

UNIVERSITÄT
BAYREUTH



Auswirkungen des Zustroms von Asylbewerbern auf die gesundheitliche Versorgung in Bayern

Endbericht

des Gutachtens im Auftrag des Bayerischen
Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege

Frühjahr 2018

Projektleitung

Prof. Dr. mult. Eckhard Nagel, Geschäftsführender Direktor des Instituts für
Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften
Universität Bayreuth

Christian Egle, Deputy Health Sector Leader und Health Advisory Services Leader für
Deutschland, Österreich und die Schweiz
Ernst & Young GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft

Beteiligte Wissenschaftler

Saleh Aljaddeeah

Katharina Fernando Samarappuli

Lars Hillmann

Michael Lauerer

Georg Lindinger

Dr. Paul Marschall

Prof. Dr. Stephan Rixen

Frederike Rohr

Dominik Seitz

Prof. Dr. Andreas Schmid

Prof. Dr. Volker Ulrich

David Weber

Feline Zocher

Disclaimer

„Dieses Gutachten beruht auf den uns überlassenen Unterlagen und mündlich erteilten Auskünften. Für den Fall, dass der diesem Gutachten zu Grunde liegenden Sachverhalt oder die getroffenen Annahmen unzutreffend sind oder sich ändern, kann sich dies auf die Gültigkeit der Aussagen dieses Gutachtens auswirken.

Dieses Gutachten beruht auf dem Rechtsstand zum Zeitpunkt des Datums dieser Stellungnahme und gibt unsere Interpretation der relevanten gesetzlichen Bestimmungen und die hierzu ergangene Rechtsprechung wieder.

Im Zeitablauf treten Änderungen bei Gesetzen, der Interpretation von Rechtsquellen sowie in der Rechtsprechung ein. Derartige Änderungen können eine Fortschreibung dieses Gutachtens erforderlich machen.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass wir ohne gesonderten Auftrag nicht verpflichtet sind, dieses Gutachten auf Grund einer Änderung der zu Grunde liegenden Fakten bzw. Annahmen oder Änderungen in der Gesetzgebung oder Rechtsprechung zu überprüfen und gegebenenfalls fortzuschreiben.

Dieses Gutachten wurde ausschließlich für unseren Mandanten im Rahmen der mit unserem Mandanten geschlossenen Mandatsvereinbarung erstellt. Sie ist nicht dazu bestimmt, Dritten als Entscheidungsgrundlage zu dienen. Dritten gegenüber übernehmen wir keinerlei Verpflichtungen, Verantwortung oder Sorgfaltspflichten (keine Dritthaftung), es sei denn, wir haben einem Dritten gegenüber im Vorhinein schriftlich etwas Abweichendes bestätigt.“

Zum Geleit

Weltweite humanitäre Krisen haben in den zurückliegenden Jahren zu einer deutlichen Zunahme von flüchtenden Menschen geführt, die in Europa und speziell in der Bundesrepublik Deutschland Zuflucht suchen. Das Jahr 2015 markiert dabei einen in der Anzahl unerwartet hohen Zustrom, der Länder, Städte und Gemeinden vor bisweilen kaum lösbarer Probleme in der adäquaten, geordneten Aufnahme der hier ankommenden Hilfesuchenden stellte. Besondere Herausforderungen ergeben sich dabei nicht nur in der Erstaufnahme und Betreuung, sondern es stellen sich selbstverständlich auch vielfältige Fragen, was die Integration und deren Auswirkung auf das zukünftige Zusammenleben in verschiedensten Lebensbereichen betrifft. Ein wichtiges, viel diskutiertes Gebiet ist hier die gesundheitliche Versorgung. Gibt es besondere Erkrankungen, die bei geflüchteten Menschen häufig vorkommen? Ist die Versorgung in allen Landesteilen gesichert? Sind Behörden und Gesundheitseinrichtungen für die Aufgaben hinreichend ausgestattet? Gibt es Konkurrenz zu bisherigen Versorgungszielen? Wie sehen mögliche Entwicklungen in der Zukunft aus und welche Kosten sind mit den neuen Aufgaben verbunden? All dies sind Fragen, die nur mit Hilfe sorgsamer wissenschaftlicher Untersuchungen adäquat beantwortet werden können.

Unter diesem Gesichtspunkt hat die Bayerische Staatsregierung als Teil des Sonderprogramms „Zusammenhalt fördern, Integration stärken“ an die Universität Bayreuth und die Firma Ernst & Young das hier vorliegende Gutachten zum Thema „Auswirkungen des Zustroms von Asylbewerbern auf die gesundheitliche Versorgung in Bayern“ in Auftrag gegeben. Dessen Zielsetzung ist es durch empirische Forschung den oben genannten Fragen nachzugehen, Strategien zu deren wissenschaftlicher Analyse zu entwickeln, umzusetzen und Handlungsempfehlungen für eine adäquate Gesundheitsversorgung sowie Prävention von Versorgungslücken zu geben.

Ein interdisziplinäres Expertenteam hat sich über die zurückliegenden Monate intensiv dieser Aufgabe gewidmet. Dabei konnte erstmals im Rahmen einer empirischen Untersuchung die reale Gesundheitssituation geflüchteter Menschen in Deutschland erhoben werden. Dies bildet die Grundlage für die Bearbeitung vieler weiterer Detailfragen auf die in diesem Gutachten ebenfalls Antworten gegeben werden.

Dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege gilt ein besonderer Dank vor allem auch für die intensive Begleitung des gesamten Vorhabens durch deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie die Koordination mit anderen Einrichtungen der Staatsregierung wie dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration, dem Bayerischen Staatsministerium der Justiz sowie öffentlichen Einrichtungen wie dem Landesamt für Gesundheit. Besonders fruchtbar war zudem der intensive Austausch mit vielen Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis. Dieser Dialog ist von zentraler

Bedeutung für die Einschätzungen, die in diesem Gutachten wiedergegeben werden. Für all das möchten wir und im Namen aller beteiligten Kolleginnen und Kollegen sehr herzlich bedanken und unserem Wunsch Ausdruck verleihen, dass mit dieser Arbeit konkrete Hilfe bei der Gesundheitsversorgung geflüchteter Menschen sowie der deutschen Wohnbevölkerung geleistet werden kann. Zudem ist damit die Hoffnung verbunden, dass rationale Erkenntnisse helfen können schwierige gesellschaftliche Situationen für die verantwortlichen Entscheidungsträger zu lösen.

Bayreuth, im November 2017

Eckhard Nagel

Christian Egle

Inhaltsverzeichnis

Disclaimer	i
Zum Geleit	ii
Inhaltsverzeichnis	iv
Abbildungsverzeichnis	viii
Tabellenverzeichnis	xii
Abkürzungsverzeichnis	xvii
1. Einleitung	1
2. Quantifizierung des Zustroms	3
2.1. Problemstellung	3
2.2. Begriffe und Definitionen.....	4
2.3. Methodisches Vorgehen	5
2.3.1. Auswahl von Szenarien der jährlichen Zuwanderung nach Deutschland.....	6
2.3.2. Auswertung der Daten des AZR zum Stichtag 30.09.2016	7
2.3.3. Modellierung möglicher zukünftiger Entwicklungen.....	8
2.4. Generelle Limitationen	20
2.4.1. Statische Grundannahmen.....	20
2.4.2. Ungenauigkeit der Ausgangsdaten	21
2.4.3. Zeitliche Verzerrungen	24
2.4.4. Fokus auf rechtlichen Rahmenbedingungen	24
2.4.5. Linearität.....	25
2.4.6. Weitere Limitationen der Modellierung	25
2.5. Status Quo zum 30. September 2016.....	26
2.5.1. Daten des Ausländerzentralregisters	26
2.5.2. Ausdifferenzierung nach Teilpopulationen und Landkreisen	46
2.6. Ergebnisse der Schätzungen	54
2.6.1. Netto-Asylzuwanderung Bayern	54
2.6.2. Netto-Asylzuwanderung Regierungsbezirke	55
2.6.3. Übersicht Zuwachs pro 1.000 Einwohner nach Bezirk und Szenario	56
2.6.4. Netto-Zuwachsraten grafisch nach Szenario und Landkreis	57
2.6.5. Netto-Asylzuwanderung Landkreise	58
3. Analyse der Morbidität der zugewanderten Personen	66
3.1. Hinführung.....	66
3.2. Methodik der Primärdatenerhebung.....	66
3.3. Beschreibung der Stichprobe.....	72

3.3.1. Beschreibung der Stichprobe	72
3.3.2. Bewertung der Studienpopulation im Hinblick auf die Quotierungsmerkmale ...	76
3.4. Allgemeine Hinweise zu den Ergebnissen der Gesundheitssituation von geflüchteten Erwachsenen	77
3.5. Allgemeiner Gesundheitszustand von geflüchteten Erwachsenen	78
3.5.1. Ergebnisdarstellung: Häufigkeiten von chronischen Erkrankungen und das Ausmaß dauerhafter Einschränkungen.....	78
3.5.2. Vergleich mit der deutschen Wohnbevölkerung	80
3.6. Somatische Erkrankungen	81
3.6.1. Strukturierung der Ergebnisdarstellung	81
3.6.2. Bestimmte infektiöse und parasitäre Erkrankungen	83
3.6.3. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten.....	87
3.6.4. Krankheiten des Nervensystems.....	89
3.6.5. Krankheiten des Kreislaufsystems	91
3.6.6. Krankheiten des Atmungssystems	95
3.6.7. Krankheiten des Verdauungssystems	100
3.6.8. Häufigkeiten von Erkrankungen der Zähne, des Mundes oder Kiefers	104
3.6.9. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes.....	107
3.6.10. Krankheiten des Urogenitaltraktes	111
3.6.11. Weitere Erkrankungen.....	113
3.7. Psychische Belastungen	114
3.7.1. Posttraumatische Belastungsstörungen	114
3.7.2. Somatoforme Störungen	118
3.7.3. Depressionen	121
3.7.4. Angststörungen	126
3.7.5. Alkoholmissbrauch	128
3.8. Gesundheitsverhalten	130
3.8.1. Body Mass Index.....	130
3.8.2. Rauchverhalten	132
3.8.3. Mittelkonsum	136
3.8.4. Verhütung	138
3.9. Kinder und Jugendliche.....	141
3.9.1. Allgemeiner Gesundheitszustand.....	141
3.9.2. Somatische Erkrankungen	144
3.9.3. Häufigkeiten von infektiösen Erkrankungen	145
3.9.4. Weitere Erkrankungen.....	146
3.9.5. Schmerzen	147

3.9.6. Psychische Belastungen	147
3.9.7. Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf.....	151
3.9.8. Alkoholmissbrauch	152
3.10. Systematischer Literaturreview	153
3.10.1. Methodisches Vorgehen.....	153
3.10.2. Ergebnisse.....	157
3.11. Diskussion.....	170
3.11.1. Einordnung der Ergebnisse	170
3.11.2. Weitere Datenquellen	174
3.12. Limitationen.....	175
3.13. Fazit	179
4. Ermittlung der Zusätzlichen Kapazitäten und Kompetenzen	181
4.1. Ambulante somatische Versorgung	181
4.1.1. Verwendete Methodik.....	181
4.1.2. Zusätzliche Kapazitäten	185
4.1.3. Zusätzliche Kompetenzen	222
4.2. Stationäre somatische Versorgung	226
4.2.1. Verwendete Methodik.....	226
4.2.2. Zusätzliche Kapazitäten	227
4.2.3. Validierung der Ergebnisse anhand der Experteninterviews	230
4.3. Ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung.....	230
4.3.1. Verwendete Methodik.....	230
4.3.2. Berechnung der Versorgungsgrade	232
4.3.3. Validierung der Ergebnisse anhand von Experteninterviews	234
4.3.4. Ableitung der zusätzlichen Kapazitäten.....	239
4.3.5. Ableitung zusätzlicher Kompetenzen	240
4.3.6. Zusammenfassung	242
4.4. Stationäre psychiatrische und psychosomatische Versorgung.....	243
4.4.1. Skizze des Methodischen Ansatzes für den psychiatrischen und psychosomatischen Versorgungsbereich.....	243
4.4.2. Zusätzliche Kapazitäten	245
4.4.3. Zusätzliche Kompetenzen	253
4.5. Öffentlicher Gesundheitsdienst.....	254
4.5.1. Verwendete Methodik.....	254
4.5.2. Ermittlung von zusätzlichen Kapazitäten	255
4.5.3. Zusätzliche Kompetenzen	268
4.6. Arzneimittel, Impfstoffe, Heil- und Hilfsmittel.....	270

4.7. Generelle Limitationen	271
4.7.1. Auswahl der Interviewpartner	271
4.7.2. Ungenauigkeit der Ausgangsdaten	271
4.8. Voraussichtlich entstehende zusätzliche Ausgaben für die Haushalte des Freistaats Bayern bzw. der bayerischen Kommunen und die Gesetzliche Krankenversicherung	274
4.8.1. Problemstellung	274
4.8.2. Hintergrund und Bezüge	274
4.8.3. Methodik	280
4.8.4. Ergebnisse	287
4.8.5. Diskussion	312
4.8.6. Folgerungen	321
5. Ableitung der Handlungsempfehlungen	324
5.1. Übersicht über die zentralen Ergebnisse	324
5.2. Ausgewogenes Maß an Flexibilität der Strukturen und Standardisierung	325
5.2.1. Hintergrund	326
5.2.2. Sonstige Fragen	327
5.3. Verbesserung der Verfügbarkeit von Dolmetschern und Kulturmittlern	328
5.3.1. Hintergrund	328
5.3.2. Ethische Fragen	330
5.3.3. Gesundheitsökonomische Fragen	331
5.3.4. Rechtliche Fragen	331
5.3.5. Systemimmanente Fragen	332
5.4. Datenaustausch, Prozesse und Organisation weiterentwickelnweiterentwickeln ..	332
5.4.1. Hintergrund	333
5.4.2. Ethische Fragen	333
5.4.3. Gesundheitsökonomische Fragen	334
5.4.4. Rechtliche Fragen	334
5.4.5. Sonstige Fragen	336
5.5. Zugänglichkeit (anonymisierter) Daten für Verwaltung und Wissenschaft	337
5.5.1. Hintergrund	337
5.5.2. Rechtliche Fragen	338
5.6. Aufklärung und Information	338
5.6.1. Hintergrund	338
5.6.2. Ethische Fragen	340
5.6.3. Gesundheitsökonomische Fragen	340

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Regionale Verteilung der Ausländer pro 1.000 Einwohner in Bayern	42
Abbildung 2: Regionale Verteilung der Ausländer ohne EU pro 1.000 Einwohnern in Bayern	43
Abbildung 3: Regionale Verteilung der Ausländer aus den fünf Herkunftsländern pro 1.000 Einwohnern in Bayern Quelle: Eigene Darstellung	44
Abbildung 4: Regionale Verteilung der Gestatteten pro 1.000 Einwohnern in Bayern	45
Abbildung 5: Prognose der Netto-Asylzuwanderung in Bayern bis 2022	54
Abbildung 6: Prognose der Netto-Asylzuwanderung in Bayern bis 2022 in den einzelnen Regierungsbezirken	55
Abbildung 7: Jährlicher Zuwachs zu versorgender Personen pro 1.000 Einwohner in den einzelnen Bezirken	56
Abbildung 8: Zuwachsrate für die einzelnen Szenarien	57
Abbildung 9: Relative Häufigkeiten von chronischen Krankheiten (Lebenszeiten)	78
Abbildung 10: Ausmaß dauerhafter Einschränkungen in der Ausübung alltäglicher Tätigkeiten durch Krankheit	79
Abbildung 11: Allgemeines Gesundheitsempfinden der postalisch Befragten	80
Abbildung 12: Relative Häufigkeiten von infektiösen und parasitären Erkrankungen im Ländervergleich	83
Abbildung 13: Relative Häufigkeiten von infektiösen und parasitären Erkrankungen	84
Abbildung 14: Relative Häufigkeiten von parasitären und infektiösen Erkrankungen bei postalisch befragten Eritreern	85
Abbildung 15: Relative Häufigkeiten von Diabetes im Ländervergleich	87
Abbildung 16: Relative Häufigkeiten von Diabetes	88
Abbildung 17: Relative Häufigkeiten von Erkrankungen des Nervensystems im Ländervergleich	90
Abbildung 18: Relative Häufigkeiten von Erkrankungen des Nervensystems	90
Abbildung 19: Relative Häufigkeiten von Bluthochdruck im Ländervergleich	92
Abbildung 20: Relative Häufigkeiten von Bluthochdruck	92
Abbildung 21: Relative Häufigkeiten von starken Beeinträchtigungen durch Herzklöpfen/ rasen und Schmerzen im Brustbereich im Ländervergleich	94
Abbildung 22: Relative Häufigkeiten von Asthma bronchiale im Ländervergleich	95
Abbildung 23: Relative Häufigkeiten von Asthma bronchiale	96
Abbildung 24: Relative Häufigkeiten von chronischer Bronchitis im Ländervergleich	97
Abbildung 25: Relative Häufigkeiten von chronischer Bronchitis	98
Abbildung 26: Relative Häufigkeiten starker Beeinträchtigungen durch Kurzatmigkeit im Ländervergleich	99
Abbildung 27: Relative Häufigkeiten von Erkrankungen des Magens oder Darms im Ländervergleich	100
Abbildung 28: Relative Häufigkeiten von Erkrankungen des Magens oder Darms	101
Abbildung 29: Relative Häufigkeiten gastrointestinaler Beeinträchtigungen im Ländervergleich	103

Abbildung 30: Relative Häufigkeiten von Erkrankungen der Zähne, des Mundes oder Kiefers im Ländervergleich.....	104
Abbildung 31: Relative Häufigkeiten von Erkrankungen der Zähne, des Mundes oder Kiefers	105
Abbildung 32: Häufigkeiten beim Zähneputzen (postalisch)	106
Abbildung 33: Relative Häufigkeiten von Rückenschmerzen im Ländervergleich	107
Abbildung 34: Relative Häufigkeiten von Rückenschmerzen.....	108
Abbildung 35: Relative Häufigkeiten von starken Beeinträchtigungen durch Rückenschmerzen im Ländervergleich	109
Abbildung 36: Relative Häufigkeiten von Arthrose im Ländervergleich.....	110
Abbildung 37: Relative Häufigkeiten der Arthrose.....	110
Abbildung 38: Relative Häufigkeiten von Blasenschwäche im Ländervergleich	112
Abbildung 39: Relative Häufigkeit von Problemen beim Wasserlassen	112
Abbildung 40: Relative Häufigkeiten weiterer Erkrankungen im Ländervergleich.....	114
Abbildung 41: Wahrscheinlichkeiten einer PTBS im Ländervergleich.....	116
Abbildung 42: Relative Häufigkeiten somatoformer Störungen im Ländervergleich	120
Abbildung 43: Relative Häufigkeiten von Depressionen im Ländervergleich	122
Abbildung 44: Relative Häufigkeiten der Depressiven Symptomatik im Ländervergleich	124
Abbildung 45: Relative Häufigkeiten von Angststörungen im Ländervergleich	127
Abbildung 46: Relative Häufigkeiten von Alkoholabusus im Ländervergleich	129
Abbildung 47: Durchschnittlicher BMI im Ländervergleich	131
Abbildung 48: Relative Häufigkeiten von Rauchverhalten im Ländervergleich	133
Abbildung 49: Relative Häufigkeiten von Rauchverhalten im Ländervergleich	134
Abbildung 50: Relative Häufigkeiten zum Rauchverhalten von Geflüchteten und der deutschen Wohnbevölkerung.....	135
Abbildung 51: Relative Häufigkeiten von Marihuana-/Haschischkonsum im Ländervergleich.....	137
Abbildung 52: Relative Häufigkeiten zur Verwendung von Verhütungsmitteln im Ländervergleich (Befragung in den Unterkünften)	139
Abbildung 53: Relative Häufigkeiten zur Verwendung von Verhütungsmitteln im Ländervergleich (postalische Befragung).....	140
Abbildung 54: Relative Häufigkeit allgemeine Gesundheit Vergleich Deutschland/Herkunftsland	142
Abbildung 55: Relative Häufigkeit allgemeine Gesundheit Vergleich postalisch/Unterkünfte.....	143
Abbildung 56: Relative Häufigkeit von chronischen Krankheiten (Lebenszeit)	143
Abbildung 57: Relative Häufigkeit Ausmaß der Einschränkungen in der Ausübung alltäglicher Tätigkeiten (letzte sechs Monate)	144
Abbildung 58: Häufigkeit von infektiösen Erkrankungen (Lebenszeit)	145
Abbildung 59: Häufigkeit von allergischen Erkrankungen (Lebenszeit)	146
Abbildung 60: Top 3 Häufigkeiten von Schmerzen Vergleich Kinder/Jugendliche.....	147
Abbildung 61: Häufigkeiten von Depression und PTBS bei jugendlichen Geflüchteten.....	150

Abbildung 62: Häufigkeiten von speziellem Versorgungsbedarf	152
Abbildung 63: Flowchart des Screeningprozesses	156
Abbildung 64: Status quo der allgemeinen fachärztlichen Versorgung	190
Abbildung 65: Status quo der spezialisierten fachärztlichen Versorgung	193
Abbildung 66: Status quo der vertragszahnärztlichen Versorgung	196
Abbildung 67: Status quo der kieferorthopädischen Versorgung	197
Abbildung 68: Versorgungsgrade allgemeine fachärztliche Versorgung Szenario 1	202
Abbildung 69: Versorgungsgrade allgemeine fachärztliche Versorgung Szenario 3	203
Abbildung 70: Versorgungsgrade spezialisierte fachärztliche Versorgung Szenario 1	209
Abbildung 71: Versorgungsgrade spezialisierte fachärztliche Versorgung Szenario 3	210
Abbildung 72: Auswirkungen des Zustroms in Szenario 2 auf die zahnärztliche Versorgung.....	213
Abbildung 73: Auswirkungen des Zustroms auf die kieferorthopädische Versorgung in Szenario 2	215
Abbildung 74: Entwicklung der Bedarfsentwicklung beim Vollzug von Gesundheitsschutzmaßnahmen in den Jahre 2015 und 2016 (absolute Häufigkeit)	257
Abbildung 75: Bedarfsdeckung je Gesundheitsschutzmaßnahme	265
Abbildung 76: Bedarfsdeckung je Gesundheitsschutzmaßnahmen	265
Abbildung 77: Flüchtlingsausgabenschätzungen in der Presse (April bis November 2015)	275
Abbildung 78 Wichtige Einflussfaktoren für die ökonomischen Auswirkungen von Zuwanderung im Bereich der sozialen Sicherung.....	276
Abbildung 79: Sandwich Approach	281
Abbildung 80: Struktur der Ausgaben auf Grundlage des AsylbLG in Bayern im Jahr 2015 (in Euro)	288
Abbildung 81: Durchschnittskosten für Krankenhilfe insgesamt und sonstige Leistungen je § 1 AsylbLG-Leistungsempfänger (Quartalsdurchschnitt) im Durchschnitt der Jahre 2014-2016 in Euro	289
Abbildung 82: Ausgaben der Krankenhilfe insgesamt und sonstige Leistungen in Euro nach Regierungsbezirken - Variante 1	294
Abbildung 83: Ausgaben der Krankenhilfe insgesamt und sonstige Leistungen in Euro- Bayern- Modelle 1-9	295
Abbildung 84: Ausgaben der stationären Krankenhilfe in Euro- Bayern- Varianten 1-9	297
Abbildung 85: Ausgaben der ambulanten Krankenhilfe in Euro - Regierungsbezirke - Variante 5.....	299
Abbildung 86: Ausgaben der ambulanten Krankenhilfe in Euro- Bayern- Varianten 1-9	300
Abbildung 87: Ausgaben der zahnmedizinischen Versorgung in Bayern, 2017-2022, in Euro	301
Abbildung 88: Ausgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Bayern in Euro, 2017-2022	303
Abbildung 89: Ausgaben der Gesundheitsversorgung von Personen, die das Asylverfahren beendet haben und Gesundheitsleistungen beanspruchen können in Bayern in Euro, 2017-2022.....	305

Abbildung 90 Gesamtausgaben pro Asylbewerber in Berlin in den Quartalen 2016 I-III	307
Abbildung 91 Gesamtausgaben pro Asylbewerber in Berlin in den Quartalen 2016 I-III in Euro	314

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anteile der Ausländer in Bayern	27
Tabelle 2: Anteil der Ausländer aus den fünf Ländern nach Alter und Geschlecht	28
Tabelle 3: Deutsche Wohnbevölkerung über sechs Altersklassen	29
Tabelle 4: Anteil der Ausländer aus den fünf Ländern nach Alter und Geschlecht mit Aufenthaltsgestaltung	31
Tabelle 5: Anteile der Ausländer in Bayern	33
Tabelle 6: Anteil der Ausländer in Bayern aufgeteilt nach Landkreisen	34
Tabelle 7: Anteil der Ausländer aus den fünf Herkunftsländern in den bayerischen Bezirken	38
Tabelle 8: Anteil der Ausländer aus den fünf Herkunftsländern in den bayerischen Landkreisen	39
Tabelle 9: Teilpopulation Ma nach Altersgruppe und Geschlecht über alle Landkreise.....	46
Tabelle 10: Teilpopulation Mb nach Altersgruppe und Geschlecht über alle Landkreise	50
Tabelle 11: Zuwachsraten für die einzelnen Szenarien über alle bayerischen Regionen.....	58
Tabelle 12: Zuwanderung entsprechend den Szenarien über alle bayerischen Regionen	62
Tabelle 13: Übersicht der Fragebögen, Instrumente.....	68
Tabelle 14: Übersicht der verwendeten Sprachen	68
Tabelle 15: Darstellung der systematischen Auswahl der Adressdaten	70
Tabelle 16: Überblick Verteilung Alter/Herkunftsländer Adressaten	71
Tabelle 17: Übersicht der verwendeten Sprachen, postalische Befragung.....	71
Tabelle 18: Auswahl der Studienteilnehmer.....	72
Tabelle 19: Charakterisierung der Stichprobe nach den Merkmalen Alter, Geschlecht und Herkunftsland.....	73
Tabelle 20: Liste aller Herkunftsländer.....	73
Tabelle 21: Stichprobe differenziert nach Alter, Geschlecht und Herkunftsland	75
Tabelle 22: Inkludierte Variablen zur Bestimmung des allgemeinen Gesundheitszustands ..	78
Tabelle 23: Häufigkeitsverteilung chronischer Erkrankungen bei Männern und Frauen der deutschen Wohnbevölkerung	80
Tabelle 24: Häufigkeitsverteilung gesundheitlicher Einschränkungen bei Männern und Frauen der deutschen Wohnbevölkerung.....	81
Tabelle 25: Rangfolge somatischer Erkrankungen nach relativen Häufigkeiten bezogen auf Befragte aus den Unterkünften.....	81
Tabelle 26: Rangfolge somatischer Erkrankungen nach relativen Häufigkeiten bezogen auf postalisch Befragte	82
Tabelle 27: Relative Häufigkeiten ausgewählter infektiöser und parasitärer Erkrankungen ..	84
Tabelle 28: Prävalenz von Hepatitis B-Seromarkern	86
Tabelle 29: Lebenszeitprävalenz des bekannten Diabetes mellitus bei Frauen und Männern der deutschen Wohnbevölkerung.....	89

Tabelle 30: Altersspezifische und -standardisierte Fallzahlen in Bezug auf Erkrankungen des Nervensystems	91
Tabelle 31: 12-Monats-Prävalenz des Bluthochdrucks bei Frauen und Männern der deutschen Wohnbevölkerung	93
Tabelle 32: Prävalenzen von Asthma bronchiale der deutschen Wohnbevölkerung	97
Tabelle 33: Prävalenz von chronischer Bronchitis in der deutschen Wohnbevölkerung	99
Tabelle 34: Altersspezifische und -standardisierte Fallzahlen in Bezug auf Erkrankungen des Magens oder Darms	101
Tabelle 35: 12-Monats-Prävalenzen von Rückenschmerzen der deutschen Wohnbevölkerung	109
Tabelle 36: Prävalenzen von Arthrose für die deutsche Wohnbevölkerung	111
Tabelle 37: Anteil der vom unfreiwilligem Harnverlust Betroffenen	113
Tabelle 38: Inkludierte Variablen zur Bestimmung Posttraumatischer Belastungsstörungen	115
Tabelle 39: Ausgewählte Studien zur Prävalenz von PTBS bei Geflüchteten	117
Tabelle 40: Lebenszeitprävalenzen traumatischer Ereignisse	118
Tabelle 41: Inkludierte Variablen zur Bestimmung somatoformer Störungen	119
Tabelle 42: Inkludierte Variablen zu Bestimmung von Depressionen	121
Tabelle 43: Inkludierte Variablen zur Bestimmung der depressiven Symptomatik (PHQ-9)	123
Tabelle 44: Ausgewählte Studien zur Prävalenz von Depressionen bei Geflüchteten	124
Tabelle 45: Inkludierte Variablen zu Bestimmung der Angststörung und des anderen Angstsyndroms	126
Tabelle 46: Inkludierte Variablen zur Ermittlung des Alkoholabusus'	128
Tabelle 47: Einteilung des BMI nach der WHO	130
Tabelle 48: Länderspezifische BMI-Daten	132
Tabelle 49: Globale Jahresprävalenzen von Mittelkonsum (United Nations Office on Drugs and Crime 2012)	137
Tabelle 50: Relative Häufigkeiten akuter Erkrankungen Vergleich Stichprobe/Wohnbevölkerung	146
Tabelle 51: Variablen zur Bestimmung Posttraumatischer Belastungsstörungen bei Kindern (CRIES)	148
Tabelle 52: Variablen zur Bestimmung von depressiven Störungen bei Kindern (DSRS) ...	149
Tabelle 53: Ausgewählte Studien zur Prävalenz von PTBS und Depression bei jugendlichen Geflüchteten	151
Tabelle 54: Auswertung des AUDIT-C	153
Tabelle 55: Übersicht der Literaturdatenbanken	154
Tabelle 56: Übersicht der Suchkomponenten	155
Tabelle 57: Übersicht der Ein- und Ausschlusskriterien	155

Tabelle 58: Arztkonsultationen von Geflüchteten in Berlin	175
Tabelle 59: Übersicht der vertragsärztlichen ambulanten medizinischen Versorgung.....	182
Tabelle 60: Auszug zu den Berechnungen der sich neu ergebenden Versorgungsgrade ...	183
Tabelle 61: Methodisches Vorgehen der semistrukturierten Leitfadeninterviews	184
Tabelle 62: Übersicht der hausärztlichen Versorgung	187
Tabelle 63: Übersicht der allgemeinen fachärztlichen Versorgung	188
Tabelle 64: Übersicht der spezialisierten fachärztlichen Versorgung.....	191
Tabelle 65: Übersicht der gesonderten fachärztlichen Versorgung	193
Tabelle 66: Übersicht der ambulanten Versorgung im Status quo	198
Tabelle 67: Übersicht der verwendeten Szenarien	198
Tabelle 68: Übersicht der Veränderungen für die jeweiligen Szenarien hausärztliche Versorgung	199
Tabelle 69: Übersicht der Veränderungen für die jeweiligen Szenarien allgemeine fachärztliche Versorgung	201
Tabelle 70: Übersicht der Abweichung der Versorgungsgrade für die einzelnen Facharztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung	204
Tabelle 71:Gegenüberstellung der Altersstruktur der bayerischen Wohnbevölkerung und der geflüchteten Population	204
Tabelle 72: Gegenüberstellung Kinder- und Jugendärzte zu allgemeiner fachärztlicher Versorgung	206
Tabelle 73: Übersicht der Auswirkungen des Zuzugs auf den Fachbereich der Frauenärzte	207
Tabelle 74: Übersicht der Veränderungen für die jeweiligen Szenarien spezialisierte fachärztliche Versorgung	208
Tabelle 75: Übersicht der Auswirkungen des Zuzugs auf die beteiligten Facharztgruppen der gesonderten fachärztlichen Verteilung	211
Tabelle 76: Übersicht der Veränderungen für die jeweiligen Szenarien zahnärztliche Versorgung	212
Tabelle 77: Übersicht der Veränderungen für die jeweiligen Szenarien kieferorthopädische Versorgung	214
Tabelle 78: Zusätzlich benötigte Ärzte zur Aufrechterhaltung des Status quo der medizinischen Versorgung	220
Tabelle 79: Ergebnisse der Berechnungen der Auswirkungen auf den stationären Sektor	228
Tabelle 80: Übersicht der Veränderung für die jeweiligen Szenarien Psychotherapeuten	232
Tabelle 81: Übersicht der Veränderung für die jeweiligen Szenarien Kinder- und Jugendpsychiatrie	233
Tabelle 82:Übersicht über die an der Befragung teilgenommenen Kliniken	244
Tabelle 83: Durchschnittliche Anzahl an stationären Behandlungsfällen pro Quartal	247
Tabelle 84: Durchschnittliche Anzahl an Behandlungsfällen pro Krankheitsbild	248

Tabelle 85: Bedarfsdeckung beim Vollzug der Dienstaufgaben und Aufgaben in Amtshilfe je Monat im Jahr 2015 (relative Häufigkeit je Bedarfsabstufung).....	259
Tabelle 86: Bedarfsdeckung beim Vollzug der Dienstaufgaben und Aufgaben in Amtshilfe je Monat im Jahr 2016 (relative Häufigkeit je Bedarfsabstufung).....	259
Tabelle 87: Anzahl an Gesundheitsschutzmaßnahmen für die der Bedarf durch eigenes Personal nicht gedeckt werden konnte (Jahr 2015)	260
Tabelle 88: Anzahl an Gesundheitsschutzmaßnahmen für die der Bedarf nicht gedeckt werden konnte (Jahr 2016).....	262
Tabelle 89: Durchschnittliche Behandlungsausgaben von Flüchtlingen	279
Tabelle 90: Varianten für die Ausgabenschätzungen 2017-2022	285
Tabelle 91: Leistungsdaten und Vergütung der zahnmedizinischen Versorgung in Bayern 2013-2016	291
Tabelle 92: Annahmen bezüglich der Durchschnittskosten für Asylsuchende gemäß Asylbewerberleistungsgesetz, 2017-22, in Euro.....	293
Tabelle 93: Annahmen bezüglich der Durchschnittskosten für Asylsuchende gemäß Asylbewerberleistungsgesetz, stationäre Krankenhausilfe 2017-22, in Euro	296
Tabelle 94: Annahmen bezüglich der Durchschnittskosten für Asylsuchende gemäß Asylbewerberleistungsgesetz, ambulante Krankenhausilfe, 2017-22, in Euro	298
Tabelle 95: Annahmen bezüglich der Durchschnittskosten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, 2017-22 in Euro.....	302
Tabelle 96: Durchschnittskosten je Versichertem pro Jahr mit und ohne Wechsel des Versichertenstatus in Euro.....	304
Tabelle 97: Durchschnittskosten je Person für verschiedene Personengruppen, in Euro	304
Tabelle 98: Durchschnittskosten je Versichertem nach Altersgruppen und Leistungsbereichen, in Euro	306
Tabelle 99: Ausgabenstruktur nach Altersgruppen in Prozent.....	306
Tabelle 100: Durchschnittskosten je Versichertem nach Geschlecht, Altersgruppen und Leistungsbereichen, in Euro	306
Tabelle 101: Ausgabenstruktur männliche Asylbewerber nach Altersgruppen in Prozent...	307
Tabelle 102: Ausgabenstruktur weibliche Asylbewerber nach Altersgruppen in Prozent	307
Tabelle 103: Ausgabenstruktur bezüglich verschiedener Personengruppen aus wichtigen Herkunftsländern, in Prozent	308
Tabelle 104: Durchschnittliche Quartalskosten je behandeltem Patient nach Fachbereich und Geschlecht, Quartal 2014 III – 2016 III in Euro.....	308
Tabelle 105: Durchschnittliche Quartalsausgaben je behandeltem Patient nach Fachbereich und Kreistyp, Quartal 2014 III – 2016 III in Euro.....	309
Tabelle 106: Krankheitslast der 10 Patienten mit den höchsten Gesamtausgaben 2014/III – 2016/III in Euro	311
Tabelle 107: Ausgaben der Krankenhausbehandlung von SBK-Asylbewerbern vs. regulären SBK Versicherten in Euro.....	313

Abkürzungsverzeichnis

AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
AsylG	Asylgesetz
AUDIT-C	Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption
AufenthG	Gesetz über den Aufenthalt, die Erwerbstätigkeit und die Integration von Ausländern im Bundesgebiet (Aufenthaltsgesetz)
AufnG	Gesetz über die Aufnahme und Unterbringung der Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (Aufnahmegesetz)
AZR	Ausländerzentralregister
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BayKrG	Bayerisches Krankenhausgesetz
BBSR	Bundesinstitut für Bau, Stadt und Raumforschung
BEMA	Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen
BKG	Bayerische Krankenhausgesellschaft
BMI	Body Mass Index
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
BzGA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
DEGS	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland des Robert-Koch-Institutes
DSM-IV	Diagnostic and Stastical Manual of Mental Disorders
DVAsyl BY	Verordnung zur Durchführung des Asylgesetzes, des Asylbewerberleistungsgesetzes, des Aufnahmegesetzes und des § 12a des Aufenthaltsgesetzes (Asyldurchführungsverordnung – DVAsyl) Vom 16. August 2016 (GVBl. S. 258) BayRS 26-5-1-A/I
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GEDA	Studie zur Gesundheit in Deutschland aktuell durch das Robert-Koch-Institut
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HCV	Hepatitis-C-Virus
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
HNO	Hals-Nasen-Ohren
i.v.	intravenös
ICD	International Classification of Diseases (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
IfSG	Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen
IMG	Instituts für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften
iMVS	integriertes Migrant*innenverwaltungssystem des Freistaats Bayern
IOM	Internationale Organisation für Migration
KHG	Krankenhausgesetz

KI	Konfidenzintervall
KiGGs	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVB	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
KZVB	Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns
LE	Leistungsempfänger
LfStat	Bayerisches Landesamt für Statistik
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
PDS	Posttraumatic Diagnostic Scale
PHQ	Patient Health Questionnaire
PROTECT	Process of Recognition and Orientation of Torture Victims in European Countries to facilitate Care and Treatment
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
RKI	Robert Koch-Institut
SBK	Siemens Betriebskrankenkasse
SD	Standardabweichung (Standard Deviation)
SGB	Sozialgesetzbuch
STMGP	Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege
WHO	World Health Organization
WHO-CIDI	World Health Organization - Composite International Diagnostic Interview
WHODAS	World Health Organization – Disability Assessment Schedule 2.0

1. Einleitung

Gesundheit wird in unserer Gesellschaft nicht nur als privates, sondern auch als öffentliches Gut angesehen, welches die Grundvoraussetzung für ein Leben frei von physischen und psychischen Einschränkungen ist und darüber hinaus integraler Bestandteil der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte. Der Artikel 12 des UN-Sozialpaktes bestärkt das Recht auf Gesundheit für Jedermann. Die unterzeichnenden Staaten verpflichten sich insbesondere die Verfügbarkeit von Gesundheitsleistungen und öffentlicher Gesundheitsfürsorge sicherzustellen sowie den Zugang – sowohl räumlich als auch wirtschaftlich – zu Versorgungsstrukturen frei von Diskriminierung zu gewährleisten. Ferner gilt es Gesundheitsversorgung annehmbar zu gestalten und deren Qualität sicherzustellen. Auch der in Artikel 9 des UN-Sozialpaktes enthaltene Sicherstellungsauftrag der sozialen Sicherung – und damit letztlich der Sozialversicherung – „Sicherheit gegen die großen Lebensrisiken Krankheit, Unfall, Alter (und) Invalidität (...)“ (Netzwerk Menschenrechte 2013) – lässt erkennen, dass die Gesundheitsvor- und -fürsorge ein Menschenrecht ist und damit durch die einzelnen Staaten gewährt werden muss. Insbesondere aufgrund des im Dezember 1973 ratifizierten UN-Sozialpaktes, in welchem sich Deutschland dazu verpflichtet, gesellschaftliche Gruppen in verletzlichen Lebenslagen in besonderem Maße zu unterstützen, lässt die Bedeutung der Gesundheit – im Besonderen von vulnerablen Gruppen – erkennen.

Die Aufgabe einer Solidargemeinschaft ist also ihrer Fürsorgepflicht nachzukommen und gegenüber den im System befindlichen Personen sicherzustellen, dass diesen Kernelementen des Rechts auf Gesundheit (Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung 2009) entsprochen wird. Dabei gilt die Fürsorgepflicht eines Staates zuvorderst seinen Bürgern und erst nachrangig Personen, die nicht seinem direkten Schutz unterstehen. Sofern jedoch ausreichend Kapital und Kapazitäten zu Verfügung stehen wird es auch zur Pflicht eine adäquate Versorgung für die indirekt unter seinem Schutz stehenden Personengruppen sicherzustellen. Dies kann jedoch nur umgesetzt werden, wenn einerseits ein detailliertes und umfassendes Bild der Versorgungssituation im Allgemeinen, sowie andererseits eine verlässliche Einschätzung der speziellen Bedarfe und Kosten der Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern und Geflüchteten existiert. Das umfassende Bild der Versorgungssituation dient einer Einschätzung von verfügbaren Kapazitäten, die genutzt werden können ohne die Gesundheitsversorgung der bayerischen Wohnbevölkerung zu gefährden. Einer der Hauptgründe für Flucht ist sicherlich die Wahrnehmung einer Gefährdung der physischen oder psychischen Integrität der eigenen Gesundheit oder der Gesundheit derjenigen, die einem nahe stehen. Zudem ist diese Notlage nicht nur Fluchtgrund, auch die Fluchtsituation kann zu einer weitreichenden Gefahr für das Wohlergehen der Betroffenen werden.

Einleitung

Das vorliegende Gutachten „Auswirkungen des Zustroms von Asylbewerbern auf die gesundheitliche Versorgung in Bayern“ ist Teil des Sonderprogramms „Zusammenhalt fördern, Integration stärken“ der Bayerischen Staatsregierung und widmet sich der Fragestellung, wie sich der Zustrom auf die medizinische Versorgung auswirkt und welcher Bedarf einer Kapazitäts- und Kompetenzveränderung besteht. So können die benötigten Daten zur Verfügung gestellt werden, die eine wissenschaftlich evidente Einschätzung der Bedarfe ermöglicht und somit hilft eine optimale Gesundheitsversorgung für alle in Bayern lebenden Menschen in Angriff zu nehmen.

Die Basis der Studie bildet eine Analyse des Zustroms von Geflüchteten in Bayern. Dieser wird in Kapitel 2 regionalspezifisch und differenziert nach den Merkmalen, Alter, Geschlecht und Herkunftsland quantifiziert. Mithilfe einer eigens für das Gutachten durchgeführten Primärdatenerhebung wird in Kapitel 3 die Morbidität von Geflüchteten in Bayern ermittelt. Diese ermöglicht es Abweichungen hinsichtlich relevanter Erkrankungen von der deutschen Wohnbevölkerung festzustellen, um in einem darauffolgenden Schritt den Bedarf für zusätzliche Kapazitäten und Kompetenzen im Gesundheitswesen zu identifizieren (siehe Kapitel 4). Dafür ist zuerst eine Erfassung des Status Quo der Versorgungssituation in Bayern notwendig. Hierfür werden empirische erhobene Daten und offizielle Statistiken zu den Bereichen der psychischen und somatischen Gesundheitsversorgung sowie im Aufgabenbereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Bayern analysiert und zusammengefasst. Die Betrachtung umschließt hier sowohl den stationären, wie ambulanten Sektor. Ebenso werden die elementaren Versorgungsbereiche der Arzneimittelversorgung oder Hilfs- und Heilmittel berücksichtigt. Die ermittelte Ausgangssituation wird im Anschluss für weitere Kalkulationen herangezogen (siehe Kapitel 4.8). Dabei wird eine monetäre Bewertung des Versorgungsbedarfes, basierend auf den Ergebnissen der einzelnen Teilbereiche, vorgenommen und auf die in Kapitel 2 ermittelten Szenarien. Im Schlusskapitel folgt eine Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse der Studie. Aus diesen werden in einer Synopse mögliche umsetzbare Handlungsempfehlungen für politische Entscheidungsträger und verschiedene Stakeholder entwickelt. Der Bericht schließt mit einer Bewertung der Handlungsempfehlungen.

