne Migrationshintergrund.

Von besonderem Interesse ist die Frage, wie sich die Zugangsbeschränkung für Asylsuchende auf deren Inanspruchnahme und die Kosten auswirkt. Zunächst berichten Spura et al. (2017), dass die meisten Asylsuchenden den Zugang als „sehr hürdenreich, bürokratisch-ineffizient und entmündigend“ empfinden. Zudem zeigen Bozorgmehr

und Razum (2015), dass in der Betrachtungsperiode von 1994 bis 2013 die Gesundheitsausgaben für Flüchtlinge mit beschränktem Zugang 40 Prozent höher liegen als bei Flüchtlingen mit unbeschränktem Zugang. Anscheinend wirkt sich die Zugangsbeschränkung durch aufgeschobene Behandlungen und eine Verlagerung vom ambulanten in den stationären Bereich negativ aus. Auch das Bremer Modell, das neben der frühzeitigen Beseitigung von Zugangshemmnissen durch die Ausgabe von Gesundheitskarten auch niederschwellige Sprechstundenangebote in Gemeinschaftsunterkünften und eine frühzeitige Erfassung medizinischer Probleme vorsieht, führt zu geringeren Ausgaben (Mohammadzadeh et al. 2016). Von der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in Hamburg wird berichtet, dass bei gleichbleibenden Gesundheitsausgaben erhebliche Einsparungen bei den Verwaltungskosten erzielt werden konnten (Burmeister 2014).

Daten und Methoden

Grundlage unserer Untersuchung sind die im Rahmen der elektronischen Gesundheitskarte der BARMER zugewiesenen Asylsuchenden. Es handelt sich also um Personen, die unter das Asylbewerberleistungsgesetz fallen. Für diese erhält die BARMER im Rahmen des elektronischen Datenträgeraustausches die Abrechnungsdaten der Leistungserbringer. Damit umfasst unsere Grundgesamtheit weder neu angekommene Asylsuchende, die sich in zentralen Einnahmeeinrichtungen eines Bundeslandes befinden, noch anerkannte Flüchtlinge beziehungsweise Asylbewerber, die nach 15 Monaten Zugang zu den Regelsystemen erhalten haben.

Grundgesamtheit sind alle Asylsuchenden, die im Jahr 2016 für mindestens einen Tag der BARMER zugewiesen waren. Insgesamt waren dies 3.639 Personen aus 45 Staaten. Die durchschnittliche Zuweisungsdauer im Jahr 2016 betrug 169 Tage.

Die BARMER gibt elektronische Gesundheitskarten im Rahmen der Landesrahmenvereinbarungen in Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein aus. In Nordrhein-Westfalen betreut die Barmer die Städte Remscheid (1.084 Asylsuchende) und Wermelskirchen (549 Asylsuchende). In Schleswig-Holstein fallen Asylsuchende in der Stadt Neumünster (34 Asylsuchende) und im Herzogtum Lauenburg (1.909 Asylsuchende) in

die Zuständigkeit der BARMER. 69 Asylsuchende wurden von der BARMER betreut, obwohl sie in den genannten Orten nicht ihren Wohnsitz hatten. Dies ist überwiegend auf Umzüge zurückzuführen. Sowohl in Nordrhein-Westfalen als auch in Schleswig-Holstein begann die Betreuung von Asylsuchenden im Februar 2016. Während in beiden Ländern knapp 15 Prozent der insgesamt im Jahresverlauf betreuten Asylsuchenden bereits direkt im Februar eine Versichertenkarte erhielten, verlief der Aufbau in Schleswig-Holstein etwas schneller. Bereits im Mai 2016 waren dort 75 Prozent aller im Jahresverlauf betreuten Asylsuchenden erfasst, in Nordrhein-Westfalen wurde dieser Wert erst im September 2016 erreicht.

Für die Analysen wurden die Herkunftsstaaten zu drei Staatengruppen zusammengeführt: Staatengruppe 1 umfasst die Hauptherkunftsstaaten mit hoher Gesamtschutzquote (Syrien, Afghanistan, Irak, Iran und Eritrea), Staatengruppe 2 umfasst die Westbalkanstaaten mit geringer Anerkennungsquote (Albanien, Mazedonien, Serbien, Kosovo, Montenegro, Bosnien-Herzegowina, Kroatien), alle übrigen Herkunftsstaaten wurden der Staatengruppe 3 zugeordnet (darunter GUS-Staaten wie Armenien und Russland sowie afrikanische Staaten wie Nigeria und Somalia).

Aufgrund der besonderen Alters- und Geschlechtsstruktur sowie der regionalen Konzentration der betreuten Asylsuchenden können deren Gesundheitsausgaben, Inanspruchnahmen und Morbiditäten nicht einfach mit denen der übrigen Bevölkerung verglichen werden. Um eine Vergleichsgruppe zu erzeugen, wurde daher ein Matching-Verfahren gewählt. Zu jedem der 3.639 zugewiesenen Asylsuchenden aus dem Jahr 2016 werden fünf Regelversicherte der BARMER nach dem Zufallsprinzip ausgewählt, die (a) dasselbe Alter und Geschlecht (erfasst nach den Alter-Geschlechtsgruppen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs in der GKV) und (b) denselben Wohnort (kreisfreie Stadt oder Kreis) aufweisen und die während der gleichen Zeit durchgängig bei der BARMER versichert waren. Da in vier Fällen ein Matching nicht möglich war, besteht die Vergleichsgruppe aus 18.191 Personen.

Ein weiteres Problem bei einem Vergleich besteht darin, dass die betreuten Asylsuchenden – im Unterschied zur überwiegenden Zahl der Versicherten in der

Vergleichsgruppe – unterjährig aufgenommen wurden und daher nicht ein volles Jahr von der BARMER betreut wurden (durchschnittlich 169 Tage). Daher wurden für die Versicherten in der Vergleichsgruppe nur die Ausgaben, Inanspruchnahmen und Diagnosen selektiert, die in die Zeiten fielen, in denen der Matching-Partner aus der Gruppe der Asylsuchenden der BARMER zugewiesen war.

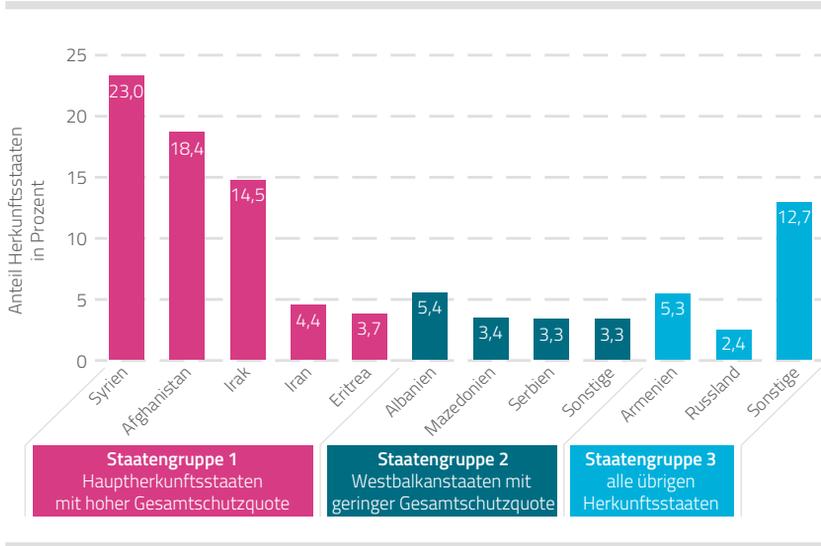
Ein Beispiel soll das Vorgehen erläutern: Angenommen, in der Gruppe der zugewiesenen Asylsuchenden befindet sich ein 22-jähriger syrischer Mann aus Remscheid, der im Zeitraum vom 10. Mai 2016 bis 30. November 2016 der BARMER zugewiesen war. Diesem Asylsuchenden werden nun in der Vergleichsgruppe fünf männliche Regelversicherte der BARMER in Remscheid im Alter zwischen 18 und 24 Jahren (AGG 25) zugewiesen. Für den Vergleich werden für diese fünf Personen nur die Diagnosen, Verordnungen, Ausgaben und Ähnliches herangezogen, die im Zeitraum zwischen dem 10. Mai und 30. November 2016 angefallen sind.