Die Ergebnisse des Gutachtens sind vor dem Hintergrund der methodischen Restriktionen der jeweils zugrundeliegenden Analysen zu interpretieren. Insgesamt führen insbesondere die Differenzierung geflüchteter Menschen (z.B. nach Herkunftsland), die Dynamik des Zustroms geflüchteter Menschen, die Erhebungsbedingungen und die schwere Zugänglichkeit von Daten zu Einschränkungen der Datenqualität und -quantität.

2. Quantifizierung des Zustroms

2.1. Problemstellung

Sinnvolle zukunftsbezogene Aussagen über den Einfluss der Asylzuwanderung auf die Gesundheitsversorgung in Bayern sind nur dann möglich, wenn die Anzahl der zu versorgenden Personen, ihre soziodemografische Zusammensetzung und ihre regionale Verteilung wenigstens grob prognostiziert werden. Der nachfolgende Forschungsbericht unternimmt den Versuch einer näherungsweise Abschätzung der in Zukunft zu erwartenden Verteilung der Asylzuwanderung auf die bayerischen Landkreise.

Dieser Bericht kann allerdings nicht als genaue Prognose betrachtet werden, sondern gibt lediglich wieder, welche Auswirkungen auf Basis verschiedener Szenarien aufgrund bisheriger Erfahrungen und der derzeitigen Rechtslage denkbar sind.

Eine genaue Prognose von Bevölkerungswanderungen ist grundsätzlich unmöglich. Die Entscheidung eines Individuums einen Ort zu verlassen und sich (kurz-, mittel- oder langfristig) an einem anderen Ort niederzulassen ist von derart vielen Faktoren abhängig, dass eine Modellierung solcher Entscheidungen praktisch nur extrem schwer oder gar nicht durchführbar ist. Zwar lassen sich Modelle auf einer Metaebene bilden, wie es z. B. im Rahmen der Studie des Bayerischen Landesamts für Statistik (2016) zur Bevölkerungsvorausberechnung geschehen ist. Jedoch weicht der hier untersuchte Bereich der Asylzuwanderung erheblich von üblichen Bevölkerungsentwicklungen ab. Asylzuwanderung kann z. B. durch den – im Regelfall als plötzlich wahrgenommenen – Ausbruch von Kriegen und Konflikten in unterschiedlichsten Regionen der Erde bedingt sein (z. B. Syrien oder Ukraine) oder auch durch bereits seit langem bestehende und von Individuen nicht (mehr) akzeptierten Problemen in den Herkunftsländern entstehen (z. B. Eritrea, Äthiopien). Zudem spielt das sogenannte „Schlepperwesen“ eine gewichtige und zugleich unberechenbare Rolle, da es im Rahmen krimineller Strukturen auf politische Entscheidungen in den Zielländern, Herkunftsländern oder Transitländern reagiert. Die zumeist als „Push-Faktoren“ und „Pull-Faktoren“ bezeichneten Umstände, die die Entscheidung eines Individuums beeinflussen, sind zudem derart zahlreich, dass eine Modellierung anhand dieser Faktoren nur unter schwierigen Bedingungen möglich ist (Neumayer 2005). Versuche, Migrationsströme anhand Bayes'scher-Vorhersagen auf Basis von Experten-Einschätzungen zu prognostizieren, sind teilweise erfolgreich (Bijak und Wiśniowski 2010), benötigen aber erhebliche zeitliche Ressourcen. Eine solche Prognostik mag für generelle Zuzugsanalysen, die sich insbesondere auch auf Arbeitsmigration beziehen, noch teilweise möglich sein (so auch bei Bijak und Wiśniowski 2010), kann jedoch aufgrund der völligen Unvorhersehbarkeit der weltpolitischen Entwicklungen nicht auf Asylzuwanderung übertragen werden.

2.2. Begriffe und Definitionen

Analogleistungen nach dem AsylbLG	Mit Analogleistungen sind die Leistungsansprüche gemeint, die sowohl die Regelleistungen des AsylbLG, als auch die zusätzlichen Ansprüche nach § 2 AsylbLG i. V. m. dem SGB XII umfassen. Diese Leistungen erhalten Personen, die sich länger als 15 Monate erlaubt oder gestattet und ununterbrochen in der Bundesrepublik Deutschland aufhalten und die Dauer des Aufenthalts nicht rechtsmissbräuchlich selbst beeinflusst haben. Zu beachten: Die Leistungen bleiben trotz des Verweises ins SGB XII Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (Korff, Rn 17).
Anerkannte / anerkannte Geflüchtete	Dieser Begriff wird hier für alle jene Personen verwendet, die entweder Asyl (Art. 16a GG), internationalen Schutz (§ 3 AsylG), subsidiären Schutz (§ 4 AsylG) erhalten haben oder bei welchen ein Abschiebungsverbot (§ 60 Abs. 5 und 7 AufenthG) festgestellt wurde.
Asyl	Nach Art. 16a GG erhält Asyl, wer in seinem Heimatland aus politischen Gründen (von staatlicher Seite) verfolgt wird. Der Begriff wird in diesem Bericht ausschließlich in seiner rechtlichen Bedeutung verwendet und <i>nicht</i> in der umgangssprachlichen.
Asylantrag	Die förmliche Stellung des Asylantrags iSd. § 14 AsylG. Diese Antragstellung erfolgt beim BAMF. Vom Zeitpunkt des Asylgesuches bis zur förmlichen Antragstellung können mitunter einige Monate vergehen.
Asylgesuch	Die Äußerung einer Person gegenüber einem Vertreter des Staates (Polizei, Ausländerbehörde) aus der erkennbar wird, dass eine Person in Deutschland um Asyl, internationalen Schutz oder subsidiären Schutz nachsucht; § 13 AsylG. Das Asylgesuch ist noch nicht der förmliche Asylantrag, löst aber die Regelungen des AsylG aus.
Asylhintergrund	Dieser Begriff soll im Rahmen dieses Forschungsberichtes Menschen bezeichnen, die – unabhängig von ihrem derzeitigen Aufenthaltsrecht – in der Vergangenheit mindestens ein Asylgesuch geäußert haben. Bsp.: Eine Person stellte vor Jahren einen Asylantrag, bekam Asyl, hat später aber einen Aufenthaltstitel als Hochqualifizierter erhalten. Diese Person hat einen Asylhintergrund. In vielen Fällen ist dieser aber aus den uns vorliegenden Daten nicht ersichtlich.
Asylzuwanderung	Zuwanderung, welche mit der Motivation stattfindet, einen Asylantrag zu stellen. Die Motivation muss bereits bei Eintreffen in die Bundesrepublik bestehen. Nicht zu dieser Gruppe zählen Menschen, die sich aus anderen Gründen bereits in Deutschland aufhalten (z.B. aus Arbeitsgründen) und die später einen Antrag auf Asyl stellen (z.B. nach Ablauf des arbeitsbedingten Aufenthaltstitels; Bsp.: syrischer Student, der nach Abschluss des Studiums nicht in seine Heimat zurück möchte).
Familiennachzugspotential	Eine Quote, die angibt, wie viele Familienangehörige ein Geflüchteter a) nachholen will und b) nachholen kann, wenn der Asylantrag positiv beschieden wurde. Das Potential gibt <i>nicht</i> an, wie viele Familienangehörige tatsächlich nachkommen, sondern stellt das potentielle Maximum dar.
Flüchtling	Flüchtling im Sinne der Genfer Flüchtlingskonvention ist, wem der Status „internationaler Schutz“ zuerkannt wird; § 3 Abs. 1 AsylG
Geflüchtete	Dieser Begriff wird hier als Oberbegriff verwendet. Er ist kein rechtlich fest definierter Begriff. Er umfasst alle Personen, die derzeit oder in der Vergangenheit einen Asylantrag gestellt haben; und zwar unabhängig vom Ausgang des Verfahrens. Mitumfasst sind daher auch Geduldete und Personen, die zwar einst einen Asylantrag gestellt haben aber später ein Aufenthaltsrecht aus anderen Gründen erhalten haben (z.B. Arbeit).
internationaler Schutz	siehe „Flüchtling“

Netto-Asylzuwanderung	Mit „netto“ ist hier gemeint, dass das diesem Forschungsbericht zugrundeliegende Wanderungsmodell bereits angewendet wurde und Personen, die zwar ursprünglich zugewandert waren, das Land aber wieder verlassen haben, herausgerechnet wurden. Ebenso wurde das Familiennachzugspotential bereits einbezogen und erhöht diesen Wert auch, wenn der Nachzug noch nicht stattgefunden hat.
Regelleistungen nach dem AsylbLG	Mit Regelleistungen sind hier die Leistungen gemeint, die einer nach § 1 AsylbLG leistungsberechtigten Person in den ersten 15 Monaten des Aufenthalts in Deutschland zustehen. Sie sind von den Analogleistungen nach dem AsylbLG zu trennen.
Subsidiärer Schutz, subsidiär Schutzberechtigte	Personen, die den Schutzstatus nach § 4 AsylG erhalten, weil in ihrem Herkunftsland Tod, unmenschliche und erniedrigende Behandlung oder eine ernsthafte individuelle Bedrohung des Lebens und der Unversehrtheit aufgrund Gewalt (z.B. Krieg) droht. Im Gegensatz zum internationalen Schutz ist dieser Schutzgrund nicht gruppenbezogen.

2.3. Methodisches Vorgehen

Da – soweit ersichtlich – eine auf die hier relevante Gruppe der Asylzuwanderer¹ zugeschnittene Methodik der Abschätzung der zukünftigen regionalen Verteilung nicht existiert, muss im Rahmen dieses Gutachtens ein eigener Ansatz erst entwickelt werden; welcher innerhalb des vorgegebenen Studienzeitraumes abbildbar sein muss. Da die Konzeptionierung der nachstehenden Kapitel maßgeblich von der zügigen Bereitstellung einer Schätzung der regionalen Verteilung von Asylzuwanderern abhängt, wird ein pragmatischer Weg gewählt, der mit entsprechenden Limitationen einhergeht (siehe dazu Kapitel 2.4 Generelle Limitationen). Die Analyse des vorhandenen statistischen Materials, insbesondere des Ausländerzentralregisters (AZR) und der Publikationen von DESTATIS, ergab für den Monat Juni 2016, dass eine vollständig valide Zahlenbasis, auf der eine Wanderungsstudie aufsetzen kann, nicht vorhanden ist. Der Grund dafür liegt, auch im Jahr 2016, noch in den Registrierungsproblemen aufgrund der hohen Asylzuwanderung im Jahre 2015.

Für die Abschätzung der zukünftigen Verteilung der Asylzuwanderung in Bayern wird ein einfaches Modell entwickelt, welches im Wesentlichen aus drei Komponenten besteht.

Die Ausgangsbasis bildet eine Auswahl der dem Modell jährlich zugrunde zu legenden Szenarien für die Asylzuwanderung nach Deutschland. Daneben wird der Status Quo der regionalen Verteilung von Personen, die einen Asylhintergrund haben anhand eines Auszugs aus dem Ausländerzentralregister (Stand: 30. September 2016) ermittelt. Die dritte Komponente besteht in einem für diese Studie entworfenen Modell, welches mit den Daten der ersten beiden Komponenten und einer empirischen Erhebung in den Landkreisen befüllt wird.

¹ Zur besseren Lesbarkeit werden in diesem Bericht personenbezogene Bezeichnungen, die sich zugleich auf Frauen und Männer beziehen, generell nur in der männlichen Form angeführt. Sofern nicht explizit vermerkt, bezieht sich die männliche Form immer auf beide Geschlechter.

2.3.1. Auswahl von Szenarien der jährlichen Zuwanderung nach Deutschland

Um die zukünftig zu versorgenden Personen zu ermitteln, ist es nötig, einen Wert der jährlichen Asylzuwanderung nach Deutschland zugrunde zu legen. Da es unmöglich ist, die zukünftige Asylzuwanderung realistisch abzuschätzen, bleibt als einzige Möglichkeit die Zugrundelegung von Szenarien. Es werden die folgenden vier Szenarien gebildet.

2.3.1.1. Jährliche Zuwanderung nach Deutschland

- Szenario 1: 110.000 Personen
- Szenario 2: 200.000 Personen
- Szenario 3: 890.000 Personen
- Kontrollszenario: 19.000 Personen

2.3.1.2. Begründung der Auswahl

Szenario 1 – 110.000 Personen pro Jahr: dies ist der gerundete Durchschnittswert, wenn man die Asylantragszahlen der Jahre 1990 bis einschließlich 2014 betrachtet (BAMF 2016, S. 8–10). In diesen Betrachtungszeitraum fallen sowohl die Jahre 1993 (438.191 Personen) und 1994 (322.599 Personen), als auch das Jahr 2007 (19.164 Erstantragsteller). Für die Jahre 1995 bis 2014 werden nur die Erstanträge berücksichtigt, da für die Versorgung nur von Bedeutung ist, wie viele Personen *neu* in Deutschland sind.

Szenario 2 – 200.000 Personen pro Jahr: Die Wahl dieses Szenarios ist bedingt durch die politische Diskussion zur sogenannten „Obergrenze“. Für die Bundesrepublik Deutschland wurde diese auf 200.000 Personen pro Jahr beziffert.²

Szenario 3 – 890.000 Personen pro Jahr: Obwohl es aufgrund der politischen Entscheidungen der letzten Jahre und den von der Bundesregierung getroffenen Maßnahmen der Begrenzung der Asylzuwanderung nicht realistisch scheint, dass die Zuwanderung in den sechs Jahren von 2017 bis 2022 auf diesem Level bleibt, wird auch das Szenario der Asylzuwanderung im Jahr 2015 als Extremszenario betrachtet. Dieses Szenario hilft bei der Abschätzung der Folgen einer anhaltend hohen Asylzuwanderung. Die Zahl von 890.000 Personen stützt sich auf eine Presseerklärung des Bundesministeriums des Inneren.³

Kontrollscenario – 19.000 Personen pro Jahr: Dieses Szenario basiert auf dem niedrigsten Wert der Asylzuwanderung seit der Wiedervereinigung. Im Jahr 2007 kamen lediglich 19.164 Asylzuwanderern nach Deutschland. Ähnlich wie das Szenario 3 unterliegt dieses Szenario

² <http://www.augsburger-allgemeine.de/bayern/Ohne-Obergrenze-fuer-Fluechtlinge-keine-Koalition-id39812372.html>.

³ Pressemitteilung Bundesministerium des Inneren 30.09.2016

erheblichen Beschränkungen der Aussagekraft. Allerdings wird es durchgerechnet, um zu ermitteln, welchen Effekt eine andauernd niedrige Asylzuwanderung haben könnte.

2.3.2. Auswertung der Daten des AZR zum Stichtag 30.09.2016

Zur Durchführung der Studie wurden der Universität Bayreuth vom BAMF Auszüge des Ausländerzentralregisters zur Verfügung gestellt. Diese enthalten – in anonymer Form – alle in Deutschland gemeldeten Ausländer (EU und Nicht-EU). Die Daten sind differenziert nach Bundesland, aktenführender Ausländerbehörde, Grund des Aufenthalts, Aufenthaltsrecht, Staatsangehörigkeit, Altersgruppe und Geschlecht.

Die Daten liegen für die Stichtage 30. Mai 2016, 31. Juli 2016 und 30. September 2016 vor. Aufgrund der notwendigen durchzuführenden Arbeiten konnten Daten vom 31.12.2016 nicht berücksichtigt werden. Nach Analyse aller drei Stichtage und unter Berücksichtigung des Umstandes, dass die Registrierungsprobleme des Jahres 2015 erst im Laufe des Jahres 2016 behoben werden können, fiel die Entscheidung, für die Modellierung nur auf den als tendenziell belastbarer einzuschätzenden Daten des Jahres 2016 aufzubauen.

Die ursprüngliche Überlegung, die Asylzuwanderungszahlen der Jahre 2013 bis 2016 quartalsweise abzufragen und fortzuschreiben wird nach der Analyse der vielfältigen und teils gravierenden Änderungen des Asylgesetzes⁴, des Aufenthaltsgesetzes⁵ und des

⁴ Änderungen durch: Art. 6 des Integrationsgesetzes vom 31.7.2016 (BGBl. I, S. 1939); Art. 2 des Gesetzes zur erleichterten Ausweisung von straffälligen Ausländern [...] vom 11.3.2016 (BGBl. I, S. 394); Art. 1 des Gesetzes zur Einführung beschleunigter Asylverfahren vom 11.3.2016 (BGBl. I, S. 390); Art. 1 des Datenaustauschverbesserungsgesetzes vom 2.2.2016 (BGBl. I, S. 130); Art. 12 des Gesetzes zur Bereinigung des Rechts der Lebenspartner vom 2.11.2015 (BGBl. I, S. 2010); Art. 1 Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz vom 20.10.2015 (BGBl. I, S. 1722); Art. 2 des Gesetzes zur Verbesserung der Rechtstellung von asylsuchenden und geduldeten Ausländern vom 23.12.2014 (BGBl. I, S. 2439); Art. 1 des Gesetzes zur Umsetzung der Richtlinie 2011/95/EU vom 28.8.2013 (BGBl. I, S. 3474); und weiterer Gesetze.

⁵ Änderungen durch: Art. 5 des Integrationsgesetzes vom 31.7.2016 (BGBl. I, S. 1939); Art. 1 des Gesetzes zur erleichterten Ausweisung von straffälligen Ausländern [...] vom 11.3.2016 (BGBl. I, S. 394); Art. 2 des Gesetzes zur Einführung beschleunigter Asylverfahren vom 11.3.2016 (BGBl. I, S. 390); Art. 6 des Datenaustauschverbesserungsgesetzes vom 2.2.2016 (BGBl. I, S. 130); Art. 13 Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz vom 20.10.2015 (BGBl. I, S. 1722); Art. 1 des Gesetzes zur Neubestimmung des Bleiberechts und der Aufenthaltsbeendigung vom 27.7.2015 (BGBl. I, S. 1386); Art. 2 des Gesetzes zur Verbesserung der Unterbringung, Versorgung und Betreuung ausländischer Kinder und Jugendlicher vom 28.10.2015 (BGBl. I, S. 1802); Art. 1 des Gesetzes zur Verbesserung der Rechtstellung von asylsuchenden und geduldeten Ausländern vom 23.12.2014 (BGBl. I, S. 2439); Art. 1 des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von international Schutzberechtigten und ausländischen Arbeitnehmern vom 29.8.2013 (BGBl. I, S. 3484); Art. 12 des Gesetzes zur Förderung der elektronischen Verwaltung sowie zur Änderung weiterer Vorschriften vom 25.7.2013 (BGBl. I, S. 2749); und weiterer Gesetze.

Ausländerzentralregistergesetzes⁶, sowie einiger Änderungen des Landesrechts, verworfen. Stattdessen fiel die Wahl auf ein empirisches Instrument zur Abschätzung des zu erwartenden Verhaltens (s.u.).

2.3.3. Modellierung möglicher zukünftiger Entwicklungen

Aufbauend auf den beiden vorgenannten Komponenten wird untersucht, auf welche Weise Wanderungen von Asylzuwandern innerhalb Bayerns möglich sind. Ausgangsbasis für diese Überlegung sind die rechtlich bestehenden Möglichkeiten während des Untersuchungszeitraumes. Die Möglichkeit sich innerhalb Deutschlands zu bewegen ist für Asylbewerber in der ersten Zeit stark eingeschränkt. Gemäß § 47 AsylG sind Asylbewerber grundsätzlich verpflichtet für 6 Wochen bis sechs Monate in einer Aufnahmeeinrichtung⁷ zu leben. Für Personen aus sicheren Herkunftsstaaten besteht diese Verpflichtung sogar bis zum Abschluss des Asylverfahrens, bzw. bis zur Ausreise oder Abschiebung. Nach dieser Phase sollen Asylbewerber bis zum Abschluss des Asylverfahrens grundsätzlich in Gemeinschaftsunterkünften untergebracht werden (§ 53 AsylG iVm. Art. 4 des Bayerischen Aufnahmegesetzes⁸). Die dezentrale Unterbringung stellt eine gesetzliche Ausnahme dar (Art. 6 des Bayerischen Aufnahmegesetzes). Aus dieser Rechtslage ergibt sich, dass Asylbewerber während ihres Asylverfahrens keine Niederlassungsfreiheit genießen und Wanderungen zwischen Landkreisen oder Bundesländern nur unter bestimmten Bedingungen möglich sind (Bsp.: Antrag auf Familienzusammenführung nach § 51 Abs. 2 AsylG). Zudem sind Asylbewerber während des Asylverfahrens im Regelfall für bis zu drei Monate auf den Bezirk der zuständigen Ausländerbehörde, in Bayern also im Regelfall des Landkreises⁹, beschränkt; § 56 – 59b AsylG. Wanderungsbewegungen während des Asylverfahrens werden daher für unsere grobe Einschätzung der zahlenmäßigen Entwicklung der Population der Asylbewerber nicht berücksichtigt.

Anders stellt sich die Situation für diejenigen Personen dar, die das Asylverfahren bereits durchlaufen haben und denen ein Aufenthaltsrecht in Deutschland gewährt wurde. Diese Personen waren bis zum Inkrafttreten des Integrationsgesetzes des Bundes¹⁰ grundsätzlich berechtigt, ihren Wohnort frei zu wählen. Dementsprechend war es möglich, dass eine große

⁶ Änderungen durch: Art. 3 Datenaustauschverbesserungsgesetz vom 2.2.2016 (BGBl. I, S. 130); Art. 7 des Integrationsgesetzes vom 31.7.2016 (BGBl. I, S. 1939); Art. 2 des Gesetzes zur Fortentwicklung des Meldewesens vom 3.5.2013 (BGBl. I, S. 1084); Art. 14 des Asylverfahrensbeschleunigungsgesetzes vom 20.10.2015 (BGBl. I, S. 1722); Art. 2 des Gesetzes zur Durchführung der Verordnung (EU) Nr. 1215/2012 [...] vom 8. Juli 2014 (BGBl. I, S. 890); Art. 3 des Gesetzes zur Umsetzung der Richtlinie 2011/95/EU vom 28.8.2013 (BGBl. I, S. 3484); Art. 2 des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von international Schutzberechtigten und ausländischen Arbeitnehmern vom 29. August 2013 (BGBl. I, S. 3484); Art. 1 des Gesetzes zur Änderung des AZR-Gesetzes vom 20.12.2012 (BGBl. I, S. 2734; teilw. in Kraft getreten am 1.9.2013); und weiterer Gesetze.

⁷ Werden oft als „Erstaufnahmeeinrichtungen“ bezeichnet.

⁸ Gesetz vom 24.5.2002 (GVBl., S. 192) zuletzt geändert durch Verordnung vom 22.7.2014 (GVBl. S. 286).

⁹ siehe dazu: § 2 ZustVAuslR. Es ist nicht klar, ob bei der Zuständigkeit der zentralen Ausländerbehörde nach § 3 ZustVAuslR die räumliche Beschränkung den Regierungsbezirk umfasst.

¹⁰ Gesetz vom 31.7.2016 (BGBl. I, S. 1939). In Bayern konkretisiert durch § 8 DVAsyl.

Zahl von Personen nach selbst gewählten Kriterien den Aufenthaltsort wechselte. Mit der Vorschrift des § 12a AufenthG kann nunmehr anerkannten Geflüchteten für die Dauer von bis zu drei Jahren sowohl ein bestimmter Wohnort zugewiesen werden, als auch ein Verbot erteilt werden, an einem bestimmten Ort ihren Wohnsitz zu nehmen. Diese Regelung konnte aufgrund einer noch nicht vorhandenen Behördenpraxis noch nicht berücksichtigt werden, müsste aber bei zukünftigen Berechnungen berücksichtigt werden, da sie wesentlichen Einfluss auf die Verteilung nehmen kann. Es lässt sich einstweilen auch nicht sagen, ob bzw. wie die Vorschrift die Verteilung der Menschen in Bayern beeinflussen wird.

Um dennoch wenigstens grob abschätzen zu können, wie sich die in Betracht genommenen Populationen in den Landkreisen entwickeln, wurde ein auf den rechtlichen Möglichkeiten der betroffenen Individuen basierendes Modell entwickelt, welchem folgende Überlegungen zugrunde liegen. Der Betrachtungszeitraum ist immer die Zeit vom 30. September eines Jahres bis zum 30. September des folgenden Jahres (bedingt durch den Stichtag der AZR-Auswertung). Kernstück dieser Modellierung ist eine empirische Erhebung in den Landkreisen (siehe dazu Anhang 2: Die Landkreisumfrage). Diese empirische Studie wurde zunächst als Delphi-Panel mit zwei Erhebungsrunden und als Vollerhebung geplant. Es sollten jeweils drei im Bereich Asyl erfahrene Mitarbeiter aus jedem Landkreis zu ihrer Einschätzung zu dem zu erwartenden Verhalten von Asylbewerbern nach Abschluss des Asylverfahrens befragt werden. In einer zweiten Runde sollten diese Experten dann die Ergebnisse der ersten Runde bewerten und die Möglichkeit bekommen, ihre Einschätzungen anzupassen. Aufgrund des leider nur verhaltenen Rücklaufes¹¹ musste vom Delphi-Ansatz Abstand genommen werden. Stattdessen wurden die Antworten direkt berücksichtigt und es erfolgte eine Auswahl der auszuwertenden Antworten anhand der Selbsteinschätzung der Teilnehmer.

Zur besseren Nachvollziehbarkeit des Modells wird im Folgenden zunächst ein kurzer Überblick über die einzelnen Schritte der Modellierung gegeben. Danach folgt eine detaillierte Beschreibung der Methodik zur Bestimmung der einzelnen Variablen.

2.3.3.1. Gesamtpopulation M – Alle medizinisch zu versorgenden Personen

Überlegung

Die in einem Betrachtungsjahr (t) jeweils zu versorgende Population (M) in einem Landkreis setzt sich immer aus zwei Gruppen zusammen. Zum einen den Personen, die als Asylbewerber neu in den Landkreis kommen und nach den Regelleistungen des AsylbLG zu

¹¹ Es antworteten nur 179 Mitarbeiter aus 72 von 96 Landkreisen. Die angeforderte Anzahl von mindestens 3 Antworten erreichten nur 37 Landkreise.

versorgen sind (M_a) und den Personen, die bereits im Landkreis sind und entweder nach den sogenannten „Analogleistungen“¹² des AsylbLG oder nach dem Sozialgesetzbuch (insb. SGB II, V, XII) zu versorgen sind (M_b).

$$M_{t,i} = M_{a,t} + M_{b,t}$$

Limitationen

- Die Betrachtung bezieht sich immer auf den Stichtag 30. September eines Jahres.
- Da § 2 AsylbLG die Analogleistungen erst nach 15 Monaten Aufenthalt in Deutschland vorsieht, die Modellierung jedoch alle Asylbewerber nur im Jahresrhythmus betrachtet, kommt es bei der modellierten Fortschreibung der bleibenden Personen (siehe dazu unten) aus der Gruppe M_a zu einer frühzeitigen Zuordnung zur Gruppe M_b des Folgejahres. Bezieht eine Person beispielsweise seit 14 Monaten Leistungen nach dem AsylbLG so hat sie zwar noch keinen Anspruch auf die Analogleistungen des § 2 AsylbLG, wird im Rahmen der Studie allerdings bereits der Gruppe mit den erweiterten Leistungsansprüchen zugerechnet (M_b). Da die durchschnittliche Verfahrensdauer laut Aussage der Bundesregierung 7,2 Monate beträgt (Bundesregierung 2016, S. 10) und die Ungenauigkeit eine kleine Gruppe betrifft¹³ und maximal drei Monate beträgt, wird auf eine aufwendige Berechnung der jeweils in nächste Jahr zu übertragenden Personen verzichtet.

2.3.3.2. Teilpopulation M_a – Personen im Regelleistungsbezug nach AsylbLG

Überlegung

Die Anzahl von Personen, die ein Landkreis neu mit Regelleistungen nach dem AsylbLG zu versorgen hat, wird im Rahmen der Studie näherungsweise anhand der Anzahl der Personen mit Aufenthaltsgestattung bestimmt. Die Anzahl, die auf einen einzelnen Landkreis (i) entfällt, ergibt sich aus einer vorgegebenen Verteilung. Die im Betrachtungsjahr (t) insgesamt nach Deutschland zuziehenden Personen ($Z_{BRD; t}$) werden zunächst gemäß des Königsteiner Schlüssels auf die Bundesländer verteilt, wobei für diese Studie lediglich der Anteil Bayerns

¹² Dieser Bericht differenziert zwischen „Regelleistungen“ und „Analogleistungen“. Wer Regelleistungen erhält, dessen Anspruch beschränkt sich ausschließlich auf die im AsylbLG selbst geregelten Tatbestände. Die Analogleistungen richten sich nach § 2 Abs. 1 AsylbLG. Leistungsberechtigte, die sich bereits seit 15 Monaten ununterbrochen in Deutschland aufhalten, erhalten neben den Leistungen nach dem AsylbLG Leistungen nach dem SGB XII. Da das SGB XII einen ähnlichen Versorgungsumfang gewährt, wie das SGB V, werden die Analogleistungs-Berechtigten in unserem Modell der Teilpopulation M_b zugerechnet.

¹³ Der Asylbewerberleistungsstatistik ist zu entnehmen, dass von 974.551 Personen insgesamt 101.929 Personen (10,5 %) seit mehr als 12 aber weniger als 24 Monaten Leistungen beziehen. Diese Gruppe enthält damit die Personen, die seit 12-15 Monaten Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz erhalten und Personen, die mehr als 15 Monate Leistungen (Analogleistungen) erhalten. Die Ungenauigkeit betrifft also nur einen relativ geringen Teil dieser Gruppe (DESTATIS 2016, S. 12).

(k_{BY}) relevant ist. Zudem ist für jeden Landkreis zu ermitteln wie hoch die Quote der Aufzunehmenden Asylbewerber ist (q_i).¹⁴

$$M_{a; t; i} = Z_{BRD; t} * k_{BY} * q_i$$

Datenquellen und Limitationen

$Z_{BRD, t}$	<p>„Zuzugsszenario Deutschland“</p> <p>Es werden die vier unter Kapitel 2.3.1.1 beschriebenen Szenarien zugrunde gelegt. Eine Prognose von internationalen Asylzuwanderungs-Strömen ist nicht realistisch möglich, wie im Rahmen von Expertengesprächen mit sachkundigen Mitarbeitern des BAMF, dem Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung und dem Bayerischen Staatsministerium des Inneren erörtert wurde.</p>
k_{BY}	<p>„Königsteiner Schlüssel – Bayern“</p> <p>Der Königsteiner Schlüssel für Bayern beträgt für das Jahr 2016: 15,53327 %.</p> <p>siehe: Bekanntmachung im Bundesanzeiger AT, 20.06.2016 B1.</p>
q_i	<p>„Quote Personen mit Aufenthaltsgestattung“</p> <p>Die Quote wird anhand des Ausländerzentralregisters ermittelt, indem für alle Landreise ermittelt wurde, wie viele Personen mit Aufenthaltsgestattung sich im Landkreis aufhalten und in welchem Verhältnis dies zu den Personen mit Aufenthaltsgestattung in allen Landkreisen steht.</p>

2.3.3.3. Teilpopulation M_b – Personen mit (weitestgehend) vollumfänglicher Gesundheitsversorgung

Die Teilpopulation derjenigen, die Analogleistungen nach dem AsylbLG oder Leistungen nach dem SGB V oder SGB XII beanspruchen können setzt sich aus mehreren Variablen zusammen. Zunächst wird davon ausgegangen, dass sich die bereits in dieser Teilpopulation befindlichen Personen in jedem Jahr fortschreiben lassen, sodass der jeweils am Ende des Betrachtungszeitraums festgestellte Wert der Teilpopulation im Landkreis in den nächsten Betrachtungszeitraum übertragen wird und somit den „Anfangsbestand“ ($M_{b; t-1; i}$) des jeweiligen Betrachtungszeitraumes bildet. Zu diesem Anfangsbestand jedes Jahres kommen diejenigen Personen hinzu, die – zunächst unabhängig vom Grund¹⁵ – nach Abschluss des Asylverfahrens im Landkreis bleiben und damit im Betrachtungsjahr neu in die Teilpopulation

¹⁴ Die Verteilung innerhalb des Landes Bayern wird seit dem 16. August 2016 durch die Asyldurchführungsverordnung – DVAsyl geregelt. Verordnung vom 16.8.2016 (GVBl., S. 258).

¹⁵ Der Grund kann sowohl in der positiven Entscheidung liegen, aber auch dadurch bedingt sein, dass eine ausreisepflichtige Person nicht ausreist.

M_b eingehen. Diese Personen werden hier mit „ $P_{bleib; t; i}$ “ bezeichnet. Aus pragmatischen Gründen werden zu diesen zu versorgenden Personen auch bereits die von uns ermittelten potentiell nachziehenden Familienmitglieder ($F_{t; i}$) hinzugerechnet. Da es grundsätzlich auch möglich ist, dass über Landkreis- und Bundeslandgrenzen hinweg Wanderungen stattfinden, wird zudem hinzugerechnet, wie viele Personen aus anderen Landkreisen/Bundesländern nach Abschluss ihres Asylverfahrens jeweils zuziehen ($Z_{ext; t; i}$). Zudem ist in Abzug zu bringen, dass aus der Gruppe der Personen, die bereits zum Stichtag 30. September 2016 zur Population M_b gehörten, ein gewisser Teil die Bundesrepublik wieder verlassen wird, sei es durch freiwillige¹⁶ Rückkehr oder Abschiebung ($R_{t; i}$).

Daraus ergibt sich folgende Überlegung:

$$M_{b; t; i} = \text{Anfangsbestand} + \text{Verbleibende im Landkreis} + \text{Familiennachzug} \\ + \text{Zuzug von extern} - \text{Rückkehrer}$$

$$M_{b; t; i} = M_{b; t-1; i} + P_{bleib; t; i} + F_{t; i} + Z_{ext; t; i} - R_{t; i}$$

Die einzelnen Variablen müssen, um für eine empirische Analyse handhabbar zu sein, weiter ausdifferenziert werden. Dies erfolgte immer vor dem Hintergrund einer möglichst zeitnahen Durchführung einer empirischen Erhebung.

2.3.3.3.1. Variable „ $P_{bleib; t; i}$ “ – Die mittelfristig Bleibenden

Überlegung

Ein einfacher aber noch hinreichend genauer Weg zu bestimmen, wie viele Personen nach dem Asylverfahren im Landkreis bleiben, ist es, die Anzahl der im Vorjahreszeitraum im Landkreis gemeldeten Personen mit Aufenthaltsgestattung ($M_{a; t-1; i}$) mit einer empirisch ermittelten „Bleibequote“ des jeweiligen Landkreises zu multiplizieren ($q_{bleib; i}$).

$$P_{bleib; t; i} = M_{a; t-1; i} * q_{bleib; i}$$

Datenquellen und Limitationen

$M_{a; t-1; i}$ siehe oben

$q_{bleib; i}$ „Bleibequote“

Diese Quote wird mittels Frage 1 der Landkreisbefragung (siehe Anhang: Fragebogen) ermittelt und entspricht der Antwortmöglichkeit 2: „...nach dem Asylverfahren dauerhaft im Landkreis geblieben sind“. Die Quote gibt nicht an, wie viele Asylbewerber in einem Landkreis anerkannt wurden, sondern

¹⁶ Der Begriff „freiwillig“ kann nur auf Personen zutreffen, die trotz eines Aufenthaltsrechtes das Land aus freiem Entschluss verlassen. Das Verlassen aufgrund einer Ablehnung kann nur dann als freiwillig bezeichnet werden, wenn es nicht maßgeblich von der Androhung der Abschiebung motiviert ist.

wie viele – im Gegensatz zu Antwortoption 1 und 3 – tatsächlich im Landkreis verblieben sind. Eine hohe Quote von Bleibenden kann z. B. mit vielen anerkannten Geflüchteten, aber auch mit einer hohen Anzahl Geduldeter erklärt werden. Es wird damit keine Bewertung getroffen, ob das Verbleiben im Landkreis legal oder illegal ist.

Liegen für einen Landkreis Antworten von mindestens zwei Mitarbeitern vor, die sich „eher sicher“ waren, wird für den Landkreis mit dem Mittelwert aller Antworten gerechnet. Gibt es nur eine solche Antwort, so geht diese zwar in die Berechnung der Durchschnittswerte ein, jedoch wird der entsprechende Landkreis nicht mit dem individuellen Wert berücksichtigt, sondern mit dem Durchschnittswert der jeweils zugehörigen Kategorie des Indikators „angepasster siedlungsstruktureller Kreistyp“.

Statistische Auswertung zur Bleibequote: siehe Anhang 2.2 Statistische Auswertung der Landkreisumfrage.

2.3.3.3.2. Variable „ $F_{t,i}$ “ – das Familiennachzugspotential

Überlegung

Für die Bestimmung des Familiennachzugs wird ein relativer Ansatz gewählt, der angibt, wie viele Personen pro anerkanntem Geflüchteten *potentiell* (siehe dazu Anhang 3: Fragebogen Familiennachzugspotential) nachkommen könnten. Da für die Mehrheit der Asylbewerber aus rechtlichen Gründen ein Familiennachzug nur zu Personen möglich ist, die eine Aufenthaltserlaubnis aufgrund der Gewährung von Asyl, internationalen Schutzes, subsidiären Schutzes¹⁷ oder eines Abschiebungsverbotes erhalten, lässt sich das Familiennachzugspotential näherungsweise bestimmen, indem man zunächst die durchschnittliche Gesamtschutzquote (q_{Schutz}) für Asylanträge (siehe BAMF 2016, S. 48) mit den Asylbewerbern des Vorjahres ($M_{a;t-1;i}$) multipliziert; dadurch erhält man die Personen, die rechtlich überhaupt in der Lage sein werden, kurz- oder mittelfristig Familienangehörige im Wege des Familiennachzugs nachzuholen. Anschließend kann man diese Anzahl von Personen mit dem empirisch ermittelten Wert „Familiennachzugsquote“ (q_{Fam}) multiplizieren. Dadurch erhält man die Personenzahl, die potentiell mittelfristig nachziehen *könnte*.

$$F_{t,i} = M_{a;t-1;i} * q_{\text{Schutz}} * p_{\text{Fam}}$$

¹⁷ Nach § 104 Abs. 13 AufenthG ist der Familiennachzug für subsidiär Schutzberechtigte bis zum 16. März 2018 ausgesetzt, wenn die Entscheidung über den Asylantrag (wie bei den meisten Personen in unserem Modell) erst nach dem 17. März 2016 gefallen ist.

Datenquellen und Limitationen

$M_{a; t-1; i}$ siehe oben

q_{Schutz} „Gesamtschutzquote“

Der Wert des Jahres 2015 wird – trotz relativ wahrscheinlicher Verzerrungen durch die Beschleunigung der Verfahren für Syrer – als Konstante zugrunde gelegt. Für das Jahr 2015 gab das BAMF die Gesamtschutzquote für alle Herkunftsländer mit 49,8 % an (BAMF 2016, S. 48).

p_{Fam} „Familiennachzugspotential“

Die Bestimmung des Familiennachzugspotentials erfolgt durch Abfrage von Familiennachzugswünschen aller im Rahmen der Morbiditätsstudie befragten Personen. Die Fragen sind so konzipiert, dass die Befragten alle Wünsche angeben konnten und zwar unabhängig davon, ob der Nachzug der betreffenden Personen überhaupt möglich ist (Ehepartner, Mutter, Vater, Kinder (Anzahl), Geschwister, andere Verwandte). Diese Antworten werden dann anhand der Rechtslage (in Abgleich mit den Limitationen) ausgewertet. Der angegebene Wunsch, einen Familienangehörigen nachzuholen wird unter folgenden Bedingungen als tendenziell rechtlich möglich gewertet und in die Zählung mit aufgenommen:

Ehepartner

- Erwachsenenfragebogen: Ehepartner werden immer als „tendenziell rechtlich möglich“ gewertet
- Kinderfragebogen/Elternfragebogen: wird nicht abgefragt

Mutter/Vater

- Erwachsenenfragebogen: Eltern werden abgefragt, aber als tendenziell rechtlich nicht möglich eingestuft und nicht gewertet (§ 36 Abs. 2 AufenthG)
- Kinderfragebogen/Elternfragebogen: Wenn die Antwortoption „Eltern gewählt wurde“, wird die Antwort doppelt gewertet. Wird angegeben, dass nur Vater oder nur Mutter nachgeholt werden sollen, wird die Antwort einfach gewertet

Kinder

- Im Erwachsenenfragebogen werden Kinder immer als „rechtlich möglich“ bewertet und mit der angegebenen Anzahl berücksichtigt.

Wird keine konkrete Anzahl genannt, wird der Wert „1“ verwendet. Durch die teilweise fehlenden Angaben zur genauen Anzahl von Kindern kommt es möglicherweise zu einer Unterschätzung. Durch die fehlende Differenzierung nach Alter der Kinder kommt es tendenziell zu einer Überschätzung, da volljährige Kinder eines Anerkannten nur im Ausnahmefall nachziehen können (§ 36 Abs. 2 AufenthG).

- Kinderfragebogen/Elternfragebogen: Kinder werden nicht abgefragt, was möglicherweise zu einer Unterschätzung des Wertes führt, da durchaus Fälle denkbar sind, in denen minderjährige Geflüchtete bereits selbst Kinder haben.

Geschwister

- Erwachsenenfragebogen: wird nicht abgefragt (Antwort als „andere Verwandte“ möglich, siehe Anhang 7 und 8).
- Kinderfragebogen/Elternfragebogen: Die hier angegebenen Werte werden als „rechtlich tendenziell möglich“ gezählt (N = 3), da bei minderjährigen Geschwistern die Eltern in vielen Fällen die rechtliche Möglichkeit haben, das Kind nachzuholen (§ 32 AufenthG).

Andere Verwandte

- Werden nie in die Berechnung einbezogen, da ein Nachzug von anderen, als den oben genannten Verwandten nur in Ausnahmefällen nach § 36 Abs. 2 AufenthG möglich ist.

Bisher sind diese Daten noch nicht vollständig bereinigt und analysiert. Aufgrund eines Auszugs aus ersten Daten im Dezember 2016 (siehe Anhang) kann eine grobe Einschätzung gewonnen werden. Der Wert liegt bei (begleiteten) Kindern und Jugendlichen bei 0,5 (wobei hierbei nur 24 Antworten und nur aus den TOP 5 Herkunftsländern auswertbar sind) und bei Erwachsenen bei rund 0,53 (N = 353 aus allen Herkunftsländern). Aufgrund der niedrigen Anzahl zu diesem Zeitpunkt auswertbarer Kinderfragebögen und da es noch spezielle Befragungen in Einrichtungen von unbegleiteten Minderjährigen geben wird, bei denen mit etwas höheren Werten zu rechnen ist, wird der Wert 0,53 für die vorläufige Berechnung auf 0,6 aufgerundet.

Im Studiendesign wurden nur solche Wünsche berücksichtigt, deren Realisierung rechtlich möglich ist. Ferner ist zu bedenken, dass aus der praktischen Handhabung der rechtlichen Vorschriften Limitationen resultieren.