Demografische Merkmale der betreuten Asylsuchenden

Im Jahr 2016 betreute die BARMER insgesamt 3.639 Personen aus 45 unterschiedlichen Staaten. Die zehn wichtigsten Herkunftsstaaten können der Abbildung 2 entnommen werden. Im Vergleich mit den bundesweiten Zahlen (BAMF 2017d) ist der Herkunftsstaat Syrien dabei unterrepräsentiert (bundesweit rund 37 Prozent), während die Balkanstaaten und Armenien überrepräsentiert sind. Insgesamt kommen 64 Prozent der zugewiesenen Asylsuchenden aus den Hauptherkunftsstaaten mit hoher Gesamtschutzquote (Staatengruppe 1), 15,5 Prozent aus den Westbalkanstaaten (Staatengruppe 2) und 20,5 Prozent aus allen anderen Herkunftsstaaten (Staatengruppe 3).

Diese Verteilung unterscheidet sich regional. Dabei fällt auf, dass Asylsuchende aus den Westbalkanstaaten (Staatengruppe 2) in Nordrhein-Westfalen überrepräsentiert sind. Rund 27 Prozent der der BARMER zugewiesenen Asylsuchenden in Nordrhein-Westfalen stammen vom Westbalkan, in Schleswig-Holstein sind es jedoch nur etwas mehr als sechs Prozent.

Abbildung 2: Hauptherkunftsstaaten im Jahr 2016



Die der BARMER zugewiesenen Asylsuchenden waren – wie in Deutschland insgesamt – überwiegend jung und männlich (Tabelle 1). Insgesamt betrug der Männeranteil 62 Prozent. Abweichend davon war das Geschlechterverhältnis von Asylsuchenden aus den Westbalkanstaaten recht ausgewogen (Männeranteil 51 Prozent). Ziemlich genau ein Drittel der Asylsuchenden ist minderjährig, wobei bei Asylsuchenden aus dem Balkan der Anteil mit 44 Prozent höher ist. Insgesamt ist die Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen am stärksten vertreten. In dieser Altersgruppe ist auch das Geschlechterverhältnis auffällig männerlastig.

Unter den volljährigen Asylsuchenden ist knapp die Hälfte (rund 49 Prozent) ledig, und rund 42 Prozent sind verheiratet. Bei rund zehn Prozent ist der Familienstand unbekannt. Insgesamt gibt es nur zwei geschiedene Personen und eine verwitwete Person. Auch hier sieht man regionale Auffälligkeiten: Volljährige Asylsuchende aus dem Westbalkan sind überwiegend verheiratet (rund 65 Prozent). Von den minderjährigen Asylsuchenden weisen zehn Personen den Status „verheiratet“ auf.

Tabelle 1: Alters- und Geschlechtsverteilung der Asylsuchenden

Alter	Staatengruppe 1*		Staatengruppe 2*		Staatengruppe 3*	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
unter 18 Jahre	329	451	121	126	96	109
18–29 Jahre	244	657	63	63	72	203
30–39 Jahre	142	253	54	54	60	103
über 39 Jahre	102	150	38	46	47	56
insgesamt	817	1.511	276	289	275	471

* Staatengruppe 1: Syrien, Afghanistan, Irak, Iran, Eritrea; Staatengruppe 2: Westbalkanstaaten; Staatengruppe 3: übrige Herkunftsstaaten

Ausgaben, Inanspruchnahme und Morbidität

Gesundheitsausgaben von Asylsuchenden

Insgesamt lagen die Gesundheitsausgaben für die von der BARMER betreuten 3.639 Asylsuchenden im Jahr 2016 bei 2,9 Millionen Euro, dies entspricht 794 Euro pro Person. Bei einem Vergleich ist zunächst zu berücksichtigen, dass diese Personen nicht durchgängig während des ganzen Jahres von der BARMER betreut wurden. Ferner ist zu beachten, dass bei den ärztlichen und zahnärztlichen Ausgaben die Abrechnungen für das vierte Quartal 2016 zum Zeitpunkt der Berechnungen noch nicht vorlagen, sodass hier von den Ausgaben in den ersten drei Quartalen auf die Ausgaben im vierten Quartal extrapoliert werden musste. Annualisiert, das bedeutet auf ein volles Jahr hochgerechnet, kommt man insgesamt auf Gesundheitsausgaben pro Person von 1.884 Euro.

Die nach Alter, Geschlecht und Wohnort gematchte Vergleichsgruppe der Regelversicherten der BARMER weist jährliche Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben in Höhe von 1.719 Euro aus, also knapp ein Zehntel weniger (Tabelle 2). In der Aufteilung auf die einzelnen Leistungsbereiche sieht man, dass die höheren Ausgaben der Asylsuchenden ausschließlich aus der Krankenhausversorgung stammen, wo die Pro-Kopf-Ausgaben mehr als doppelt so hoch liegen wie die vergleichbaren Ausgaben der Regelversicherten.

In allen anderen Leistungsbereichen liegen die Ausgaben der Asylsuchenden unterhalb der Ausgaben der Vergleichsgruppe.

Tabelle 2: Annualisierte Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben im Jahr 2016 in Euro

	Staaten- gruppe 1*	Staaten- gruppe 2*	Staaten- gruppe 3*	Asylsuchende insgesamt	Vergleichs- gruppe
vertragsärztliche Versorgung	309,51	225,06	323,71	305,25	357,67
zahnärztliche Versorgung	148,19	222,87	118,99	152,53	303,57
Arzneimittel	107,96	374,04	296,47	219,76	402,11
Krankenhaus- ausgaben	857,31	1.092,15	1.413,45	1.012,51	434,67
sonstige Leistungsausgaben	173,46	250,38	183,26	193,57	220,87
Leistungsausgaben insgesamt	1.596,43	2.164,50	2.335,88	1.883,62	1.718,88

* Staatengruppe 1: Syrien, Afghanistan, Irak, Iran, Eritrea; Staatengruppe 2: Westbalkanstaaten; Staatengruppe 3: übrige Herkunftsstaaten; Staatengruppe 1 bis 3 nach Alter und Geschlecht direkt standardisiert auf die Standardpopulation der Asylsuchenden insgesamt

Für den Vergleich der Gesundheitsausgaben nach Herkunftsstaat wurden diese nach Alter und Geschlecht direkt standardisiert auf die Standardpopulation der Asylsuchenden insgesamt, sodass die Angaben in den Spalten der Tabelle 2 unmittelbar vergleichbar sind. Es zeigt sich, dass die Gesamtausgaben von Asylsuchenden aus den Hauptherkunftsstaaten mit hoher Gesamtschutzquote (Staatengruppe 1) trotz überdurchschnittlicher Krankenhausausgaben mit 1.596 Euro pro Person unterhalb der Ausgaben vergleichbarer Regelversicherter liegen. Dafür liegen die Ausgaben von Asylsuchenden aus anderen Herkunftsstaaten umso deutlicher über dem Vergleichswert. Insbesondere bei Asylsuchenden aus den Westbalkanstaaten fällt das Missverhältnis zwischen stark unterdurchschnittlichen vertragsärztlichen Ausgaben und überdurchschnittlichen Krankenhausausgaben auf.

Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Asylsuchende

Die Auffälligkeit des stationären Sektors zeigt sich auch bei den Indikatoren zur Inanspruchnahme (Tabelle 3). Mehr als jeder achte Asylsuchende hatte im Jahr 2016 mindestens einen stationären Aufenthalt. Angesichts der Alters- und Geschlechtsstruktur

dieser Gruppe ist dies ein sehr hoher Wert – bei der Vergleichsgruppe gilt dies nur für jeden Zwanzigsten. Die im Kontrast zur Vergleichsgruppe kürzere Verweildauer (4,8 Tage zu 6,1 Tagen) könnte ein Indiz dafür sein, dass Asylsuchende Krankenhäuser auch bei geringerer Fallschwere aufsuchen. Während bei der Vergleichsgruppe vier von zehn Krankenhausaufhalten auf eine Notaufnahme zurückzuführen sind, betrifft dies bei Asylsuchenden jede zweite Aufnahme.

Tabelle 3: Indikatoren der Inanspruchnahme (2016)

Indikator*	Asylsuchende insgesamt	Vergleichsgruppe
Krankenhaus		
Zahl der Krankenhausfälle je 1.000 Versicherte	179	77
– davon Notfallaufnahmen	88	31
Zahl der Personen mit mind. einem Krankenhausaufenthalt je 1.000 Versicherte	121	48
Krankenhaustage je 1.000 Versicherte	860	468
durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus	4,8	6,1
Zahl der Personen mit mindestens einem psych. Krankenhausaufenthalt je 1.000 Versicherte	8	4
Arzt		
Zahl der Arztkontakte je 1.000 Versicherte (Q3)	848	889
Zahl der Personen mit mind. einem Arztkontakt je 1.000 Versicherte (Q3)	402	429
durchschnittliche Zahl der Arztkontakte der Personen mit Arztkontakt	2,1	2,1
Zahl der Hausarztkontakte je 1.000 Versicherte (Q3)	315	300
Zahl der Facharztkontakte je 1.000 Versicherte (Q3)	374	410
Zahl der Psychotherapeutenkontakte je 1.000 Versicherte (Q3)	6	20
Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel		
Zahl der Arzneimittelverordnungen je 1.000 Versicherte	1.551	2.729
Zahl der Versicherten mit mind. einer Arzneimittelverordnung je 1.000 Versicherte	482	543
Zahl der Verordnungen je Versicherten mit mindestens einer Arzneimittelverordnung	3,2	5,0

Indikator*	Asylsuchende insgesamt	Vergleichsgruppe
Zahl der verordneten Heil- und Hilfsmittel je 1.000 Versicherte	1	411
Zahnarzt		
Zahl der Zahnarztkontakte je 1.000 Versicherte (Q1-Q3)	296	870
– davon Zahnersatz	8	47
Zahl der Personen mit mind. einem Zahnarztkontakt je 1.000 Versicherte	215	424
Zahl der Zahnarztkontakte je Versicherten mit Zahnarztkontakt	1,4	2,1

* Die ausgewiesenen Kennzahlen beziehen sich sowohl für die Asylsuchenden als auch für die Vergleichsgruppe auf die jeweils abgedeckten Versicherungszeiten und sind daher keine Jahreswerte. Die Indikatoren lassen sich daher zwischen den beiden Gruppen vergleichen, allerdings nicht mit Inanspruchnahmekennzahlen aus anderen Quellen.

Um die Gründe für die erhöhte Inanspruchnahme von Krankenhäusern und damit auch der überdurchschnittlichen Krankenhausaufgaben zu analysieren, sind die maßgeblichen Krankenhauptdiagnosen für die beiden Gruppen untersucht worden (Tabelle 4). Dabei zeigt sich, dass sich die höhere Inanspruchnahme des Krankenhauses durch das gesamte Spektrum der Diagnosen zieht. Lediglich im Bereich der endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie der angeborenen Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien liegen weniger Krankenhausaufenthalte vor.

Ein Fünftel der höheren Krankenhausinanspruchnahme lässt sich auf den Bereich Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zurückführen – nicht nur die Geburtenrate liegt bei Asylsuchenden höher als in der Vergleichsgruppe, bei Asylsuchenden kommt es auch häufiger zu Komplikationen in der Schwangerschaft und bei der Entbindung. Dementsprechend schließen sich dann auch Probleme in der Perinatalperiode (beispielsweise niedriges Geburtsgewicht oder Gelbsucht) an. Jeweils ein weiteres Zehntel der höheren Inanspruchnahme geht einerseits auf unspezifische Symptome, wie etwa Kopf-, Bauch- oder Brustschmerzen (ICD-Kapitel Z00-99), andererseits auf Muskel-Skelett-Erkrankungen (unter anderem Rückenschmerzen) zurück. Es folgen in der Bedeutung für die höhere Inanspruchnahme Kreislauferkrankungen und psychische

Erkrankungen. Wichtigste psychische Diagnosen waren Depressionen und posttraumatische Belastungsstörungen. Auch Infektionen führten bei Asylsuchenden erheblich häufiger zu Krankenhausaufenthalten. Nur drei von insgesamt 21 Aufenthalten wegen Infektionen waren auf eine Tuberkulose zurückzuführen, ansonsten überwog ein akutes Infektionsgeschehen wie beispielsweise Gastroenteritis.

Erheblich verbreiteter als in der Vergleichsgruppe sind bei den Asylsuchenden Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe. Hier handelt es sich in erster Linie um Anämien, häufig eine Mangelkrankung, die bei Flüchtlingen verbreitet ist (CDC 2016).

Tabelle 4: Krankenhaushauptdiagnosen je 1.000 Versicherte nach ICD-Kapitel (2016)

ICD-Kapitel	Asylsuchende	Vergleichsgruppe
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	5,77	0,77
Neubildungen (C00-D48)	4,67	1,92
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D50-D90)	2,47	0,05
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	1,37	1,92
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	13,19	5,06
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	4,95	4,07
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00-H59)	3,30	2,97
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60-H95)	3,57	0,88
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	11,27	2,86
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	9,89	6,82
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	13,19	5,88
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	4,95	2,58
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	12,37	2,64
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	6,60	2,97
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	34,90	14,57

ICD-Kapitel	Asylsuchende	Vergleichsgruppe
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00-P96)	5,77	1,32
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00-Q99)	2,75	3,08
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00-R99)	15,66	4,01
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)	8,24	4,89
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00-Z99)	14,01	7,81

Während das Krankenhaus von Asylsuchenden öfters aufgesucht wird, werden niedergelassene Ärzte seltener aufgesucht (Tabelle 3). Allerdings ist im Vergleich zum großen Abstand in der Inanspruchnahme des Krankenhauses der Abstand hier klein. Immerhin jeder vierte Asylsuchende hatte im dritten Quartal 2016 Kontakt zu einem Vertragsarzt. Im Vergleich zu Regelversicherten nehmen Asylsuchende etwas häufiger die hausärztliche Versorgung in Anspruch, die fachärztliche Versorgung hingegen deutlich seltener. Auf 1.000 Asylsuchende kam es nur zu sechs Kontakten mit Psychotherapeuten – angesichts der Erkenntnisse zur psychischen Gesundheit von Asylsuchenden ein Anzeichen für eine deutliche Unterversorgung. Es ist darauf hinzuweisen, dass die Gesundheitskarte den Asylsuchenden einen direkten Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung bietet, der Zugang zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung jedoch weiterhin – wie bei regulären GKV-Versicherten – einem Genehmigungsvorbehalt unterliegt.