Die Erteilung von Visa zum Familiennachzug erfolgt nach genauer Prüfung der rechtlichen Voraussetzungen, die mit unterschiedlichem administrativen Aufwand verbunden ist (Deutsches Rotes Kreuz e.V. 2008). Aufwändig kann beispielsweise nach Berichten des Bundesministeriums des Inneren (2006) die Prüfung von Abweichungen zwischen ausländischen und deutschen Regelungen zum Sorgerecht sein. Außerdem ist es, worauf die Bundesregierung hinweist, nicht allen Syrern ohne weiteres möglich, mit dem Ziel der Antragstellung bei den jeweiligen Botschaften in die Türkei, den Libanon oder nach Jordanien einzureisen (BT-Drs. 18/9133, S. 12-13).

Die Erfolgsaussichten für einen Familiennachzug sind überdies davon abhängig, ob familiennachzugsberechtigte Anerkannte nach erfolgreichem Abschluss des Asylverfahrens innerhalb der Drei-Monats-Frist des § 29 Abs. 2 S. 2 Nr. 1 AufenthG erklären, dass ein Familiennachzug beantragt wird. Nur in diesem Fall sind die Antragsteller von der Voraussetzung des § 5 Abs. 1 Nr. 1 AufenthG befreit, wonach ein Aufenthaltstitel für Familienangehörige grundsätzlich nur erteilt wird, wenn der Lebensunterhalt ohne Inanspruchnahme von Sozialleistungen gesichert ist. Dies wiederum setzt voraus, dass Anerkannte in Deutschland durch Erwerbsarbeit ihren Unterhalt und den der Nachziehenden sichern können. Im Rahmen der Befragungen konnten die unterschiedlichen Bedingungen eines erfolgreichen Familiennachzugs nicht abgefragt werden, sodass die angegebenen Werte zurückhaltend zu interpretieren sind.

Der Familiennachzug für subsidiär Schutzberechtigte ist bis zum 16. März 2018 zunächst ausgesetzt und kann erst danach durchgeführt werden (§ 104 Abs. 13 AufenthG). Da die Nachholung von Familienmitgliedern für diese Personen jedoch nur aufgeschoben ist, also nach derzeitiger Rechtslage mit Ablauf der Frist wieder in vollem Umfang möglich ist und darüber hinaus das Modell das Potential an Personen angibt, die im gesamten Betrachtungsraum nachkommen *könnten*, spielt die Aussetzung des Familiennachzugs für die Modellierung keine Rolle. Das Potential des Familiennachzugs wird im Modell bereits im auf die Einreise folgenden Jahr festgeschrieben, unabhängig davon, ob die Familienmitglieder 2018 oder 2022 oder gar nicht einreisen.

2.3.3.3.3. Variable „Z_{ext; t; i}“ – Der externe Zuzug

Überlegung

Die Personen, die nach Abschluss ihres Asylverfahrens in einen Landkreis (i) zuwandern, lassen sich nur schwer ermitteln. Im Rahmen der empirischen Befragung der Landkreismitarbeiter wird diese Variable als Anteil an der Summe der Population „P_{bleib}“ und „Z_{ext}“ abgefragt. Da beide Größen zusammen 100 % der im Landkreis lebenden vormaligen Asylbewerber ergeben, kann durch Umstellung die Gruppe „Z_{ext}“ ermittelt werden. Da diese Gruppe nicht in absoluten Zahlen ermittelt werden kann, wurde im Rahmen der Befragung in den Landkreisen abgefragt, wie hoch die Befragten den Anteil (a_{ext}) schätzen, den die Gruppe Z_{ext} in ihrem Landkreis einnimmt.

$$Z_{ext; t; i} = \frac{P_{bleib; t; i}}{1 - a_{ext; i}} * a_{ext; i}$$

Datenquellen und Limitationen

P_{bleib; t; i} siehe oben

a_{ext; i} „Zugezogenenanteil“

Diese Quote ergibt sich aus der Addition der Antworten 2 und 3 auf Frage 4 der Landkreisbefragung. Dort wird ein Prozentsatz der Personen abgefragt, die „...in einem anderen bayerischen Landkreis untergebracht waren und erst nach ihrem Asylverfahren zugezogen sind“ und die „...in einem anderen Bundesland untergebracht waren und erst nach dem Asylverfahren zugezogen sind“.

Die Sicherheit bei ihrer Aussage konnten die Antwortenden in Frage 4.1. auf einer Skala von „sehr sicher“ bis „sehr unsicher“ bewerten. In der Auswertung werden nur Antworten berücksichtigt, bei denen sich die Antwortenden mindestens „eher sicher“ waren.

Liegen für einen Landkreis mindestens Antworten von mindestens zwei Mitarbeitern vor, die sich „eher sicher“ waren, wird für den Landkreis mit dem Mittelwert aller Antworten gerechnet. Gibt es nur eine solche Antwort, so geht diese zwar in die Berechnung der Durchschnittswerte ein, jedoch wird der entsprechende Landkreis nicht mit dem individuellen Wert berücksichtigt, sondern mit dem Durchschnittswert der jeweils zugehörigen Kategorie des Indikators „angepasster siedlungsstruktureller Kreistyp“.

Statistische Auswertung zum „Zugezogenenanteil“: siehe Anhang 2: 2. Statistische Auswertung der Landkreisumfrage

2.3.3.3.4. Variable „R“ – Die Rückkehrer

Überlegung

Genau Zahlen, wie viele Menschen Deutschland wieder verlassen, nachdem sie einen Asylantrag gestellt haben, waren im Rahmen der Studie nicht zu ermitteln. Daten des IOM zur Rückkehrförderung wurden angefragt, aber leider nicht bereitgestellt. Da im Rahmen der Landkreisumfrage nicht nach den einzelnen Aufenthaltstiteln und der voraussichtlichen Bleibedauer von Menschen gefragt werden kann, sondern allgemein alle Personen erfasst werden, die nach dem Asylverfahren im Landkreis verbleiben, braucht es jedoch ein Korrektiv, welches die nicht vernachlässigbare Größe der freiwilligen Rückkehrer und Abgeschobenen approximiert. Um eine grobe Berücksichtigung der Rückkehrneigung von bereits zur Teilpopulation M_b gehörenden Menschen vornehmen zu können, wird auf die im Jahr 2014 durchgeführte Studie des BAMF „Asyl und dann?“ (Worbs et al. 2016, 268 ff) abgestellt, wonach von allen befragten Asylberechtigten und Anerkannten 84,7 % angaben, für immer in Deutschland bleiben zu wollen. Hier stellt sich für die hier benötigte grobe Schätzung das Problem, wie mit den verbleibenden 15,3 % umzugehen ist. Die genannte Studie enthielt die Frage „Wie lange möchten Sie noch in Deutschland bleiben?“ mit den Antwortmöglichkeiten: „noch maximal zwei Jahre“, „noch maximal 5 Jahre“, „mehr als 5 Jahre aber nicht für immer“, „für immer“ und „weiß nicht“ (Worbs et al. 2016, S. 361). Bei der zahlenmäßig größten Zuwanderergruppe, den Menschen aus Syrien, weichen die Antworten deutlich vom Durchschnittswert ab und es geben 75,3 % der männlichen und 78,6 % der weiblichen Befragten an, für immer in Deutschland bleiben zu wollen.

Im Rahmen der hier vorzunehmenden Schätzung stellt sich daher die Frage, wie die große Anzahl der Personen, welche mit „weiß nicht“ antworteten zu berücksichtigen ist. Aufgrund dessen, dass die Studie von Worbs et al. nur auf Personen abstellte, die eine Aufenthaltserlaubnis aus humanitären Gründen hatten, für die hier vorzunehmenden Schätzungen jedoch auch Geduldete und ausreisepflichtige Aufhältige in die Teilpopulation M_b eingehen, fiel die Entscheidung, mit einer – derzeit nicht weiter aufklärbaren – Hypothese zu arbeiten. Für die Variable „R“ wurde die Annahme getroffen, dass von allen Personen, die zum Stichtag 30. September 2016 der Teilpopulation M_b zugeordnet werden konnten mindestens 84,7 % im Betrachtungszeitraum (also innerhalb der sechs Jahre zwischen 2017 und 2022) dauerhaft in Deutschland bleiben wollen. Die verbleibenden 15,3 % werden als „potentielle Rückkehrer“ über den Zeitraum dieser sechs Jahre abgezogen.

$$R = \frac{1}{6} * 0,153 * M_{b; t=2016; i}$$

Limitationen

Der zugrunde gelegte Wert ist mit großer Wahrscheinlichkeit zu hoch, da die Personen, die in der Studie von Worbs/Bund/Böhm mit „noch maximal 5 Jahre“ oder mit „mehr als 5 Jahre aber nicht für immer“ geantwortet haben dennoch in relevanten Größenordnungen für immer in Deutschland bleiben könnten. Dieser Umstand macht es wahrscheinlich, dass die Anzahl von Rückkehrern der Gruppe $M_{b, t=2016}$ überschätzt wird und die Gesamtpopulation damit etwas unterschätzt wird. Da es sich jedoch um kleine Zahlen handelt, ist dieser Effekt hinnehmbar.

Gleichzeitig müssen aufgrund einer fehlenden Modellierbarkeit zukünftige Abschiebungen (da unregelmäßig und von vielen Faktoren abhängig) und die Berücksichtigung freiwilliger Ausreisen (z.B. mit Unterstützung von Ausreiseprogrammen) unberücksichtigt bleiben. Daraus folgt, dass von den Personen, die jedes Jahr der Variable P_{bleib} zuzuordnen sind und die damit jedes Jahr neu in M_b eingehen keine Abschreibung vorgenommen wird. Realistischerweise ist jedoch zu erwarten, dass sowohl Abschiebungen als auch freiwillige Ausreisen diese Gruppe in der Zeit mindern. Insofern kommt es zu einer Überschätzung der Gesamtpopulation, die mit steigendem Betrachtungsjahr stärker wird.

Ob sich die im ersten Absatz beschriebene Überschätzung und die im zweiten Absatz dargelegte Unterschätzung gegenseitig aufheben kann mangels verfügbarer Bezugsdaten derzeit nicht überprüft werden (Siehe Kapitel 2.4 zur generellen Limitation wegen der fehlenden Berücksichtigung von Abschiebungen und freiwilliger Rückkehr).

2.3.3.4. Gesamtmodell

2.3.3.4.1. Berechnung für alle Herkunftsländer

Die Grundüberlegungen zum Modell lassen sich für jeden Landkreis wie folgt zusammenfassen:

Für ein bestimmtes Jahr:

$$M_{t,i} = M_{a,t,i} + M_{b,t,i}$$

$$M_{a,t,i} = Z_{BRD,t} * k_{BY} * q_i$$

$$M_{b,t,i} = M_{b,t-1,i} + M_{a,t-1,i} * q_{\text{bleib},i} + M_{a,t-1,i} * q_{\text{Schutz}} * p_{\text{Fam}} + \frac{M_{a,t-1,i} * q_{\text{bleib},i}}{1 - a_{\text{ext},i}} * a_{\text{ext},i} - \frac{0,153 * M_{b,t=2016,i}}{6}$$

Für eine Reihe von Jahren:

$$M_{t;i} = \sum_{t=0}^t (Z_{BRD;t} * k_{BY} * q_i)$$

$$+ \sum_{t=0}^t (M_{b;t-1;i} + M_{a;t-1;i} * q_{bleib;i} + M_{a;t-1;i} * q_{Schutz} * p_{Fam}$$

$$+ \frac{M_{a;t-1;i} * q_{bleib;i}}{1 - a_{ext;i}} * a_{ext;i} - \frac{0,153 * M_{b;t=2016;i}}{6})$$

Diese Formeln liegen allen Berechnungen für die Zukunft zugrunde.

2.3.3.4.2. Berechnung für bestimmte Herkunftsländer

Die oben genannten Formeln sind so konzipiert, dass sie sich auch auf die in dieser Studie im Fokus stehenden Herkunftsländer (h) Afghanistan, Eritrea, Irak, Iran und Syrien gesondert anwenden lassen. Dafür werden die folgenden Variablen jeweils in Abhängigkeit vom Herkunftsland bestimmt: $M_{a;t=2016;i;h}$ / $M_{b;t=2016;i;h}$ / $Z_{BRD;t;h}$ / $q_{i;h}$ / $q_{bleib;i;h}$ / $q_{Schutz;h}$ / $q_{Fam;h}$. Alle anderen Variablen bleiben konstant.

Die Variable $q_{bleib;i;h}$ wurde im Rahmen der Landkreisbefragung abgefragt (siehe Landkreisbefragung, Frage 9.1.). Die Variable $a_{ext;i;h}$ wurde zwar ebenfalls abgefragt (siehe Fragebogen Landkreisbefragung, Frage 10.1.). Bei der Auswertung ist jedoch bei nahezu allen Antworten ein unsystematisches Bias festzustellen, das sich nicht erklären oder auflösen lässt (Details siehe Anhang 2: Die Landkreisumfrage). Daher wird bei herkunftslandspezifischen Berechnungen nicht der herkunftslandspezifische Wert genutzt, sondern der generelle Wert für alle Herkunftsländer.

2.4. Generelle Limitationen

2.4.1. Statische Grundannahmen

Da eine Prognose zukünftiger Asylzuwanderung nicht möglich ist, arbeitet das hier präsentierte Modell mit statischen Szenarien. Das erste Szenario geht von einer durchschnittlichen Zuwanderung von 110.000 Menschen pro Jahr aus. Dieses stützt sich auf eine statistisch nachvollziehbare Zahlenbasis, da es sich aus den Zuwanderungszahlen der Vergangenheit errechnet.

Die statische Anwendung der Szenarien hat den Effekt, dass Extremwerte (wie das Szenario 3: 890.000 Personen pro Jahr und das Kontrollszenario: 19.000 Personen pro Jahr) sich für jedes der sechs Betrachtungsjahre wiederholen. Für das Szenario 3 (890.000 Personen) ist dies für 2016 allerdings bereits widerlegt, da nach der Pressemitteilung des

Bundesministeriums des Innern 2016 ca. 280.000 Personen im Wege der Asylzuwanderung nach Deutschland kamen.¹⁸

Die Zahlen der Szenarien 2, 3 und des Kontrollszenarios dienen der besseren Einschätzung von anhaltend niedriger oder anhaltend hoher Asylzuwanderung bzw. der Einhaltung des in der Politik diskutierten Szenarios (Szenario 2, sog. „Obergrenze“).

2.4.2. Ungenauigkeit der Ausgangsdaten

Die Wanderungsanalyse baut auf einem Auszug des Ausländerzentralregisters vom 30. September 2016 auf. Die Wahl dieses Datums ist ein Kompromiss, da aufgrund der aufwendigen Berechnungen nicht gewartet werden konnte bis das AZR zum 31. Dezember 2016 vorlag. Ein früheres Datum, wie z. B. der 31. Dezember 2015 konnte nicht gewählt werden, da nach eigener Aussage des BAMF zu diesem Zeitpunkt die Richtigkeit der Daten nicht sichergestellt werden konnte. Die Daten vom 30. September 2016 können hingegen als weitestgehend belastbar betrachtet werden.

2.4.2.1. Die Wahl der Bezugsgrößen „Asylbewerber“ oder „Aufenthaltsgestattung“

Für die notwendige Differenzierung der beiden relevanten Teilpopulationen M_a und M_b müssen die Einträge der vom BAMF gelieferten Daten analysiert und zugeordnet werden.

Für die Analyse standen sowohl ein AZR-Auszug als auch die Asyl-Statistik sowie Daten der Asylbewerberleistungsstatistik zur Verfügung. Für die Zwecke der Ermittlung von Wanderungsbewegungen ist die Asylbewerberleistungsstatistik nicht hinreichend. Es wäre denkbar gewesen, nur auf die Asyl-Statistik abzustellen. Dies hätte sichergestellt, dass von der Untersuchung nur Menschen erfasst worden wären, die dem Bereich der Asyl-Zuwanderung zuzuordnen sind. Die Detailtiefe ließ es jedoch nicht zu, anhand der Asyl-Statistik die Zahlen der Asylbewerberleistungsstatistik nachzuvollziehen. Nach den Daten der vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Soziales bereit gestellten Asylbewerberleistungsstatistik bezogen in Bayern im dritten Quartal 2016 insgesamt 105.087 Personen Leistungen nach dem AsylbLG. Diese Zahl lässt sich anhand des AZR zwar nicht genau rekonstruieren, aber in der Tendenz nachvollziehen (siehe Anhang 1). Vor diesem Hintergrund erwies es sich als besser handhabbar, das AZR hinsichtlich Asyl-bezogener oder möglicherweise Asyl-bezogener Aufenthaltstitel zu filtern (siehe Anhang 1). Zwar bedeutet dies, dass bei einzelnen Aufenthaltstiteln nicht erkennbar ist, ob die betreffenden Personen im Wege der Asyl-Zuwanderung oder aufgrund von Arbeits-Zuwanderung nach Deutschland

¹⁸ Pressemitteilung Bundesministerium des Inneren 11.01.2017

kamen. Jedoch ließen sich – abgesehen von den Menschen mit einem Aufenthaltstitel aufgrund Familiennachzugs¹⁹ und der Geduldeten – die meisten Aufenthaltstitel hinreichend genau zuordnen, weshalb sich mögliche Fehler im Rahmen des Vertretbaren halten. Für die Zwecke der Studie wurde daher allein auf den vorliegenden AZR-Auszug abgestellt.

2.4.2.2. Betrachtungszeitraum und AsylbLG

Aus den Daten des AZR lassen sich nur die 79.154 Personen mit einer Aufenthaltsgestattung *relativ sicher* der Gruppe M_a, also der Bezieher von Regelleistungen nach dem AsylbLG zuordnen. Problematisch ist, dass die Regelleistungen insgesamt 15 Monate lang erbracht werden und erst danach die umfangreicheren Analogleistungen nach § 2 AsylbLG greifen. Die Modellierung stellt jedoch auf Jahreszahlen ab und berücksichtigt diese Personen mit Aufenthaltsgestattung daher insgesamt nur für 12 Monate.

Folgende Überlegungen zeigen, dass diese Abweichung in der Sache jedoch zu keinen wesentlichen Verzerrungen führt. Zwar gibt es durchaus Asylverfahren, die länger als 15 Monate dauern. Für das 2. Quartal gab die Bundesregierung an, dass die durchschnittliche Verfahrensdauer insgesamt 7,3 Monate betragen habe (Bundesregierung 2016, S. 10). Für die in dieser Studie in den Fokus genommenen Herkunftsländer führt die Bundesregierung folgende Durchschnittswerte an:

- 12,7 Monate für Menschen aus Afghanistan
- 13,3 Monate für Menschen aus Eritrea
- 5,1 Monate für Menschen aus dem Irak
- 19,4 Monate für Menschen aus dem Iran
- 3,4 Monate für Menschen aus Syrien

Diese Werte zeigen, dass damit zu rechnen ist, dass ein großer Teil der Personen mit Aufenthaltsgestattung weniger als ein Jahr Leistungen nach dem AsylbLG bezieht.²⁰

Diese Einschätzung deckt sich auch mit den Relationen in der Asylbewerberleistungsstatistik des Jahres 2015 (DESTATIS 2016). Demnach bezogen am 31.12.2015 insgesamt 974.551 Menschen Leistungen nach dem AsylbLG. Insgesamt 803.225 (also 82 %) dieser Menschen

¹⁹ Insgesamt haben 137.305 Personen einen Aufenthaltstitel aufgrund Familiennachzugs. Aus dieser großen Zahl lassen sich nur 278 Personen eindeutig dem Themenbereich Asyl zuordnen. Dies ist offensichtlich eine weitaus zu geringe Zahl.

²⁰ Menschen aus dem Iran oder Eritrea warte durchschnittlich zwar länger auf eine Entscheidung des BAMF, jedoch machen Eritreer 5,2 % und Iraner 6,9 % der Gesamtpopulation aller Personen mit Aufenthaltsgestattung aus den TOP 5 Herkunftsländern aus, sodass die generelle Aussage nicht sehr verzerrt wird; siehe dazu Tabelle 4.

befanden sich noch im ersten Jahr des Leistungsbezugs und waren damit in den meisten Fällen wahrscheinlich noch Asylbewerber oder bereits Geduldete. Länger als ein Jahr Bezugsdauer wiesen nur 171.326 (18 %) Personen auf. Legt man die Quote der erstjährigen Leistungsbezieher²¹ auf diejenigen Personen um, die nach Angabe des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Soziales im dritten Quartal 2016 Leistungen nach dem AsylbLG bezogen (also oben genannte 105.835), so müssten schätzungsweise 86.000²² Menschen im September 2016 der Teilpopulation M_a unterfallen, also „Regelleistungen“ nach dem AsylbLG beziehen.

Damit zeigt sich, dass es für die Modellierung hinreichend genau ist, mit den aus dem AZR zu entnehmenden 79.154 Personen zu beginnen.

2.4.2.3. Verbesserungsvorschlag für die Zukunft / Weiterer Forschungsbedarf

Die Asylbewerberleistungsstatistik ist für die Zwecke der Versorgungsplanung in vielerlei Hinsicht besser geeignet, Personenströme zu erkennen, als das Ausländerzentralregister. Im Gegensatz zum Ausländerzentralregister lassen sich – vorausgesetzt, das Land bittet die Kommunen um die entsprechende Detailtiefe – schneller korrekte Aussagen zur Anzahl der Leistungsberechtigten treffen. Dies betrifft insbesondere die genaue Zuordnung der Personen zu den Leistungsansprüchen. Leider lässt sich weder aus der Asyl-Statistik, noch der Übersicht der rechtlichen Tatbestände des AZR genau ablesen, welche Personen zu welcher Zeit Regelleistungen nach dem AsylbLG, Analogleistungen nach dem AsylbLG oder Leistungen nach dem SGB V oder SGB XII beziehen. Eine solche Aufstellung wäre für Planungsentscheidungen sinnvoll und würde für das hier vorgestellte Modell eine noch wesentlich validere Datengrundlage bieten.

2.4.2.4. Mangelnde Bestimmbarkeit Familiennachzug

Der Familiennachzug ist zwar im AZR grundsätzlich deutlich abzulesen. Es fehlt jedoch eine Möglichkeit, aus den hier verfügbaren Daten zu ermitteln, ob der Familiennachzug zu einem Asylzuwanderer stattfand oder zu einer Person, die aus anderen Gründen nach Deutschland zugewandert ist. Hierdurch kommt es in der Population M_b im Zeitpunkt, $t=2016$, zu einer Unterschätzung. Diese gleicht sich jedoch in den Folgejahren aus, da für Folgejahre auf das empirisch erhobene Familiennachzugspotential abgestellt wird.

²¹ Wegen der starken Zuwanderung in 2015 ist damit zu rechnen, dass die Quote der erstjährigen Leistungsbezieher höher ist als üblich, da sehr viele Menschen neu in das Leistungssystem zuwanderten.

²² $105.087 * 82\% = 86.171,34$

2.4.2.5. Fehlende Zuordenbarkeit einzelner Personen

Die Einträge im AZR sind den zuständigen Ausländerbehörden zugordnet. Es ist nicht vermerkt, in welchem Landkreis eine Person tatsächlich lebt (Datenschutzgründe). Einzelne Ausländerbehörden lassen sich wiederum nicht genau zuordnen. Dies betrifft insgesamt 14.438 Personen mit Aufenthaltsgestattung in den Behörden:

AE Bayreuth, Aufnahme- u. Rückführungseinrichtung Bamberg, Außenstelle des BAMF in Augsburg, Außenstelle des BAMF in Bamberg, Außenstelle des BAMF in Bayreuth, Außenstelle des BAMF in Deggendorf, Außenstelle des BAMF in Erding, Außenstelle des BAMF in Freilassing, Außenstelle des BAMF in Manching, Außenstelle des BAMF in München, Außenstelle des BAMF in Passau, Außenstelle des BAMF in Regensburg, Außenstelle des BAMF in Rosenheim, Außenstelle des BAMF in Schweinfurt, Außenstelle des BAMF in Zirndorf, BAMF Mobile Erfassung, BAMF Mobile Erfassung Zusatz 01, BAMF Mobile Erfassung Zusatz 02, BAMF Mobile Erfassung Zusatz 03, BAMF Mobile Erfassung Zusatz 04, BAMF Mobile Erfassung Zusatz 05, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, EAE Reg. v. Schwaben i. Donauwörth, Reg. d. Oberpfalz EAE, Reg. v. Niederbayern AE Deggendorf, Reg. V. Oberbayern AE München, Reg. v. Oberbayern ZAB DS: Ingolstadt, Reg. v. Unterfranken AE, Reg. v. Unterfranken ZAB, ZAB Mittelfranken AS Roth, ZAB Niederbayern, ZAB Oberfranken 2, ZAB Oberpfalz, ZAB Schwaben Augsburg, ZAB Schwaben Donauwörth, ZRS Nordbayern, ZRS Nordbayern 3, ZRS Nordbayern 4, ZRS Südbayern.

Für einige Behörden ist es möglich, mit hoher Wahrscheinlichkeit den Bezirk zu bestimmen, in dem die dieser Behörde zugeordneten Personen leben. Die nichtzuordenbaren Personen werden in den Ergebnistabellen separat ausgewiesen, sind aber auf Bayernebene (und teilweise auf Bezirksebene) einkalkuliert.

2.4.3. Zeitliche Verzerrungen

Da der Übertritt von Regelleistungen nach dem AsylbLG zu Analogleistungen nach dem AsylbLG erst nach 15 Monaten erfolgt, dem hier verwendete Modell jedoch ein Jahresrhythmus zugrunde liegt, ist damit zu rechnen, dass ein kleiner Teil der Teilpopulation M_a zu früh in M_b des Folgejahres berücksichtigt wird. Betrachtet man M insgesamt, hat diese Verzerrung keine Auswirkungen (Siehe 2.3.3.2).

2.4.4. Fokus auf rechtlichen Rahmenbedingungen

Die Studie ist dezidiert an der Rechtslage orientiert. Abweichungen und die Verzögerung des Vollzugs, wie z. B. die verspätete Gewährung von Asylbewerberleistungen aufgrund zu später Registrierung oder ähnliche tatsächliche Effekte können – mangels empirischer Grundlage – nicht berücksichtigt werden.

2.4.5. Linearität

Das Modell ist rein linear aufgebaut. Dies ist im Rahmen einer kurz- bis mittelfristigen Einschätzung nicht unproblematisch, da Änderungen auf individueller Ebene in Folgejahren nicht abgebildet werden. Die Aussagen des hier verwendeten Modells können daher lediglich als Tendenzbetrachtungen interpretiert werden.

2.4.6. Weitere Limitationen der Modellierung

Das der Studie zugrundeliegende Modell dient lediglich der Ermittlung von Tendenzen, wie sich die Menschen, die im Rahmen von Asylzuwanderung nach Deutschland kommen, in den bayerischen Landreisen verteilen. Da es sich bei dem Betrachtungszeitraum 2017 – 2022 nur um eine kurz- bis mittelfristige Einschätzung handelt, werden die folgenden Langzeiteffekte nicht berücksichtigt:

- **Tod:** Der Effekt des natürlichen Versterbens von Personen wird nicht betrachtet. Für den hier relevanten Betrachtungszeitraum von 6 Jahren sind Sterberaten in relevantem Umfang nicht zu erwarten. Dafür spricht die überwiegend junge Gruppe der Asylzuwanderer. Wissenschaftliche Studien zur Sterberate / Lebenserwartung von Migranten (insbesondere zum sog. „Healthy Migrant Effect“) finden sich häufig. Beispielhaft seien erwähnt: Kohls (2015) oder Razum und Rohrmann (2002).
- **Geburten:** Auch Geburten können nicht berücksichtigt werden. Dies stellt eine relevante Limitation des Modells dar, da insbesondere aufgrund der Altersverteilung innerhalb der betrachteten Populationen mit einer höheren Geburtenrate als unter der deutschen Wohnbevölkerung gerechnet werden kann. Dazu waren jedoch im Rahmen der Studie nicht rechtzeitig verwertbare Erkenntnisse vorhanden. Im Rahmen der Analyse der Morbidität der zugewanderten Personen (Kapitel 2) sind Erkenntnisse dazu zu erwarten. Eine Berücksichtigung der populationsspezifischen Geburtenrate sollte bei zukünftigen Weiterentwicklungen des Modelles berücksichtigt werden.

- **Weiterwanderungen nach Zuordnung einer Person zur Teilpopulation M_b :** Für die Durchführung der – ohnehin sehr komplexen – Expertenbefragung in den Landkreisen, wurde auf die Abfrage weiterer Wanderungen von Zugezogenen verzichtet. Damit bleibt eine Person, die der Teilpopulation M_b einmal zugeordnet wurde, dieser Teilpopulation für den gesamten Zeitraum zugeordnet. Aufgrund der tatsächlich möglichen²³ und stattfindenden Arbeitsmigration führt diese Annahme bei Landkreisen mit hoher Attraktivität zu einer Unterschätzung der Population, bei Landkreise mit niedriger Attraktivität zu einer Überschätzung.
- **Keine Berücksichtigung von Abschiebungen und Rückkehrförderung:** Aufgrund der sich derzeit ändernden politischen Rahmenbedingungen werden die Effekte durch Abschiebungen nicht detailliert berücksichtigt (siehe dazu oben). Für eine Abschätzung der Rückkehrförderung fehlt eine hinreichende Datenbasis. Beide Aspekte führen dazu, dass Personen, die im Modell aufgrund der Abfrage der Variable q_{bleib} in die Teilpopulation M_b eingehen, während des Betrachtungszeitraumes dort verbleiben, auch wenn in einigen Fällen damit zu rechnen ist, dass Aufenthaltstitel oder Duldungen nicht verlängert werden und deswegen eine Rückkehr oder Abschiebung stattfindet. Insofern enthalten die Zahlen eine Überschätzung, die sich mit Fortschreiten der Zeit intensiviert.

2.5. Status Quo zum 30. September 2016

2.5.1. Daten des Ausländerzentralregisters

Zunächst soll ein Überblick über die zum Stichtag 30. September 2016 in Bayern gemeldeten Personen mit eindeutig zuordenbarem Asylhintergrund gegeben werden.

2.5.1.1. Überblick über Ausländerzahlen in Bayern

Wie aus folgender Übersicht zu erkennen ist, lebten zum Stichtag 1.707.523 Ausländer in Bayern. Davon stammen leicht weniger als die Hälfte aus Nicht-EU-Staaten. Nur 9,5 % aller in Bayern lebenden Ausländer unterfallen der von der Studie in den Blick genommenen Herkunftsländer. Im Verhältnis zur Bevölkerung Bayerns (ca. 13 Mio. Menschen) handelt es sich um 1,3 %.

²³ Auch nach Einführung des § 12a AufenthG bleibt ein Umzug möglich, sobald eine Person oder ihre Familienangehörigen eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung im Umfang von mindestens 15 Stunde pro Woche aufnimmt; siehe § 12a Abs. 1 S. 2 AufenthG.

Tabelle 1: Anteile der Ausländer in Bayern

Ausländer in Deutschland	9.907.020		Anteil aller Ausländer	Anteil an Bevölkerung (12.843.514)		
	davon in Bayern	1.707.523		100 %	13,3 %	
		davon Nicht-EU-Bürger	844.246		49,4 %	6,6 %
			davon aus Afghanistan	40.966	2,4 %	0,3 %
			davon aus Eritrea	8.765	0,5 %	0,1 %
			davon aus dem Irak	38.439	2,3 %	0,3 %
			davon aus dem Iran	9.127	0,5 %	0,1 %
			davon aus Syrien	64.672	3,8 %	0,5 %
			davon TOP 5 gesamt	161.969	9,5 %	1,3 %
			sonstige Länder	682.277	80,8 %	5,3 %

Quelle: Ausländerzentralregister und Statistisches Bundesamt

2.5.1.2. Hauptherkunftsländer nach Altersgruppen und Geschlecht

Betrachtet man die soziodemografische Zusammensetzung der 5 Hauptherkunftsländer und aller Nicht-EU-Ausländer, so fällt auf, dass die von dieser Studie in den Blick zu nehmenden Länder einen deutlich niedrigeren Altersdurchschnitt aufweisen und auch bei der Geschlechterverteilung Männer deutlich überwiegen. Die Einfärbungen geben grafisch wieder, wie hoch der Anteil einer Kohorte für die einzelnen Kategorien ist. Personen, deren Alter oder Geschlecht im AZR nicht angegeben waren, bleiben bei der Betrachtung außen vor.

Quantifizierung des Zustroms

Tabelle 2: Anteil der Ausländer aus den fünf Ländern nach Alter und Geschlecht

	0 - 16 Jahre		16 - 18 Jahre		18 - 25 Jahre		25 - 35 Jahre		35 - 45 Jahre		45 - 55 Jahre		55 - 65 Jahre		ü65 Jahre		
	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	
Afghanistan	5.528	4.252	3.860	463	11.203	1.751	5.405	2.473	1.820	1.128	823	694	503	398	255	315	40.871
	14 %	10 %	9 %	1 %	27 %	4 %	13 %	6 %	4 %	3 %	2 %	2 %	1 %	1 %	1 %	1 %	
Eritrea	487	341	447	130	3.134	846	1.923	491	417	187	106	94	44	42	27	24	8.740
	6 %	4 %	5 %	1 %	36 %	10 %	22 %	6 %	5 %	2 %	1 %	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %	
Irak	5.339	4.707	908	413	4.373	1.990	6.252	3.298	4.017	2.039	1.983	1.086	682	585	332	418	38.422
	14 %	12 %	2 %	1 %	11 %	5 %	16 %	9 %	10 %	5 %	5 %	3 %	2 %	2 %	1 %	1 %	
Iran, Islamische Republik	436	342	83	39	777	178	2.535	1.000	1.097	660	553	355	344	194	332	195	9.120
	5 %	4 %	1 %	0 %	9 %	2 %	28 %	11 %	12 %	7 %	6 %	4 %	4 %	2 %	4 %	2 %	
Syrien, Arabische Republik	10.143	8.482	2.265	649	11.416	2.975	11.195	4.332	5.224	2.580	2.437	1.215	716	460	233	234	64.556
	16 %	13 %	4 %	1 %	18 %	5 %	17 %	7 %	8 %	4 %	4 %	2 %	1 %	1 %	0 %	0 %	
SUMME TOP 5	21.933	18.124	7.563	1.694	30.903	7.740	27.310	11.594	12.575	6.594	5.902	3.444	2.289	1.679	1.179	1.186	161.709
	14 %	11 %	5 %	1 %	19 %	5 %	17 %	7 %	8 %	4 %	4 %	2 %	1 %	1 %	1 %	1 %	
Alle nicht EU-Ausländer	50.491	44.453	15.052	7.982	74.480	43.128	102.017	85.817	83.542	83.549	62.187	56.336	27.803	32.744	36.656	37.391	843.628 ²⁴
	6 %	5 %	2 %	1 %	9 %	5 %	12 %	10 %	10 %	10 %	7 %	7 %	3 %	4 %	4 %	4 %	

Quelle: Ausländerzentralregister 30.09.2016

²⁴ Bei insgesamt 618 Personen konnte dem AZR keine Geschlechtsangabe entnommen werden. Deshalb weicht die in dieser Tabelle genannte Angabe von der auf S. 28 genannten Anzahl an Nicht-EU-Bürgern ab.

2.5.1.3. Zum Vergleich: Die Zensusdaten von 2011 für Deutschland

Tabelle 3: Deutsche Wohnbevölkerung über sechs Altersklassen

	0 – 25 Jahre	25 – 35 Jahre	35 – 45 Jahre	45 – 55 Jahre	55 – 65 Jahre	ü65 Jahre	
Deutschland	19.654.810	9.624.444	11.094.082	13.205.973	10.122.265	16.518.121	80,2 Mio.
	25 %	12 %	14 %	16 %	13 %	21 %	

Quelle: (DESTATIS 2011)

2.5.1.4. Vergleich zu Personen mit Aufenthaltsgestattung (Hauptherkunftsländer nach Alter und Geschlecht)

Die folgende Tabelle zeigt, dass sich die Alterszusammensetzung der Teilpopulationen je nach Herkunftsland auch unterscheidet, wenn man allen Ausländern eines bestimmten Herkunftslandes die Personen gegenüberstellt, die eine Aufenthaltsgestattung haben (also diejenigen, die sich derzeit noch im Asylverfahren befinden). Anhand der grünen Schattierungen, die für jede Tabellenzeile die relative Verteilung der Personen auf die jeweiligen Altersgruppen erkennbar machen, wird deutlich, dass nur bei Irakern ein relevanter Unterschied zwischen der Gruppe im Allgemeinen und der Subgruppe „Irak davon Aufenthaltsgestattung“ besteht. In allen anderen Fällen deckt sich die demographische Zusammensetzung der Gesamtgruppe weitestgehend mit der demografischen Zusammensetzung der Subgruppe der Personen mit Aufenthaltsgestattung. Diese Besonderheit der Gruppe der Iraker könnte dadurch erklärbar sein, dass Personen aus dem Irak, die sich bereits länger in Deutschland aufhalten als Flüchtlinge während des letzten Irakkrieges (2003) als junge Menschen kamen, weshalb sie jetzt der nächsten und übernächsten Alterskohorte angehören.

Tabelle 4: Anteil der Ausländer aus den fünf Ländern nach Alter und Geschlecht mit Aufenthaltsgestaltung

	0 - 16		16 - 18		18 - 25		25 - 35		35 - 45		45 - 55		55 - 65		65+		
	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	
Afghanistan	5.528	4.252	3.860	463	11.203	1.751	5.405	2.473	1.820	1.128	823	694	503	398	255	315	40.871
davon Aufenthaltsgestattung	2.478	1.750	2.412	220	6.667	821	2.740	1.041	768	417	249	233	159	129	59	57	20.200
Eritrea	487	341	447	130	3.134	846	1.923	491	417	187	106	94	44	42	27	24	8.740
davon Aufenthaltsgestattung	131	84	184	54	857	285	419	142	78	30	12	3	1	2	0	0	2.282
Irak	5.339	4.707	908	413	4.373	1.990	6.252	3.298	4.017	2.039	1.983	1.086	682	585	332	418	38.422
davon Aufenthaltsgestattung	929	797	266	85	1.759	455	1.797	638	661	313	237	130	69	57	30	43	8.266
Iran, Islamische Republik	436	342	83	39	777	178	2.535	1.000	1.097	660	553	355	344	194	332	195	9.120
davon Aufenthaltsgestattung	144	99	35	12	450	62	1.226	216	431	130	97	46	23	10	3	4	2.988
Syrien, Arabische Republik	10.143	8.482	2.265	649	11.416	2.975	11.195	4.332	5.224	2.580	2.437	1.215	716	460	233	234	64.556
davon Aufenthaltsgestattung	1.539	1.052	785	112	1.869	531	1.604	605	672	352	334	163	91	51	22	14	9.796
SUMME TOP 5	21.933	18.124	7.563	1.694	30.903	7.740	27.310	11.594	12.575	6.594	5.902	3.444	2.289	1.679	1.179	1.186	161.709
davon Aufenthaltsgestattung	5.221	3.782	3.682	483	11.602	2.154	7.786	2.642	2.610	1.242	929	575	343	249	114	118	43.532
Alle nicht EU-Ausländer	50.491	44.453	15.052	7.982	74.480	43.128	102.017	85.817	83.542	83.549	62.187	56.336	27.803	32.744	36.656	37.391	843.628
davon Aufenthaltsgestattung	8.631	6.616	4.416	685	19.629	4.316	15.854	5.830	5.836	2.693	1.825	1.089	598	550	188	262	79.018

Nicht berücksichtigt wurden Personen, deren Alter oder Geschlecht nicht angegeben wurde

Quelle: Ausländerzentralregister 30.09.2016

2.5.1.5. Regionale Verteilung von Ausländern innerhalb Bayerns

Die folgenden Tabellen geben einen Überblick darüber, wie sich die ausländische Bevölkerung Bayerns in den Regionen (Bezirke und Kreise) verteilt. Für die Planung der Gesundheitsversorgung und die Analyse der Auswirkung von Asylzuwanderung sind jedoch nicht allein die absoluten Zahlen relevant, bedeutsam ist vor allem die Relation von Ausländern und Gesamtbevölkerung. Um diese Relation darzustellen werden die aus dem Ausländerzentralregister (Stand: 30. September 2016) ermittelten Zahlen jeweils als „Ausländer pro 1.000 Einwohner“ angegeben. Dieser Wert gibt an, wie hoch der Anteil der jeweiligen Gruppe an der Gesamtbevölkerung der Beobachtungseinheit (Bezirk oder Kreis) ist.