Knapp jeder zweite Asylsuchende erhielt im Jahr 2016 mindestens ein Arzneimittel verordnet. In der Vergleichsgruppe lag der Anteil knapp über der Hälfte. Einen deutlichen Unterschied erkennt man jedoch hinsichtlich der Zahl der Verordnungen. Während einem Asylsuchenden mit Arzneimittelverordnungen im Durchschnitt drei Medikamente verordnet wurden, erhielt ein Regelversicherter durchschnittlich fünf Verordnungen. Heil- und Hilfsmittel – auch dies ist eine Leistung, die unter Genehmigungsvorbehalt steht – wurden Asylsuchenden im Unterschied zu Regelversicherten nahezu gar nicht verordnet.

Auch bei der zahnärztlichen Versorgung ergibt sich ein interessantes Bild. Nur jeder fünfte Asylsuchende suchte in den ersten drei Quartalen des Jahres 2016 einen Zahnarzt auf – bei der Vergleichsgruppe waren es doppelt so viele. Angesichts der aus anderen Studien bekannten Problemen bei der Zahngesundheit von Flüchtlingen überrascht dies. Beim genehmigungspflichtigen Zahnersatz ist der Abstand bei der Inanspruchnahme noch größer.

Um differenzierte Aussagen über etwaige Unterschiede in der Inanspruchnahme nach Herkunftsland (Staatengruppe) vornehmen zu können, haben wir eine indirekte Standardisierung der Kennzahlen vorgenommen, da für eine direkte Standardisierung die Fallzahlen teilweise zu klein waren. Tabelle 5 zeigt die Quotienten der tatsächlich zu erwartenden Inanspruchnahme für die drei gebildeten Staatengruppen. Ein Quotient über 1,0 bedeutet, dass die tatsächliche Inanspruchnahme von Personen aus dieser Staatengruppe höher ist als es angesichts der Alters- und Geschlechtsstruktur dieser Gruppe im Vergleich zur Gruppe der Asylsuchenden insgesamt zu erwarten wäre. Demnach nehmen Personen aus der Staatengruppe 1, das heißt Personen aus Syrien, Afghanistan, Irak, Iran oder Eritrea, Krankenhausleistungen erheblich weniger in Anspruch. Unterschiede in der Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen sind hingegen erheblich geringer ausgeprägt. Bei den Arzneimitteln zeigt sich aber wiederum eine geringere Inanspruchnahme von Personen aus der Staatengruppe 1 als bei Personen aus den beiden anderen gebildeten Staatengruppen.

Tabelle 5: Quotient der tatsächlichen zur erwarteten Inanspruchnahme nach Herkunftsland (2016)

Indikator	Staaten- gruppe 1*	Staaten- gruppe 2*	Staaten- gruppe 3*
Krankenhaus			
Zahl der Krankenhäufälle je 1.000 Versicherte	0,91	1,18	1,14
davon Notfallaufnahmen	0,93	1,17	1,10
Zahl der Personen mit mind. einem Krankenhausaufenthalt je 1.000 Versicherte	0,94	1,03	1,15
Krankenhaustage je 1.000 Versicherte	0,77	1,24	1,48
durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus	0,85	1,05	1,29

Indikator	Staaten- gruppe 1*	Staaten- gruppe 2*	Staaten- gruppe 3*
Zahl der Personen mit mind. einem psych. KH-Aufenthalt je 1.000 Versicherte	0,60	1,94	1,77
Arzt			
Zahl der Arztkontakte je 1.000 Versicherte (Q3)	1,00	0,95	1,05
Zahl der Personen mit mind. einem Arztkontakt je 1.000 Versicherte (Q3)	1,01	1,01	0,97
durchschnittliche Zahl der Arztkontakte der Personen mit Arztkontakt	0,99	0,94	1,09
Zahl der Hausarztkontakte je 1.000 Versicherte (Q3)	0,98	1,06	1,00
Zahl der Facharztkontakte je 1.000 Versicherte (Q3)	1,00	0,90	1,06
Zahl der Psychotherapeutenkontakte je 1.000 Versicherte (Q3)	0,93	1,54	0,80
Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel			
Zahl der Arzneimittelverordnungen je 1.000 Versicherte	0,93	1,10	1,14
Zahl der Versicherten mit mind. einer Arzneimittelverordnung je 1.000 Versicherte	0,98	1,04	1,05
Zahl der Verordnungen je Versicherten mit mind. einer Arzneimittelverordnung	0,95	1,06	1,09
Zahl der verordneten Heil- und Hilfsmittel je 1.000 Versicherte	1,02	2,52	-
Zahnarzt			
Zahl der Zahnarztkontakte je 1.000 Versicherte	1,04	1,23	0,69
davon Zahnersatz	1,27	0,92	0,31
Zahl der Personen mit mind. einem Zahnarztkontakt je 1.000 Versicherte	1,03	1,20	0,71
Zahl der Zahnarztkontakte je Versicherten mit Zahnarztkontakt	1,00	1,02	0,97

* Staatengruppe 1: Syrien, Afghanistan, Irak, Iran, Eritrea; Staatengruppe 2: Westbalkanstaaten; Staatengruppe 3: übrige Herkunftsstaaten

Ähnlich lassen sich auch die Krankenhaushauptdiagnosen untersuchen (Tabelle 6). Hier weisen Asylsuchende aus Syrien, Afghanistan, Irak, Iran und Eritrea (Staatengruppe 1) in den meisten Bereichen weniger Diagnosen auf, als es nach Alter und Geschlecht ansonsten für Asylsuchende zu erwarten wäre. Insbesondere bei Blutkrankheiten (Anämien), Schwangerschaften und Problemen in der Perinatalperiode sowie bei unspezifischen Diagnosen (ICD-Kapitel Z00-99) weisen Asylsuchende aus diesen Ländern jedoch überdurchschnittliche stationäre Einweisungen auf. Im Vergleich zu anderen

Asylsuchenden nehmen Personen aus diesen Ländern Krankenhäuser nur selten bei psychischen Erkrankungen in Anspruch. Bei Asylsuchenden aus den Westbalkanstaaten (Staaten­gruppe 2) fällt die vergleichsweise hohe Zahl an Einweisungen aufgrund von psychischen und neurologischen Krankheiten auf. Auch Stoffwechselstörungen (einschließlich Diabetes), Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Erkrankungen der Atmungswege sind hier auffällig. Bei den übrigen Herkunftsstaaten (Staaten­gruppe 3) fällt die hohe Belastung mit Infektionen auf.

Tabelle 6: Quotient tatsächlicher zu erwartender Krankenhaushauptdiagnosen nach Herkunftsland (2016)

ICD-Kapitel	Staaten­gruppe 1*	Staaten­gruppe 2*	Staaten­gruppe 3*
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	0,80	0,66	1,93
Neubildungen (C00-D48)	0,79	0,69	1,74
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D50-D90)	1,18	0,50	0,97
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	0,66	2,41	0,87
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	0,72	1,65	1,50
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	0,50	2,81	1,25
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00-H59)	0,85	0,00	1,80
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60-H95)	0,91	1,32	0,99
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	0,57	2,43	1,06
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	0,84	2,48	0,35
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	0,95	0,82	1,28
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	1,06	1,95	0,27
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	0,76	0,81	1,80
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	0,94	1,51	0,85
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	1,09	0,77	0,92
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00-P96)	1,13	0,78	0,83
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00-Q99)	1,07	0,00	1,45

ICD-Kapitel	Staaten- gruppe 1*	Staaten- gruppe 2*	Staaten- gruppe 3*
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00-R99)	0,80	1,22	1,42
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)	1,01	0,81	1,09
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00-Z99)	1,17	0,42	0,92

* Staatengruppe 1: Syrien, Afghanistan, Irak, Iran, Eritrea; Staatengruppe 2: Westbalkanstaaten; Staatengruppe 3: übrige Herkunftsstaaten

Morbidität von Asylsuchenden

Zur Erfassung der Morbidität greifen wir auf die 369 Krankheiten zurück, die vom Bundesversicherungsamt im Rahmen des Risikostrukturausgleichs abgegrenzt wurden (BVA 2015). Da die Diagnosen aus der vertragsärztlichen Versorgung für das vierte Quartal 2016 fehlen, erfolgt die Zuordnung zu den Krankheiten anhand der Krankenhausdiagnosen des Jahres 2016 und den Diagnosen aus der vertragsärztlichen Versorgung des ersten bis dritten Quartals 2016.

Die jeweils zwanzig häufigsten Krankheiten unter den Asylsuchenden beziehungsweise den Regelversicherten in der Vergleichsgruppe können Tabelle 5 entnommen werden. Die drei häufigsten Krankheiten sind in beiden Gruppen identisch. Hierzu zählen unspezifische Symptome und Zustände (wie beispielsweise Kopfschmerzen, Schlafstörungen, aber auch Schutzimpfungen), akute Infektionen und Hauterkrankungen wie Akne oder Ekzeme. Auch Rückenschmerzen gehören in beiden Gruppen zu den häufigsten Krankheiten. Insgesamt handelt es sich hierbei um ein akutes Krankheitsgeschehen, wobei auffällig ist, dass die Krankheiten bei Asylsuchenden erheblich verbreiteter sind als bei vergleichbaren Regelversicherten. Bei akuten Erkrankungen ist zu vermuten, dass sie aktuell im Inland erworben wurden beziehungsweise durch die Fluchtsituation und postmigratorische Stressoren verstärkt wurden. So könnte die hohe Prävalenz akuter Infektionserkrankungen durch die Unterbringungssituation in Massenunterkünften verursacht sein.

Infektiöse Vorerkrankungen spielen eine erhöhte, aber letztendlich doch überschaubare Rolle. Die Prävalenz von Tuberkulose liegt bei 2,2 Promille (bei Regelversicherten 0,1 Promille). Chronische Hepatitiden sind bei den betrachteten Asylsuchenden mit einer Prävalenz von 3,3 Promille verbreitet (Regelversicherte 1,4 Promille), wobei diese bei Asylsuchenden aus den Westbalkanstaaten mit 7,1 Promille besonders häufig vorkommen. HIV/AIDS ist hingegen bei den betrachteten Asylsuchenden mit einer Prävalenz von 0,3 Promille weniger verbreitet als bei Regelversicherten (0,9 Promille).

Tabelle 7: Häufigste Krankheiten unter Asylsuchenden und in der Vergleichsgruppe (2016)

Asylsuchende		Krankheit	Vergleichsgruppe	
Rang	Prävalenz je 1.000		Prävalenz je 1.000	Rang
1	335,8	Symptome und Zustände (wie z.B. Kopfschmerzen, Schlafstörungen, aber auch Schutzimpfungen)	155,7	1
2	95,4	Akute Infektion der Nasen-Rachen-Schleimhäute (z.B. grippaler Infekt)	68,9	2
3	71,7	Andere Erkrankungen der Haut	56,7	3
4	61,8	Nicht näher bezeichneter Rückenschmerz und andere Schmerzzustände / Erkrankungen des Rückens / Nackens	35,8	7
5	59,1	Bestehende Schwangerschaft (einschl. Komplikationen)	24,8	20
6	43,7	Störungen / Symptome an Magen / Darm (exkl. Obstruktion, Ulkus und Blutung)	19,5	29
7	42,9	Entbindung / abgeschlossene Schwangerschaft (einschl. Komplikationen)	17,5	34
8	40,9	Depression	31,9	10
9	36,5	Refraktionsanomalien und Akkomodationsstörungen (z.B. Kurzsichtigkeit)	45,3	4
10	35,7	Andere und nicht näher bezeichnete Augenerkrankungen	41,7	5
11	32,7	Angst- und Zwangsspektrumsstörungen	22,6	25
12	32,4	Nicht-entzündliche Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane	25,6	17
13	29,7	Hypertonie	23,0	24
14	25,8	Erkrankungen / Läsionen von Nervenwurzeln / Plexus	25,9	16
15	24,7	Kontusion / (oberflächliche) Verletzung der Extremitäten, inkl. nicht näher bez. Lokalisationen	22,1	26
16	24,2	Andere virale Infektionen	34,1	8

Asylsuchende		Krankheit	Vergleichsgruppe	
Rang	Prävalenz je 1.000		Prävalenz je 1.000	Rang
17	23,6	Gelenkerkrankungen, Verrenkungen, Gelenkschmerzen/-steifigkeit, exkl. Gicht	24,4	21
18	23,4	Andere Erkrankungen des Ohrs	26,6	13
19	21,7	Andere Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane	23,4	22
20	20,1	Kindliche (perinatale) Probleme bzw. Geburt bei der Mutter kodiert	8,5	60
23	19,0	Andere und nicht näher bezeichnete Störungen des Verdauungssystems	41,0	6
25	17,0	Andere Erkrankungen der oberen Atemwege	26,2	15
34	12,6	Akute schwerwiegende Belastungsreaktion und sonstige Anpassungsstörungen	25,3	18
37	11,8	Gutartige Neubildungen des Knochens und des Gelenkknorpels, der Haut, des Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe	29,0	11
38	11,5	Nasenpolypen / Allergische Rhinitis (z.B. Heuschnupfen)	32,4	9
40	11,5	Andere angeborene muskuloskeletale Anomalien	27,1	12
43	10,4	Schilddrüsen-Erkrankungen, exkl. Struma und Thyreotoxikose	24,8	19
52	9,3	Asthma bronchiale	26,6	14

Hingegen sind Krankheiten, die auf chronische Erkrankungen beziehungsweise länger bestehende Vorerkrankungen verweisen, wie etwa Kurzsichtigkeit und andere Augen-erkrankungen, angeborene muskuloskeletale Anomalien, Schilddrüsen-Erkrankungen und Asthma, bei den Asylsuchenden erheblich weniger verbreitet als in der Vergleichsgruppe. Dies könnte auf den Healthy-Migrant-Effekt hindeuten, wonach die körperlichen Belastungen der Flucht dazu führen, dass vor allem gesunde Menschen diese antreten.