2.5.1.5.1. Vergleich EU-Ausländer und Nicht-EU-Ausländer

2.5.1.5.1.1. Bezirke

Tabelle 5: Anteile der Ausländer in Bayern

Bezirk	Einwohner (Dez. 2015)	Ausländer (inkl. EU)			Ausländer (ohne EU)		
		Anzahl	Anteil	pro 1.000 Einwohner	Anzahl	Anteil	pro 1.000 Einwohner
Oberbayern	4.588.944	843.274	49,4 %	184	389.214	46,1 %	85
Niederbayern	1.212.119	110.488	6,5 %	91	46.532	5,5 %	38
Oberpfalz	1.092.339	84.814	5,0 %	78	42.328	5,0 %	39
Oberfranken	1.059.358	65.892	3,9 %	62	39.496	4,7 %	37
Mittelfranken	1.738.686	247.449	14,5 %	142	125.679	14,9 %	72
Unterfranken	1.306.048	108.093	6,3 %	83	63.505	7,5 %	49
Schwaben	1.846.020	225.677	13,2 %	122	115.693	13,7 %	63
<i>Nicht zuordenbare Ausländer</i>		21.836	1,3 %	--	21.799	2,6 %	--
Bayern gesamt	12.843.514	1.707.523	100,0 %	133	844.246	100,0 %	66

Quelle: Ausländerzentralregister 30.09.2016 und Statistisches Bundesamt

2.5.1.5.1.2. Landkreise

Tabelle 6: Anteil der Ausländer in Bayern aufgeteilt nach Landkreisen

Landkreis	Einwohner (Dez. 2015)	Ausländer (inkl. EU)			Ausländer (ohne EU)		
		Anzahl	Anteil	pro 1.000 Einwohner	Anzahl	Anteil	pro 1.000 Einwohner
Aichach-Friedberg	130.916	10.654	0,6 %	81	5.021	0,6 %	38
Altötting	108.485	11.678	0,7 %	108	4.897	0,6 %	45
Amberg (Stadt)	41.861	3.917	0,2 %	94	2.458	0,3 %	59
Amberg-Sulzbach	103.568	5.101	0,3 %	49	2.607	0,3 %	25
Ansbach (Landkreis)	181.314	14.662	0,9 %	81	6.044	0,7 %	33
Ansbach (Stadt)	41.159	5.040	0,3 %	122	2.701	0,3 %	66
Aschaffenburg (Landkreis)	173.695	14.797	0,9 %	85	7.377	0,9 %	42
Aschaffenburg (Stadt)	68.986	11.558	0,7 %	168	6.841	0,8 %	99
Augsburg (Landkreis)	245.600	22.805	1,3 %	93	11.211	1,3 %	46
Augsburg (Stadt)	286.374	61.971	3,6 %	216	33.659	4,0 %	118
Bad Kissingen	103.106	4.869	0,3 %	47	2.499	0,3 %	24
Bad Tölz-Wolfratshausen	124.930	16.416	1,0 %	131	6.599	0,8 %	53
Bamberg (Landkreis)	145.570	6.020	0,4 %	41	2.652	0,3 %	18
Bamberg (Stadt)	73.331	7.609	0,4 %	104	4.628	0,5 %	63
Bayreuth (Landkreis)	104.306	3.560	0,2 %	34	1.754	0,2 %	17
Bayreuth (Stadt)	72.148	6.920	0,4 %	96	4.458	0,5 %	62
Berchtesgadener Land	103.907	17.346	1,0 %	167	3.733	0,4 %	36
Cham	126.359	6.402	0,4 %	51	2.505	0,3 %	20
Coburg (Landkreis)	86.599	3.858	0,2 %	45	2.113	0,3 %	24
Coburg (Stadt)	41.257	4.082	0,2 %	99	2.757	0,3 %	67
Dachau	149.370	24.132	1,4 %	162	9.130	1,1 %	61
Deggendorf	116.596	9.010	0,5 %	77	3.919	0,5 %	34
Dillingen a.d.Donau	94.575	7.940	0,5 %	84	4.623	0,5 %	49
Dingolfing-Landau	94.104	10.533	0,6 %	112	3.683	0,4 %	39

Landkreis	Einwohner (Dez. 2015)	Ausländer (inkl. EU)			Ausländer (ohne EU)		
		Anzahl	Anteil	pro 1.000 Einwohner	Anzahl	Anteil	pro 1.000 Einwohner
Donau-Ries	131.345	11.311	0,7 %	86	5.073	0,6 %	39
Ebersberg	137.421	18.171	1,1 %	132	6.558	0,8 %	48
Eichstätt	128.805	12.163	0,7 %	94	5.442	0,6 %	42
Erding	133.747	15.331	0,9 %	115	5.843	0,7 %	44
Erlangen (Stadt)	108.336	19.801	1,2 %	183	11.594	1,4 %	107
Erlangen-Höchstadt	134.136	12.488	0,7 %	93	5.840	0,7 %	44
Forchheim	114.834	6.676	0,4 %	58	4.094	0,5 %	36
Freising	173.225	30.793	1,8 %	178	13.612	1,6 %	79
Freyung-Grafenau	78.122	2.883	0,2 %	37	1.321	0,2 %	17
Fürstenfeldbruck	213.481	29.946	1,8 %	140	14.140	1,7 %	66
Fürth (Landkreis)	114.291	7.698	0,5 %	67	2.711	0,3 %	24
Fürth (Stadt)	124.171	24.368	1,4 %	196	11.272	1,3 %	91
Garmisch-Partenkirchen	87.385	11.684	0,7 %	134	4.955	0,6 %	57
Günzburg	123.153	14.606	0,9 %	119	8.583	1,0 %	70
Haßberge	84.581	3.187	0,2 %	38	1.721	0,2 %	20
Hof (Landkreis)	96.429	4.880	0,3 %	51	2.680	0,3 %	28
Hof (Stadt)	44.660	6.591	0,4 %	148	4.336	0,5 %	97
Ingolstadt (Stadt)	132.438	23.476	1,4 %	177	12.290	1,5 %	93
Kaufbeuren (Stadt)	42.731	6.230	0,4 %	146	3.505	0,4 %	82
Kelheim	118.965	13.289	0,8 %	112	6.686	0,8 %	56
Kempten (Allgäu) (Stadt)	66.947	10.302	0,6 %	154	5.624	0,7 %	84
Kitzingen	89.306	7.008	0,4 %	78	2.871	0,3 %	32
Kronach	67.916	2.618	0,2 %	39	1.613	0,2 %	24
Kulmbach	72.468	2.967	0,2 %	41	1.817	0,2 %	25
Landsberg am Lech	117.657	10.461	0,6 %	89	5.219	0,6 %	44
Landshut (Landkreis)	154.577	14.050	0,8 %	91	5.147	0,6 %	33
Landshut (Stadt)	69.211	11.422	0,7 %	165	5.409	0,6 %	78

Quantifizierung des Zustroms

Landkreis	Einwohner (Dez. 2015)	Ausländer (inkl. EU)			Ausländer (ohne EU)		
		Anzahl	Anteil	pro 1.000 Einwohner	Anzahl	Anteil	pro 1.000 Einwohner
Lichtenfels	66.655	3.295	0,2 %	49	1.720	0,2 %	26
Lindau (Bodensee)	80.429	10.551	0,6 %	131	4.284	0,5 %	53
Main-Spessart	126.123	7.156	0,4 %	57	3.812	0,5 %	30
Memmingen (Stadt)	42.841	7.234	0,4 %	169	4.306	0,5 %	101
Miesbach	98.286	12.624	0,7 %	128	4.561	0,5 %	46
Miltenberg	128.446	12.997	0,8 %	101	7.685	0,9 %	60
Mühdorf a.Inn	112.034	12.547	0,7 %	112	5.540	0,7 %	49
München (Landkreis)	340.003	61.535	3,6 %	181	24.927	3,0 %	73
München (Stadt)	1.450.381	417.947	24,5 %	288	208.240	24,7 %	144
Neuburg-Schrobenhausen	94.654	8.844	0,5 %	93	4.156	0,5 %	44
Neumarkt i.d.OPf	130.385	10.037	0,6 %	77	4.491	0,5 %	34
Neustadt a.d. Aisch-Bad Windsheim	98.751	6.802	0,4 %	69	3.057	0,4 %	31
Neustadt a.d.Waldnaab	95.078	3.864	0,2 %	41	2.189	0,3 %	23
Neu-Ulm	170.309	24.157	1,4 %	142	12.274	1,5 %	72
Nürnberg (Stadt)	509.975	118.524	6,9 %	232	63.216	7,5 %	124
Nürnberger Land	167.643	14.551	0,9 %	87	7.084	0,8 %	42
Oberallgäu	152.672	12.903	0,8 %	85	5.344	0,6 %	35
Ostallgäu	137.709	11.925	0,7 %	87	5.791	0,7 %	42
Passau (Landkreis)	188.336	11.873	0,7 %	63	4.160	0,5 %	22
Passau (Stadt)	50.566	7.799	0,5 %	154	3.200	0,4 %	63
Pfaffenhofen a.d.Ilm	124.128	13.332	0,8 %	107	5.506	0,7 %	44
Regen	76.812	3.717	0,2 %	48	1.637	0,2 %	21
Regensburg (Landkreis)	189.390	15.194	0,9 %	80	6.199	0,7 %	33
Regensburg (Stadt)	145.465	23.582	1,4 %	162	12.375	1,5 %	85
Rhön-Grabfeld	79.723	2.916	0,2 %	37	1.748	0,2 %	22
Rosenheim (Landkreis)	256.074	27.592	1,6 %	108	11.182	1,3 %	44

Landkreis	Einwohner (Dez. 2015)	Ausländer (inkl. EU)			Ausländer (ohne EU)		
		Anzahl	Anteil	pro 1.000 Einwohner	Anzahl	Anteil	pro 1.000 Einwohner
Rosenheim (Stadt)	61.844	13.361	0,8 %	216	6.867	0,8 %	111
Roth	125.140	8.842	0,5 %	71	4.085	0,5 %	33
Rottal-Inn	119.218	10.429	0,6 %	87	3.787	0,4 %	32
Schwabach (Stadt)	40.428	4.956	0,3 %	123	2.166	0,3 %	54
Schwandorf	144.864	8.445	0,5 %	58	4.286	0,5 %	30
Schweinfurt (Landkreis)	114.813	5.037	0,3 %	44	2.777	0,3 %	24
Schweinfurt (Stadt)	51.969	8.462	0,5 %	163	5.889	0,7 %	113
Starnberg	133.621	19.759	1,2 %	148	8.190	1,0 %	61
Straubing (Stadt)	46.806	6.275	0,4 %	134	2.915	0,3 %	62
Straubing-Bogen	98.806	6.627	0,4 %	67	2.087	0,2 %	21
Tirschenreuth	73.314	2.842	0,2 %	39	1.603	0,2 %	22
Traunstein	174.162	16.061	0,9 %	92	5.859	0,7 %	34
Unterallgäu	140.419	12.126	0,7 %	86	5.433	0,6 %	39
Weiden i.d.Opf (Stadt)	42.055	4.320	0,3 %	103	2.505	0,3 %	60
Weilheim-Schongau	132.906	13.424	0,8 %	101	7.124	0,8 %	54
Weißenburg-Gunzenhausen	93.342	8.025	0,5 %	86	4.221	0,5 %	45
Wunsiedel i.Fichtelgebirge	73.185	5.165	0,3 %	71	3.224	0,4 %	44
Würzburg (Landkreis)	160.427	8.668	0,5 %	54	4.084	0,5 %	25
Würzburg (Stadt)	124.873	14.655	0,9 %	117	9.428	1,1 %	76
Nicht zuordenbare Personen	--	41.226	2,4 %	--	41.207	4,9 %	--
Bayern gesamt	12.843.514	1.707.483	100,0 %	133	844.246	100,0 %	66

Quelle: Ausländerzentralregister 30.09.2016 und Statistisches Bundesamt

2.5.1.5.2. Vergleich TOP 5 Herkunftsländer, Asylbewerber und Gestattete

2.5.1.5.2.1. Bezirke

Die hier sogenannten TOP 5 Herkunftsländer sind: Afghanistan, Eritrea, Irak, Iran und Syrien. Aus diesen Ländern kamen zu Beginn der Studie (April 2016) die meisten Asylbewerber mit einer Bleibewahrscheinlichkeit von über 50 %.

Tabelle 7: Anteil der Ausländer aus den fünf Herkunftsländern in den bayerischen Bezirken

Bezirk	Einwohner (Dez. 2015)	Ausländer aus TOP 5 Herkunftsländern			Personen mit Aufenthaltsgestattung		
		Anzahl	Anteil Bayern	pro 1.000 Ein- wohner	Anzahl	Anteil Bayern	pro 1.000 Ein- wohner
Oberbayern	4.588.944	57.896	35,7 %	13	30.040	38,0 %	7
Niederbayern	1.212.119	14.266	8,8 %	12	5.135	6,5 %	4
Oberpfalz	1.092.339	11.200	6,9 %	10	5.221	6,6 %	5
Oberfranken	1.059.358	8.552	5,3 %	8	3.510	4,4 %	3
Mittelfranken	1.738.686	21.605	13,3 %	12	11.776	14,9 %	7
Unterfranken	1.306.048	15.002	9,3 %	11	8.324	10,5 %	6
Schwaben	1.846.020	19.970	12,3 %	11	9.800	12,4 %	5
Nicht zuordenbare Personen	--	13.478	8,3 %	--	5.348	6,8 %	--
Bayern gesamt	12.843.514	161.969	100,0 %	13	79.154	100,0 %	6

Quelle: Ausländerzentralregister 30.09.2016 und Statistisches BundesamtLandkreise

Tabelle 8: Anteil der Ausländer aus den fünf Herkunftsländern in den bayerischen Landkreisen

Landkreis	Einwohner (Dez. 2015)	Ausländer aus TOP 5 Herkunftsländern			Personen mit Aufenthaltsgestattung		
		Anzahl	Anteil Bayern	pro 1.000 Ein- wohner	Anzahl	Anteil Bayern	pro 1.000 Ein- wohner
Aichach-Friedberg	130.916	1.052	0,6 %	8	849	1,1 %	6
Altötting	108.485	1.308	0,8 %	12	1.019	1,3 %	9
Amberg (Stadt)	41.861	835	0,5 %	20	248	0,3 %	6
Amberg-Sulzbach	103.568	930	0,6 %	9	530	0,7 %	5
Ansbach (Landkreis)	181.314	1.565	1,0 %	9	1.278	1,6 %	7
Ansbach (Stadt)	41.159	620	0,4 %	15	385	0,5 %	9
Aschaffenburg (Landkreis)	173.695	1.129	0,7 %	6	461	0,6 %	3
Aschaffenburg (Stadt)	68.986	1.394	0,9 %	20	315	0,4 %	5
Augsburg (Landkreis)	245.600	2.144	1,3 %	9	967	1,2 %	4
Augsburg (Stadt)	286.374	5.209	3,2 %	18	1.182	1,5 %	4
Bad Kissingen	103.106	827	0,5 %	8	319	0,4 %	3
Bad Tölz-Wolfratshausen	124.930	1.832	1,1 %	15	1.007	1,3 %	8
Bamberg (Landkreis)	145.570	592	0,4 %	4	264	0,3 %	2
Bamberg (Stadt)	73.331	811	0,5 %	11	117	0,1 %	2
Bayreuth (Landkreis)	104.306	409	0,3 %	4	122	0,2 %	1
Bayreuth (Stadt)	72.148	496	0,3 %	7	168	0,2 %	2
Berchtesgadener Land	103.907	795	0,5 %	8	707	0,9 %	7
Cham	126.359	1.024	0,6 %	8	596	0,8 %	5
Coburg (Landkreis)	86.599	445	0,3 %	5	142	0,2 %	2
Coburg (Stadt)	41.257	617	0,4 %	15	217	0,3 %	5
Dachau	149.370	1.173	0,7 %	8	1.166	1,5 %	8
Deggendorf	116.596	693	0,4 %	6	220	0,3 %	2
Dillingen a.d.Donau	94.575	1.099	0,7 %	12	562	0,7 %	6
Dingolfing-Landau	94.104	958	0,6 %	10	416	0,5 %	4
Donau-Ries	131.345	991	0,6 %	8	718	0,9 %	5
Ebersberg	137.421	895	0,6 %	7	790	1,0 %	6
Eichstätt	128.805	1.491	0,9 %	12	1.521	1,9 %	12
Erding	133.747	1.082	0,7 %	8	936	1,2 %	7
Erlangen (Stadt)	108.336	1.494	0,9 %	14	715	0,9 %	7
Erlangen-Höchstadt	134.136	1.125	0,7 %	8	600	0,8 %	4
Forchheim	114.834	831	0,5 %	7	330	0,4 %	3
Freising	173.225	1.529	0,9 %	9	1.799	2,3 %	10
Freyung-Grafenau	78.122	591	0,4 %	8	252	0,3 %	3
Fürstenfeldbruck	213.481	2.526	1,6 %	12	1.070	1,4 %	5
Fürth (Landkreis)	114.291	132	0,1 %	1	15	0,0 %	0

Landkreis	Einwohner (Dez. 2015)	Ausländer aus TOP 5 Herkunftsländern			Personen mit Aufenthaltsgestattung		
		Anzahl	Anteil Bayern	pro 1.000 Ein- wohner	Anzahl	Anteil Bayern	pro 1.000 Ein- wohner
Fürth (Stadt)	124.171	1.562	1,0 %	13	793	1,0 %	6
Garmisch-Partenkirchen	87.385	1.002	0,6 %	11	730	0,9 %	8
Günzburg	123.153	891	0,6 %	7	542	0,7 %	4
Haßberge	84.581	644	0,4 %	8	289	0,4 %	3
Hof (Landkreis)	96.429	490	0,3 %	5	239	0,3 %	2
Hof (Stadt)	44.660	952	0,6 %	21	315	0,4 %	7
Ingolstadt (Stadt)	132.438	863	0,5 %	7	557	0,7 %	4
Kaufbeuren (Stadt)	42.731	643	0,4 %	15	312	0,4 %	7
Kelheim	118.965	1.689	1,0 %	14	602	0,8 %	5
Kempten (Allgäu) (Stadt)	66.947	785	0,5 %	12	456	0,6 %	7
Kitzingen	89.306	724	0,4 %	8	240	0,3 %	3
Kronach	67.916	384	0,2 %	6	145	0,2 %	2
Kulmbach	72.468	566	0,3 %	8	201	0,3 %	3
Landsberg am Lech	117.657	1.670	1,0 %	14	801	1,0 %	7
Landshut (Landkreis)	154.577	1.359	0,8 %	9	615	0,8 %	4
Landshut (Stadt)	69.211	921	0,6 %	13	190	0,2 %	3
Lichtenfels	66.655	371	0,2 %	6	235	0,3 %	4
Lindau (Bodensee)	80.429	688	0,4 %	9	467	0,6 %	6
Main-Spessart	126.123	562	0,3 %	4	150	0,2 %	1
Memmingen (Stadt)	42.841	615	0,4 %	14	275	0,3 %	6
Miesbach	98.286	733	0,5 %	7	689	0,9 %	7
Miltenberg	128.446	714	0,4 %	6	255	0,3 %	2
Mühl Dorf a. Inn	112.034	1.076	0,7 %	10	984	1,2 %	9
München (Landkreis)	340.003	3.507	2,2 %	10	2.928	3,7 %	9
München (Stadt)	1.450.381	25.282	15,6 %	17	5.219	6,6 %	4
Neuburg-Schrobenhausen	94.654	907	0,6 %	10	472	0,6 %	5
Neumarkt i.d.OPf	130.385	1.055	0,7 %	8	574	0,7 %	4
Neustadt a.d. Aisch-Bad Windsheim	98.751	958	0,6 %	10	523	0,7 %	5
Neustadt a.d. Waldnaab	95.078	619	0,4 %	7	328	0,4 %	3
Neu-Ulm	170.309	1.543	1,0 %	9	750	0,9 %	4
Nürnberg (Stadt)	509.975	9.669	6,0 %	19	4.203	5,3 %	8
Nürnberger Land	167.643	1.658	1,0 %	10	768	1,0 %	5
Oberallgäu	152.672	1.139	0,7 %	7	924	1,2 %	6
Ostallgäu	137.709	1.433	0,9 %	10	701	0,9 %	5
Passau (Landkreis)	188.336	1.634	1,0 %	9	671	0,8 %	4
Passau (Stadt)	50.566	714	0,4 %	14	187	0,2 %	4

Landkreis	Ausländer aus TOP 5 Herkunftsländern				Personen mit Aufenthaltsgestattung		
	Einwohner (Dez. 2015)	Anzahl	Anteil Bayern	pro 1.000 Einwohner	Anzahl	Anteil Bayern	pro 1.000 Einwohner
Pfaffenhofen a.d.Ilm	124.128	1.185	0,7 %	10	975	1,2 %	8
Regen	76.812	946	0,6 %	12	224	0,3 %	3
Regensburg (Landkreis)	189.390	1.360	0,8 %	7	655	0,8 %	3
Regensburg (Stadt)	145.465	1.859	1,1 %	13	440	0,6 %	3
Rhön-Grabfeld	79.723	432	0,3 %	5	138	0,2 %	2
Rosenheim (Landkreis)	256.074	2.084	1,3 %	8	1.517	1,9 %	6
Rosenheim (Stadt)	61.844	453	0,3 %	7	415	0,5 %	7
Roth	125.140	916	0,6 %	7	745	0,9 %	6
Rottal-Inn	119.218	1.011	0,6 %	8	525	0,7 %	4
Schwabach (Stadt)	40.428	456	0,3 %	11	285	0,4 %	7
Schwandorf	144.864	1.372	0,8 %	9	578	0,7 %	4
Schweinfurt (Landkreis)	114.813	770	0,5 %	7	272	0,3 %	2
Schweinfurt (Stadt)	51.969	1.240	0,8 %	24	47	0,1 %	1
Starnberg	133.621	1.500	0,9 %	11	1.219	1,5 %	9
Straubing (Stadt)	46.806	518	0,3 %	11	262	0,3 %	6
Straubing-Bogen	98.806	920	0,6 %	9	380	0,5 %	4
Tirschenreuth	73.314	635	0,4 %	9	361	0,5 %	5
Traunstein	174.162	1.803	1,1 %	10	1.508	1,9 %	9
Unterallgäu	140.419	1.013	0,6 %	7	812	1,0 %	6
Weiden i.d.Opf (Stadt)	42.055	693	0,4 %	16	361	0,5 %	9
Weilheim-Schongau	132.906	1.279	0,8 %	10	1.285	1,6 %	10
Weißenburg-Gunzenhausen	93.342	760	0,5 %	8	676	0,9 %	7
Wunsiedel i.Fichtelgebirge	73.185	864	0,5 %	12	205	0,3 %	3
Würzburg (Landkreis)	160.427	865	0,5 %	5	171	0,2 %	1
Würzburg (Stadt)	124.873	1.366	0,8 %	11	327	0,4 %	3
Nicht zuordenbare Personen	--	25.003	15,4 %	--	14.438	18,2 %	--
Bayern insgesamt	12.843.514	161.969	100 %	13	79.154	100 %	6

Quelle: Ausländerzentralregister 30.09.2016 und Statistisches Bundesamt

2.5.1.5.2.2. Übersichtskarten zur regionalen Verteilung

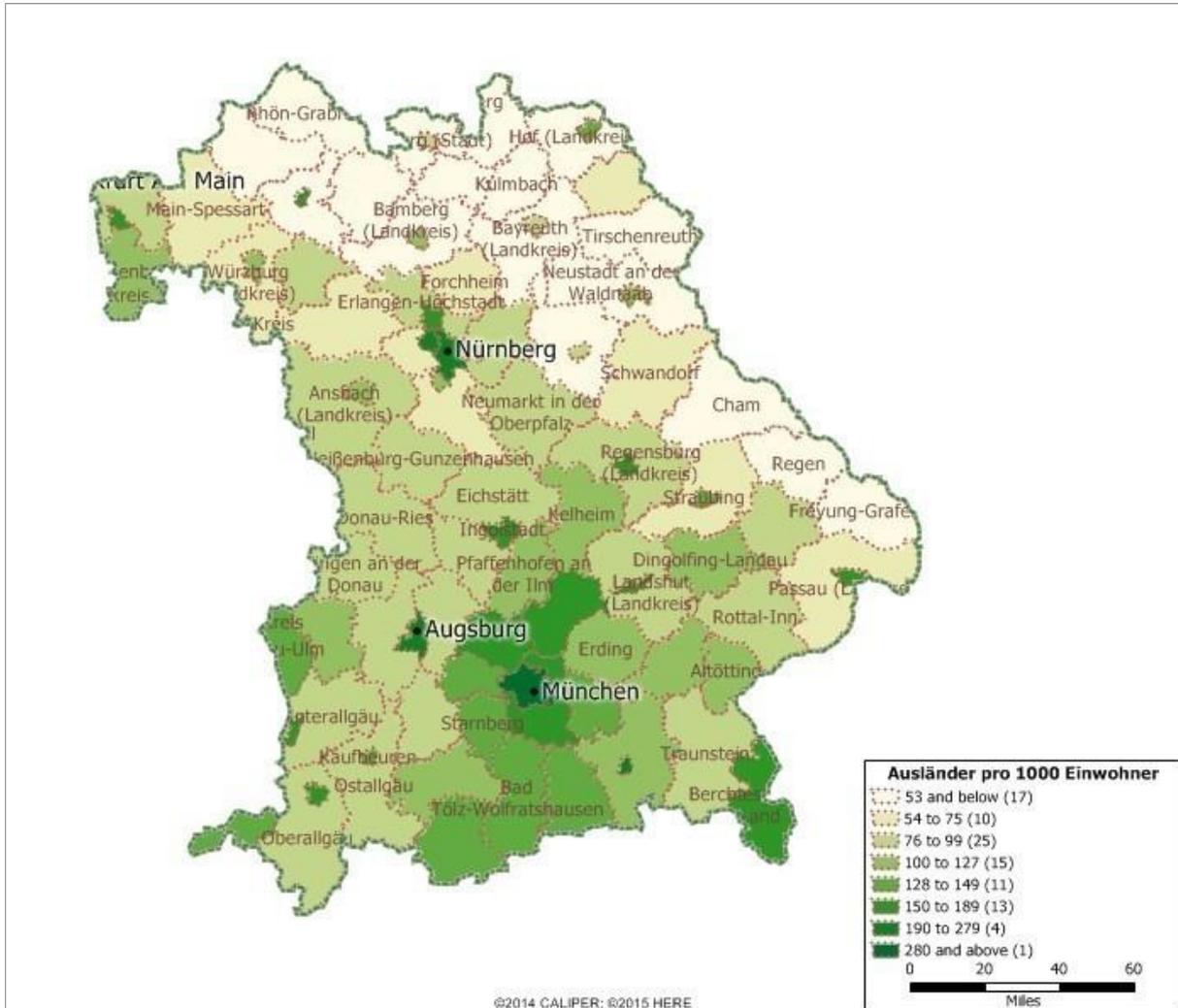


Abbildung 1: Regionale Verteilung der Ausländer pro 1.000 Einwohner in Bayern
Quelle: Eigene Darstellung

Wie zu erwarten war, findet sich der höchste Ausländeranteil (inkl. EU) in der Region um die Metropolregionen München, Nürnberg. Auffällig ist der um das 4-fache niedrigere Ausländeranteil pro 1.000 Einwohner in den meisten Regionen von Oberfranken und Unterfranken. Im Vergleich dazu zeigt die folgende Karte die Verteilung des Ausländeranteils der Nicht-EU-Ausländer in Bayerns Landkreisen. Das Stadt-Land-Gefälle ist deutlich erkennbar.

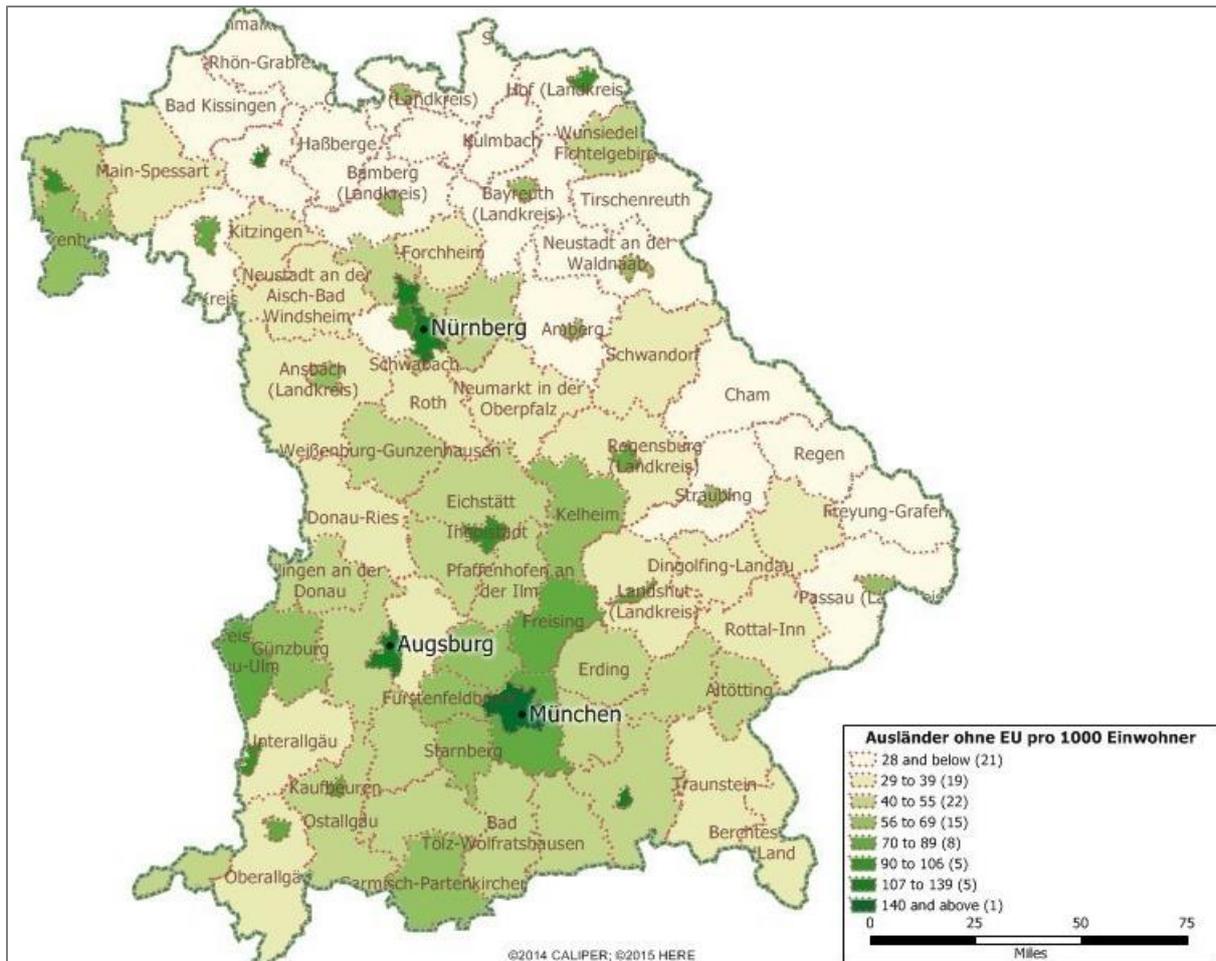


Abbildung 2: Regionale Verteilung der Ausländer ohne EU pro 1.000 Einwohnern in Bayern
 Quelle: Eigene Darstellung

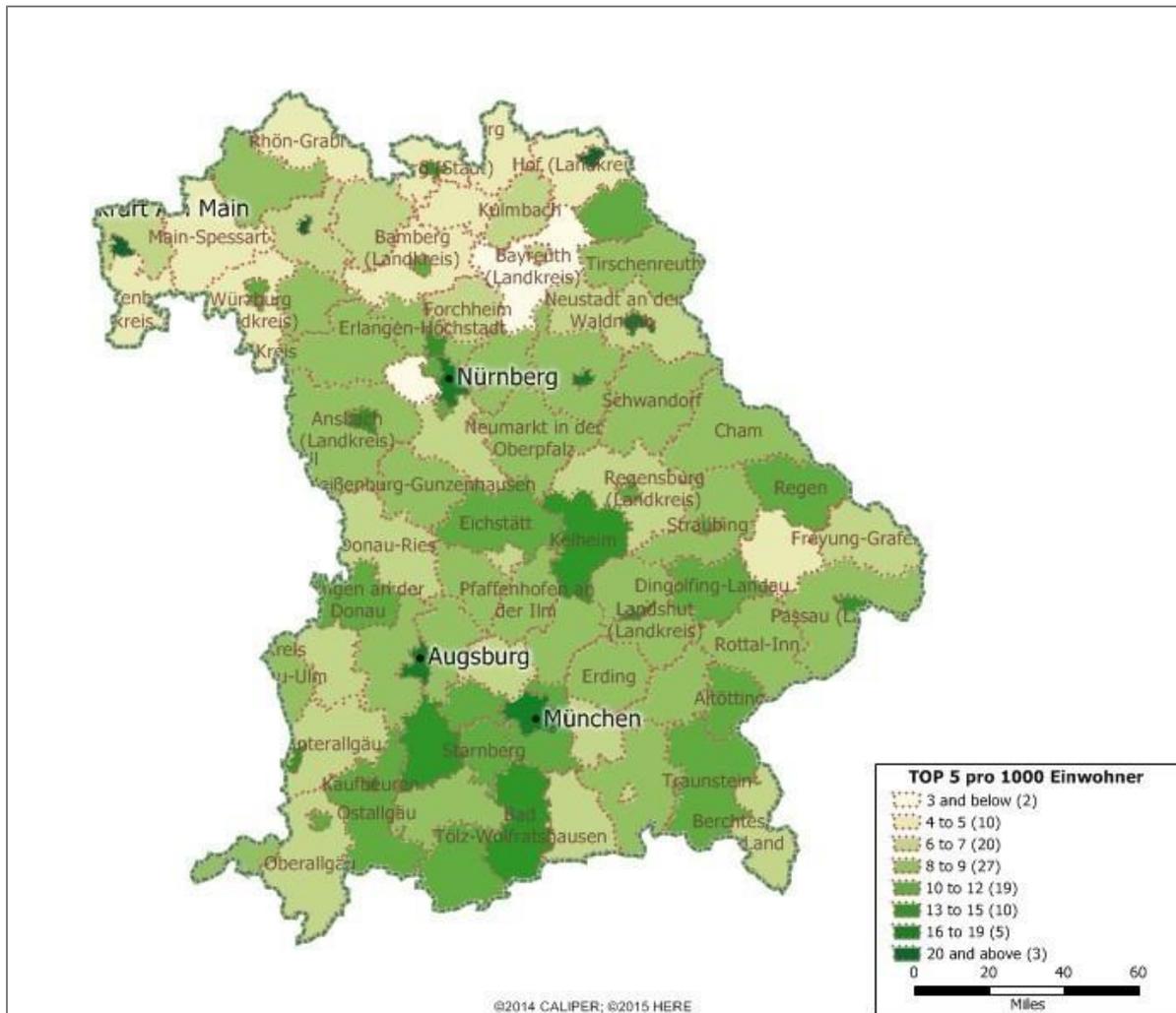


Abbildung 3: Regionale Verteilung der Ausländer aus den fünf Herkunftsländern pro 1.000 Einwohner in Bayern
Quelle: Eigene Darstellung

Vergleicht man die vorherige Abbildung mit der Verteilung aller Ausländer, der von uns in den Blick genommenen TOP 5 Herkunftsländer, so zeigt sich, dass diese – bedingt durch die große Anzahl an Asylbewerbern, die ihren Aufenthaltsort nicht frei wählen können – gleichmäßiger verteilt sind, als sonstige Nicht-EU-Ausländer.

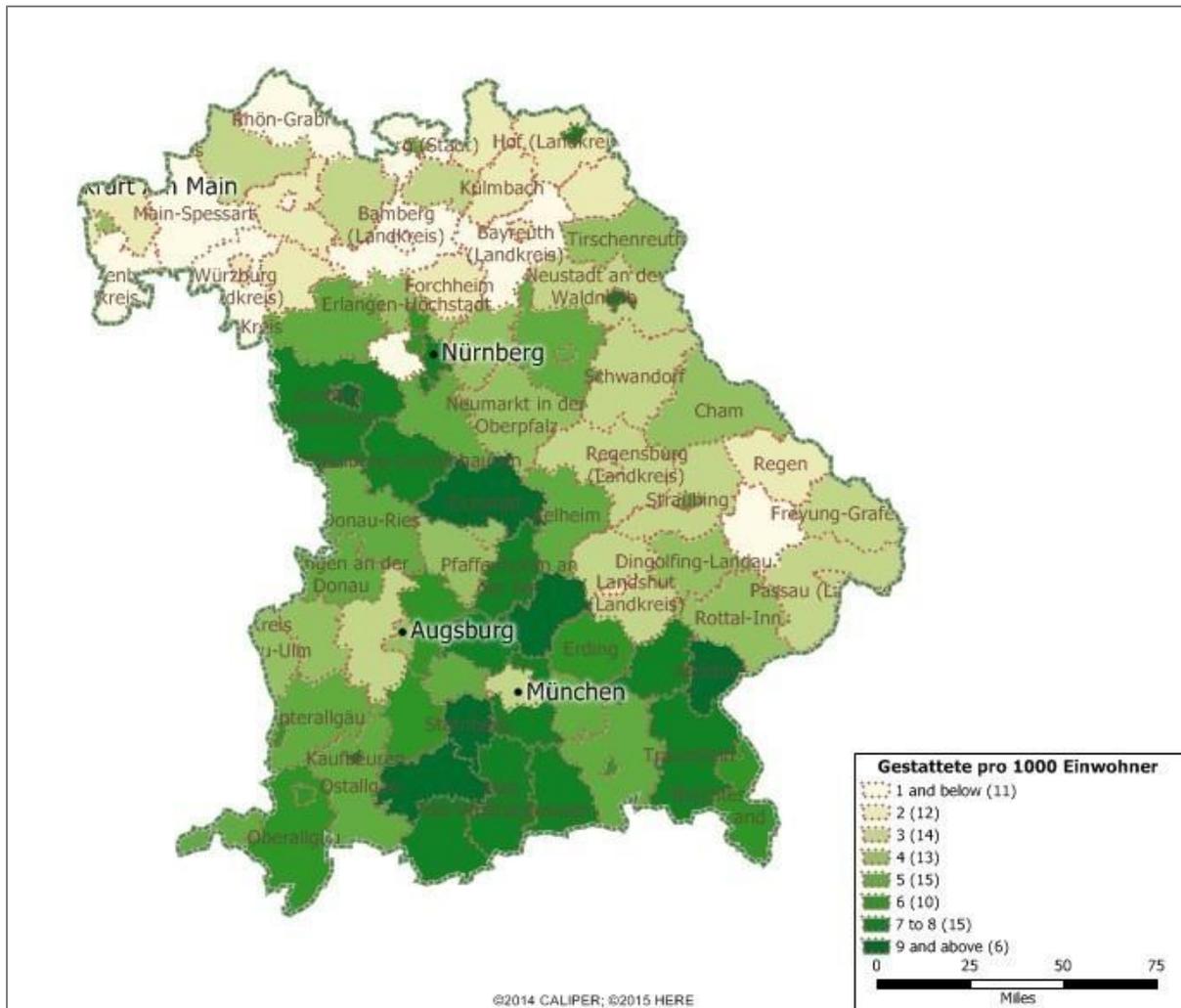


Abbildung 4: Regionale Verteilung der Gestatteten pro 1.000 Einwohnern in Bayern
 Quelle: Eigene Darstellung

Personen mit einer Aufenthaltsgestattung sind nach dieser Grafik im Südwesten Bayerns etwas häufiger zu finden. Diese Grafik ist jedoch nur teilweise aussagekräftig, da insbesondere in Unterfranken die „zentrale Ausländerbehörde“ für einen großen Teil von Asylbewerbern zuständig ist und diese Ausländer somit im AZR keinem Landkreis zugeordnet werden können.

2.5.2. Ausdifferenzierung nach Teilpopulationen und Landkreisen

2.5.2.1. Teilpopulation M_a (nach Altersgruppe und Geschlecht)

Tabelle 9: Teilpopulation M_a nach Altersgruppe und Geschlecht über alle Landkreise

Landkreis	Altersgruppe Geschlecht	Alle	Alle		0 - 17		18 - 34		35 - 64		65+	
		Alle	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w
Aichach-Friedberg		849	556	291	154	109	317	134	83	47	2	3
Altötting		1.019	599	419	208	149	319	203	69	63	3	4
Amberg (Stadt)		248	191	57	73	21	87	19	30	16	1	2
Amberg-Sulzbach		530	386	141	124	52	214	51	48	34	0	4
Ansbach (Landkreis)		1.278	884	393	252	155	479	144	151	92	2	2
Ansbach (Stadt)		385	281	104	52	28	187	48	41	25	1	3
Aschaffenburg (Landkreis)		461	344	117	97	42	208	56	39	19	0	0
Aschaffenburg (Stadt)		315	213	102	58	25	106	45	46	29	3	3
Augsburg (Landkreis)		967	777	188	112	27	540	123	125	38	0	0
Augsburg (Stadt)		1.182	798	383	252	149	431	155	111	75	4	4
Bad Kissingen		319	209	109	84	44	84	41	39	23	2	3
Bad Tölz-Wolfratshausen		1.007	653	354	124	53	426	224	99	73	4	4
Bamberg (Landkreis)		264	222	42	58	9	133	28	31	5	0	0
Bamberg (Stadt)		117	95	21	26	10	63	10	6	1	0	0
Bayreuth (Landkreis)		122	92	30	12	6	64	15	15	9	1	0
Bayreuth (Stadt)		168	100	68	34	18	52	33	14	16	0	1
Berchtesgadener Land		707	466	240	164	109	243	92	58	36	1	3
Cham		596	413	182	142	48	197	88	70	45	4	5
Coburg (Landkreis)		142	120	22	69	7	41	8	9	5	1	2
Coburg (Stadt)		217	142	71	58	18	56	35	27	16	1	2
Dachau		1.166	1.055	108	58	29	864	47	130	30	3	2
Deggendorf		220	185	35	101	17	71	10	13	8	0	0

Landkreis	Altersgruppe Geschlecht	Alle	Alle		0 - 17		18 - 34		35 - 64		65+	
		Alle	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w
Dillingen a.d.Donau		562	387	173	122	61	204	84	60	28	1	0
Dingolfing-Landau		416	392	24	56	7	293	13	42	4	1	1
Donau-Ries		718	463	255	157	114	236	100	66	40	4	1
Ebersberg		790	763	27	33	5	621	17	108	5	1	0
Eichstätt		1.521	1.149	370	223	145	779	160	143	61	4	8
Erding		936	649	287	150	111	418	128	80	48	1	0
Erlangen (Stadt)		715	470	243	143	78	231	104	95	58	1	3
Erlangen-Höchststadt		600	441	157	33	12	325	103	81	40	2	2
Forchheim		330	217	113	40	19	136	65	41	29	0	0
Freising		1.799	1.275	512	235	147	870	286	166	74	4	5
Freyung-Grafenau		252	190	62	73	22	95	33	22	6	0	1
Fürstenfeldbruck		1.070	667	399	108	45	436	246	119	101	4	7
Fürth (Landkreis)		15	12	3	7	1	5	2	0	0	0	0
Fürth (Stadt)		793	501	292	138	98	265	110	97	79	1	5
Garmisch-Partenkirchen		730	515	215	141	81	301	80	71	52	2	2
Günzburg		542	366	176	112	68	210	76	44	31	0	1
Haßberge		289	194	95	72	38	94	40	27	16	1	1
Hof (Landkreis)		239	166	70	32	15	107	34	27	20	0	1
Hof (Stadt)		315	246	67	87	20	130	25	29	20	0	2
Ingolstadt (Stadt)		557	442	115	136	43	256	59	50	13	0	0
Kaufbeuren (Stadt)		312	254	58	42	24	182	26	29	8	1	1
Kelheim		602	453	148	143	67	257	52	52	28	1	1
Kempten (Allgäu) (Stadt)		456	289	167	94	71	149	75	45	20	1	2
Kitzingen		240	194	45	62	13	105	23	27	9	0	0
Kronach		145	100	45	34	25	58	13	8	7	0	0
Kulmbach		201	142	59	32	6	89	33	21	20	0	0
Landsberg am Lech		801	703	97	65	29	538	47	99	20	1	1

Quantifizierung des Zustroms

Landkreis	Altersgruppe Geschlecht	Alle	Alle		0 - 17		18 - 34		35 - 64		65+	
		Alle	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w
Landshut (Landkreis)		615	502	112	123	39	324	53	55	19	0	1
Landshut (Stadt)		190	152	38	37	14	84	10	31	14	0	0
Lichtenfels		235	155	80	42	24	89	32	24	22	0	2
Lindau (Bodensee)		467	309	157	115	58	163	77	30	22	1	1
Main-Spessart		150	99	49	46	16	36	23	16	10	1	0
Memmingen (Stadt)		275	198	77	49	32	127	33	21	11	1	2
Miesbach		689	574	114	83	39	409	59	81	14	1	2
Miltenberg		255	182	73	88	25	59	26	34	21	1	1
Mühdorf a. Inn		984	758	224	168	98	496	98	92	28	1	0
München (Landkreis)		2.928	2.314	591	413	247	1.587	253	308	88	6	3
München (Stadt)		5.219	3.764	1.455	908	448	2.404	738	433	246	19	23
Neuburg-Schrobenhausen		472	364	107	78	53	239	39	47	15	0	0
Neumarkt i.d.OPf		574	400	173	101	57	217	68	78	45	4	7
Neustadt a.d. Aisch-Bad Windsheim		523	343	179	86	31	178	96	75	47	4	5
Neustadt a.d.Waldnaab		328	233	95	45	16	136	44	52	35	0	0
Neu-Ulm		750	686	63	40	13	542	31	102	18	1	2
Nürnberg (Stadt)		4.203	2.829	1.365	609	393	1.724	623	477	311	19	38
Nürnberger Land		768	541	226	121	39	313	127	104	59	3	1
Oberallgäu		924	676	248	198	103	390	107	86	38	2	0
Ostallgäu		701	561	140	132	62	348	54	81	24	0	0
Passau (Landkreis)		671	518	153	136	58	314	66	67	29	1	1
Passau (Stadt)		187	145	42	41	14	90	24	14	4	0	0
Pfaffenhofen a.d. Ilm		975	898	74	43	23	740	39	114	11	1	1
Regen		224	206	17	19	4	147	10	39	3	1	0
Regensburg (Landkreis)		655	442	212	162	84	220	79	59	47	1	2
Regensburg (Stadt)		440	343	97	158	37	150	35	34	23	1	3
Rhön-Grabfeld		138	90	46	51	19	28	14	11	11	0	2