Allerdings berichtet die US-Gesundheitsbehörde CDC in Bezug auf syrische Flüchtlinge über Probleme mit Anämien, Diabetes, Hypertonie (Bluthochdruck) und psychischen Erkrankungen (CDC 2016). Dies bestätigt sich tendenziell auch bei den hier betrachteten Personen: Anämien sind bei Asylsuchenden weiter verbreitet als bei vergleichbaren

Regelversicherten und fielen schon als Grund für stationäre Einweisungen auf. Diabetes kommt angesichts der Alterszusammensetzung von Asylsuchenden zwar selten vor, mit einer Prävalenz von 16,5 Promille jedoch häufiger als bei den Regelversicherten (11,7 Promille). Hypertonie zählt sogar zu den 20 häufigsten Erkrankungen bei Asylsuchenden. Bei den psychischen Erkrankungen gehören Depressionen sowie Angst- und Zwangsspektrumsstörungen (einschließlich posttraumatischer Belastungsstörung) sowohl bei Asylsuchenden als auch bei Regelversicherten zu den häufigsten Erkrankungen, allerdings mit deutlich erhöhter Prävalenz bei den Asylsuchenden. Angesichts dieser erhöhten Prävalenz überrascht die festgestellte deutlich geringere Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen umso mehr.

Die Tatsache, dass sowohl bestehende als auch abgeschlossene Schwangerschaften bei Asylsuchenden häufiger sind als bei vergleichbaren Regelversicherten wurde bereits im Rahmen der stationären Inanspruchnahme erwähnt. Komplikationen in der Schwangerschaft sind bei Asylsuchenden häufiger, das Risiko einer Fehlgeburt ist fünf mal höher. Dies gilt auch für perinatale Probleme, die bei den Asylsuchenden zu den zwanzig häufigsten Krankheiten zählen, in der altersgleichen Vergleichsgruppe hingegen nur eine geringfügige Rolle spielen.

Zum Vergleich der Krankheitsbelastung zwischen den verschiedenen Gruppen von Herkunftsländern wurde auch hier eine indirekte Standardisierung für die 20 bei Asylsuchenden insgesamt häufigsten Erkrankungen vorgenommen, um die Quotienten tatsächlicher zu erwartender Prävalenzen zu bilden (Tabelle 8). Hier fällt auf, dass psychische Krankheiten wie Depression sowie Angst- und Zwangsspektrumsstörungen bei Asylsuchenden aus Syrien, Afghanistan, Irak, Iran oder Eritrea (Staatengruppe 1) vergleichsweise selten, bei Asylsuchenden aus dem Westbalkan (Staatengruppe 2) hingegen vergleichsweise häufig diagnostiziert werden. Dafür treten Probleme in der Schwangerschaft und Perinatalperiode bei den Asylsuchenden aus Syrien, Afghanistan, Irak, Iran oder Eritrea überdurchschnittlich häufig auf.

Tabelle 8: Quotient tatsächlicher zu erwartender Prävalenz der häufigsten Krankheiten bei Asylsuchenden nach Herkunftsland (2016)

Krankheit	Staaten- gruppe 1*	Staaten- gruppe 2*	Staaten- gruppe 3*
Symptome und Zustände (wie z.B. Kopfschmerzen, Schlafstörungen, aber auch Schutzimpfungen)	0,98	1,00	1,06
Akute Infektion der Nasen-Rachen-Schleimhäute (z.B. grippaler Infekt)	0,95	1,33	0,88
Andererkrankungen der Haut	1,06	0,91	0,84
Nicht näher bezeichneter Rückenschmerz und andere Schmerzzustände / Erkrankungen des Rückens / Nackens	0,95	1,40	0,90
Bestehende Schwangerschaft (einschl. Komplikationen)	1,08	0,78	0,97
Störungen / Symptome an Magen / Darm (exkl. Obstruktion, Ulkus und Blutung)	0,95	1,03	1,14
Entbindung / abgeschlossene Schwangerschaft (einschl. Komplikationen)	1,16	0,60	0,88
Depression	0,70	2,09	1,15
Refraktionsanomalien und Akkomodationsstörungen (z.B. Kurzsichtigkeit)	1,18	0,51	0,83
Anderer und nicht näher bezeichnete Augenerkrankungen	0,90	1,01	1,33
Angst- und Zwangsspektrumsstörungen	0,91	1,46	0,95
Nicht-entzündliche Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane	1,13	0,69	0,89
Hypertonie	0,69	1,74	1,18
Erkrankungen / Läsionen von Nervenwurzeln / Plexus	0,99	1,20	0,88
Kontusion / (oberflächliche) Verletzung der Extremitäten, inkl. nicht näher bez. Lokalisationen	1,12	0,63	0,88
Anderer virale Infektionen	0,86	1,44	1,07
Gelenkerkrankungen, Verrenkungen, Gelenkschmerzen / -steifigkeit, exkl. Gicht	1,08	0,58	1,02
Andererkrankungen des Ohrs	0,92	1,21	1,13
Andererkrankungen der weiblichen Genitalorgane	0,93	0,89	1,29
Kindliche (perinatale) Probleme bzw. Geburt bei der Mutter kodiert	1,14	0,94	0,77

* Staatengruppe 1: Syrien, Afghanistan, Irak, Iran, Eritrea; Staatengruppe 2: Westbalkanstaaten; Staatengruppe 3: übrige Herkunftsstaaten

Schlussfolgerungen

Über die gesundheitliche Situation von Asylsuchenden ist bislang wenig bekannt. Die Ausgabe von Gesundheitskarten für Flüchtlinge hat – neben den primären Effekten auf den Zugang zu Leistungen und auf Verwaltungsprozesse – den Vorteil, dass damit auch Routinedaten über die gesundheitliche Situation und Versorgung von Flüchtlingen elektronisch erhoben und erfasst werden. Leider liegen die Daten dezentral bei verschiedenen Krankenkassen vor. Daher kann dieser Beitrag auch nicht den Anspruch erheben, umfassend und repräsentativ die Situation von Asylsuchenden in Deutschland zu beschreiben. Vielmehr soll anhand der Daten der BARMER gezeigt werden, welche Analysen mit diesen Daten möglich sind. Wir hoffen, dass dies als Anregung dient, zukünftig umfassendere Analysen möglich zu machen.

Gleichwohl konnte mit den Daten ein Bild der gesundheitlichen Situation und Versorgung von Asylsuchenden in Deutschland gezeichnet werden, das in vielen Punkten bislang bestehende Erkenntnisse bestätigt, aber auch die eine oder andere neue Erkenntnis liefert. Asylsuchende sind ganz überwiegend junge Menschen, die altersbedingt überwiegend eine gute Gesundheit, eine geringe Inanspruchnahme und geringe Gesundheitsausgaben aufweisen. Im Vergleich zu einer nach Alter, Geschlecht und Wohnort korrespondierenden Vergleichsgruppe von Regelversicherten weisen Asylsuchende jedoch eine Reihe von Besonderheiten in ihrer gesundheitlichen Versorgungssituation auf.

Die Gesundheitsausgaben von Asylsuchenden insgesamt liegen knapp über den Ausgaben einer alters- und geschlechtsgleichen Vergleichsgruppe von Regelversicherten. Unterscheidet man jedoch nach Herkunftsland, so muss man diese Aussage differenzieren: Während Asylsuchende aus den Hauptherkunftsländern Syrien, Afghanistan, Irak, Iran und Eritrea im Durchschnitt weniger Ausgaben verursacht haben als Regelversicherte, lösten Asylsuchende aus anderen Herkunftsländern, wie beispielsweise den Westbalkanstaaten, Armenien und Russland, höhere Ausgaben aus. Dies deutet auf herkunftslandspezifische Unterschiede in den Bedarfen, aber auch im Inanspruchnahmeverhalten hin, die aufgrund geringer Fallzahlen hier nicht vertieft werden konnten.