Landkreis	Altersgruppe Geschlecht	Alle	Alle		0 - 17		18 - 34		35 - 64		65+	
		Alle	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w
Rosenheim (Landkreis)		1.517	1.152	363	248	139	743	160	160	61	1	3
Rosenheim (Stadt)		415	301	114	62	38	207	64	30	10	2	2
Roth		745	509	235	132	72	301	106	76	54	0	3
Rottal-Inn		525	378	147	137	63	197	60	44	24	0	0
Schwabach (Stadt)		285	217	67	33	10	143	33	40	23	1	1
Schwandorf		578	411	167	60	34	287	98	60	34	4	1
Schweinfurt (Landkreis)		272	187	83	76	26	76	41	35	16	0	0
Schweinfurt (Stadt)		47	40	7	31	2	7	3	2	2	0	0
Starnberg		1.219	833	384	202	185	503	150	125	47	3	5
Straubing (Stadt)		262	211	51	72	23	104	17	35	9	0	2
Straubing-Bogen		380	301	79	102	35	166	30	33	14	0	0
Tirschenreuth		361	245	116	88	40	123	50	34	25	0	1
Traunstein		1.508	1.246	257	166	94	948	129	130	32	2	2
Unterallgäu		812	602	208	149	80	368	92	85	36	0	0
Weiden i.d.Opf (Stadt)		361	294	67	74	24	184	30	35	12	1	1
Weilheim-Schongau		1.285	1.083	200	108	84	823	84	152	28	0	4
Weißenburg-Gunzenhausen		676	423	252	161	116	189	88	73	46	0	2
Wunsiedel i.Fichtelgebirge		205	157	47	31	9	88	28	38	10	0	0
Würzburg (Landkreis)		171	138	32	60	12	63	10	15	10	0	0
Würzburg (Stadt)		327	234	93	106	35	95	36	32	22	1	0
<i>Nicht zuordenbare Personen</i>		14.438	9.314	5.115	1.975	1.644	5.742	2.336	1.557	1.060	40	46
Bayern insgesamt		79.154	56.979	22.042	13.047	7.301	35.483	10.146	8.259	4.332	188	262

Quelle: Ausländerzentralregister 30.09.2016

2.5.2.2. Teilpopulation M_b (nach Altersgruppe und Geschlecht)Tabelle 10: Teilpopulation M_b nach Altersgruppe und Geschlecht über alle Landkreise

Landkreis	Altersgruppe Geschlecht	Alle	Alle		0 – 17		18 – 34		35 – 64		65+	
		Alle	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w
Aichach-Friedberg		642	407	235	72	82	195	68	118	74	22	11
Altötting		633	363	269	88	83	157	99	111	77	7	10
Amberg (Stadt)		550	352	198	78	73	160	58	104	54	10	13
Amberg-Sulzbach		256	188	68	30	27	96	19	59	18	3	4
Ansbach (Landkreis)		808	513	294	143	112	204	84	159	87	7	11
Ansbach (Stadt)		441	317	121	57	25	167	39	89	48	4	9
Aschaffenburg (Landkreis)		836	553	282	84	79	286	78	159	98	24	27
Aschaffenburg (Stadt)		1.193	801	392	125	90	360	112	285	153	31	37
Augsburg (Landkreis)		1.001	686	314	92	70	369	100	202	120	23	24
Augsburg (Stadt)		5.698	3.420	2.276	506	432	1.317	544	1.182	809	415	491
Bad Kissingen		632	383	249	103	99	170	70	102	67	8	13
Bad Tölz-Wolfratshausen		742	448	294	114	86	201	110	119	85	14	13
Bamberg (Landkreis)		391	259	132	57	49	141	37	56	41	5	5
Bamberg (Stadt)		802	517	285	63	81	276	70	145	94	33	40
Bayreuth (Landkreis)		189	121	68	23	13	34	18	48	30	16	7
Bayreuth (Stadt)		682	391	290	45	52	156	77	155	119	35	42
Berchtesgadener Land		387	251	136	36	37	117	53	87	42	11	4
Cham		405	272	133	68	53	126	39	72	37	6	4
Coburg (Landkreis)		315	198	116	65	55	85	32	45	28	3	1
Coburg (Stadt)		353	238	115	37	31	129	42	65	38	7	4
Dachau		830	533	297	80	72	226	84	199	127	28	14
Deggendorf		488	345	143	88	51	167	47	84	37	6	8
Dillingen a.d.Donau		802	509	293	118	91	227	96	160	97	4	9
Dingolfing-Landau		665	540	125	65	41	347	37	122	44	6	3
Donau-Ries		423	277	146	51	42	121	44	97	54	8	6

Landkreis	Altersgruppe Geschlecht	Alle	Alle		0 – 17		18 – 34		35 – 64		65+	
		Alle	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w
Ebersberg		635	452	183	60	33	228	48	151	93	13	9
Eichstätt		342	246	96	31	24	151	30	60	39	4	3
Erding		494	307	187	71	55	122	68	106	58	8	6
Erlangen (Stadt)		1.177	688	489	96	79	246	118	267	219	79	73
Erlangen-Höchstadt		626	431	195	58	47	213	68	139	63	21	17
Forchheim		453	288	165	61	51	125	49	97	54	5	11
Freising		916	602	314	51	44	244	82	253	160	54	28
Freyung-Grafenau		274	164	110	36	48	78	36	48	23	2	3
Fürstenfeldbruck		1.783	1.044	739	215	224	359	206	392	269	78	40
Fürth (Landkreis)		161	98	63	19	8	29	12	38	28	12	15
Fürth (Stadt)		1.427	851	575	169	121	305	133	326	257	51	64
Garmisch-Partenkirchen		738	464	274	88	72	229	99	133	91	14	12
Günzburg		653	419	234	80	60	189	74	140	94	10	6
Haßberge		466	313	153	87	57	130	46	94	47	2	3
Hof (Landkreis)		309	196	113	32	45	96	31	56	30	12	7
Hof (Stadt)		945	627	318	120	91	267	75	198	97	42	55
Ingolstadt (Stadt)		719	460	259	47	35	190	74	197	128	26	22
Kaufbeuren (Stadt)		345	223	122	54	34	121	53	47	30	1	5
Kelheim		1.118	807	311	118	102	457	100	223	101	9	8
Kempten (Allgäu) (Stadt)		536	389	147	49	35	217	54	105	45	18	13
Kitzingen		577	386	191	87	77	185	54	109	53	5	7
Kronach		169	101	68	20	30	38	15	37	18	6	5
Kulmbach		351	211	140	59	65	76	31	67	38	9	6
Landsberg am Lech		792	673	119	55	33	495	45	114	31	9	10
Landshut (Landkreis)		1.023	815	208	94	66	520	69	190	68	10	5
Landshut (Stadt)		856	597	259	72	70	297	73	203	99	25	17
Lichtenfels		316	205	111	56	42	100	38	47	28	2	3

Quantifizierung des Zustroms

Landkreis	Altersgruppe Geschlecht	Alle	Alle		0 – 17		18 – 34		35 – 64		65+	
		Alle	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w
Lindau (Bodensee)		537	340	197	79	58	117	54	136	77	8	8
Main-Spessart		366	263	103	42	24	145	36	70	38	6	5
Memmingen (Stadt)		452	285	167	54	51	123	51	102	47	6	18
Miesbach		312	220	92	42	30	124	32	49	27	5	3
Miltenberg		603	390	213	90	70	164	54	116	72	20	17
Mühlendorf a.Inn		519	343	176	54	52	185	62	91	52	13	10
München (Landkreis)		1.889	1.184	702	213	170	498	219	427	258	46	55
München (Stadt)		26.493	15.549	10.944	1.927	1.735	4.982	2.550	6.972	4.851	1.668	1.808
Neuburg-Schrobenhausen		594	396	198	64	37	151	63	175	90	6	8
Neumarkt i.d.OPf		305	205	100	33	25	96	28	71	42	5	5
Neustadt a.d. Aisch-Bad Windsheim		535	337	198	114	75	136	68	83	48	4	7
Neustadt a.d.Waldnaab		318	213	105	63	38	91	26	53	35	6	6
Neu-Ulm		993	731	262	82	63	383	71	229	106	37	22
Nürnberg (Stadt)		11.347	6.506	4.838	806	607	2.186	980	2.638	2.166	876	1.085
Nürnberger Land		884	621	263	160	72	275	96	167	80	19	15
Oberallgäu		748	512	236	104	65	280	80	116	84	12	7
Ostallgäu		825	592	233	117	89	312	81	154	56	9	7
Passau (Landkreis)		1.007	699	308	128	112	375	115	187	72	9	9
Passau (Stadt)		539	383	156	60	38	244	64	75	49	4	5
Pfaffenhofen a.d.Ilm		478	346	131	51	41	179	39	104	47	12	4
Regen		589	489	100	57	47	320	27	108	24	4	2
Regensburg (Landkreis)		940	593	346	140	117	272	110	167	104	14	15
Regensburg (Stadt)		1.712	1.136	576	147	100	431	137	479	245	79	94
Rhön-Grabfeld		299	184	115	39	30	73	35	68	45	4	5
Rosenheim (Landkreis)		1.843	1.145	692	215	146	497	219	388	281	45	45
Rosenheim (Stadt)		540	353	187	49	28	134	52	160	100	10	7
Roth		444	309	134	64	36	141	55	100	40	4	3

Landkreis	Altersgruppe Geschlecht	Alle	Alle		0 – 17		18 – 34		35 – 64		65+	
		Alle	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w
Rottal-Inn		663	453	209	68	64	229	64	153	74	3	7
Schwabach (Stadt)		348	225	123	43	22	87	35	90	56	5	10
Schwandorf		849	581	268	107	101	293	87	172	77	9	3
Schweinfurt (Landkreis)		545	350	193	80	52	154	55	112	77	4	9
Schweinfurt (Stadt)		1.320	750	569	194	181	287	179	241	182	28	27
Starnberg		653	403	250	37	30	164	74	181	125	21	21
Straubing (Stadt)		636	404	232	42	26	162	37	156	111	44	58
Straubing-Bogen		643	457	186	80	52	251	68	121	62	5	4
Tirschenreuth		195	126	69	35	26	48	20	40	20	3	3
Traunstein		985	758	227	106	57	468	68	170	94	14	8
Unterallgäu		386	285	100	49	27	125	29	99	40	12	4
Weiden i.d.Opf (Stadt)		679	442	237	57	61	238	60	116	65	31	51
Weilheim-Schongau		655	460	195	65	64	248	45	119	70	28	16
Weißenburg-Gunzenhausen		567	335	232	95	98	123	60	103	62	14	12
Wunsiedel i.Fichtelgebirge		457	296	161	71	65	122	52	94	36	9	8
Würzburg (Landkreis)		717	497	219	84	61	261	70	134	72	18	16
Würzburg (Stadt)		2.132	1.289	843	148	124	551	188	452	338	138	193
<i>nicht zuordenbare Personen</i>		1.260	853	393	157	132	465	150	226	106	5	5
Bayern		108.166	68.227	39.892	10.785	8.773	28.731	10.583	24.125	15.542	4.585	4.993

Quelle: Ausländerzentralregister 30.09.2016

2.6. Ergebnisse der Schätzungen

2.6.1. Netto-Asylzuwanderung Bayern

Die folgende Grafik zeigt die sich aus dem Modell ergebende Tendenz der Anzahl der insgesamt zu versorgenden Personen mit Asylhintergrund in Bayern. Die äußerst hohe Zahl von rund 1 Mio. Menschen in 2022 bei Zugrundelegung des Extremszenarios von 890.000 Zuwanderern pro Jahr ist **zurückhaltend zu interpretieren**, da bereits im Jahr 2016 eine deutlich niedrigere Anzahl von Asylzuwandern (ca. 280.000²⁵) nach Deutschland kam. Es müssten jedes Jahr gleichermaßen 890.000 Personen im Wege der Asylzuwanderung nach Deutschland kommen.

Die hier gezeigten absoluten Zahlen sind als Basis für eine politische Entscheidung im Rahmen der Gesundheitsplanung und -versorgung nicht geeignet, sondern dienen lediglich dem Überblick.

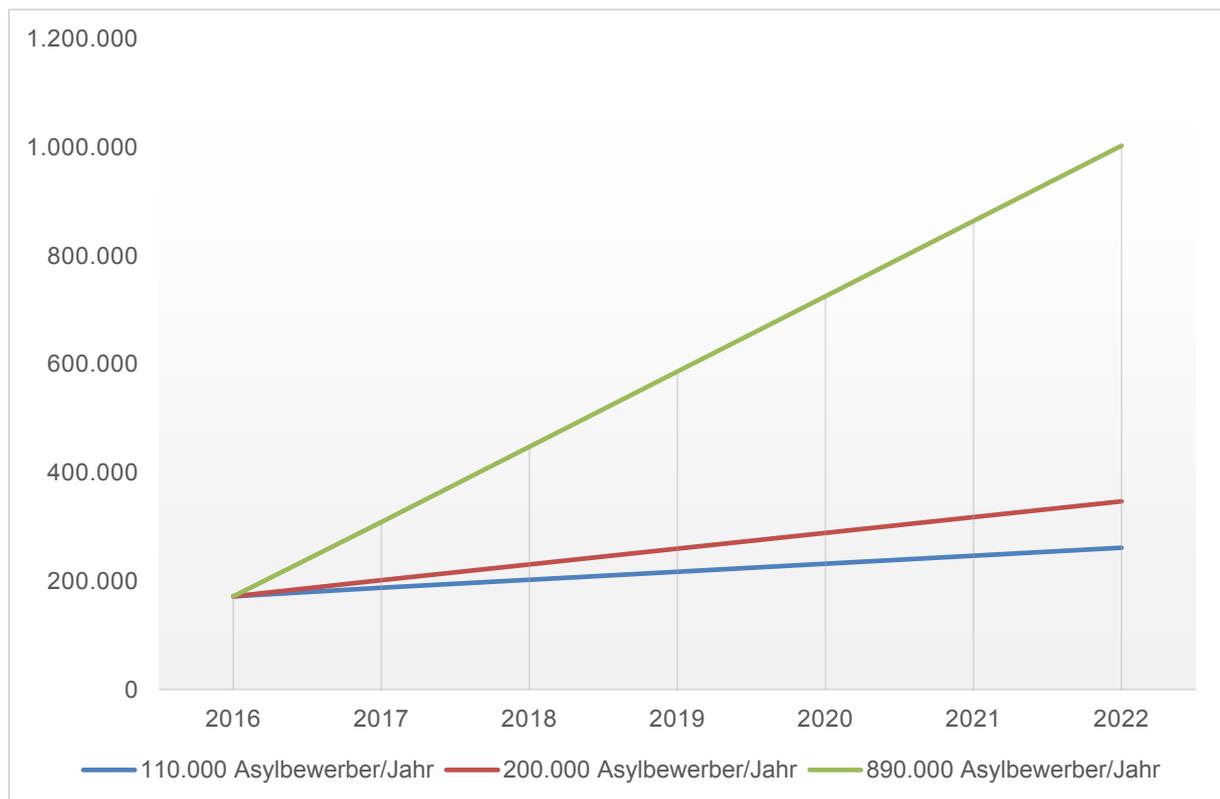


Abbildung 5: Prognose der Netto-Asylzuwanderung in Bayern bis 2022

Quelle: Eigene Berechnungen

²⁵ Pressemitteilung Bundesministerium des Inneren 11.01.2017.

2.6.2. Netto-Asylzuwanderung Regierungsbezirke

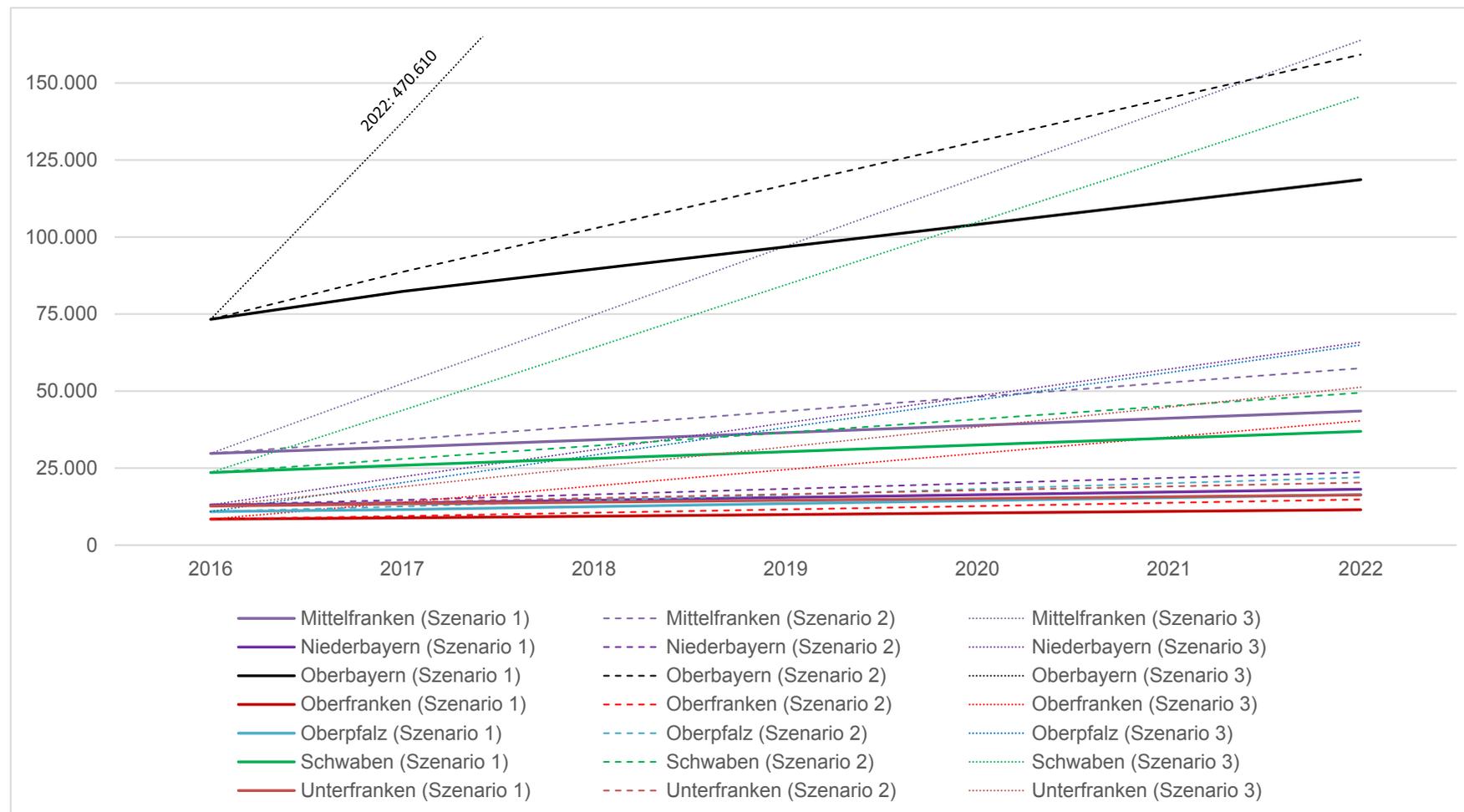


Abbildung 6: Prognose der Netto-Asylzuwanderung in Bayern bis 2022 in den einzelnen Regierungsbezirken
 Quelle: Eigene Berechnungen

Mit der gleichen Vorsicht ist die Übersicht über die Nettozuwanderung der Regierungsbezirke zu interpretieren. Dass Oberbayern in jedem Szenario die höchste Zahl an Personen zu versorgen hat, ist aufgrund der entsprechend hohen Bevölkerungszahl und der damit höheren Aufnahmequote zu erklären.

2.6.3. Übersicht Zuwachs pro 1.000 Einwohner nach Bezirk und Szenario

Für gesundheitsplanerische Entscheidungen relevant kann nur die Anzahl von Asylzuwandern sein, die – je nach Szenario – in jedem Jahr pro 1.000 Einwohner **zusätzlich** zu versorgen wären.

Die jährlich mehr zu versorgenden Personen (gemeint ist immer die Gesamtpopulation M) wächst im Bayerndurchschnitt bei einer Asylzuwanderung von 110.000 Personen jedes Jahr um 1,15 Personen. Bei Anwendung des Szenarios 2 (Asylzuwanderung von 200.000 Personen, sog. „Obergrenze“) beträgt der Zuwachs 2,26 Personen pro Jahr. Das heißt, dass pro 1.000 Einwohner im Betrachtungszeitraum von 2017 bis 2022 im Szenario 1 rund sieben und im Szenario 2 rund 14 Personen mehr zu versorgen sind. Es zeigt sich, dass bei dem Extremszenario einer Zuwanderung von 890.000 Menschen pro Jahr zwischen 7,21 und 14,53 Personen pro 1.000 Einwohner mehr zu versorgen sind. Im Bayerndurchschnitt würde dies über die vollen sechs Jahre einen Zuwachs von rund 65 Personen pro 1.000 Einwohner bedeuten. Diese Zahlen sind gleichwohl überschätzt, da der Berechnung nicht die Zahlen der in Bayern steigenden Bevölkerungszahlen der Bevölkerungsvorausberechnung (Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung 2014) zugrunde liegen, sondern statisch der Bevölkerungsstand vom 31.12.2015.

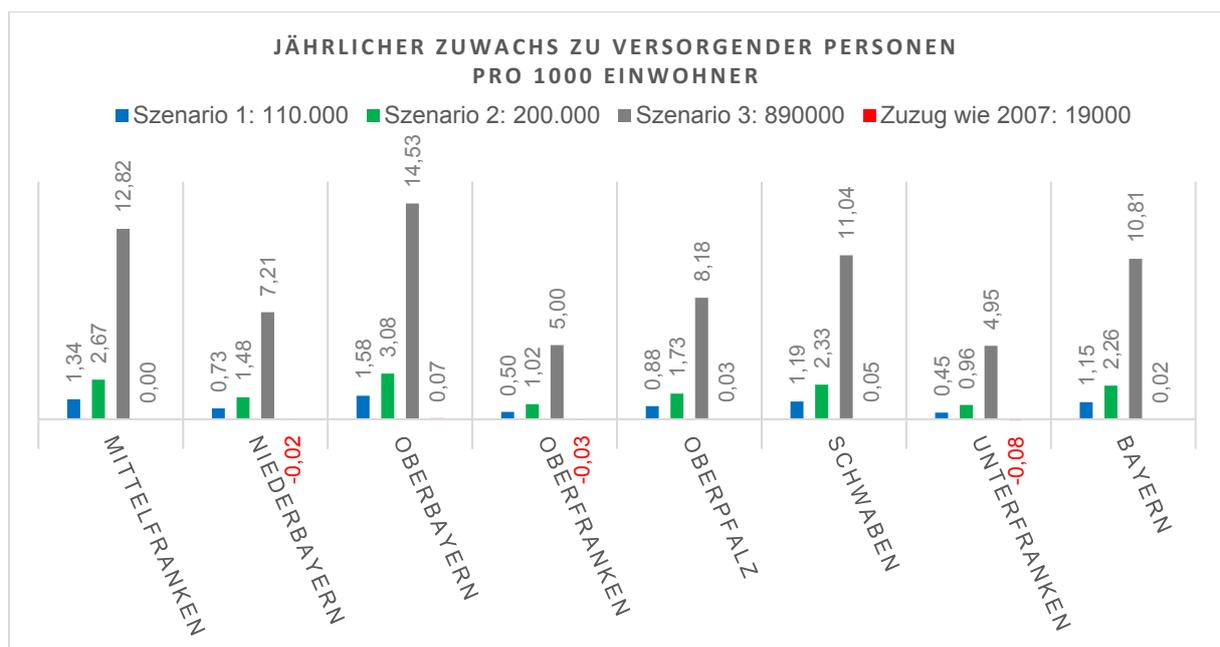


Abbildung 7: Jährlicher Zuwachs zu versorgender Personen: pro 1.000 Einwohner in den einzelnen Bezirken
Quelle: Eigene Berechnungen

2.6.4. Netto-Zuwachsraten grafisch nach Szenario und Landkreis

Diese vier Grafiken zeigen, wie hoch die Netto-Zuwachsraten pro Kopf für jeden Bayerischen Landkreis je nach Szenario ist. In der Zusammenschau kann man einen Eindruck gewinnen, in welcher Unterschiedlichkeit sich die Szenarien innerhalb Bayerns auswirken.

Bei Szenarien mit stärkerer Zuwanderung ist zu erkennen, dass die kreisfreie Stadt Schweinfurt und der Landkreis Fürth deutlich weniger Zuwachs haben, auch wenn sich das Szenario stark ändert. In beiden Fällen liegt dies am geringen Ausgangswert M für das Jahr 2016. Dies kann im Fall von Schweinfurt mit der bereits weit fortgeschrittenen Zuständigkeitsübertragung an die Zentrale Ausländerbehörde bei der Regierung von Unterfranken begründet werden. Im Falle des Landkreises Fürth erklärt sich dies mit der besonderen Situation der Aufnahmeeinrichtung in Zirndorf. Aufgrund dieser werden dem Landkreis zwar grundsätzlich sehr viele Asylbewerber zugeteilt, diese werden jedoch anschließend innerhalb Bayerns verteilt, sodass weniger Menschen dauerhaft in Zirndorf und Umgebung bleiben.

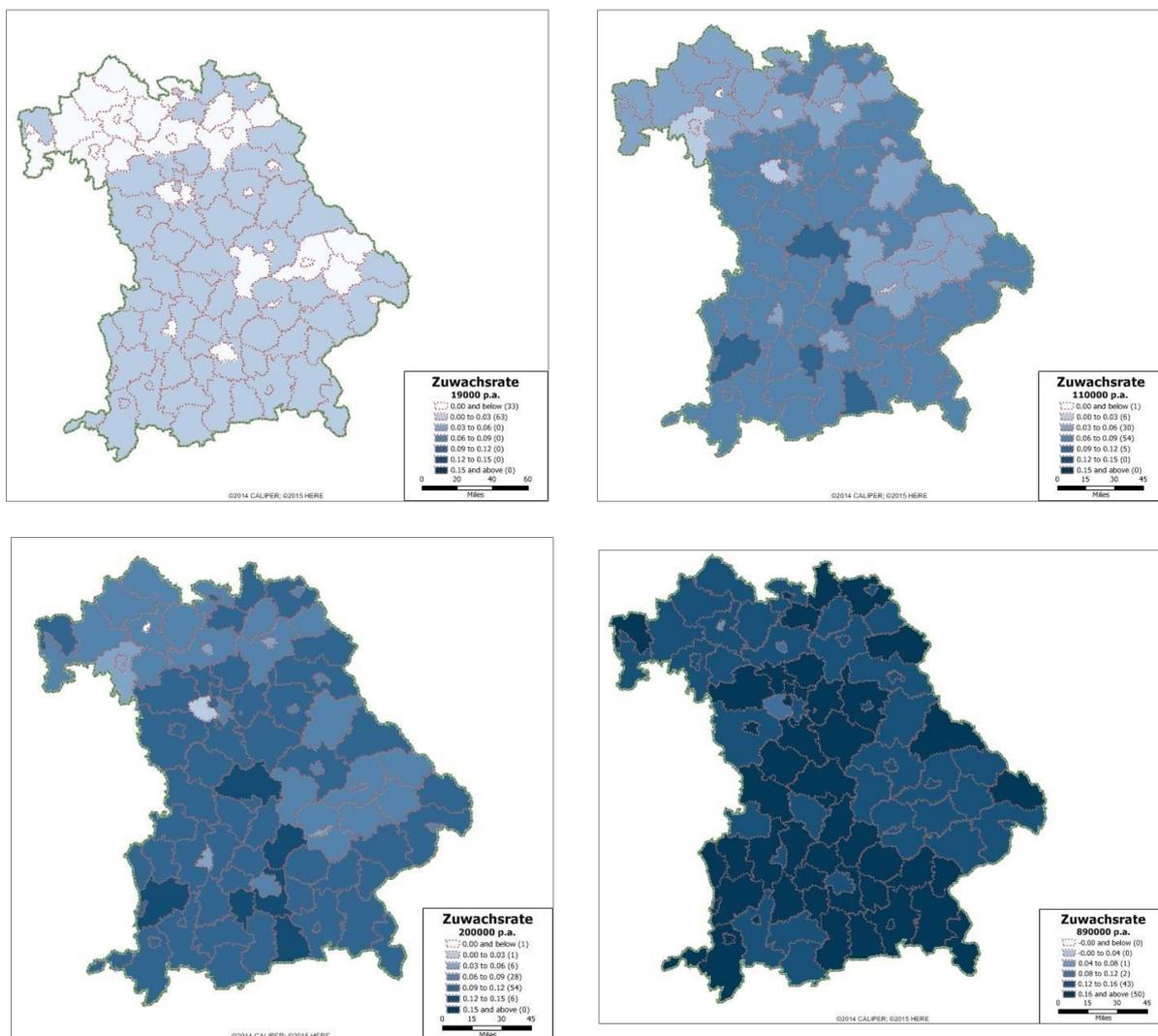


Abbildung 8: Zuwachsraten für die einzelnen Szenarien
Quelle: Eigene Darstellung

2.6.5. Netto-Asylzuwanderung Landkreise

2.6.5.1. Übersicht über die ermittelten jährlichen Netto-Asylzuwanderungsraten pro Landkreis und Szenario

Die Färbung gibt an, wie hoch die Netto-Zuwachsrate pro 1.000 Einwohner im Vergleich zu allen 96 Landkreisen ist. Je dunkler, desto höher.

Tabelle 11: Zuwachsraten für die einzelnen Szenarien über alle bayerischen Regionen

Szenario Asylzuwanderung BRD			19.000		110.000		200.000		440.000		890.000	
Asylzuwanderung Bayern (Königsteiner Schlüssel)			2.951		17.087		31.067		68.346		138.246	
AGZ	Region	Einwohner (Dez. 2015)	Jährlicher Netto- zu- wachs	Netto- zu- wachs pro 1.000 Ein- woh- ner								
09	Bayern	12.843.514	295	0	14.765	1	29.076	2	67.238	5	138.792	11
091	Oberbayern	4.588.944	326	0	7.259	2	14.115	3	32.398	7	66.680	15
09161	Ingolstadt (Stadt)	132.438	14	0,1	169	1,3	323	2,4	732	5,5	1.499	11,3
09162	München (Stadt)*	1.450.381	-322	-0,2	1.369	0,9	3.041	2,1	7.501	5,2	15.864	10,9
09163	Rosenheim (Stadt)	61.844	12	0,2	133	2,1	252	4,1	572	9,2	1.171	18,9
09171	Altötting*	108.485	24	0,2	214	2,0	403	3,7	905	8,3	1.848	17,0
09172	Berchtesgadener Land	103.907	18	0,2	151	1,5	282	2,7	633	6,1	1.291	12,4
09173	Bad Tölz-Wolfratshausen	124.930	21	0,2	211	1,7	399	3,2	901	7,2	1.842	14,7
09174	Dachau	149.370	37	0,2	315	2,1	590	4,0	1.324	8,9	2.701	18,1
09175	Ebersberg*	137.421	28	0,2	239	1,7	448	3,3	1.006	7,3	2.051	14,9
09176	Eichstätt	128.805	57	0,4	372	2,9	683	5,3	1.513	11,7	3.070	23,8
09177	Erding*	133.747	23	0,2	192	1,4	360	2,7	807	6,0	1.645	12,3
09178	Freising	173.225	66	0,4	496	2,9	920	5,3	2.053	11,9	4.176	24,1
09179	Fürstenfeldbruck	213.481	8	0,0	263	1,2	516	2,4	1.189	5,6	2.452	11,5
09180	Garmisch-Partenkirchen*	87.385	7	0,1	129	1,5	250	2,9	573	6,6	1.179	13,5
09181	Landsberg am Lech	117.657	14	0,1	180	1,5	344	2,9	781	6,6	1.601	13,6
09182	Miesbach*	98.286	30	0,3	213	2,2	394	4,0	876	8,9	1.781	18,1
09183	Mühldorf a. Inn	112.034	29	0,3	233	2,1	434	3,9	971	8,7	1.978	17,7

Szenario Asylzuwanderung BRD			19.000		110.000		200.000		440.000		890.000	
Asylzuwanderung Bayern (Königsteiner Schlüssel)			2.951		17.087		31.067		68.346		138.246	
AGZ	Region	Einwohner (Dez. 2015)	Jährlicher Nettozu- wachs	Netto- zu- wachs pro 1.000 Ein- woh- ner	Jährlicher Netto- zu- wachs	Netto- zu- wachs pro 1.000 Ein- woh- ner	Jährlicher Netto- zu- wachs	Netto- zu- wachs pro 1.000 Ein- woh- ner	Jährlicher Netto- zu- wachs	Netto- zu- wachs pro 1.000 Ein- woh- ner	Jährlicher Netto- zu- wachs	Netto- zu- wachs pro 1.000 Ein- woh- ner
09184	München (Landkreis)	340.003	98	0,3	797	2,3	1.488	4,4	3.331	9,8	6.787	20,0
09185	Neuburg-Schrobenhausen	94.654	3	0,0	93	1,0	181	1,9	416	4,4	857	9,1
09186	Pfaffenhofen a.d.Ilm*	124.128	22	0,2	183	1,5	343	2,8	770	6,2	1.569	12,6
09187	Rosenheim (Landkreis)	256.074	29	0,1	391	1,5	749	2,9	1.704	6,7	3.494	13,6
09188	Starnberg	133.621	44	0,3	335	2,5	623	4,7	1.390	10,4	2.829	21,2
09189	Traunstein*	174.162	42	0,2	361	2,1	677	3,9	1.519	8,7	3.097	17,8
09190	Weilheim-Schongau*	132.906	24	0,2	220	1,7	413	3,1	930	7,0	1.898	14,3
092	Niederbayern	1.212.119	-26	0	890	1	1.796	1	4.211	3	8.740	7
09261	Landshut (Stadt)*	69.211	-12	-0,2	37	0,5	86	1,2	215	3,1	458	6,6
09262	Passau (Stadt)	50.566	-4	-0,1	40	0,8	84	1,7	202	4,0	423	8,4
09263	Straubing (Stadt)	46.806	-5	-0,1	49	1,1	103	2,2	246	5,3	514	11,0
09271	Deggendorf	116.596	-4	0,0	38	0,3	79	0,7	189	1,6	394	3,4
09272	Freyung-Grafenau	78.122	3	0,0	51	0,6	98	1,3	223	2,9	459	5,9
09273	Kelheim*	118.965	-4	0,0	112	0,9	226	1,9	532	4,5	1.105	9,3
09274	Landshut (Landkreis)	154.577	0	0,0	128	0,8	254	1,6	589	3,8	1.219	7,9
09275	Passau (Landkreis)	188.336	3	0,0	142	0,8	279	1,5	646	3,4	1.332	7,1
09276	Regen*	76.812	-7	-0,1	33	0,4	72	0,9	177	2,3	373	4,9
09277	Rottal-Inn	119.218	4	0,0	103	0,9	201	1,7	463	3,9	953	8,0
09278	Straubing-Bogen	98.806	-1	0,0	70	0,7	141	1,4	331	3,3	686	6,9
09279	Dingolfing-Landau	94.104	1	0,0	87	0,9	172	1,8	399	4,2	825	8,8
093	Oberpfalz	1.092.339	36	0	966	1	1.885	2	4.338	4	8.936	8
09361	Amberg (Stadt)	41.861	-3	-0,1	48	1,1	99	2,4	234	5,6	488	11,7
09362	Regensburg (Stadt)	145.465	-18	-0,1	105	0,7	226	1,6	549	3,8	1.155	7,9
09363	Weiden i.d.Opf (Stadt)	42.055	-2	0,0	73	1,7	147	3,5	344	8,2	713	17,0
09371	Amberg-Sulzbach	103.568	12	0,1	103	1,0	192	1,9	431	4,2	878	8,5
09372	Cham	126.359	13	0,1	126	1,0	237	1,9	534	4,2	1.091	8,6
09373	Neumarkt i.d.OPf	130.385	15	0,1	123	0,9	231	1,8	517	4,0	1.053	8,1
09374	Neustadt a.d.Waldnaab*	95.078	4	0,0	61	0,6	117	1,2	266	2,8	547	5,8
09375	Regensburg (Landkreis)	189.390	4	0,0	140	0,7	274	1,4	631	3,3	1.302	6,9

Quantifizierung des Zustroms

Szenario Asylzuwanderung BRD			19.000		110.000		200.000		440.000		890.000	
Asylzuwanderung Bayern (Königsteiner Schlüssel)			2.951		17.087		31.067		68.346		138.246	
AGZ	Region	Einwohner (Dez. 2015)	Jährlicher Nettozu- wachs	Netto- zu- wachs pro 1.000 Ein- woh- ner	Jährlicher Netto- zu- wachs	Netto- zu- wachs pro 1.000 Ein- woh- ner	Jährlicher Netto- zu- wachs	Netto- zu- wachs pro 1.000 Ein- woh- ner	Jährlicher Netto- zu- wachs	Netto- zu- wachs pro 1.000 Ein- woh- ner	Jährlicher Netto- zu- wachs	Netto- zu- wachs pro 1.000 Ein- woh- ner
09376	Schwandorf	144.864	1	0,0	110	0,8	218	1,5	506	3,5	1.047	7,2
09377	Tirschenreuth	73.314	9	0,1	77	1,1	145	2,0	325	4,4	662	9,0
094	Oberfranken	1.059.358	-30	0	526	0	1.076	1	2.543	2	5.293	5
09461	Bamberg (Stadt)*	73.331	-15	-0,2	13	0,2	41	0,6	115	1,6	253	3,4
09462	Bayreuth (Stadt)	72.148	-10	-0,1	25	0,3	59	0,8	151	2,1	323	4,5
09463	Coburg (Stadt)	41.257	2	0,0	54	1,3	105	2,5	241	5,9	498	12,1
09464	Hof (Stadt)*	44.660	-9	-0,2	65	1,5	138	3,1	332	7,4	697	15,6
09471	Bamberg (Landkreis)	145.570	-2	0,0	37	0,3	75	0,5	177	1,2	368	2,5
09472	Bayreuth (Landkreis)	104.306	0	0,0	23	0,2	46	0,4	107	1,0	221	2,1
09473	Coburg (Landkreis)	86.599	-2	0,0	27	0,3	57	0,7	134	1,5	279	3,2
09474	Forchheim	114.834	3	0,0	71	0,6	139	1,2	319	2,8	656	5,7
09475	Hof (Landkreis)	96.429	2	0,0	52	0,5	101	1,0	231	2,4	476	4,9
09476	Kronach	67.916	2	0,0	32	0,5	62	0,9	141	2,1	289	4,3
09477	Kulmbach	72.468	-1	0,0	37	0,5	75	1,0	175	2,4	363	5,0
09478	Lichtenfels	66.655	2	0,0	51	0,8	99	1,5	227	3,4	468	7,0
09479	Wunsiedel i.Fichtelgebirge	73.185	-3	0,0	40	0,5	82	1,1	193	2,6	403	5,5
095	Mittelfranken	1.738.686	8	0	2.336	1	4.640	3	10.781	6	22.297	13
09561	Ansbach (Stadt)*	41.159	4	0,1	79	1,9	153	3,7	351	8,5	722	17,5
09562	Erlangen (Stadt)	108.336	12	0,1	211	1,9	408	3,8	933	8,6	1.918	17,7
09563	Fürth (Stadt)	124.171	10	0,1	231	1,9	449	3,6	1.032	8,3	2.124	17,1
09564	Nürnberg (Stadt)*	509.975	-103	-0,2	792	1,6	1.676	3,3	4.035	7,9	8.457	16,6
09565	Schwabach (Stadt)	40.428	5	0,1	73	1,8	141	3,5	320	7,9	656	16,2
09571	Ansbach (Landkreis)*	181.314	20	0,1	215	1,2	407	2,2	921	5,1	1.884	10,4
09572	Erlangen-Höchststadt	134.136	14	0,1	157	1,2	299	2,2	676	5,0	1.385	10,3
09573	Fürth (Landkreis)	114.291	-3	0,0	0	0,0	4	0,0	13	0,1	31	0,3
09574	Nürnberger Land	167.643	16	0,1	199	1,2	380	2,3	864	5,2	1.770	10,6
09575	Neustadt a.d. Aisch-Bad Windsheim	98.751	7	0,1	106	1,1	204	2,1	464	4,7	953	9,6
09576	Roth*	125.140	15	0,1	144	1,2	271	2,2	610	4,9	1.245	9,9
09577	Weißenburg-Gunzenhausen	93.342	10	0,1	130	1,4	248	2,7	562	6,0	1.152	12,3

Szenario Asylzuwanderung BRD			19.000		110.000		200.000		440.000		890.000	
Asylzuwanderung Bayern (Königsteiner Schlüssel)			2.951		17.087		31.067		68.346		138.246	
AGZ	Region	Einwohner (Dez. 2015)	Jährlicher Netto- zu- wachs	Netto- zu- wachs pro 1.000 Ein- woh- ner								
096	Unterfranken	1.306.048	-104	0	582	0	1.260	1	3.069	2	6.460	5
09661	Aschaffenburg (Stadt)	68.986	-12	-0,2	76	1,1	162	2,4	394	5,7	828	12,0
09662	Schweinfurt (Stadt)	51.969	-31	-0,6	-20	-0,4	-9	-0,2	21	0,4	76	1,5
09663	Würzburg (Stadt)*	124.873	-36	-0,3	52	0,4	139	1,1	370	3,0	804	6,4
09671	Aschaffenburg (Landkreis)	173.695	2	0,0	112	0,6	221	1,3	511	2,9	1.055	6,1
09672	Bad Kissingen	103.106	-4	0,0	57	0,6	116	1,1	275	2,7	573	5,6
09673	Rhön-Grabfeld	79.723	-2	0,0	24	0,3	50	0,6	118	1,5	247	3,1
09674	Haßberge	84.581	0	0,0	54	0,6	108	1,3	252	3,0	522	6,2
09675	Kitzingen*	89.306	-4	0,0	49	0,5	101	1,1	239	2,7	499	5,6
09676	Miltenberg	128.446	-3	0,0	58	0,5	118	0,9	279	2,2	580	4,5
09677	Main-Spessart*	126.123	-2	0,0	35	0,3	72	0,6	169	1,3	351	2,8
09678	Schweinfurt (Landkreis)	114.813	-2	0,0	55	0,5	111	1,0	262	2,3	544	4,7
09679	Würzburg (Landkreis)	160.427	-10	-0,1	31	0,2	71	0,4	179	1,1	381	2,4
097	Schwaben	1.846.020	85	0	2.206	1	4.303	2	9.897	5	20.386	11
09761	Augsburg (Stadt)	286.374	-77	-0,3	253	0,9	578	2,0	1.447	5,1	3.075	10,7
09762	Kaufbeuren (Stadt)	42.731	5	0,1	69	1,6	133	3,1	303	7,1	623	14,6
09763	Kempten (Allgäu)	66.947	6	0,1	100	1,5	194	2,9	443	6,6	909	13,6
09764	Memmingen (Stadt)	42.841	2	0,1	68	1,6	133	3,1	306	7,1	630	14,7
09771	Aichach-Friedberg	130.916	20	0,2	196	1,5	370	2,8	833	6,4	1.702	13,0
09772	Augsburg (Landkreis)*	245.600	18	0,1	226	0,9	432	1,8	982	4,0	2.012	8,2
09773	Dillingen a.d.Donau	94.575	4	0,0	120	1,3	235	2,5	542	5,7	1.117	11,8
09774	Günzburg	123.153	10	0,1	140	1,1	268	2,2	609	4,9	1.249	10,1
09775	Neu-Ulm	170.309	12	0,1	191	1,1	368	2,2	840	4,9	1.725	10,1
09776	Lindau (Bodensee)	80.429	10	0,1	121	1,5	231	2,9	525	6,5	1.076	13,4
09777	Ostallgäu	137.709	7	0,0	139	1,0	270	2,0	619	4,5	1.275	9,3
09778	Unterallgäu	140.419	25	0,2	193	1,4	359	2,6	803	5,7	1.634	11,6
09779	Donau-Ries	131.345	20	0,2	169	1,3	316	2,4	708	5,4	1.442	11,0
09780	Oberallgäu*	152.672	22	0,1	220	1,4	416	2,7	938	6,1	1.917	12,6

Quelle: Eigene Berechnungen und Statistisches Bundesamt

*Diese Landkreise haben in ausreichender Zahl an der Befragung teilgenommen, sodass deren Werte aus den landkreisspezifischen Daten errechnet werden konnten. Die Werte aller anderen Landkreise wurden anhand von Durchschnittswerten ermittelt (siehe oben, Methodik).

2.6.5.2. Entwicklung der untersuchten Population 2017 – 2022

Diesen Tabellen liegen nur noch die Szenarien mit einer Asylzuwanderung von 110.000, 200.000 und 890.000 Personen pro Jahr zugrunde. Die Zahlen geben aufgrund der Berechnungsmodalitäten eine Genauigkeit vor, die nicht besteht. Tendenzaussagen sind aber möglich.

Tabelle 12: Zuwanderung entsprechend den Szenarien über alle bayerischen Regionen

Szenario Asylzuwanderung BRD		110.000			200.000			890.000		
Asylzuwanderung Bayern (Königsteiner Schlüssel)		17.087			31.067			138.246		
ID	Region	2016	2017	2022	2016	2017	2022	2016	2017	2022
09	Bayern	171.622	187.514	261.339	171.622	201.494	346.873	171.622	308.674	1.002.634
091	Oberbayern	73.286	82.330	118.623	73.286	88.662	159.237	73.286	137.210	470.610
09161	Ingolstadt (Stadt)	1.276	1.558	2.404	1.276	1.678	3.292	1.276	2.601	10.097
09162	München (Stadt)	31.712	34.938	41.781	31.712	36.065	51.271	31.712	44.709	124.029
09163	Rosenheim (Stadt)	955	1.190	1.854	955	1.280	2.543	955	1.967	7.823
09171	Altötting	1.652	1.759	2.830	1.652	1.979	3.993	1.652	3.666	12.906
09172	Berchtesgadener Land	1.094	1.173	1.927	1.094	1.326	2.738	1.094	2.496	8.952
09173	Bad Tölz-Wolfratshausen	1.749	1.860	2.916	1.749	2.078	4.074	1.749	3.745	12.956
09174	Dachau	1.996	2.391	3.967	1.996	2.643	5.595	1.996	4.574	18.077
09175	Ebersberg	1.425	1.795	2.991	1.425	1.966	4.207	1.425	3.274	13.527
09176	Eichstätt	1.863	2.176	4.035	1.863	2.504	5.920	1.863	5.023	20.371
09177	Erding	1.430	1.504	2.466	1.430	1.707	3.506	1.430	3.257	11.481
09178	Freising	2.715	3.333	5.812	2.715	3.722	8.324	2.715	6.702	27.582
09179	Fürstenfeldbruck	2.853	3.189	4.505	2.853	3.420	6.000	2.853	5.193	17.454
09180	Garmisch-Partenkirchen	1.468	1.473	2.119	1.468	1.630	2.882	1.468	2.839	8.733
09181	Landsberg am Lech	1.593	1.742	2.643	1.593	1.915	3.636	1.593	3.242	11.246
09182	Miesbach	1.001	1.323	2.389	1.001	1.472	3.443	1.001	2.613	11.518
09183	Mühldorf a.Inn	1.503	1.698	2.862	1.503	1.910	4.082	1.503	3.540	13.431
09184	München (Landkreis)	4.817	5.813	9.796	4.817	6.446	13.885	4.817	11.295	45.229
09185	Neuburg-Schrobenhausen	1.066	1.112	1.575	1.066	1.214	2.118	1.066	1.995	6.281
09186	Pfaffenhofen a.d.Ilm	1.453	1.464	2.380	1.453	1.674	3.391	1.453	3.289	11.137
09187	Rosenheim (Landkreis)	3.360	3.854	5.808	3.360	4.182	7.926	3.360	6.694	24.165

Szenario Asylzuwanderung BRD		110.000			200.000			890.000		
Asylzuwanderung Bayern (Königsteiner Schlüssel)		17.087			31.067			138.246		
ID	Region	2016	2017	2022	2016	2017	2022	2016	2017	2022
09188	Starnberg	1.872	2.290	3.965	1.872	2.554	5.668	1.872	4.572	18.717
09189	Traunstein	2.493	2.820	4.624	2.493	3.145	6.528	2.493	5.643	21.130
09190	Weilheim-Schongau	1.940	1.874	2.973	1.940	2.151	4.219	1.940	4.279	13.768
092	Niederbayern	13.045	13.677	18.128	13.045	14.659	23.639	13.045	22.184	65.885
09261	Landshut (Stadt)	1.046	1.109	1.296	1.046	1.150	1.579	1.046	1.464	3.752
09262	Passau (Stadt)	726	779	980	726	819	1.241	726	1.129	3.243
09263	Straubing (Stadt)	898	937	1.184	898	994	1.508	898	1.428	3.998
09271	Deggendorf	708	724	913	708	772	1.166	708	1.136	3.107
09272	Freyung-Grafenau	526	552	804	526	606	1.094	526	1.023	3.317
09273	Kelheim	1.720	1.779	2.337	1.720	1.909	3.040	1.720	2.906	8.431
09274	Landshut (Landkreis)	1.638	1.742	2.381	1.638	1.875	3.143	1.638	2.893	8.986
09275	Passau (Landkreis)	1.678	1.794	2.505	1.678	1.939	3.337	1.678	3.050	9.712
09276	Regen	813	815	979	813	863	1.224	813	1.234	3.099
09277	Rottal-Inn	1.188	1.239	1.754	1.188	1.352	2.358	1.188	2.222	6.989
09278	Straubing-Bogen	1.023	1.056	1.408	1.023	1.138	1.845	1.023	1.767	5.197
09279	Dingolfing-Landau	1.081	1.152	1.588	1.081	1.242	2.103	1.081	1.931	6.056
093	Oberpfalz	10.880	11.541	16.370	10.880	12.550	21.978	10.880	20.286	64.969
09361	Amberg (Stadt)	798	836	1.076	798	890	1.384	798	1.301	3.740
09362	Regensburg (Stadt)	2.152	2.346	2.868	2.152	2.441	3.569	2.152	3.169	8.945
09363	Weiden i.d.Opf (Stadt)	1.040	1.099	1.464	1.040	1.177	1.911	1.040	1.775	5.341
09371	Amberg-Sulzbach	786	804	1.318	786	918	1.880	786	1.796	6.187
09372	Cham	1.001	1.068	1.697	1.001	1.196	2.382	1.001	2.183	7.639
09373	Neumarkt i.d.OPf	879	945	1.562	879	1.069	2.222	879	2.020	7.285
09374	Neustadt a.d.Waldnaab	646	656	959	646	727	1.311	646	1.271	4.007
09375	Regensburg (Landkreis)	1.595	1.710	2.409	1.595	1.851	3.221	1.595	2.936	9.444
09376	Schwandorf	1.427	1.480	2.032	1.427	1.605	2.697	1.427	2.562	7.795
09377	Tirschenreuth	556	598	985	556	676	1.400	556	1.274	4.585
094	Oberfranken	8.432	8.845	11.475	8.432	9.428	14.808	8.432	13.900	40.363
09461	Bamberg (Stadt)	919	940	1.007	919	966	1.170	919	1.159	2.423

Quantifizierung des Zustroms

Szenario Asylzuwanderung BRD		110.000			200.000			890.000		
Asylzuwanderung Bayern (Königsteiner Schlüssel)		17.087			31.067			138.246		
ID	Region	2016	2017	2022	2016	2017	2022	2016	2017	2022
09462	Bayreuth (Stadt)	850	868	991	850	904	1.199	850	1.183	2.796
09463	Coburg (Stadt)	570	638	906	570	685	1.209	570	1.045	3.532
09464	Hof (Stadt)	1.260	1.342	1.667	1.260	1.410	2.099	1.260	1.931	5.416
09471	Bamberg (Landkreis)	655	628	812	655	685	1.060	655	1.122	2.964
09472	Bayreuth (Landkreis)	311	322	437	311	348	578	311	550	1.654
09473	Coburg (Landkreis)	457	479	616	457	510	792	457	745	2.142
09474	Forchheim	783	841	1.196	783	913	1.605	783	1.459	4.741
09475	Hof (Landkreis)	548	591	850	548	642	1.146	548	1.038	3.417
09476	Kronach	314	340	500	314	372	680	314	612	2.058
09477	Kulmbach	552	569	754	552	612	985	552	945	2.758
09478	Lichtenfels	551	593	846	551	643	1.137	551	1.033	3.370
09479	Wunsiedel i.Fichtelgebirge	662	694	892	662	738	1.146	662	1.077	3.094
095	Mittelfranken	29.751	31.849	43.531	29.751	34.222	57.419	29.751	52.416	163.900
09561	Ansbach (Stadt)	826	875	1.271	826	958	1.725	826	1.595	5.205
09562	Erlangen (Stadt)	1.892	2.248	3.301	1.892	2.402	4.441	1.892	3.586	13.176
09563	Fürth (Stadt)	2.220	2.611	3.764	2.220	2.783	5.028	2.220	4.096	14.716
09564	Nürnberg (Stadt)	15.550	16.262	20.220	15.550	17.170	25.550	15.550	24.130	66.414
09565	Schwabach (Stadt)	633	726	1.093	633	787	1.491	633	1.259	4.541
09571	Ansbach (Landkreis)	2.086	2.016	3.090	2.086	2.292	4.329	2.086	4.409	13.827
09572	Erlangen-Höchstadt	1.226	1.424	2.210	1.226	1.554	3.048	1.226	2.547	9.471
09573	Fürth (Landkreis)	176	177	178	176	180	199	176	205	360
09574	Nürnberger Land	1.652	1.903	2.899	1.652	2.069	3.971	1.652	3.341	12.192
09575	Neustadt a.d. Aisch-Bad Windsheim	1.058	1.112	1.641	1.058	1.225	2.243	1.058	2.091	6.856
09576	Roth	1.189	1.217	1.937	1.189	1.378	2.733	1.189	2.612	8.837
09577	Weißenburg-Gunzenhausen	1.243	1.277	1.926	1.243	1.423	2.662	1.243	2.543	8.305
096	Unterfranken	12.670	13.367	16.276	12.670	14.011	20.312	12.670	18.953	51.254
09661	Aschaffenburg (Stadt)	1.508	1.647	2.026	1.508	1.716	2.528	1.508	2.237	6.376
09662	Schweinfurt (Stadt)	1.367	1.350	1.250	1.367	1.360	1.315	1.367	1.438	1.818
09663	Würzburg (Stadt)	2.459	2.566	2.825	2.459	2.637	3.329	2.459	3.178	7.199

Szenario Asylzuwanderung BRD		110.000			200.000			890.000		
Asylzuwanderung Bayern (Königsteiner Schlüssel)		17.087			31.067			138.246		
ID	Region	2016	2017	2022	2016	2017	2022	2016	2017	2022
09671	Aschaffenburg (Landkreis)	1.297	1.440	1.999	1.297	1.540	2.642	1.297	2.303	7.577
09672	Bad Kissingen	951	976	1.260	951	1.045	1.627	951	1.573	4.441
09673	Rhön-Grabfeld	437	447	567	437	477	725	437	706	1.943
09674	Haßberge	755	780	1.051	755	843	1.384	755	1.322	3.933
09675	Kitzingen	817	866	1.110	817	918	1.422	817	1.315	3.811
09676	Miltenberg	858	934	1.225	858	989	1.581	858	1.411	4.310
09677	Main-Spessart	516	565	741	516	597	955	516	846	2.599
09678	Schweinfurt (Landkreis)	817	864	1.139	817	923	1.480	817	1.373	4.092
09679	Würzburg (Landkreis)	888	931	1.086	888	968	1.325	888	1.251	3.155
097	Schwaben	23.558	25.906	36.935	23.558	27.962	49.480	23.558	43.724	145.653
09761	Augsburg (Stadt)	6.880	7.372	8.636	6.880	7.628	10.519	6.880	9.585	24.960
09762	Kaufbeuren (Stadt)	657	714	1.060	657	782	1.447	657	1.298	4.412
09763	Kempten (Allgäu)	992	1.075	1.577	992	1.173	2.142	992	1.928	6.475
09764	Memmingen (Stadt)	727	814	1.153	727	873	1.537	727	1.328	4.480
09771	Aichach-Friedberg	1.491	1.654	2.634	1.491	1.838	3.686	1.491	3.244	11.753
09772	Augsburg (Landkreis)	1.968	2.185	3.316	1.968	2.393	4.555	1.968	3.995	14.054
09773	Dillingen a.d.Donau	1.364	1.462	2.063	1.364	1.584	2.760	1.364	2.515	8.099
09774	Günzburg	1.195	1.372	2.070	1.195	1.489	2.827	1.195	2.386	8.629
09775	Neu-Ulm	1.743	1.985	2.941	1.743	2.147	3.988	1.743	3.389	12.016
09776	Lindau (Bodensee)	1.004	1.157	1.762	1.004	1.258	2.414	1.004	2.031	7.413
09777	Ostallgäu	1.526	1.596	2.291	1.526	1.747	3.097	1.526	2.908	9.281
09778	Unterallgäu	1.198	1.360	2.326	1.198	1.535	3.333	1.198	2.880	11.048
09779	Donau-Ries	1.141	1.282	2.126	1.141	1.437	3.016	1.141	2.626	9.838
09780	Oberallgäu	1.672	1.879	2.980	1.672	2.079	4.159	1.672	3.609	13.195

Quelle: eigene Berechnungen

3. Analyse der Morbidität der zugewanderten Personen

3.1. Hinführung

Die Analyse der Morbidität der zugewanderten Personen basiert vornehmlich auf Primärdatenerhebungen mit Fragebögen. Deren Ergebnisse ermöglichen für ausgewählte Erkrankungen einen Abgleich mit der deutschen Wohnbevölkerung. Ergänzend wird publizierte Evidenz aus einem systematischen Literaturreview herangezogen. Quantitativ bedeutsame klinische Daten dienen der Validierung der Ergebnisse aus den Primärdatenerhebungen.

Kapitel 3.2 beschreibt die Methodik der Primärdatenerhebungen. In Kapitel 3.3 wird die Stichprobe der Primärdatenerhebungen beschrieben. Die Ergebnisse der Erhebungen werden unter Berücksichtigung der Evidenz aus der Literatur für Erwachsene in den Kapiteln 3.4 bis 3.8 und für Kinder und Jugendliche in Kapitel 0 dargestellt. In Kapitel 3.10 folgt die Darstellung des Literaturreviews. Neben dem methodischen Vorgehen werden die Ergebnisse der systematischen Recherche dargestellt. Im darauffolgenden Kapitel 3.11 werden die Ergebnisse kritisch diskutiert und ferner wird auf die Limitationen des methodischen Vorgehens und auf die Aussagekraft der Ergebnisse eingegangen. Abschließend (Kapitel 3.8) werden zentrale Ergebnisse zusammengefasst.

3.2. Methodik der Primärdatenerhebung

Die Konstruktion von strukturierten Fragebögen basiert auf der Analyse, Anpassung und Kombination von wissenschaftlich etablierten Instrumenten und Vorgehensweisen bei der Erhebung von Morbiditätsdaten. Im Fokus stehen insbesondere jene Elemente, die in Studien zur Erhebung der Krankheitslast, aber auch der gesundheitsbezogenen Risikofaktoren der deutschen Wohnbevölkerung eingesetzt werden. Bei der Überführung dieses Instrumentariums in die vorliegende Fragebogenstudie ist einerseits dem Ziel der Vergleichbarkeit der erhobenen Morbiditätsdaten für Geflüchtete mit der Morbidität der deutschen Wohnbevölkerung Rechnung zu tragen, andererseits besteht die Notwendigkeit von Anpassungen an die besondere Situation der geflüchteten Menschen.

Konkret werden insbesondere Elemente dreier repräsentativer Morbiditätsstudien des Robert Koch-Instituts (KiGGS, DEGS und GEDA) sowie gängige Instrumente zur Erfassung von psychischen Belastungen sowie des gesundheitsbezogenen Befindens und Verhaltens von Erwachsenen (PHQ, WHODAS 2.0, PROTECT) sowie Kindern und Jugendlichen (MEHM, CRIES, DSRS, AUDIT-C) für die Fragebogenkonstruktion herangezogen.

Im Hinblick auf die spezifischen Anforderungen an eine Morbiditätserhebung bei Flüchtlingen sind Ergänzungen zu den beschriebenen Instrumenten notwendig. Diese orientieren sich an

der Analyse ausgewählter Morbiditätsdaten aus den quantitativ bedeutsamsten Herkunftsländern. Zur Identifizierung weiterer Ergänzungsbereiche, Einschätzung der Übertragbarkeit einzelner Befragungselemente und Überprüfung auf notwendige Änderungen am Erhebungsinstrument sowie der sukzessiven Validierung der Fragebögen(elemente) werden insgesamt 14 Experteninterviews mit semistrukturierten Leitfäden und schriftlicher Konsultation durchgeführt. Die Antworten der Experten sind tabellarisch erfasst und komparativ-inhaltsanalytisch ausgewertet (vgl. Anhang 4). Bei Widersprüchen wurde eine weitere Einschätzung eingeholt oder ein konsensorientiertes Verfahren unter Beteiligung der für die Feldstudie zuständigen Wissenschaftler eingeleitet. Gegenüber den ursprünglich geplanten Fokusgruppeninterviews erweist sich dieses Vorgehen hinsichtlich der Vermeidung von möglichen Informationsverlusten durch Dominanz oder durch unausgesprochenes Expertenwissen, der Möglichkeit zur sukzessiven Anpassung der Interviewleitfäden und der Option spezifische Fragen an Befragte mit unterschiedlicher Expertise – etwa Epidemiologie und Sozialwissenschaften – stellen zu können und aus pragmatischen Gründen der Zeit- und Ressourcenersparnis als vorteilhaft. Zusätzlich können die Ergebnisse einer vorgelagerten qualitativen Interviewstudie mit Geflüchteten, Leistungserbringern und administrativ in die Versorgungsorganisation eingebundenen Personen eingebracht werden. Insbesondere deren Ergebnisse zur Morbidität und Leistungsanspruchnahme werden bei der Konstruktion und Überprüfung der Erhebungsinstrumente berücksichtigt.

Im Ergebnis liegt ein Instrumentarium vor, das die für die gesamtheitliche Beurteilung der Krankheitslast essentiellen Erkrankungen bzw. Krankheitsgruppen abdeckt. Dieses Instrumentarium umfasst einen Fragebogen für Erwachsene, einen Fragebogen für Jugendliche von 12 bis 17 Jahren und einen Fragebogen, der von den Eltern von Kindern im Alter zwischen 0 und 17 Jahren auszufüllen ist. Die Anwendung zweier verschiedener Fragebögen in der Altersklasse der Jugendlichen (12-17 Jahre) lässt zu den Fragebogen der Jugendlichen möglichst kurz zu halten und dennoch umfassende Daten zur psychischen und physischen Gesundheit zu erheben. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Bestandteile der drei Fragebögen sowie über die inkludierten Instrumente.

Tabelle 13: Übersicht der Fragebögen, Instrumente

	Jugendliche 12-17 Jahre	Eltern 0-17 Jahre	Erwachsene > 18 Jahre
Allgemeine Angaben	✓	✓	✓
Hauptsächliches Instrument	Eigene Konzeption	Eigene Konzeption	Eigene Konzeption
Soziodemographie	✓	✓	✓
Hauptsächliches Instrument	Eigene Konzeption	Eigene Konzeption	Eigene Konzeption
Allgemeiner Gesundheitszustand	✓	✓	✓
Hauptsächliches Instrument	MEHM	MEHM	PHQ
Schmerzen	✓	✓	✓
Hauptsächliches Instrument	Schmerzen (RKI)	Schmerzen (RKI)	PHQ
Somatische Beschwerden/Erkrankungen	✗	✓	✓
Hauptsächliches Instrument		KiGGS	GEDA
Psychische Belastungen	✓	✗	✓
Hauptsächliches Instrument	CRIES 9, DSRS		PHQ, PROTECT
Gesundheitsverhalten	✓	✓	✓
Hauptsächliches Instrument	AUDIT-C	KiGGS 11-13	PHQ
Sexualverhalten	✗	✗	✓
Hauptsächliches Instrument			DEGS
Gewalterfahrung	✓	✗	✓
Hauptsächliches Instrument	DEGS, GEDA		DEGS, GEDA

Quelle: Eigene Darstellung

Die Befragung fokussiert die Morbidität von geflüchteten Menschen aus den ausgewählten, quantitativ bedeutsamsten Herkunftsländern – Afghanistan, Eritrea, Irak, Iran und Syrien. Um diese Personen adäquat erreichen bzw. befragen zu können ist die Übersetzung des Erhebungsinstrumentariums zwingend notwendig. Da mehr als 20 Sprachen in den genannten fünf Staaten gesprochen werden und die Sprachkompetenz in Bezug auf Zweit- bzw. Ausweichsprachen bei den geflüchteten Menschen nur sehr beschränkt eingeschätzt werden kann, ist die Sprachauswahl breit angelegt.

Tabelle 14: Übersicht der verwendeten Sprachen

Land	Ausgewählte Sprache 1	Ausgewählte Sprache 2	Ausgewählte Sprache 3
Afghanistan	Persisch (Dari)	Paschtu	Urdu
Eritrea	Tigrinya	Tigre	
Irak	Arabisch	Kurmandschi	Sorani
Iran	Persisch (Farsi)		
Syrien	Arabisch		
Sonstige	Englisch	Französisch	

Quelle: Eigene Darstellung

Sprachen, die in den Herkunftsländern von weniger als 10 % der Bevölkerung gesprochen werden, sind bei der Übersetzung des Erhebungsinstrumentariums mit Ausnahme der kurdischen Sprachen nicht berücksichtigt. Kurdisch ist für einen überproportional großen Anteil der Geflüchteten relevant. Zur Qualitätssicherung und Überprüfung kultursensibler Aspekte werden die Fragebögen durch einen zweiten Übersetzer in das Deutsche rückübersetzt und stellenweise korrigiert. Aufgrund umfassender Abweichungen zwischen Hin- und Rückübersetzung wird auf eine Befragung mit dem Fragebogen auf Tigre verzichtet. Bei dem Fragebogen auf Sorani wird nach Sichtung der Hinübersetzung durch den zweiten Übersetzer aufgrund elementarer Qualitätsmängel auf eine Rückübersetzung verzichtet. Stattdessen entscheiden sich die durchführenden Wissenschaftler für eine Neuübersetzung.

Bei der Datenerhebung ist eine Anpassung des Vorgehens an die – im Hinblick auf den Zustrom und die Unterbringungssituation von geflüchteten Menschen – dynamischen Rahmenbedingungen unumgänglich. Die potenzielle Auswahlpopulation in Asylbewerberunterkünften verändert sich zum einen vor und während der Erhebungsphase im Hinblick auf ihre Zusammensetzung nach Herkunftsländern und dezimiert sich zum anderen durch eine Verringerung des Zustroms sehr deutlich. Deshalb werden neben allen größeren Aufnahmeeinrichtungen in Bayern auch kleinere Einrichtungen in die Datenerhebung einbezogen (vgl. Anhang 5). In den Unterkünften werden jene Bewohner um Teilnahme gebeten, die eine der Sprachen, in welchen das Befragungsinstrumentarium vorliegt, in einem ausreichenden Maße beherrschen. In einem Pretest in mehreren Einrichtungen – Gemeinschafts- und Aufnahmeeinrichtungen sowie eine Unterkunft für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge – wird erprobt, ob die Beantwortung der Fragen mit Papierfragebögen oder digital mit Tablets über das Befragungstool „Qualtrics“ zielführend ist, ob die übersetzten Fragebögen sprachlich und inhaltlich verständlich sind und ob der Befragungsmodus im Allgemeinen und die Funktion des selbst auszufüllenden Fragebogens für die Geflüchteten im Speziellen praktikabel sind. Auf dieser Grundlage werden Anpassungen und Kürzungen vorgenommen und eine Entscheidung zugunsten der digitalen Erfassung getroffen. Die Erhebung führen wissenschaftliche Mitarbeiter des Instituts für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften (IMG) sowie – unterstützend – geschulte Studentische Hilfskräfte durch.

Komplementär erfolgt eine postalische Befragung. Über den Postweg ist es – im Vergleich zur Erhebung in den Asylbewerberunterkünften – besser möglich, auf Personen zu fokussieren, die sich schon längere Zeit in Deutschland aufhalten. Daher ermöglicht die postalische Befragung nicht nur einen validierenden Abgleich mit der empirischen Untersuchung in Asylbewerberunterkünften, sondern kann auch Hinweise aufdecken, welche Erkrankungen und Verletzungen vornehmlich fluchtbedingt sind. Auf Grundlage von Erfahrungen anderer empirischer Studien, die mit dem Mittel der postalischen Befragung bei Migranten arbeiten

sollte mit einem verhältnismäßig geringeren Rücklauf gerechnet werden (vgl. El-Menouar 2014). Aus diesem Grund ist die Kontaktierung einer hohen Anzahl von Personen der Zielgruppe obligatorisch. Im Rahmen der vorliegenden Forschung wird somit eine Stichprobengröße von 6.000 Adressen festgelegt, was bei einem erwarteten Rücklauf von zwischen 5-10 % eine angemessene Größe ergibt.

Zur Ermittlung von Adressdaten von Personen aus den fünf zentralen Herkunftsländern werden zunächst 200 Meldeämter aus dem „Kommunalen Dienststellenverzeichnis – Bayern“ (Verzeichnis A7100) durch eine Zufallsauswahl gezogen und auf postalischem Wege sowie per E-Mail kontaktiert. Von 200 Meldeämtern ist bei 17 keine Kontaktaufnahme möglich (unzustellbare E-Mail/Briefe). Weitere 73 Meldeämter müssen ausgeschlossen werden, da entweder keine Rückmeldung erfolgt oder eine digitale Übermittlung der Adressdaten ausgeschlossen ist. Um im verfügbaren Zeitrahmen dennoch eine ausreichende Anzahl an Adressdaten zu erhalten, werden nachgelagert die Meldeämter der bayerischen Städte mit mehr als 100.000 Einwohnern – sofern dies im ersten Schritt noch nicht erfolgt ist – kontaktiert und zur Übermittlung entsprechender Adressdaten aufgefordert. Im Anschluss daran verbleibt eine Stichprobe von 104 Meldeämtern, welche wiederum 89 in ihrem Einzugsgebiet wohnhafte Personen aus den fünf zentralen Herkunftsländern haben. Das Vorgehen und der Ausschluss von Meldeämtern, die Adressdaten nicht digital übermitteln können (dies wurde vorab fernmündlich erfragt), erweist sich trotz der Ausfallquote von fast 55 % als zielführend beziehungsweise ressourcenschonend. Nach der Übermittlung von insgesamt 9.687 Adressdaten wurden 6.000 Personen als Stichprobe ausgewählt.

Tabelle 15: Darstellung der systematischen Auswahl der Adressdaten

Gesamtzahl der durch die Meldeämter ermittelten Adressen	Anzahl (n_a) aller Adressen pro Meldeamt	Summe der betroffenen Meldeämter	Anzahl (n_s) der selektierten Adressen pro Meldeamt	Summe der ausgewählten Adressen
9.687	$n_a < 60$	64	$n_s =$ alle verfügbaren	1.246
	$60 < n_a < 100$	8	$n_s = 60$	480
	$100 < n_a < 250$	11	$n_s = 100$	1.100
	$n_a > 250$	6	$n_s = 250$	3174
Gesamtsumme		89		6.000

Quelle: Eigene Darstellung

Aufgrund der Unterrepräsentierung von Kindern und Jugendlichen bei der Erhebung in Asylbewerberunterkünften wird dieser Gruppe bei der Auswahl der Adressen Priorität eingeräumt. Das Ziel 2.000 Kinder und Jugendliche sowie 4.000 Erwachsene anzuschreiben, kann dennoch nicht erreicht werden, da sich unter den verfügbaren Adressaten nur 1.894 Kinder und Jugendliche befinden. Die Anzahl der Adressen pro Herkunftsland wird zufällig ausgewählt und führt zu folgender Verteilung des Alters und der Herkunftsländer:

Tabelle 16: Überblick Verteilung Alter/Herkunftsländer Adressaten

Land	Kinder (0-11 Jahre)	Jugendliche (12-17 Jahre)	Erwachsene (ab 18 Jahre)	Gesamt
Afghanistan	221	230	864	1.315
Eritrea	63	17	393	473
Irak	231	137	790	1.158
Iran	23	10	263	296
Syrien	629	333	1.796	2.758
Summe	1.167	727	4.106	6.000

Quelle: Eigene Darstellung

Da je Herkunftsland mehrere Sprachen in Frage kommen, werden bei der postalischen Befragung drei Bögen an einen Adressaten versendet. Nachstehende Tabelle gibt einen Überblick:

Tabelle 17: Übersicht der verwendeten Sprachen, postalische Befragung

Land	Sprache 1	Sprache 2	Sprache 3
Afghanistan	Persisch ²⁶ (Dari)	Paschtu	Urdu
Eritrea	Tigrinya	Deutsch	Englisch
Irak	Deutsch	Kurmandschi	Sorani
Iran	Persisch (Farsi)	Deutsch	Englisch
Syrien	Arabisch	Deutsch	Englisch

Quelle: Eigene Darstellung

Die Anzahl der bis zum Ablauf der veranschlagten drei Wochen Frist eingegangenen beantworteten Fragebögen beläuft sich auf 709. Davon sind 266 Rückläufer von Kindern und Jugendlichen sowie 443 von erwachsenen Personen. Darüber hinaus können 428 Fragebogenpakete nicht zugestellt werden, da der Empfänger für die Post nicht zu ermitteln ist. Somit können von den ausgewählten 6.000 Personen 324 Erwachsene sowie 102 Kinder und Jugendliche nicht erreicht werden. Daraus ergibt sich eine bereinigte Rücklaufquote von 12,7 %.

Aus den Rückläufern der postalischen Befragung sollen – anhand der selbstangegebenen Aufenthaltshistorie – Teilnehmer ausgewählt werden, die Flucht- oder Asylbezug haben. Diese nachträgliche Selektion ist zielführend, da anhand der Meldedaten vorab nicht zwischen diesem Personenkreis und Menschen, welche ohne Asylbezug aus den fünf fokussierten Herkunftsländern nach Deutschland einreisten oder bereits in Deutschland geboren wurden, unterschieden werden kann. Allerdings ist eine derartige Differenzierung nicht, wie geplant, möglich, weil sich die dafür entwickelte Filterfrage in der Analyse als nicht praktikabel erweist.

Die Auswertung der morbiditätsrelevanten Daten aus der Befragung in den Asylbewerberunterkünften und der postalischen Befragung erfolgt zunächst deskriptiv und

²⁶ Aufgrund einer Fehlzuordnung bei der Sprache 1 der afghanischen Staatsbürger erhalten die erwachsenen Befragten zudem einen Fragebogen in arabischer Sprache.

unter Berücksichtigung von Merkmalen, die für die Morbidität als potenziell relevant gelten können. Zum Abgleich der Morbidität geflüchteter Menschen mit der Krankheitslast in der deutschen Wohnbevölkerung werden zunächst entsprechende Daten für die Wohnbevölkerung identifiziert und aufbereitet. Die Gegenüberstellung erfolgt wiederum deskriptiv. Die Datenaufbereitung erfolgt mithilfe von Microsoft Excel (Version 2013) und dem Statistikprogramm IBM SPSS Statistics (Version 23), welches ebenso für alle deskriptiven und inferenzstatistischen Schritte verwendet wird.

3.3. Beschreibung der Stichprobe

3.3.1. Beschreibung der Stichprobe

Die Basis der empirischen Untersuchung bildet eine Stichprobe von 1.648 geflüchteten Menschen. Die Datenerhebung findet wie bereits in Kapitel 3.2 beschrieben in zwei Etappen statt. Zunächst werden Personen die zum Zeitpunkt der Befragung (27.10.2016 - 09.02.2017) in Aufnahmeeinrichtungen oder Asylbewerberunterkünften in Bayern leben befragt. Aus den Befragungen in den Unterkünften ergibt sich ein Rücklauf von 939 Teilnehmern von denen 754 verwertbare Antworten geben. Die postalische Befragung liefert 709 Rückläufer von denen 489 ausgewertet werden können. Im Folgenden wird die sich daraus ergebende Stichprobe von 1.243 Befragten näher beschrieben.

Tabelle 18: Auswahl der Studienteilnehmer

Merkmal	Beschreibung
Alter	Kinder (0-11 Jahre) Jugendliche (12-17 Jahre) Erwachsene ab 18 Jahre
Geschlecht	Befragung sowohl von weiblichen als auch männlichen Personen
Sprache	Befragung von Personen, die eine der folgenden Sprachen beherrschen: <ul style="list-style-type: none"> – Arabisch – Deutsch – Englisch – Französisch – Kurmandschi – Paschtu – Persisch (Farsi/Dari) – Sorani – Tigrinya – Urdu
Staatsangehörigkeit	Personen aus den folgenden Herkunftsländern: <ul style="list-style-type: none"> – Afghanistan – Irak – Iran – Eritrea – Syrien Weitere Herkunftsländer von Teilnehmern der Befragungen in Unterkünften, die eine der oben genannten Sprachen beherrschen
Wohnort	Persönliche Befragung von Personen, die zum Zeitpunkt der Befragung in ausgewählten Aufnahmeeinrichtungen oder Asylbewerberunterkünften

Merkmal	Beschreibung
	lebten (vgl. Anhang 1) sowie auf postalischem Wege Personen mit Wohnsitz in Bayern und einer der obengenannten Staatsangehörigkeiten
Alphabetisierung	Systematischer Ausschluss von Personen die nicht bzw. über nicht ausreichende Lesefähigkeiten verfügen, aufgrund eines schriftlich auszufüllenden Fragebogens. In seltenen Fällen konnten die Fragen in Form eines Interviews beantwortet werden.

Quelle: Eigene Darstellung

Die Stichprobe lässt sich nach den Merkmalen Alter, Geschlecht und Herkunftsland wie folgt charakterisieren.

Tabelle 19: Charakterisierung der Stichprobe nach den Merkmalen Alter, Geschlecht und Herkunftsland

Merkmale	Studienpopulation der Befragung (n=1.243) [%]
Geschlecht	1.189
männlich	838 [70,5]
weiblich	351 [29,5]
Alter	1153
00-11 Jahre	225 [19,5]
12-17 Jahre	110 [10,5]
18-29 Jahre	550 [47,7]
30-44 Jahre	213 [18,5]
45-64 Jahre	53 [4,6]
Über 64 Jahre	2 [0,2]
Herkunftsland	950
Afghanistan	95 [10,0]
Eritrea	264 [27,8]
Irak	170 [17,9]
Iran	62 [6,5]
Syrien	359 [37,8]

Quelle: Eigene Darstellung

Während bei der postalischen Befragung durch die Auswahl der Adressen nach Staatsangehörigkeit das Herkunftsland der Befragten gesteuert werden kann, ist das bei der Befragung in den Unterkünften nicht möglich. Daher werden von den Teilnehmern neben den festgelegten fünf Herkunftsländern auch andere genannt, die der folgenden Tabelle entnommen werden können.

Tabelle 20: Liste aller Herkunftsländer

Merkmale	Studienpopulation der Befragung (n=1.243) [%]
Afghanistan	95 [7,6]
Eritrea	264 [21,2]
Irak	170 [13,7]
Iran	62 [5,0]
Syrien	359 [28,9]
Armenien	1 [0,1]
Aserbaidshon	2 [0,2]
Äthiopien	42 [3,4]
Bangladesch	2 [0,2]
Demokratische Republik Kongo	5 [0,4]
Deutschland	3 [0,2]
Dschibuti	2 [0,2]
Elfenbeinküste	1 [0,1]
Gambia	1 [0,1]

Analyse der Morbidität der zugewanderten Personen

Merkmale	Studienpopulation der Befragung (n=1.243) [%]
Guinea	1 [0,1]
Kasachstan	1 [0,1]
Mali	10 [0,8]
Marokko	1 [0,1]
Nigeria	54 [4,3]
Pakistan	5 [0,4]
Russland	3 [0,2]
Sambia	1 [0,1]
Senegal	6 [0,5]
Sierra Leone	15 [1,2]
Somalia	28 [2,3]
Sudan	1 [0,1]
Tanzania	6 [0,5]
Tschetschenien	1 [0,1]
Türkei	1 [0,1]
Uganda	2 [0,2]
Staatenlos	1 [0,1]
Keine Angabe	68 [5,4]
Nicht lesbar	20 [1,6]
Nicht zuordenbar	10 [0,8]

Quelle: Eigene Darstellung

Im Vergleich der beiden Erhebungsarten ergeben sich für die Merkmale obiger Tabelle neben des etwas ausgeglichenerem Geschlechterverhältnisses der unter 18-Jährigen keine nennenswerten Unterschiede.

Tabelle 21: Stichprobe differenziert nach Alter, Geschlecht und Herkunftsland

Herkunftsland	0-11 Jahre		12-17 Jahre		18-29 Jahre		30-44 Jahre		45-64 Jahre		Über 64 Jahre		Insgesamt*
	Männlich	Weiblich	Männlich	Weiblich	Männlich	Weiblich	Männlich	Weiblich	Männlich	Weiblich	Männlich	Weiblich	
Stichprobe „Unterkunft“													
Afghanistan	3	2	5	0	21	8	2	2	3	0	0	1	47
Eritrea	1	2	5	1	70	25	13	2	1	1	0	0	121
Irak	4	1	2	2	38	15	13	6	4	6	1	0	92
Iran	1	1	0	0	15	3	16	3	2	2	0	0	43
Syrien	11	6	4	3	32	14	19	13	13	3	0	0	118
Summe „Unterkunft“	20	12	16	6	176	65	63	26	23	12	1	1	421
Stichprobe „Postalisch“													
Afghanistan	8	12	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	27
Eritrea	8	10	1	0	63	13	16	7	3	1	0	0	122
Irak	15	8	8	3	10	2	7	3	0	0	0	0	56
Iran	2	3	1	0	6	0	1	0	0	0	0	0	13
Syrien	52	52	26	19	21	9	24	12	8	1	0	0	224
Summe „Postalisch“	85	85	39	26	100	24	48	22	11	2	0	0	442

*Die hier aufgeführte Differenz in der Stichprobengröße ist darauf zurückzuführen, dass die Angaben zum Alter, Geschlecht und Herkunftsland nicht vollständig von allen Studienteilnehmern vorliegen.

Quelle: Eigene Darstellung

3.3.2. Bewertung der Studienpopulation im Hinblick auf die Quotierungsmerkmale

Angestrebt ist eine nicht-probabilistische Stichprobenziehung mit bewusster Auswahl per Quotenverfahren. Als Quotierungsmerkmale werden das Herkunftsland, das Alter und das Geschlecht herangezogen. Bezüglich der Auswahl der Herkunftsländer ergibt sich aufgrund der quantitativen Bedeutung der Asylersanträge in den Jahren 2015 und 2016 und der Gesamtschutzquote zum Zeitpunkt der Angebotserstellung eine Auswahl der fünf Länder Afghanistan, Eritrea, Irak, Iran und Syrien. Die Grundgesamtheit ist auf den Stichtag, 31. Mai 2016, festgelegt. Dementsprechend ist die Stichprobe ebenso auf dieses Datum angelegt. Aufgrund der dynamischen Entwicklung und der Veränderungen der Grundgesamtheit bis zum Zeitpunkt der Erhebung und während den Erhebungen, kann kein Anspruch erhoben werden, dass durch das geplante Quotierungsverfahren Repräsentativität erreicht werden kann. Somit muss auf die Quotierung der Stichprobe sowie das Oversampling kleinerer Gruppen verzichtet werden. Dennoch können die oben dargestellten Quotierungsmerkmale als Vergleichsgruppen zur Auswertung herangezogen werden. Insgesamt machen 863 Studienteilnehmer Angaben sowohl zu ihrer Staatsangehörigkeit, als auch zu ihrem Alter und Geschlecht. Bezüglich der Herkunft der Studienteilnehmer lässt sich feststellen, dass mit insgesamt 342 Teilnehmern die syrische Staatsangehörigkeit den größten Anteil an der Studienpopulation bildet, gefolgt von Menschen mit eritreischer Staatsangehörigkeit (243), sowie Irakern (148), Afghanen (74) und Iranern (56). Das Durchschnittsalter der Studienteilnehmer aus diesen Ländern liegt zwischen 17,7 (Afghanistan, SD: 13,7) und 27,1 (Iran, SD: 11,1) Jahren. Für die gesamte Stichprobe liegt das arithmetische Mittel bei 21,7 Jahren (SD: 12,9). Im Vergleich dazu liegt im Jahr 2015 das durchschnittliche Alter der deutschen Wohnbevölkerung bei 49,4 Jahren (GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften 2015). Von insgesamt 950 Teilnehmern aus den fünf genannten Ländern geben 32,2 % an sie seien weiblichen Geschlechts, während 49,2 % der deutschen Wohnbevölkerung weiblich sind (GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften 2015). Die Ergebnisse der Bevölkerungsfortschreibung, die durch das Statistische Bundesamt auf Grundlage des Zensus 2011 vorgenommen wurde, zeigen ein Durchschnittsalter der in Deutschland lebenden Bevölkerung für das Jahr 2015 von 44,2 Jahren, was leicht unter dem tatsächlichen Wert von 49,9 Jahren liegt. Für Nichtdeutsche in Deutschland Lebende beläuft sich es sich in der Fortschreibung auf 37,4 Jahre (Statistisches Bundesamt 2017a). Insgesamt kann daher festgehalten werden, dass sich die beschriebene Stichprobe im Vergleich zur deutschen Wohnbevölkerung hinsichtlich des Alters und der Geschlechterverteilung deutlich unterscheidet. Während sich die große Differenz im durchschnittlichen Alter einerseits durch die jüngere Population, andererseits jedoch auch durch die gezielt häufiger angeschriebenen Kinder und Jugendlichen erklärt, ist bei der Geschlechterverteilung davon auszugehen, dass

sie der realen Verteilung entspricht. Für die Repräsentativität der Ergebnisse bedeutet dies, dass innerhalb der Gruppen (Kinder/Jugendliche und Erwachsene) repräsentative Ergebnisse erzielt werden, bei Gruppenvergleichen jedoch die Überrepräsentation von jungen Menschen berücksichtigt werden muss.

3.4. Allgemeine Hinweise zu den Ergebnissen der Gesundheitssituation von geflüchteten Erwachsenen

Im Rahmen dieser fragebogenbasierten Studie machen die Befragten selbst Angaben zu ihrer Gesundheit. Es ist daher darauf hinzuweisen, dass die Ergebnisse lediglich Tendenzen hinsichtlich der Morbidität von Geflüchteten darstellen. Es handelt sich in diesem Zusammenhang nicht um (ärztlich) gestellte Diagnosen.

Die angegebenen relativen Häufigkeiten stehen im Folgenden jeweils in Bezug zur spezifisch angegebenen Gruppe. So beziehen sich beispielsweise die angegebenen Prävalenzen für Menschen aus Afghanistan auf die Gesamtheit der befragten Afghanen. Die hier bezeichneten Prävalenzen stellen eben diese relativen Häufigkeiten dar. Es werden ausschließlich für Gruppen $n \geq 10$ relative Häufigkeiten angegeben. Aufgrund von fehlenden Werten differieren die Angaben der Studienpopulation n . Fehlende Werte werden nicht als „keine Angabe“ aufgeführt. „Keine Angabe“ ist in diesem Kontext als Antwortoption zu verstehen.

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse beziehen sich lediglich auf die vorab aufgrund der quantitativen Bedeutung als relevant definierten Herkunftsländer Afghanistan, Eritrea, Irak, Iran und Syrien. Im Rahmen der postalischen Befragung der Erwachsenen können keine Aussagen über die Gesundheitssituation von Menschen aus den Ländern Afghanistan und dem Iran getroffen werden. Über aus dem Iran stammende Kinder und Jugendliche kann weder im Rahmen der Befragung in den Unterkünften noch in der postalischen Befragung eine ausreichend große Stichprobe befragt werden. Daher kann zu dieser Gruppe keine Aussage über den Gesundheitszustand getroffen werden. Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse der Morbidität der Erwachsenen beschrieben, woraufhin die Ergebnisdarstellung der Kinder und Jugendlichen folgt.