Unabhängig vom Herkunftsland zeigte sich bei den Asylsuchenden eine – im Vergleich zu den Regelversicherten – leicht geringere Inanspruchnahme des vertragsärztlichen Sektors sowie eine höhere Inanspruchnahme des stationären Sektors. Oft wird vermutet, dies läge an kulturellen Faktoren, da Asylsuchende häufig aus Ländern kämen, die – anders als Deutschland – keinen ausgebauten ambulanten Versorgungssektor kennen. Die vorliegenden Daten bestätigen diese These nicht. Zum einen liegt die Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Versorgung nur geringfügig unter der Inanspruchnahme der Regelversicherten, was sich vor allem durch eine geringere Inanspruchnahme der fachärztlichen Versorgung erklärt. Außerdem liegt der Anteil der Notaufnahmen an den Krankenhausaufenthalten nur knapp über dem Anteil bei Regelversicherten. Schließlich kann die höhere Krankenhausinanspruchnahme durch eine Reihe von Faktoren erklärt werden. So ist ein Fünftel der höheren Inanspruchnahme durch die höhere Zahl von Schwangerschaften und Entbindungen zu erklären. Allerdings könnte der hohe Anteil unspezifischer Symptome bei den Krankenhausdiagnosen ein Hinweis auf vermeidbare Krankenhausaufenthalte sein. Hier sind noch vertiefte Analysen notwendig.

In den Daten lassen sich auch Hinweise auf eine Unterversorgung erkennen. Wichtigstes Alarmzeichen ist der hohe Anteil an Komplikationen in der Schwangerschaft und bei der Entbindung sowie die häufigen perinatalen Probleme. Diese Probleme sind bei Asylsuchenden aus den Hauptherkunftsstaaten Syrien, Afghanistan, Irak, Iran und Eritrea besonders ausgeprägt.

Auch die geringe Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen stellt angesichts verbreiteter psychologischer Erkrankungen wie posttraumatischen Belastungsstörungen, Angststörungen und Depressionen ein Indiz für Unterversorgung dar. Wieder sind es Asylsuchende aus Syrien, Afghanistan, Irak, Iran und Eritrea, bei denen die Inanspruchnahme angesichts der bekannten Belastungen in den Herkunftsstaaten und auf den Fluchtwegen besonders gering erscheint. Insgesamt fällt die vergleichsweise hohe Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen im Krankenhaus bei geringer Inanspruchnahme niedergelassener Psychotherapeuten auf. Ein einfacherer Zugang zu ambulanten Leistungen könnte hier Krankenhausaufenthalte

vermeiden. Untersuchungen zeigen sowohl die Bedeutung frühzeitiger Interventionen für die Behandlung psychologischer Erkrankungen als auch die Bedeutung einer guten psychischen Gesundheit für die Integration. Eine Zugangshürde stellt hier aber nicht nur die Genehmigungspraxis dar, sondern auch geringe ambulante Kapazitäten, Probleme bei der Übernahme der Kosten für die Sprachmittlung sowie die Verfügbarkeit entsprechend qualifizierter Dolmetscher. Auch die zahnärztliche Inanspruchnahme dürfte angesichts der zahngesundheitlichen Probleme der Asylsuchenden zu gering sein. Schließlich müsste auch die – angesichts der höheren Morbidität – überraschend geringe Zahl an Arzneimittelverordnungen näher untersucht werden.

Ob die Ausgabe von Gesundheitskarten an Asylsuchende wirklich den Zugang und damit deren gesundheitliche Versorgung verbessert und damit sogar letztlich Gesundheitsausgaben einspart, kann mit den vorliegenden Daten nicht untersucht werden. Uns liegen weder die Daten der betrachteten Asylsuchenden aus der Zeit vor der Zuordnung zur BARMER vor noch die Daten von Asylsuchenden aus Gemeinden ohne Gesundheitskarte. Allerdings zeigen unsere Daten deutlich die Relevanz von Zugangshürden: Wo der Zugang von Gesundheitsleistungen nicht über die Gesundheitskarte erfolgt, sondern nach wie vor einem Genehmigungsvorbehalt unterliegt – wie bei Psychotherapie, Zahnersatz oder Heil- und Hilfsmittel –, bleibt der Abstand in der Inanspruchnahme im Vergleich zu Regelversicherten sehr groß. Bozorgmehr und Razum (2015) haben gezeigt, dass diese Unterversorgung durch Zugangsbeschränkungen letztendlich zu höheren Gesundheitsausgaben führt.

Der begrenzte Zugang zu Gesundheitsleistungen stellt nur eine Übergangsphase dar, bis die Asylsuchenden als Flüchtlinge anerkannt werden beziehungsweise die 15-Monate-Frist abläuft. Danach haben Flüchtlinge und Asylsuchende den gleichen Zugang zum Gesundheitssystem wie Inländer. In diesem Fall gilt auch Kassenwahlfreiheit, sodass die Personen nicht notwendigerweise bei derselben Krankenkasse bleiben. Insofern kann eine vollständige Verbleibsanalyse nicht mit den Daten einer Krankenkasse erfolgen. Wir können daher für die 646 Asylsuchenden, die anschließend eine Versicherung bei der BARMER aufnahmen, folgende Tendenzaussage treffen: Die meisten Asylsuchenden, gut 45 Prozent, wurden anschließend durch den Bezug der Grundsicherung für

Arbeitssuchende (Hartz IV) Pflichtmitglied der GKV, knapp fünf Prozent wurden als Arbeitnehmer Mitglied der GKV, ein weiteres Drittel kam durch die Familienversicherung in die GKV. Die restlichen 16 Prozent erhielten den Zugang zur GKV über die Sozialhilfe.

Die Integration der Asylsuchenden bleibt eine große gesellschaftliche Herausforderung. Im Mittelpunkt stehen dabei die Integration auf dem Arbeits- und Wohnungsmarkt und die kulturelle Integration. Fragen der gesundheitlichen Versorgung werden angesichts dieser Herausforderungen häufig vernachlässigt, zumal Asylsuchende überwiegend jung und gesund sind. Allerdings wurden in diesem Beitrag spezifische gesundheitliche Problemlagen aufgezeigt. Eine gute Gesundheit ist jedoch Voraussetzung für eine gelingende Integration beispielsweise in den Arbeitsmarkt. Die von uns aufgezeigten Versorgungsprobleme sind somit potenzielle Integrationshemmnisse: So können nicht behandelte psychische Krankheiten die Arbeitsfähigkeit massiv behindern. Probleme in der Schwangerschaft und Perinatalperiode können sogar zu lebenslangen Schädigungen und Entwicklungsverzögerungen führen. Um zielgerichtet diese Versorgungsprobleme zu lösen, sind belastbare Erkenntnisse über die gesundheitliche Situation und Versorgung von Asylsuchenden notwendig. Die Akteure des Gesundheitswesens sind aufgefordert, hierfür die notwendigen Daten zur Verfügung zu stellen.