Zur Einordnung bzw. Interpretation der Ergebnisse wird die Varianz der Häufigkeiten – abgebildet durch die Konfidenzintervalle der jeweiligen Anteile – alle erfragten Variablen aufgeführt. Wie bei allen anderen Ergebnissen sind diese nach Herkunftsländern und Altersklassen differenziert.

3.5. Allgemeiner Gesundheitszustand von geflüchteten Erwachsenen

3.5.1. Ergebnisdarstellung: Häufigkeiten von chronischen Erkrankungen und das Ausmaß dauerhafter Einschränkungen

Um den allgemeinen Gesundheitszustand von geflüchteten Erwachsenen darzustellen, werden diese insbesondere nach dem Vorliegen chronischer Krankheiten und dem Ausmaß dauerhafter Einschränkungen in der Ausübung alltäglicher Tätigkeiten durch Krankheit gefragt. Die Studienteilnehmer können sich dabei selbst auf einer Likert-Skala, welche drei Kategorien anbietet, einordnen.

Tabelle 22: Inkludierte Variablen zur Bestimmung des allgemeinen Gesundheitszustands

Name der Variable	Label
Q8_AIIG1	Vorliegen chronischer Krankheiten
Q9_AIIG2	Ausmaß dauerhafter Einschränkung in der Ausübung alltäglicher Tätigkeiten durch Krankheit

Quelle: Eigene Darstellung

Insgesamt geben 18,0 % aller Befragten aus den Unterkünften an, an einer chronischen Krankheit erkrankt zu sein. Im Vergleich dazu bejahen 7,8 % der postalisch Befragten das Vorliegen einer chronischen Erkrankung. Für die deutsche Wohnbevölkerung beläuft sich die relative Häufigkeit chronischer Erkrankungen im Jahr 2012 auf 40,8 %. Dabei kommt GEDA 2012 zu dem Ergebnis, dass die Häufigkeit mit dem Alter steigt und Frauen durchschnittlich häufiger betroffen sind als Männer. Im Alterssegment der 18-29-Jährigen liegt das Auftreten von chronischen Krankheiten bei 20,8 % für Frauen und 17,5 % der Männer, im Segment der 30-44-Jährigen bei 29,7 % und 27,6 % (Robert Koch-Institut 2015a).

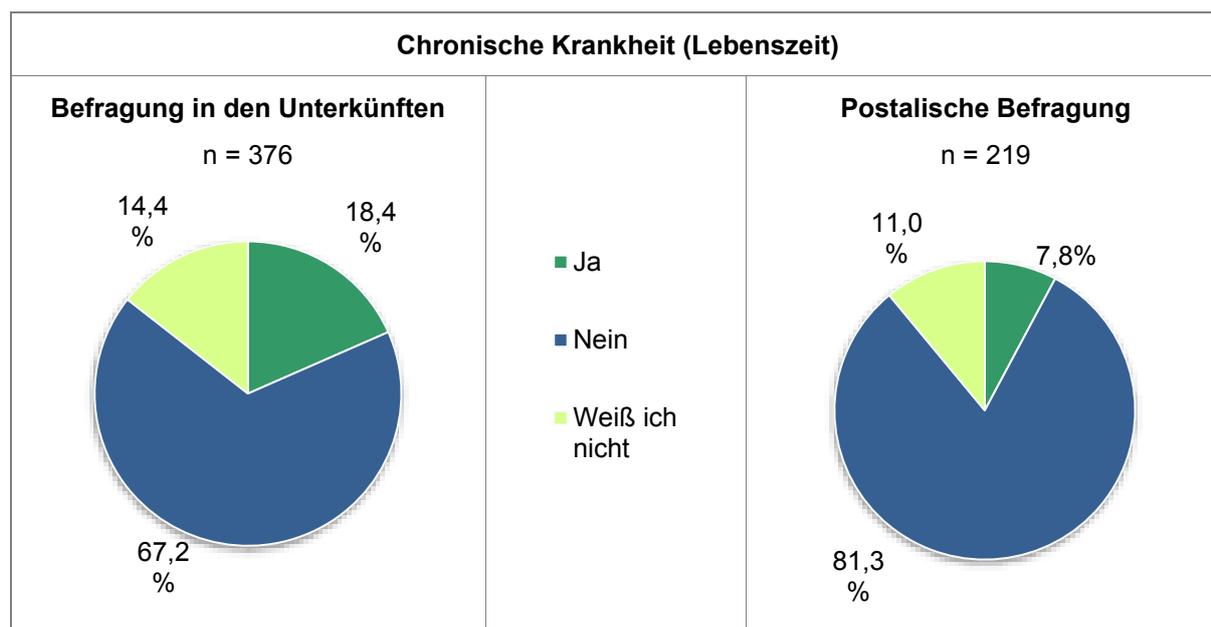


Abbildung 9: Relative Häufigkeiten von chronischen Krankheiten (Lebenszeiten)
Quelle: Eigene Darstellung

Bei der Befragung nach dem Ausmaß einer dauerhaften Einschränkung in der Ausübung alltäglicher Tätigkeiten durch Krankheit geben 8,0 % der Studienteilnehmer, der in den Unterkünften durchgeführten Befragung an, erheblich eingeschränkt zu sein. 16,0 % beziehungsweise 15,0 % fühlen sich zwar eingeschränkt, dies jedoch nicht erheblich. Insgesamt zeigt sich für die postalisch befragte Studienpopulation, dass sich ein größerer Anteil als der Befragten in den Unterkünften eingeschränkt fühlt. So geben 8,7 % an, sich erheblich eingeschränkt zu fühlen und 17,4 % sich eingeschränkt zu fühlen, jedoch nicht erheblich. Obwohl es keine Vergleichsdaten zur deutschen Wohnbevölkerung gibt, nimmt die Studie an, dass der Anteil von 23,5 % der Befragten in den Unterkünften beziehungsweise 26,1 % der postalisch Befragten, welche zumindest teilweise eingeschränkt sind, ein Anzeichen ist, dass Einschränkungen durch Flucht und Vertreibung ausgelöst werden. Zu diesem Zeitpunkt kann nicht eingeschätzt werden, ob es sich dabei um akute oder längerfristig signifikante Einschränkungen handelt.

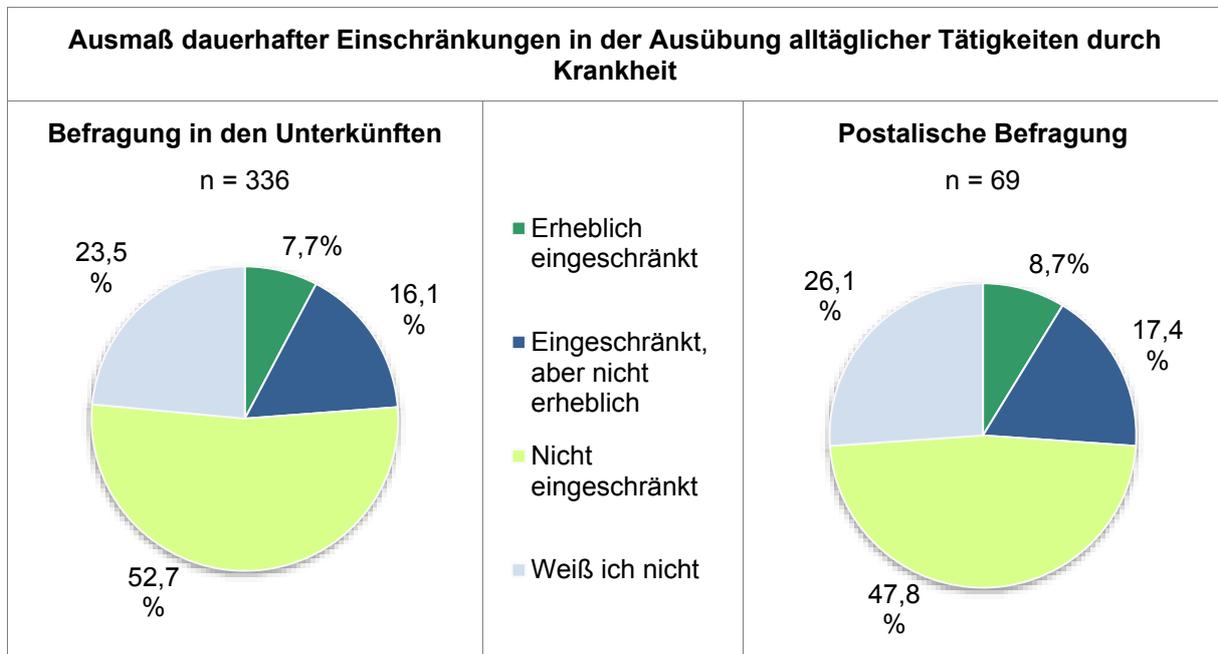


Abbildung 10: Ausmaß dauerhafter Einschränkungen in der Ausübung alltäglicher Tätigkeiten durch Krankheit
 Quelle: Eigene Darstellung

In dem postalisch versendeten Fragebogen werden die Studienteilnehmer zur Einordnung des allgemeinen Gesundheitszustandes darüber hinaus gebeten, sich auf einer Likert-Skala einzuordnen. Diese umfasst die beiden Extreme „gesund“ und „nicht gesund“. In der folgenden Abbildung zeigt sich die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Teilnehmer in Bezug zu allgemeinem Gesundheitsempfinden.

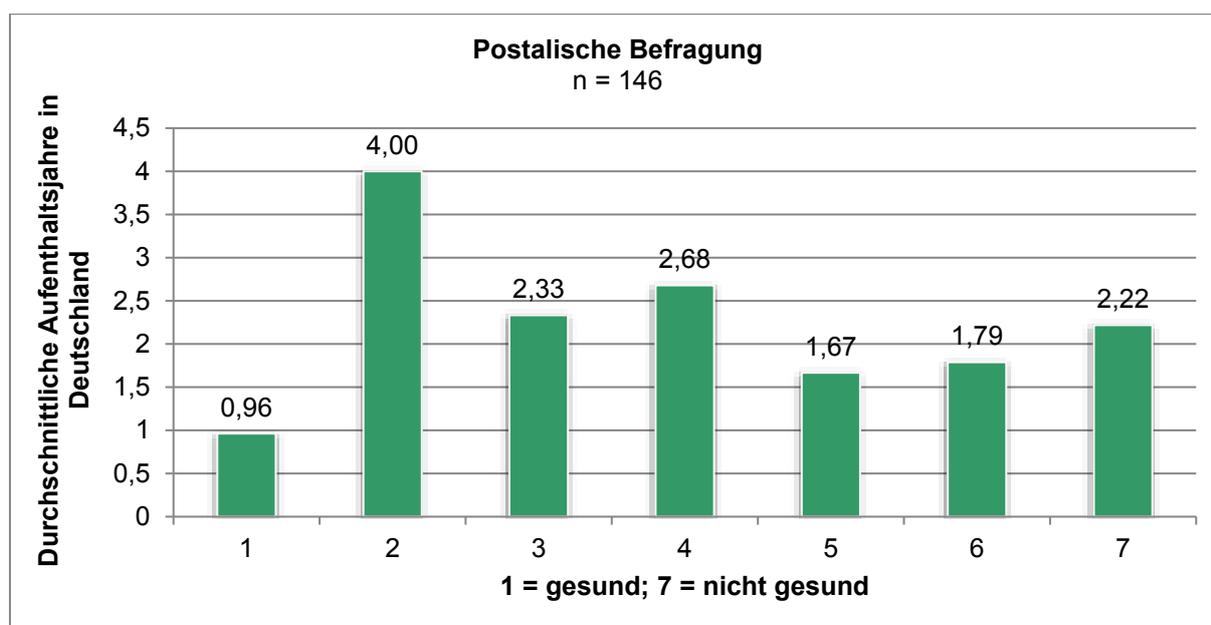


Abbildung 11: Allgemeines Gesundheitsempfinden der postalisch Befragten
Quelle: Eigene Darstellung

3.5.2. Vergleich mit der deutschen Wohnbevölkerung

Die an der GEDA-Befragung Teilnehmenden geben zu 39,1 % an, eine oder mehrere lang andauernde, chronische Erkrankungen zu haben. Insgesamt zeigt sich, dass Frauen häufiger an chronischen Erkrankungen leiden (42,3 %) als Männer (35,8 %). Im Hinblick auf die Häufigkeitsverteilung differenziert nach dem Alter ist eine Zunahme chronischer Erkrankungen mit steigendem Alter sowohl bei Männern als auch bei Frauen zu erkennen. Insbesondere das Auftreten von chronischen Erkrankungen bei Frauen ab 45 Jahren zeigt sich im Vergleich zu Männern vermehrt. Insgesamt zeigt sich in einem direkten Vergleich, dass die Studienpopulation seltener angibt, an chronischen Erkrankungen zu leiden (Robert Koch-Institut, 2011)

Tabelle 23: Häufigkeitsverteilung chronischer Erkrankungen bei Männern und Frauen der deutschen Wohnbevölkerung

		% (95%-KI)
18-29 Jahre	Frauen	20,1 (18,2-22,2)
	Männer	16,5 (14,4-18,8)
30-44 Jahre	Frauen	29,9 (28,1-31,8)
	Männer	26,3 (24,1-28,6)

Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Robert Koch-Institut, 2011.

Studienteilnehmer der GEDA-Studie wurden darüber hinaus hinsichtlich des Ausmaßes der dauerhaften Einschränkung durch Krankheit in der Ausübung alltäglicher Tätigkeiten gefragt. Insgesamt geben 11,3 % bzw. 19,2 % der Frauen und Männer an, erheblich eingeschränkt bzw. eingeschränkt zu sein. Dabei zeigt sich, dass Frauen häufiger als Männer angeben,

eingeschränkt zu sein (Robert Koch-Institut, 2011). Die geschlechts- und altersspezifische Verteilung der Häufigkeiten ist der nachstehenden Tabelle zu entnehmen.

Im Vergleich der Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigt sich, dass die in Bayern befragten Geflüchteten zu einem größeren Anteil angeben, dauerhaft erheblich eingeschränkt oder eingeschränkt zu sein als die in der GEDA-Studie Befragten. Dieser Unterschied wird insbesondere unter Berücksichtigung der Altersstruktur und Geschlechterverteilung deutlich.

Tabelle 24: Häufigkeitsverteilung gesundheitlicher Einschränkungen bei Männern und Frauen der deutschen Wohnbevölkerung

		Erheblich eingeschränkt % (95%-KI)	Eingeschränkt % (95%-KI)	Nicht eingeschränkt % (95%-KI)
18-29 Jahre	Frauen	2,1 (1,4-3,0)	10,9 (9,5-12,6)	87,0 (85,1—88,6)
	Männer	1,9 (1,2-3,1)	8,5 (7,0-10,4)	89,5 (87,5-91,3)
30-44 Jahre	Frauen	5,7 (4,7-6,8)	13,5 (12,2-15,0)	80,8 (79,1-82,4)
	Männer	4,5 (3,5-5,7)	14,4 (12,6-16,4)	81,1 (78,9-83,1)

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Robert Koch-Institut, 2011.

3.6. Somatische Erkrankungen

3.6.1. Strukturierung der Ergebnisdarstellung

Auf Grundlage der relativen Häufigkeiten der somatischen Erkrankungen kann der nachstehenden Tabelle eine Rangfolge dieser entnommen werden. Ebenso werden Erkrankungen inkludiert, welche über die Frage nach einer bereits durch medizinisches Personal diagnostizierten Krankheit erhoben werden. Für die weitere Darstellung und die differenzierte Beschreibung der Häufigkeiten sowie dem Abgleich mit der deutschen Wohnbevölkerung wird sich in einem ersten Schritt auf Erkrankungsbilder fokussiert, welche einen der ersten zehn Ränge erreicht haben. Zusätzlich werden die Ergebnisse in Bezug zu Infektionserkrankungen aufgrund der in anderen Studien konstatierten quantitativen Bedeutung näher dargestellt (u. a. Alberer et al. 2016).

Tabelle 25: Rangfolge somatischer Erkrankungen nach relativen Häufigkeiten bezogen auf Befragte aus den Unterkünften

Rang	Lebenszeit		12 Monate		Derzeitige Beeinträchtigung	
1	Erkrankungen der Zähne, des Mundes oder Kiefers	21,8 %	Rückenschmerz	18,4 %	Erkrankungen der Zähne, des Mundes oder Kiefers	13,3 %
2	Rückenschmerz	21,0 %	Erkrankungen der Zähne, des Mundes oder Kiefers	16,2 %	Rückenschmerz	12,7 %

Analyse der Morbidität der zugewanderten Personen

Rang	Lebenszeit		12 Monate		Derzeitige Beeinträchtigung	
	3	Andere nicht-diagnostizierte Erkrankungen	14,3 %	Erkrankungen der Haut	8,6 %	Schwangerschaft*
4	Gutartige Vergrößerung der Prostata	13,9 %	Erkrankungen des Magens oder Darms	6,5 %	Erkrankungen der Haut	5,3 %
5	Erkrankungen der Haut	11,8 %	Chronische Bronchitis	5,5 %	Erkrankungen des Magens oder Darms	4,1 %
6	Andere diagnostizierte Erkrankungen	11,3 %	Bluthochdruck	5,0 %	Arthritis	3,1 %
7	Blasenschwäche	9,7 %	Arthritis	3,7 %	Erkrankungen des Nervensystems	3,0 %
8	Bluthochdruck	9,1 %	Diabetes	3,1 %	Bluthochdruck	2,9 %
9	Erkrankungen des Magens oder Darms	9,1 %	Asthma bronchiale	3,1 %	Arthrose	2,6 %
10	Diabetes	6,2 %	Erkrankungen des Nervensystems	3,0 %	Diabetes	2,5 %

*Schwangerschaft wird nicht als Krankheit gewertet

Quelle: Eigene Darstellung

Es zeigt sich, dass insbesondere Erkrankungen der Zähne, des Mundes oder Kiefers in der Studienpopulation (sowohl in den Unterkünften als auch bei postalisch Befragten) auftreten. Zudem erweisen sich Erkrankungen des Magens oder Darms sowie Erkrankungen der Haut als häufig auftretende Erkrankungen. Die folgende Tabelle zeigt die Rangfolge der häufigsten zehn Erkrankungen von postalisch Befragten.

Tabelle 26: Rangfolge somatischer Erkrankungen nach relativen Häufigkeiten bezogen auf postalisch Befragte

Rang	Lebenszeit		12 Monate		Derzeitige Beeinträchtigung	
	1	Erkrankungen der Zähne, des Mundes oder Kiefers	13,1 %	Erkrankungen der Zähne, des Mundes oder Kiefers	8,5 %	Erkrankungen der Zähne, des Mundes oder Kiefers
2	Erkrankungen des Magens oder Darms	8,6 %	Erkrankungen des Magens oder Darms	6,3 %	Erkrankungen des Magens oder Darms	4,0 %
3	Erkrankungen der Haut	8,6 %	Erkrankungen der Haut	4,6 %	Probleme beim Wasserlassen	3,9 %
4	Skabies	6,4 %	Rückenschmerzen (drei Monate oder länger anhaltend)	3,3 %	Wurm-erkrankungen	2,3 %
5	Rückenschmerzen (drei Monate oder länger anhaltend)	6,0 %	Asthma bronchiale	2,8 %	Tuberkulose	2,3 %
6	Wurm-erkrankungen	5,8 %	Wurmerkrankungen	1,8 %	Rückenschmerzen (drei Monate oder länger anhaltend)	2,2 %
7	Tuberkulose	5,1 %	Erkrankungen des Nervensystems	1,7 %	Erkrankungen der Haut	1,7 %
8	Andere parasitäre oder infektiöse Erkrankungen	4,7 %	Chronische Bronchitis	1,7 %	Andere parasitäre oder infektiöse Erkrankung	1,2 %

Rang	Lebenszeit		12 Monate		Derzeitige Beeinträchtigung	
	9	Asthma bronchiale	4,5 %	Bluthochdruck	1,7 %	Erkrankungen des Nervensystems
10	Chronische Bronchitis	3,9 %	Gutartige Vergrößerung der Prostata	1,4 %	Herzinsuffizienz	1,1 %

Quelle: Eigene Darstellung

Die umfassende Ergebnisdarstellung kann dem Anhang 14 und Anhang 15 entnommen werden. Diese ist nach der Einteilung der ICD-Kapitel strukturiert (vgl. Anhang 13).

3.6.2. Bestimmte infektiöse und parasitäre Erkrankungen

3.6.2.1. Häufigkeiten von infektiösen und parasitären Erkrankungen

Im Ländervergleich der **Befragung in den Unterkünften** zeigt sich, dass Befragte aus Afghanistan zu 7,0 % die Frage bejahen, ob jemals infektiöse oder parasitäre Erkrankungen durch medizinisches Personal diagnostiziert wurden. Hingegen beläuft sich die Lebenszeitprävalenz der befragten Iraker auf 0,0 %. Für alle fünf Länder ergibt sich eine Lebenszeitprävalenz von 4,1 %.

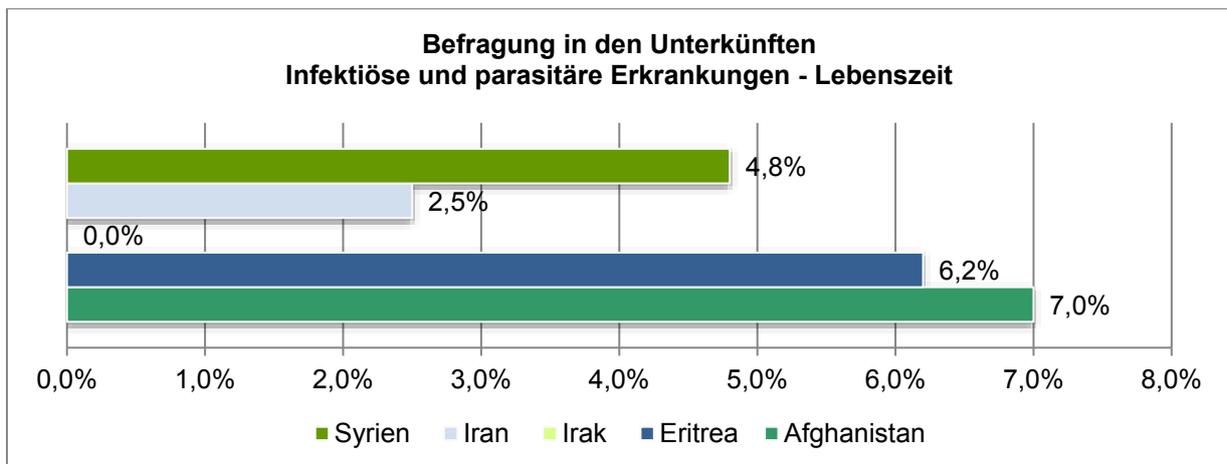


Abbildung 12: Relative Häufigkeiten von infektiösen und parasitären Erkrankungen im Ländervergleich
Quelle: Eigene Darstellung

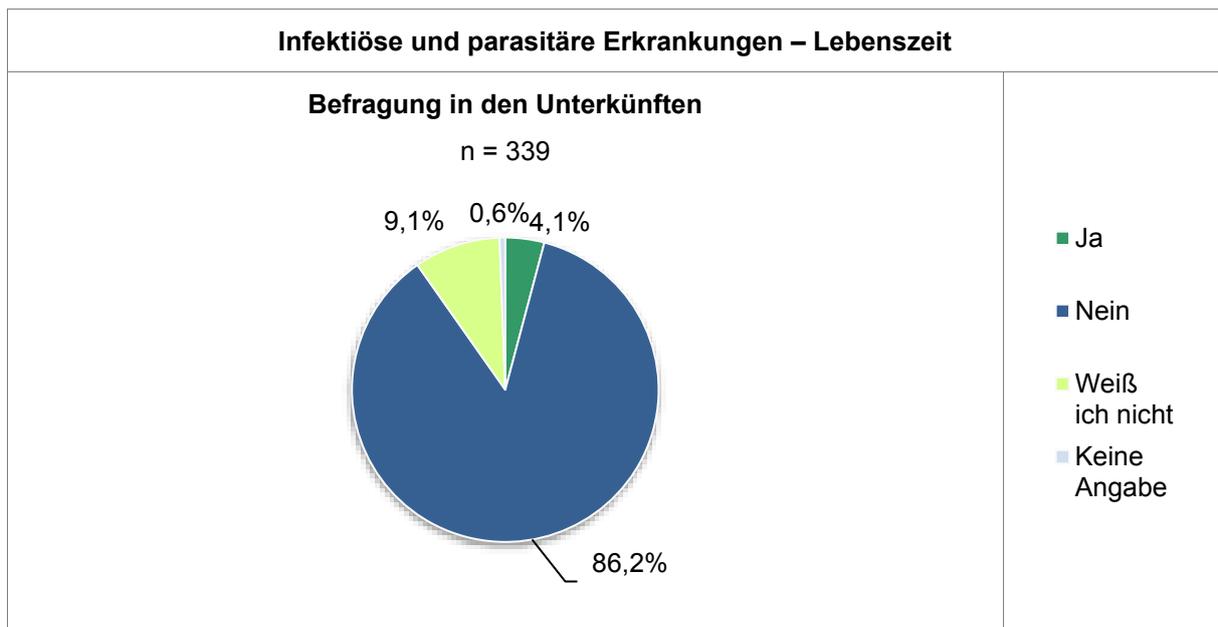


Abbildung 13: Relative Häufigkeiten von infektiösen und parasitären Erkrankungen
Quelle: Eigene Darstellung

Im Hinblick auf Unterschiede zwischen den Altersklassen zeigt sich, dass die Lebenszeitprävalenzen für die Altersklasse von 18-29 Jahren höher ist und mit zunehmender Altersklasse sinkt. Diese Tendenz kann bei der 12-Monats-Prävalenz für die Gruppe der Befragten nicht bestätigt werden. Die 12-Monats-Prävalenz der Studienteilnehmer ist mit 2,1 % geringer als die der gesamten Studienpopulation mit 3,4 %. Insgesamt fühlt sich die Studienpopulation aus den genannten Ländern zu 1,5 % durch die infektiöse oder parasitäre Erkrankung beeinträchtigt.

In einer zusätzlichen Frage werden die Studienteilnehmer gebeten anzugeben, um welche infektiöse oder parasitäre Erkrankung es sich handelt. Als standardisierte Antwortmöglichkeiten dienen Tuberkulose, Hepatitis B, Hepatitis C, Hepatitis E, HIV und andere parasitäre oder infektiöse Erkrankungen. Der folgenden Tabelle können die relativen Häufigkeiten der entsprechenden infektiösen und parasitären Erkrankungen für die fünf Länder und die gesamte Studienpopulation entnommen werden:

Tabelle 27: Relative Häufigkeiten ausgewählter infektiöser und parasitärer Erkrankungen

	Fünf Herkunftsländer % (n=339)	Gesamte Stichprobe % (n=524)
Tuberkulose	0,3 %	0,8 %
Hepatitis B	0,6 %	0,6 %
Hepatitis C	0,0 %	0,0 %
Hepatitis E	0,0 %	0,0 %
HIV	0,0 %	0,2 %
Andere parasitäre oder infektiöse Erkrankung	0,9 %	0,8 %

Quelle: Eigene Darstellung

Im Rahmen der **postalischen Befragung** werden die Studienteilnehmer ohne entsprechende Filterfrage gefragt, ob infektiöse oder parasitäre Erkrankungen vorliegen. Ebenso werden sie nach der Diagnose, der in Tabelle 27 aufgeführten Erkrankungen, sowie den Krankheiten Skabies und Wurmerkrankungen befragt. Der Ländervergleich der relativen Häufigkeiten zeigt, dass insbesondere befragte Eritreer angeben, dass jemals eine parasitäre oder infektiöse Erkrankung durch medizinisches Personal diagnostiziert wurde. Diese Angabe gilt für alle aufgeführten Erkrankungen. Für die in die Auswertung inkludierten Iraker ergibt sich für alle Erkrankungen eine Lebenszeitprävalenz von 0,0 %, 3,2 % der Syrer geben an, dass jemals Skabies von medizinischem Personal diagnostiziert wurde. Wurmerkrankungen sowie andere nicht genannte parasitäre oder infektiöse Erkrankungen bestehen zu 1,6 %.

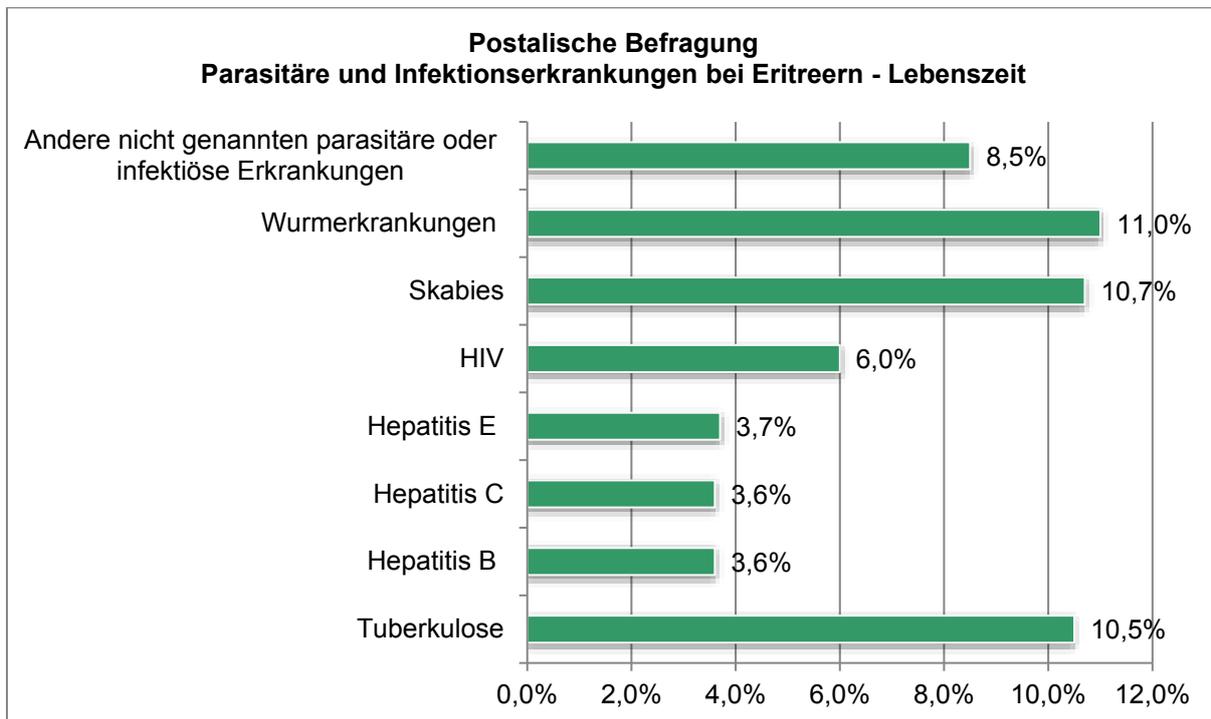


Abbildung 14: Relative Häufigkeiten von parasitären und infektiösen Erkrankungen bei postalisch befragten Eritreern
Quelle: Eigene Darstellung

Für die Erkrankung der Tuberkulose ergibt sich eine Lebenszeitprävalenz von 5,1 % für die gesamte Stichprobe. Die entsprechende 12-Monats-Prävalenz beläuft sich auf 4,3 %. Aufgrund der Stichprobengröße ist es nicht möglich, differenziertere Ergebnisse zu den Altersklassen darzustellen.

3.6.2.2. Vergleich mit der deutschen Wohnbevölkerung

Ein direkter Vergleich der in der vorliegenden Studie erhobenen Prävalenzen mit den der deutschen Wohnbevölkerung gestaltet sich schwierig. Weder in der DEGS- noch in der GEDA-Studie werden die Studienteilnehmer danach gefragt, ob eine Tuberkulose, Hepatitis oder das HI-Virus ärztlich diagnostiziert wurde. Um die Ergebnisse dennoch einzuordnen, werden nachstehend verfügbare Ergebnisse zitiert.

In Deutschland wurden im Jahr 2015 1.558 Fälle der **Tuberkulose** diagnostiziert. Insgesamt kann ein Anstieg der Fallzahlen über die letzten Jahre hinweg beobachtet werden. 80,5 % der Fälle wurden im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Tuberkulose-Screeninguntersuchung bei Asylbewerbern und Flüchtlingen identifiziert. Insgesamt entspricht dies einer Inzidenz von 7,3 % im Jahr 2015. Bei Betrachtung der Aufteilung nach Staatsangehörigkeiten kann festgestellt werden, dass 34,1 % der Tuberkulose-Neuerkrankten eine deutsche und entsprechend 65,9 % eine ausländische Staatsangehörigkeit besitzen. Der prozentuale Anteil der Tuberkulose-Fälle nach Geburtsland zeigt, dass im Jahr 2015 Somalia mit insgesamt 7,1 % den größten Anteil ausmacht, gefolgt von den Ländern Eritrea (5,9 %), Afghanistan (4,6 %), Syrien (4,2 %) und Pakistan (3,7 %) (Robert Koch-Institut 2016a).

Im Rahmen der DEGS-Studie wurde die Seroprävalenz von **Hepatitis B und Hepatitis C** bestimmt. Demnach zeigt sich eine Prävalenz von Hepatitis B für beide Geschlechter wie folgt (Poethko-Muller et al. 2013).

Tabelle 28: Prävalenz von Hepatitis B-Seromarkern

	% (95 %-KI)
Anti-HBc und HBs-Ag positiv	0,3 (0,2-0,6)
Anti-HBc und Anti-HBs positiv	4,0 (3,1-4,8)
Ausschließlich Anti-HBc positiv	0,6 (0,4-0,9)
Ausschließlich Anti-HBs positiv	22,9 (21,5-24,5)

Quelle: (Poethko-Muller et al. 2013)

In Deutschland kann für Teilnehmer im Alter von 18-79 Jahre der DEGS-Studie für die Jahre 2008-2011 eine Prävalenz von **Hepatitis C** von 0,3 % festgestellt werden. Es wird vermutet, dass die tatsächliche Prävalenz für die deutsche Wohnbevölkerung jedoch höher liegt, da bestimmte Personengruppen (z. B. Menschen aus Heil- und Pflegeanstalten oder Krankenhäusern) aus der Studie ausgeschlossen wurden und andere Personengruppen (z. B. intravenös Drogengebrauchende oder Menschen aus Ländern mit einer höheren HCV-Prävalenz) nicht repräsentativ vertreten waren. Die bundesweite Inzidenz von Hepatitis C lag im Jahr 2014 bei 7,2 pro 100.000 Einwohner. Für Bayern konnte eine Inzidenz von 8,6 pro 100.000 Einwohner ermittelt werden (Robert Koch-Institut 2015c). Die Seroprävalenz von **Hepatitis E** variiert je nach Testsystem. So konnte unter deutschen Blutspendern eine Seroprävalenz von 6,8 % ermittelt werden. Einer Publikation des RKI ist jedoch zu entnehmen, dass die Seroprävalenz bis zu 29,5 % betragen kann (Robert Koch-Institut 2015b). Die für die deutsche Wohnbevölkerung verfügbaren Daten zur Häufigkeit des Auftretens von **HIV** sind dem Epidemiologischen Bulletin des RKI zu entnehmen. Demnach lag im Jahr 2015 die Inzidenz für Männer bei 7,4 pro 100.000 Einwohner und die Inzidenz für Frauen bei 1,8 pro 100.000 Einwohner. Die höchste Inzidenz lag in der Altersklasse der 30-39-jährigen Männer

vor (18,7 pro 100.000 Einwohner) und bei Frauen ebenso in der Altersklasse der 30-39-Jährigen (6,0 pro 100.000 Einwohner) (Robert Koch-Institut 2016b).

3.6.3. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

3.6.3.1. Ergebnisdarstellung: Häufigkeiten von Diabetes

Der Ländervergleich der in den Unterkünften erhobenen Daten zeigt, dass die Befragten aus Afghanistan die höchste Lebenszeitprävalenz für Diabetes aufweisen (9,1 %). Darauf folgen Studienteilnehmer aus Syrien (7,1 %) und Eritrea (5,8 %). Für postalisch Befragte aus Eritrea, dem Irak und Syrien zeigt sich im Vergleich eine geringere Lebenszeitprävalenz. Für die gesamte postalisch befragte Studienpopulation ergibt sich eine Lebenszeitprävalenz von 2,2 %.

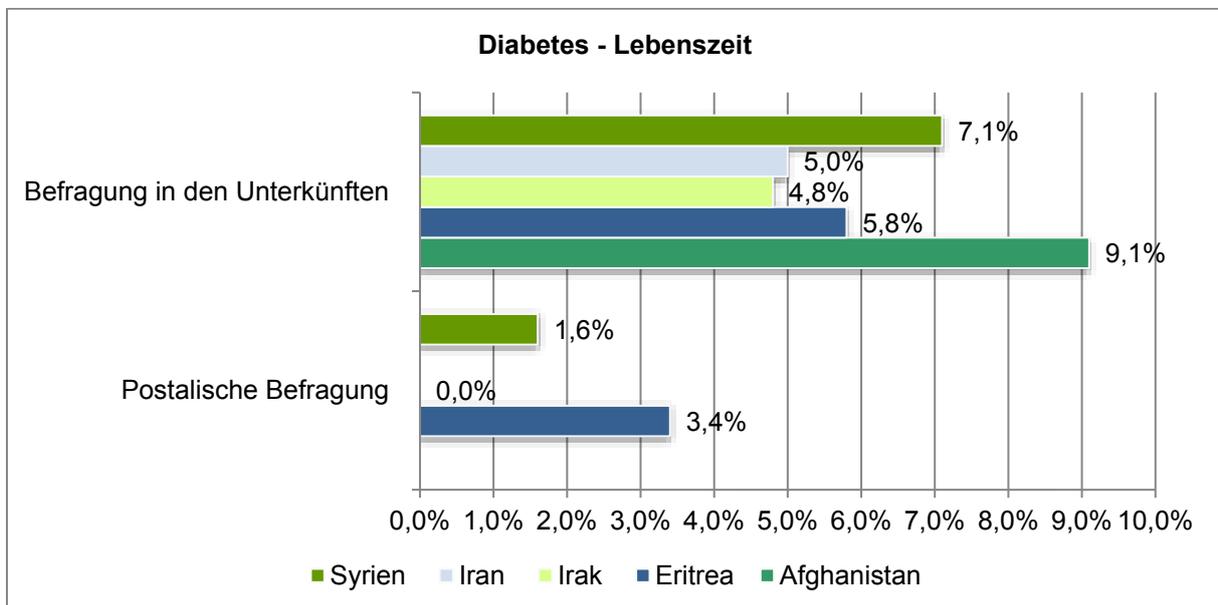


Abbildung 15: Relative Häufigkeiten von Diabetes im Ländervergleich
Quelle: Eigene Darstellung

Wie der

Abbildung 15 zu entnehmen, ist der Anteil derjenigen, welche die Frage, ob jemals Diabetes durch medizinisches Personal diagnostiziert wurde, verneinten in der Gruppe der postalisch Befragten um knapp 6 Prozentpunkte höher. Zudem ist zu erkennen, dass in der Gruppe der postalisch Befragten die Unsicherheit bezüglich der Antwort geringer ist. Während 12,3 %, der in den Unterkünften befragten Studienteilnehmer, angeben nicht zu wissen ob die Erkrankung jemals diagnostiziert wurde, beläuft sich der Anteil der postalisch Befragten auf lediglich 1,6 %. Hingegen ist der Anteil der Teilnehmer, die sich für die Antwortoption „Keine Angabe“ entschieden unter den postalischen Rückläufern deutlich höher (9,8 %) als bei den in den Unterkünften Teilnehmenden (0,8 %).

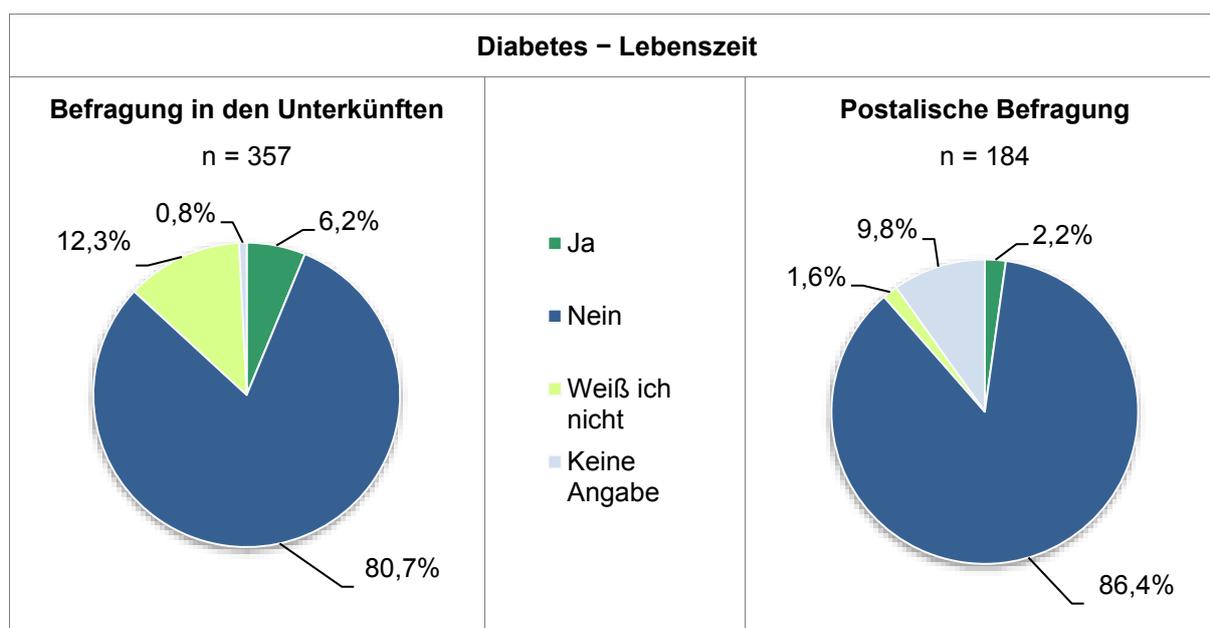


Abbildung 16: Relative Häufigkeiten von Diabetes
Quelle: Eigene Darstellung

Es zeigt sich darüber hinaus, dass die relativen Häufigkeiten bezüglich der Diagnose von Diabetes durch medizinisches Personal mit zunehmender Altersklasse ansteigen. So zeigt sich beispielsweise für die gesamte in den Unterkünften befragte Stichprobe eine Lebenszeitprävalenz in der Altersklasse der 18-29-Jährigen von 3,4 %, während sich diese in der Altersklasse der 30-44-Jährigen auf 7,0 % beziehungsweise der 45-64-Jährigen auf 21,1 % beläuft. Die Ergebnisse der postalischen Befragung können diese Tendenz bestätigen: Während die 18-29-Jährigen eritreischer Staatsangehörigkeit eine Lebenszeitprävalenz von 1,5 % aufweisen, liegt diese für die 30-44-Jährigen bei 11,8 %.

Eine Abweichung ergibt sich bezüglich der Angabe, wer sich derzeit aufgrund der Diabetes-Erkrankung beeinträchtigt fühlt. In Bezug auf die Studienpopulation der Unterkünfte ergibt sich eine relative Häufigkeit von 2,5 %. Dabei bezieht sich die geringste relative Häufigkeit auf die Befragten aus Eritrea (1,9 %) und die höchste relative Häufigkeit auf aus dem Iran stammende Studienteilnehmer (3,6 %). Auch bei der derzeitigen Beeinträchtigung lässt sich eine Zunahme der Häufigkeit mit steigender Altersklasse erkennen. Aufgrund der Größe der Studienpopulation ist es nicht möglich, Aussagen in diesem Bezug zu den postalisch Befragten zu treffen.