Literatur

- BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2017a): Ablauf des Asylverfahrens, www.bamf.de/DE/Fluechtlingsschutz/AblaufAsylv/ablauf-des-asylverfahrens-node.html (Download am 24. Juli 2017).
- BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2017b): Aktuelle Zahlen zu Asyl, Ausgabe Februar 2017. Nürnberg.
- BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2017c): Asylgeschäftsstatistik für den Monat Dezember 2016. Nürnberg.
- BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2017d): Aktuelle Zahlen zu Asyl, Ausgabe Dezember 2016. Nürnberg.

- BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2017e): Zugangszahlen zu unbegleiteten Minderjährigen. www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Asyl/um-zahlen-entwicklung.html?nn=7525966 (Download am 24. Juli 2017).
- Beermann, S., Rexroth, U., Kirchner, M., Kühne, A., Vygen, S., Gilsdorf, A. (2015): Asylsuchende und Gesundheit in Deutschland – Überblick über epidemiologisch relevante Infektionskrankheiten. In: Deutsches Ärzteblatt 112 (42). S. A1717–A1720.
- BMI – Bundesministerium des Innern (2016): Pressemitteilung vom 30. September 2016.
- BMI – Bundesministerium des Innern (2017): Pressemitteilung vom 11. Januar 2017.
- Böttche, M., Heeke, C., Knaevelsrud, C. (2016): Sequenzielle Traumatisierungen, Traumafolgestörungen und psychotherapeutische Behandlungsansätze bei kriegstraumatisierten erwachsenen Flüchtlingen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt 59 (5). S. 621–626.
- Bozorgmehr, K., Mohsenpour, A., Saure, D., Stock, C., Loerbroks, A., Joos, S., Schneider, C. (2016): Systematische Übersicht und 'Mapping' empirischer Studien des Gesundheitszustandes und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990–2014). In: Bundesgesundheitsblatt 59 (5). S. 599–620.
- 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. In: PLOS ONE 10 (7). S. e0131483, DOI: 10.1371/journal.pone.0131483
- Burmeister, F. (2014): Auswirkungen der Zusammenarbeit mit der AOK Bremen/Bremerhaven aus Sicht der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration. In: Gesundheitsversorgung Ausländer – Best Practice Beispiele aus Hamburg.
- BVA – Bundesversicherungsamt (2015): Festlegung der zu berücksichtigenden Krankheiten nach § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV, Anlage 4 Krankheitsabgrenzung. www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/festlegungen.html#c5475 (Download am 24. Juli 2017).
- CDC – Centers for Disease Control and Prevention (2016): Syrian Refugee Health Profile. www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/pdf/syrian-health-profile.pdf (Download am 24. Juli 2017).
- Frank, L., Yesil-Jürgens, R., Razum, O., Bozorgmehr, K., Schenk, L., Gilsdorf, A., Rommel, A., Lampert, T. (2017): Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. In: Journal of Health Monitoring 2 (1). S. 24–47.

- Frisch, J. (2017): Niedergelassene Ärzte mit Sprachkenntnissen sind die erste Anlaufstelle. In: Ärzte-Zeitung vom 9. März 2017.
- Göppfarth, D., Bauhoff, S. (2015): The Public Health Dimension Of Germany's Refugee Crisis. In: Health Affairs Blog. <http://healthaffairs.org/blog/2015/10/22/the-public-health-dimension-of-germanys-refugee-crisis/> (Download am 24. Juli 2017).
- Hampel, A., Solbach, P., Cornberg, M., Schmidt, R. E., Behrens, G. N. M., Jablonka, A. (2016): Aktuelle Seroprävalenz, Impfstatus und prädiktiver Wert der Leberenzyme für Hepatitis B bei Flüchtlingen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt 59 (5). S. 578–583.
- Jung, F. (2011): Das Bremer Modell – Gesundheitsversorgung Asylsuchender, Gesundheitsamt der Freien Hansestadt Bremen.
- Kessler, A., Maffei, D., Meyer, F. J., Konietzko, N. (1995): Tuberkulose bei Asylbewerbern. In: Gesundheitswesen 57 (10). S. 670–673.
- Kühne, A., Gilsdorf, A. (2016): Ausbrüche von Infektionskrankheiten in Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende 2004–2014 in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt 59 (5). S. 570–577.
- MGEPA – Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2017): Gesundheitskarte für Flüchtlinge. www.mgepa.nrw.de/gesundheit/versorgung/Gesundheitskarte-fuer-Fluechtlinge/index.php (Download am 24. Juli 2017).
- Mohammadzadeh, Z., Jung, F., Lelgemann, M. (2016): Gesundheit für Flüchtlinge – das Bremer Modell. In: Bundesgesundheitsblatt 59 (5). S. 561–569.
- Nusser, A. (2017): Flüchtlinge und Sozialrecht: Bericht von der 48. Richterwoche. In: Gesundheits- und Sozialpolitik 71 (1). S. 53–59.
- Razum, O., Saß, A.-C. (2015): Migration und Gesundheit: Interkulturelle Öffnung bleibt eine Herausforderung. In: Bundesgesundheitsblatt 58 (6). S. 513–514.
- Razum, O., Wenner, J., Bozorgmehr, K. (2016): Wenn Zufall über den Zugang zur Gesundheitsversorgung bestimmt: Geflüchtete in Deutschland. In: Gesundheitswesen 78 (11). S. 711–714.
- Rich, A.-K. (2016a): Asylersantragsteller in Deutschland im ersten Halbjahr 2016 – Sozialstruktur, Qualifikationsniveau und Berufstätigkeit, BAMF-Kurzanalyse 4/2016. Nürnberg.

- Rich, A.-K. (2016b): Asylersantragsteller in Deutschland im Jahr 2015 – Sozialstruktur, Qualifikationsniveau und Berufstätigkeit. BAMF-Kurzanalyse 3/2016. Nürnberg.
- Richter, K., Lehfeld, H., Niklewski, G. (2015): Warten auf Asyl: Psychiatrische Diagnosen in der zentralen Aufnahmeeinrichtung in Bayern. In: Gesundheitswesen 77 (11). S. 834–838.
- RKI – Robert Koch-Institut (2008): Migration und Gesundheit, Berlin.
- RKI – Robert Koch-Institut (2017): Dem Robert Koch-Institut übermittelte meldepflichtige Infektionskrankheiten bei Asylsuchenden in Deutschland. Februar 2017.
- Spura, A., Kleinke, M., Robra, B.-P., Ladebeck, N. (2017): Wie erleben Asylsuchende den Zugang zu medizinischer Versorgung? In: Bundesgesundheitsblatt 60 (4). S. 462–470.
- UNHCR – United Nations High Commissioner for Refugees (2017): Mid-Year Trends 2016. Genf.
- Wächter-Raquet, M. (2016): Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende und Flüchtlinge. Gütersloh.
- Wahedi, K., Nöst, S., Bozorgmehr, K. (2017): Die Gesundheitsuntersuchung von Asylsuchenden: Eine bundesweite Analyse der Regelungen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt 60 (1). S. 108–117.
- Wenner, J., Razum, O., Schenk, L., Ellert, U., Bozorgmehr, K. (2016): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit ungesichertem Aufenthaltsstatus im Vergleich zu Kindern mit und ohne Migrationshintergrund: Auswertung der KiGGG-Daten 2003–06. In: Bundesgesundheitsblatt 59 (5). S. 627–635.
- Wirtgen, W. (2009): Traumatisierte Flüchtlinge – Psychische Probleme bleiben meist unerkannt. In: Deutsches Ärzteblatt 106 (49). S. A2465–A2469.