3.6.3.2. Vergleich mit der deutschen Wohnbevölkerung

Im Rahmen der durch das RKI durchgeführten DEGS-Studie wird für den Diabetes mellitus eine Lebenszeitprävalenz für die 18-79-Jährigen der deutschen Wohnbevölkerung von 7,2 % konstatiert, wobei Frauen (7,4 %) häufiger betroffen sind als Männer (7,0 %). Zu beobachten ist, dass die Prävalenz mit zunehmendem Alter ansteigt – so zeigt sich beispielsweise eine Lebenszeitprävalenz der weiblichen 18-39-Jährigen von 3,7 %, während sich diese bei den

weiblichen 70-79-Jährigen auf 21,8 % beläuft (Robert Koch-Institut 2016c). Die Ergebnisse differenziert nach Alter und Geschlecht sind der nachstehenden Tabelle zu entnehmen. Als Indikator zur Bestimmung der Lebenszeitprävalenz dient ein standardisiertes, computergestütztes ärztliches Interview, in welchem die Frage gestellt wird, ob ein Arzt jemals eine Zuckerkrankheit oder eine Form des Diabetes festgestellt hat. Darüber hinaus wird die Dokumentation der Einnahme von Antidiabetika in den letzten 7 Tagen vor einem Besuch in einem Untersuchungszentrum in die Analyse inkludiert (Heidemann et al. 2016). Im Rahmen der jüngsten GEDA-Studie zeigt sich eine Lebenszeitprävalenz für die deutsche Wohnbevölkerung von 8,9 % und eine 12-Monats-Prävalenz von 7,7 % für Frauen und Männer. Auch hier zeigt sich ein Anstieg der Prävalenz mit dem Alter für beide Geschlechter (Robert Koch-Institut 2016c). In der Auswertung der Lebenszeitprävalenzen der gesamten Stichprobe zeigt sich bezüglich des Anstiegs der relativen Häufigkeiten über die Altersklassen hinweg die gleiche Tendenz. Während sich diese bei den 18-29-Jährigen auf 3,4 % beläuft, zeigt sich für die 45-64-Jährigen eine Lebenszeitprävalenz von 21,1 %.

Tabelle 29: Lebenszeitprävalenz des bekannten Diabetes mellitus bei Frauen und Männern der deutschen Wohnbevölkerung

		% (95%-KI)
18-29 Jahre	Frauen	2,1 (1,4-3,2)
	Männer	1,0 (0,6-1,8)
30-44 Jahre	Frauen	4,2 (3,4-5,2)
	Männer	2,5 (1,6-3,6)

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Robert Koch-Institut, 2011.

3.6.4. Krankheiten des Nervensystems

3.6.4.1. Häufigkeiten von Erkrankungen des Nervensystems

Zur Erfassung der relativen Häufigkeiten von Erkrankungen des Nervensystems (zum Beispiel Bewegungsstörungen oder entzündliche Krankheiten) wird ebenso die Frage nach der Diagnose durch medizinisches Personal gestellt. Hier zeigt sich im Ländervergleich eine Lebenszeitprävalenz von in Unterkünften befragten Syrern von 6,1 % (n=82). Wohingegen Studienteilnehmer aus Eritrea lediglich zu 1 % angeben, dass eine Erkrankung des Nervensystems jemals diagnostiziert wurde. Ein gegensätzliches Bild zeigt sich jedoch für die Lebenszeitprävalenz der postalisch befragten Eritreer und Syrer: Die Lebenszeitprävalenz liegt bei den Syrern mit 1,6 % deutlich unter der der Eritreer (4,8 %).

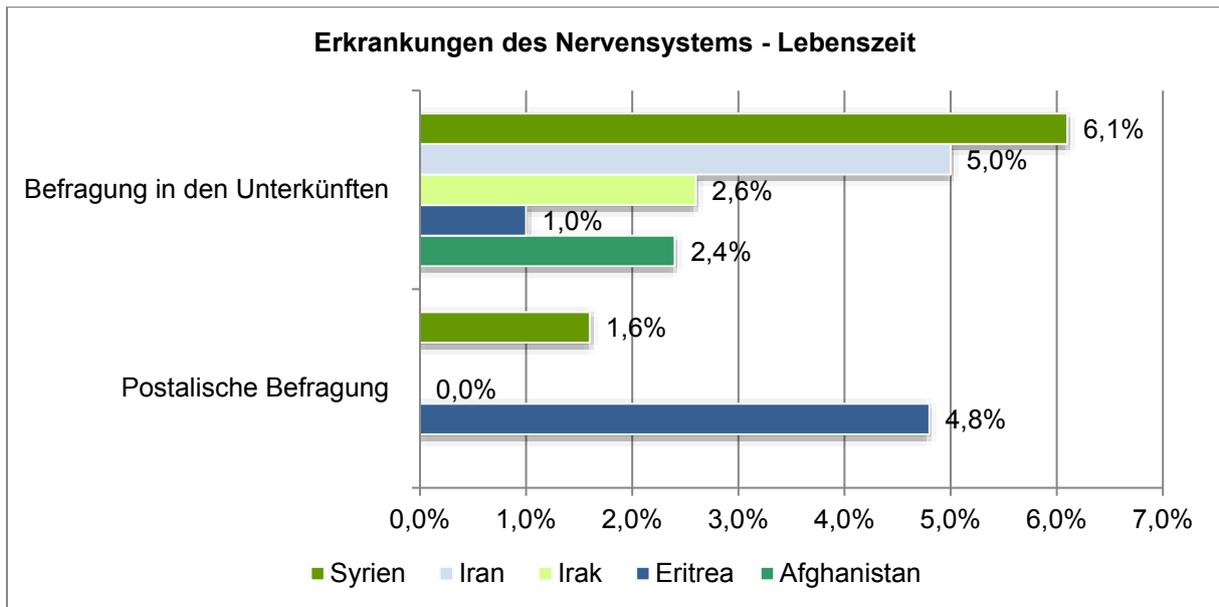


Abbildung 17: Relative Häufigkeiten von Erkrankungen des Nervensystems im Ländervergleich
Quelle: Eigene Darstellung

Im Hinblick auf die Verteilung der Antworten, der in den Unterkünften und postalisch Befragten zeichnet sich ein ähnliches Bild wie bei der Angabe der Diabeteserkrankungen: Der Anteil derjenigen, die sich hinsichtlich der Diagnose von Erkrankungen des Nervensystems nicht sicher sind, ist unter den postalisch Befragten mit 4,6 % deutlich geringer als bei den Befragten in den Unterkünften (13,6 %).

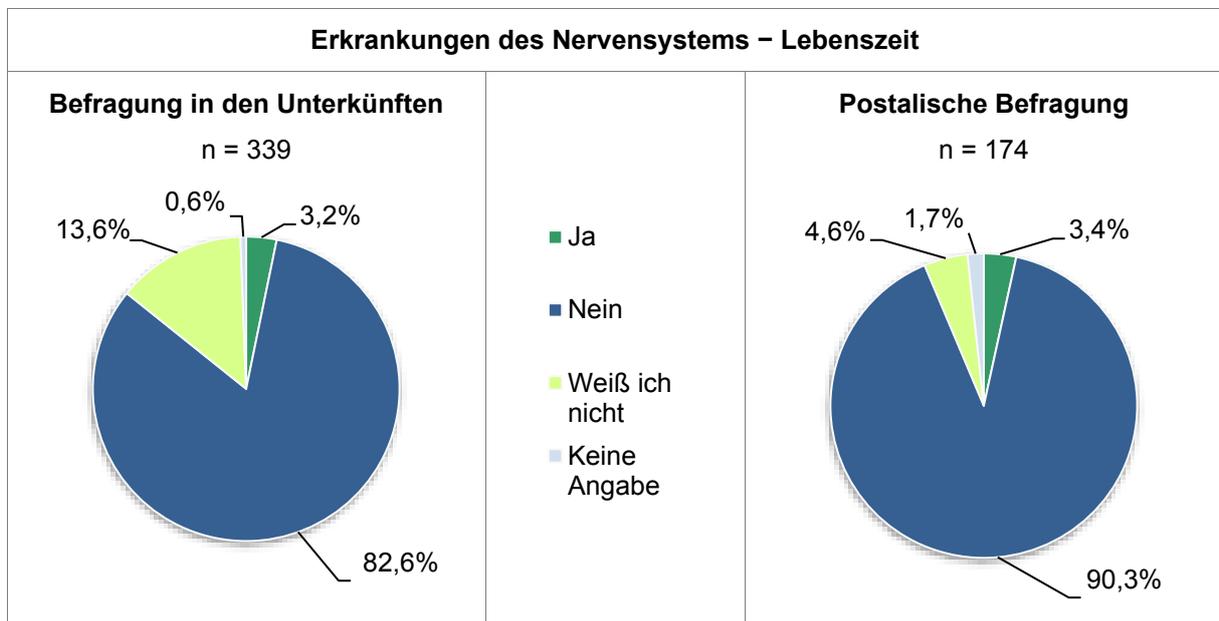


Abbildung 18: Relative Häufigkeiten von Erkrankungen des Nervensystems
Quelle: Eigene Darstellung

Im Hinblick auf die 12-Monats-Prävalenz ergibt sich eine relative Häufigkeit von 3,0 % (n=339) für die Studienpopulation der Unterkünfte und von 1,7 % (n=174) für die postalisch Befragten. Dabei ist die Verteilung der Häufigkeiten zwischen den Herkunftsländern ähnlich wie die der Lebenszeitprävalenz. Es kann darüber hinaus festgehalten werden, dass die relative Häufigkeit in der Altersklasse der 45-64-Jährigen im Vergleich zu jüngeren Altersklassen

deutlich höher ist. Dies zeigt sich auch für die Erfassung der derzeitigen Beeinträchtigung durch Erkrankungen des Nervensystems.

3.6.4.2. Vergleich mit der deutschen Wohnbevölkerung

In den vom RKI verwendeten Fragebögen wurde die Diagnose von Erkrankungen des Nervensystems nicht explizit erfasst. Somit können keine direkt vergleichbaren Daten für die deutsche Wohnbevölkerung herangezogen werden. Der Gesundheitsberichterstattung des Bundes sind Diagnosedaten der Krankenhäuser vollstationärer Patienten zu entnehmen. Demnach zeigt sich für die Diagnosen G00-G99 (Erkrankungen des Nervensystems) eine absolute Anzahl von 779.076 Fällen im Jahr 2015. Männliche Personen verursachten höhere Fallzahlen (408.850), als weibliche Personen (370.226). Die altersspezifischen Fallzahlen pro 100.000 Einwohner sind der folgenden Übersicht zu entnehmen.

Tabelle 30: Altersspezifische und -standardisierte Fallzahlen in Bezug auf Erkrankungen des Nervensystems

Sachverhalt	2015	2014
Altersspezifische Fallzahlen pro 100.000 Einwohner		
15 bis unter 45 Jahre	522	533
45 bis unter 65 Jahre	972	980
Altersspezifische Fallzahlen pro 100.000 Einwohner (Standardbevölkerung „Deutschland 2011“)		
Insgesamt	931	941
Männlich	988	994
Weiblich	875	889

Quelle: (Robert Koch-Institut und DESTATIS 2017a)

3.6.5. Krankheiten des Kreislaufsystems

3.6.5.1. Häufigkeiten von Bluthochdruck

Im Rahmen der Erfassung der Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems werden die Teilnehmer nach der Diagnose von Bluthochdruck durch medizinisches Personal gefragt. In den Unterkünften weisen Eritreer und Iraner die geringste Lebenszeitprävalenz auf. Unter den postalisch Befragten geben insbesondere Iraker an, dass Bluthochdruck diagnostiziert wurde.

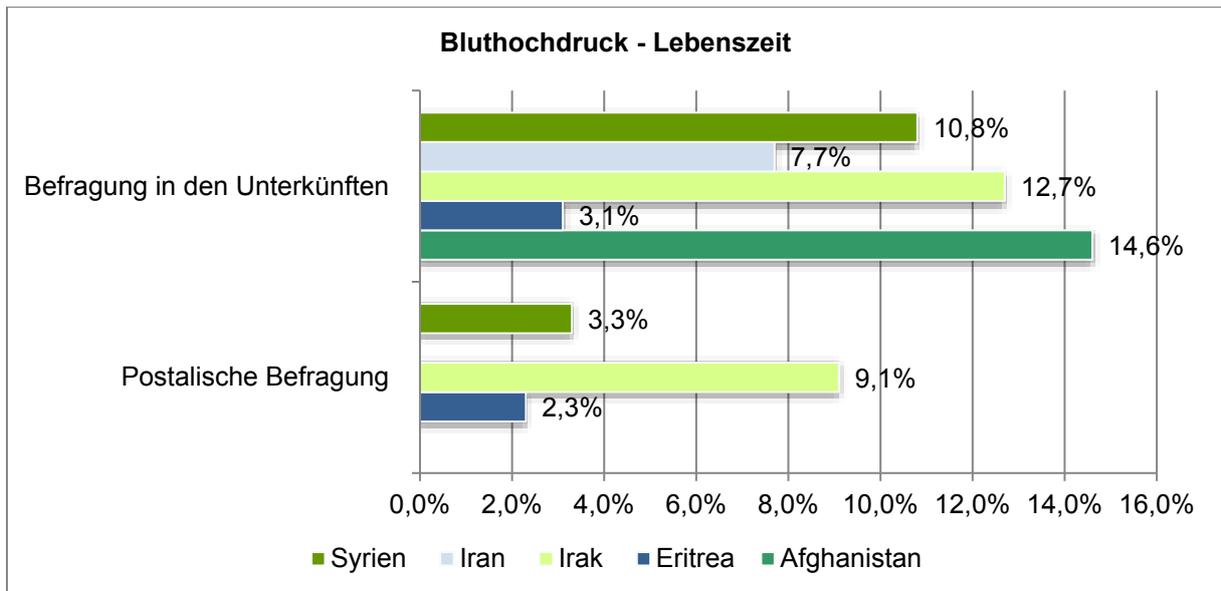


Abbildung 19: Relative Häufigkeiten von Bluthochdruck im Ländervergleich
Quelle: Eigene Darstellung

75,9 % der Befragten aus den Unterkünften verneinen die Frage, ob jemals Bluthochdruck diagnostiziert worden sei, hingegen 86,6 % der postalisch Befragten. Abweichungen zeigen sich auch beim Anteil der Befragten, die die Frage bejahen. Während Befragte in den Unterkünften zu 9,1 % angeben, dass Bluthochdruck diagnostiziert wurde, sind es in der Gruppe der postalisch Befragten lediglich 3,4 %.

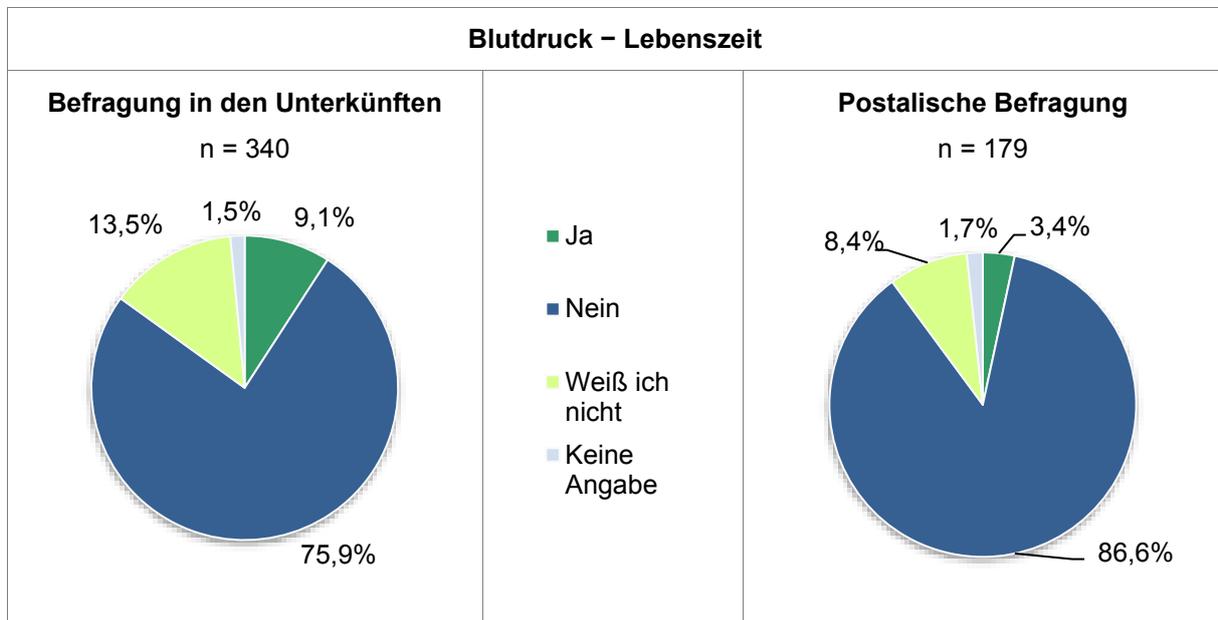


Abbildung 20: Relative Häufigkeiten von Bluthochdruck
Quelle: Eigene Darstellung

Die Lebenszeitprävalenz der in den Unterkünften Befragten aller Herkunftsländer steigt mit zunehmender Altersklasse an. So beträgt diese in der Altersklasse der 18-29-Jährigen 5,9 % (n=338), in der Altersklasse von 30-44 Jahren 6,6 % (n=121) und für die 45-64-Jährigen ergibt sich eine Lebenszeitprävalenz von 37,1 % (n=35). Gleiche Tendenzen zeigen sich auch für die 12-Monats-Prävalenz und die relativen Häufigkeiten der derzeitigen Beeinträchtigung. Es

ergibt sich eine 12-Monats-Prävalenz für die Befragten aus den fünf Herkunftsländern von 5,0 % (n=340). Für die gesamte Stichprobe beläuft sich diese auf 4,5 % (n=529). Die postalische Befragung bestätigt die beschriebenen Tendenzen.

3.6.5.2. Vergleich der Prävalenz von Bluthochdruck mit der deutschen Wohnbevölkerung

Für Männer und Frauen der deutschen Wohnbevölkerung ergibt sich eine 12-Monats-Prävalenz der Hypertonie von 28,4 %. Männer sind mit 28,5 % etwas häufiger betroffen als Frauen (28,2 %). Es zeigt sich ein Anstieg der 12-Monats-Prävalenz mit steigender Altersklasse. So beträgt die entsprechende Prävalenz der 30-44-jährigen weiblichen Bewohner der deutschen Bevölkerung 6,0 %, während sich diese bei den über 65-Jährigen auf 59,5 % beläuft. Die ausführliche Ergebnisdarstellung der 12-Monats-Prävalenz des Bluthochdrucks für Männer und Frauen der deutschen Wohnbevölkerung folgt in der nachstehenden Tabelle. Als Indikator für die Prävalenzen wurde die positive Beantwortung der Frage, ob ein Arzt jemals Bluthochdruck oder Hypertonie diagnostiziert habe und ob die Bluthochdruck-Erkrankung auch in den letzten 12 Monaten bestünde, herangezogen (Robert Koch-Institut 2015c).

Es lässt sich somit erkennen, dass die durchschnittliche relative Häufigkeit des Auftretens einer Hypertonie in den vergangenen 12 Monaten in der Studienpopulation geringer ist als in der deutschen Wohnbevölkerung. Unter Berücksichtigung der Altersstrukturen lässt sich jedoch feststellen, dass die 12-Monats-Prävalenz der 18-29-Jährigen der Studienpopulation mit 2,4 % und 3,3 % für Befragte aus den gewählten Herkunftsländern vergleichbar sind mit Gleichaltrigen der deutschen Wohnbevölkerung (Frauen: 2,3 %, Männer: 4,6 %).

Tabelle 31: 12-Monats-Prävalenz des Bluthochdrucks bei Frauen und Männern der deutschen Wohnbevölkerung

		% (95%-KI)
18-29 Jahre	Frauen	2,3 (1,5-3,7)
	Männer	4,6 (3,4-6,2)
30-44 Jahre	Frauen	6,0 (4,9-7,4)
	Männer	13,7 (11,8-16,0)

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Robert Koch-Institut, 2011.

3.6.5.3. Häufigkeiten von körperlichen Beschwerden in Bezug auf das Herz

Neben den Diagnosen von ausgewählten Erkrankungen können im Rahmen der Erfassung somatoformer Störungen Kenntnisse zu den Beeinträchtigungen durch Schmerzen im Brustbereich und Herzklopfen und Herzrasen gewonnen werden. 5,8 % der in den Unterkünften befragten Studienteilnehmer und 1,8 % der postalisch Befragten geben an, sich aufgrund von **Herzklopfen bzw. -rasen** stark beeinträchtigt zu fühlen. In der differenzierten

Betrachtung der Daten aus den Unterkünften zeigt sich insbesondere für Befragte aus Afghanistan eine abweichende relative Häufigkeit von 14,3 %. Im Hinblick auf **Schmerzen im Brustbereich** in den vergangenen vier Wochen geben 6,3 % der in den Unterkünften Befragten und 2,9 % der postalisch Befragten an, sich stark beeinträchtigt zu fühlen. Auch hier zeigt sich eine ähnliche Tendenz. Aus Afghanistan stammende Befragte geben zu 14,3 % an sich stark beeinträchtigt zu fühlen. Im Rahmen der postalischen Daten ergibt sich die höchste relative Häufigkeit für Menschen aus Eritrea (3,6 %). Jedoch sind bis dato keine Menschen aus Afghanistan in die Datenauswertung inkludiert. Es kann an dieser Stelle keine Aussage getroffen werden, ob es sich um somatische oder psychosomatische Beschwerden handelt.

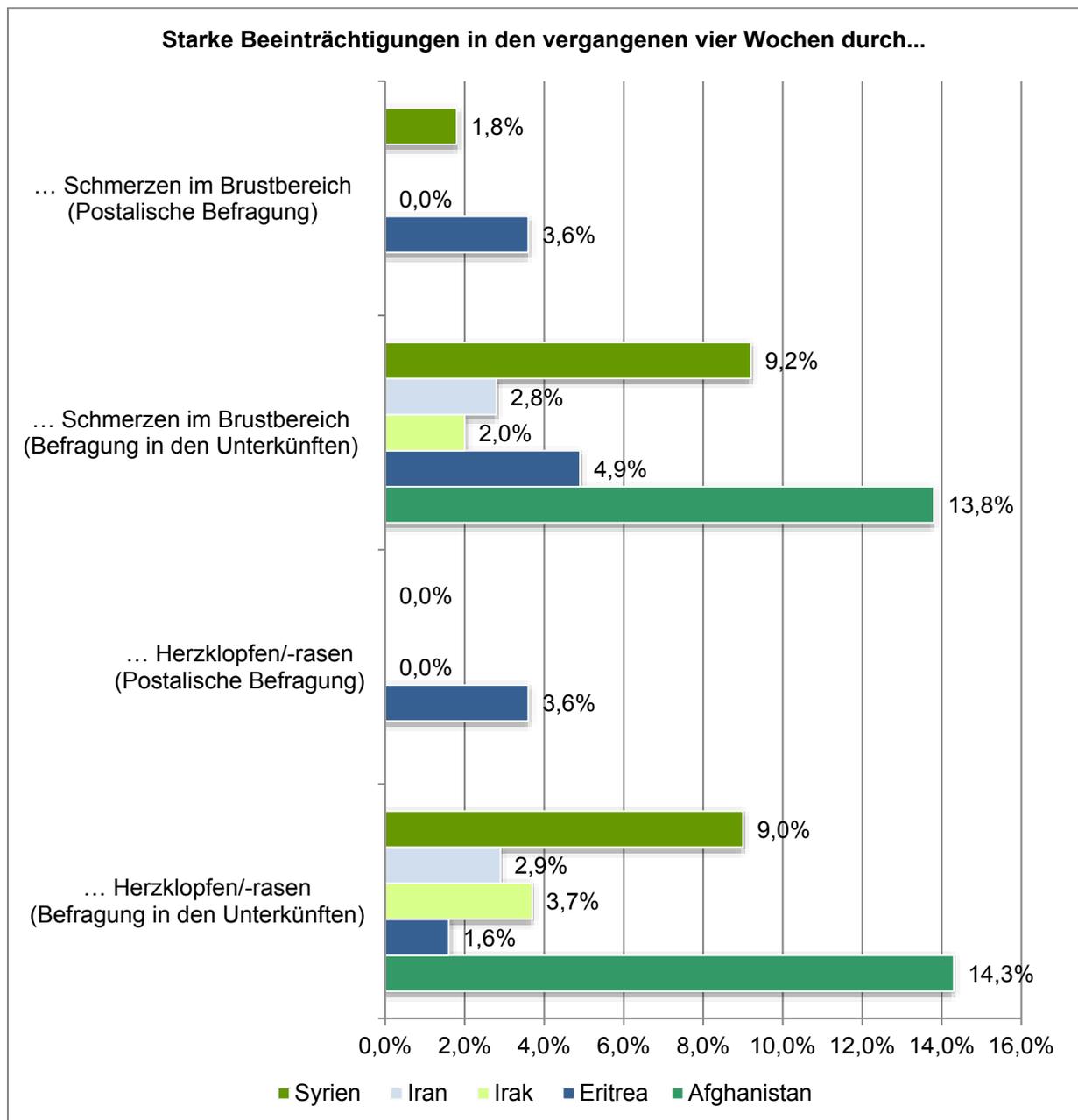


Abbildung 21: Relative Häufigkeiten von starken Beeinträchtigungen durch Herzklopfen/-rasen und Schmerzen im Brustbereich im Ländervergleich
 Quelle: Eigene Darstellung

3.6.6. Krankheiten des Atmungssystems

3.6.6.1. Häufigkeiten von Asthma bronchiale

Als Erkrankung des Atmungssystems werden die Teilnehmer gefragt, ob jemals Asthma bronchiale diagnostiziert wurde. Als Synonyme werden zudem „Bronchialasthma“, „Lungenasthma“ und „allergisches Asthma“ aufgeführt.

Im Ländervergleich beträgt die Lebenszeitprävalenz von Asthma bronchiale 15,0 % für iranische Teilnehmer und hebt sich damit deutlich von den anderen Ländern ab. Aus dem Irak stammende Befragte geben zu 0,0 % an, dass jemals Asthma bronchiale diagnostiziert wurde. Ein gegensätzliches Bild ergeben die postalisch erhobenen Daten. Insgesamt 9,1 % der befragten Iraker geben an, dass jemals Asthma bronchiale diagnostiziert wurde. Dies ist im Hinblick auf die Differenzierung der Herkunftsländer die höchste Lebenszeitprävalenz.

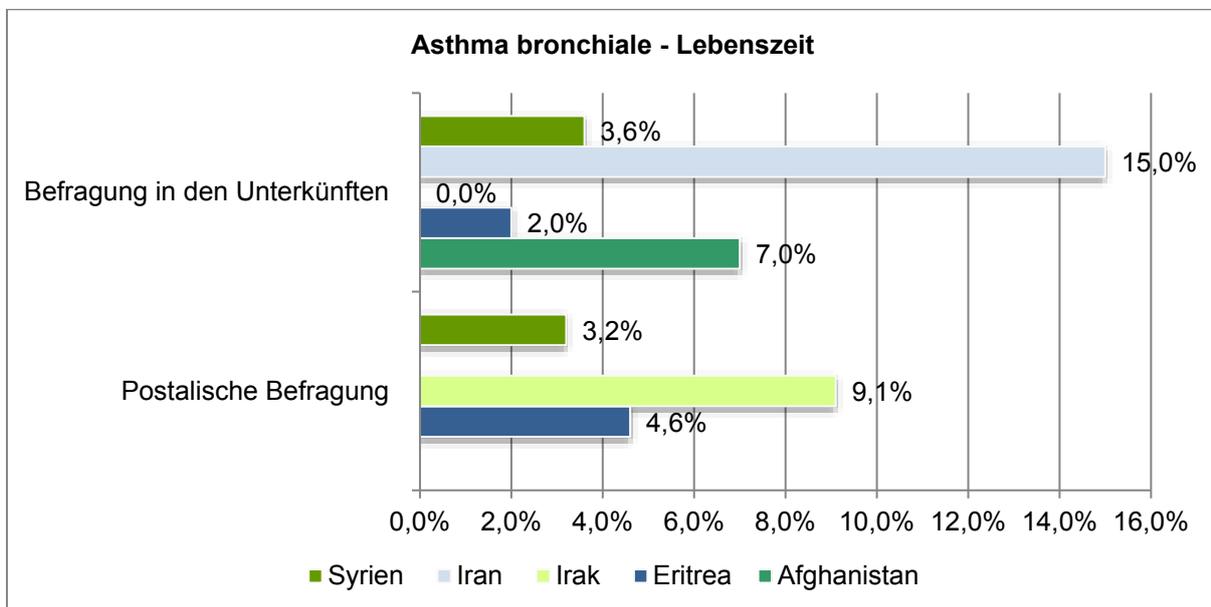


Abbildung 22: Relative Häufigkeiten von Asthma bronchiale im Ländervergleich
Quelle: Eigene Darstellung

Hinsichtlich des Vergleichs zwischen der gesamten Studienpopulation und den fünf gewählten Ländern zeigt sich kaum eine Differenz im Antwortverhalten. Für die Unterkunftspopulation ergibt sich eine Lebenszeitprävalenz von 4,0 % sowie für die postalisch befragte Gruppe von 4,5 %.

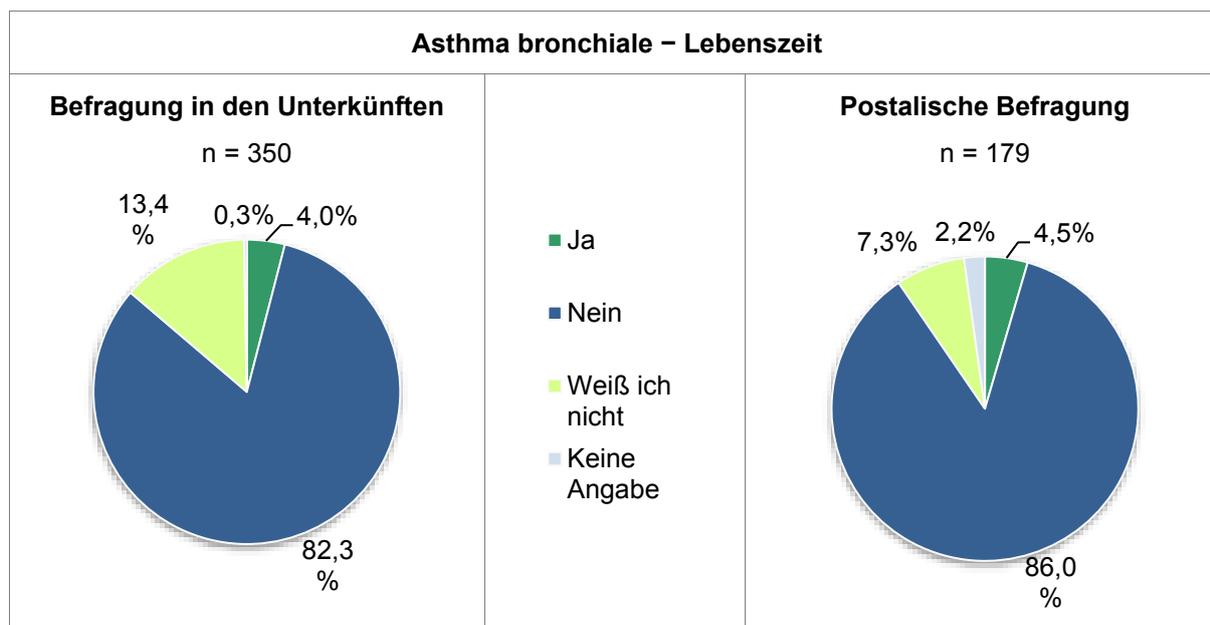


Abbildung 23: Relative Häufigkeiten von Asthma bronchiale
Quelle: Eigene Darstellung

In der deskriptiven Analyse der einzelnen Altersklassen und Herkunftsländer zeigt sich die höchste Lebenszeitprävalenz bei postalisch befragten 30-44-jährigen Eritreern (25,0 %) gefolgt von in Unterkünften befragten 18-29-jährigen Iranern (16,7 %). Eine generelle Tendenz auf einen Anstieg der Prävalenz im Alter kann nicht festgestellt werden. Die 12-Monats-Prävalenz liegt mit 3,1 % für die Population aus den Unterkünften und 2,8 % für die postalischen Teilnehmer und damit etwas unter der Lebenszeitprävalenz. Insgesamt geben knapp 2 % der Studienteilnehmer aus den Unterkünften und 0,6 % der postalischen Teilnehmer an, sich durch Asthma bronchiale beeinträchtigt zu fühlen.

3.6.6.2. Vergleich der Prävalenzen von Asthma bronchiale mit der deutschen Wohnbevölkerung

Im Rahmen der GEDA-Studie im Jahr 2012 geben insgesamt 9,9 % der Befragten an, dass ein Arzt jemals ein Asthma bronchiale diagnostiziert hat. Die 12-Monats-Prävalenz liegt für beide Geschlechter bei 6,3 %, wobei Frauen (7,5 %) häufiger betroffen sind als Männer (5,0 %). Zudem zeigt sich, dass die Lebenszeitprävalenz bei Frauen mit zunehmender Altersklasse steigt, bei Männern jedoch sinkt. Um die Ergebnisse mit der vorliegenden Studienpopulation vergleichen zu können, wird sich auf die Altersklasse der 18-29-Jährigen konzentriert. GEDA kommt in diesem Zusammenhang zu den folgenden Ergebnissen (Robert Koch-Institut 2014b).

Tabelle 32: Prävalenzen von Asthma bronchiale der deutschen Wohnbevölkerung

		12-Monats-Prävalenz % (95 %-KI)	Lebenszeitprävalenz % (95 %-KI)
18-29 Jahre	Frauen	4,7 (3,4-6,3)	9,1 (7,2-11,4)
	Männer	4,9 (3,5-6,8)	10,5 (8,6-12,7)
30-44 Jahre	Frauen	6,2 (4,8-8,0)	10,2 (8,5-12,2)
	Männer	4,4 (3,3-5,9)	8,0 (6,6-9,8)

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an (Robert Koch-Institut 2014b)

Die aus den fünf Herkunftsländern Befragten im Alter von 18-29 Jahren geben 4,2 % jemals sowie 3,3 % in den vergangenen 12 Monaten eine Diagnose durch medizinisches Personal erhalten zu haben. Demnach liegen die angegebenen Prävalenzen für die deutsche Wohnbevölkerung höher als in der vorliegenden Studienpopulation.

3.6.6.3. Häufigkeiten der chronischen Bronchitis

Als weitere Erkrankung des Atmungssystems werden die Häufigkeiten der Diagnose der chronischen Bronchitis erfasst. Als zusätzliche Information dient „Husten und Auswurf mindestens drei Monate lang pro Jahr“.

Im Ländervergleich zeigt sich, dass in Unterkünften befragte Syrer mit 11,8 % die höchste relative Häufigkeit in Bezug auf die Diagnose der chronischen Bronchitis aufweisen. Hingegen gibt kein aus Afghanistan stammender Befragter an, dass jemals eine chronische Bronchitis durch medizinisches Personal diagnostiziert wurde. Im Rahmen der postalischen Auswertung ergibt sich für Menschen mit eritreischer Staatsangehörigkeit eine höhere Lebenszeitprävalenz als für Menschen mit syrischer Staatsangehörigkeit.

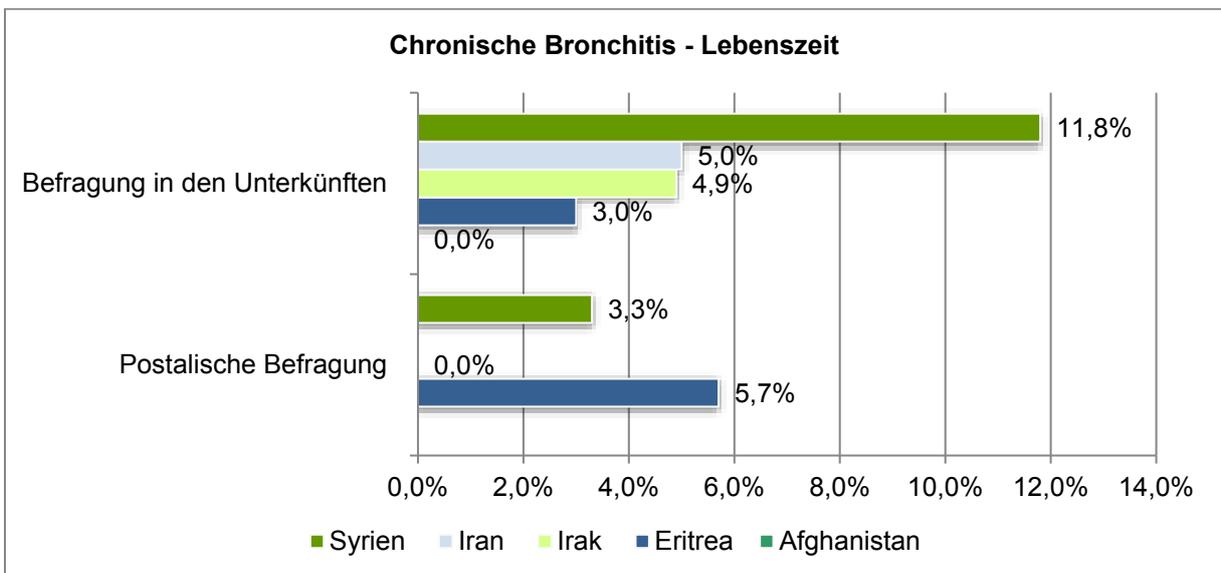


Abbildung 24: Relative Häufigkeiten von chronischer Bronchitis im Ländervergleich

Quelle: Eigene Darstellung

Insgesamt zeigt sich eine Lebenszeitprävalenz von 5,5 % der Befragten aus den Unterkünften und 3,9 % der postalisch Befragten. Studienteilnehmer, die den postalisch zugesandten Fragebögen ausfüllen, entscheiden sich weniger häufig für die Angabe der Antwortmöglichkeit „Weiß ich nicht“. Ein ähnliches Phänomen wird auch bei der Abfrage anderer Erkrankungen festgestellt, zum Beispiel bei Asthma bronchiale.

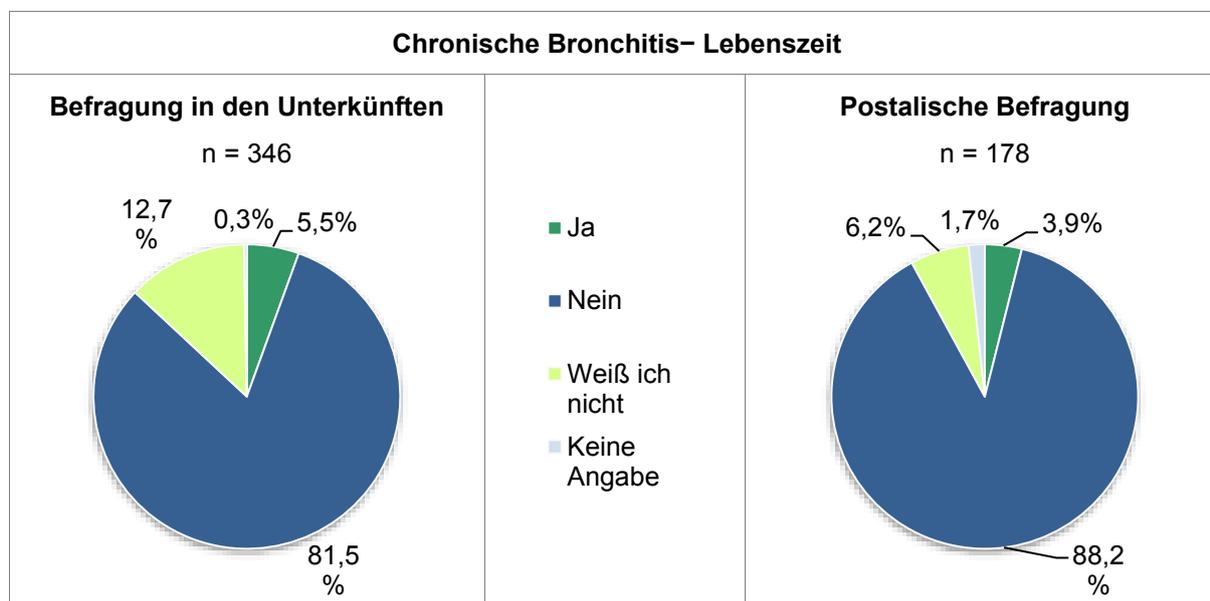


Abbildung 25: Relative Häufigkeiten von chronischer Bronchitis
Quelle: Eigene Darstellung

Die 12-Monats-Prävalenz der in den Unterkünften Befragten aus den fünf Herkunftsländern beträgt ebenso 5,5 %, für die gesamte Stichprobe lediglich 3,9 %. Die höchste 12-Monats-Prävalenz der postalischen Befragung weisen Menschen im Alter von 30-44 Jahren eritreischer Staatsangehörigkeit auf (13,3 %). Insgesamt beläuft sich die 12-Monats-Prävalenz der postalischen Teilnehmer auf 1,7 %.

3.6.6.4. Vergleich der Prävalenzen der chronischen Bronchitis mit der deutschen Wohnbevölkerung

GEDA 2012 erfasst die Prävalenzen der chronischen Bronchitis innerhalb der deutschen Wohnbevölkerung. Insgesamt geben 5,0 % der befragten Frauen und Männer an, dass in den vergangenen 12 Monaten eine chronische Bronchitis diagnostiziert wurde. Die Lebenszeitprävalenz der deutschen Wohnbevölkerung beträgt für Männer und Frauen 8,6 % (Robert Koch-Institut 2014c). Die entsprechende Verteilung über die Altersklassen hinweg sind der folgenden Tabelle zu entnehmen.

Die in den Unterkünften befragte Studienpopulation im Alter von 18-29 Jahren gibt zu 4,7 % beziehungsweise zu 2,8 % an, dass eine chronische Bronchitis jemals beziehungsweise in den vergangenen 12 Monaten diagnostiziert wurde. Im Alter von 30-44 Jahren bejahten 5,2 % beziehungsweise 3,9 % der Befragten eine Diagnose durch medizinisches Personal jemals beziehungsweise in den vergangenen 12 Monaten.

Tabelle 33: Prävalenz von chronischer Bronchitis in der deutschen Wohnbevölkerung

		12-Monats-Prävalenz % (95 %-KI)	Lebenszeitprävalenz % (95 %-KI)
18-29 Jahre	Frauen	1,6 (1,0-2,7)	5,5 (4,0-7,4)
	Männer	1,8 (1,1-3,0)	5,2 (3,5-7,6)
30-44 Jahre	Frauen	4,0 (2,8-5,5)	8,1 (6,6-9,9)
	Männer	2,3 (1,6-3,4)	6,1 (4,9-7,6)

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an (Robert Koch-Institut 2014c)

3.6.6.5. Häufigkeiten von Kurzatmigkeit

Zusätzlich zu den genannten Erkrankungsbildern werden im Rahmen der Erfassung der Parameter somatoformer Störungen die Beeinträchtigungen durch Kurzatmigkeit erfragt. Hierbei werden aufgrund eines Übersetzungsfehlers jene Fälle ausgeschlossen, die in den Unterkünften den Fragebogen auf Arabisch ausfüllen. Durch eine entsprechende sprachliche Anpassung ist es möglich, dass die entsprechende Variable der postalisch ausgefüllten Fragebögen auf Arabisch in die Analyse inkludiert werden können. Insgesamt stellt sich ein heterogenes Bild im Ländervergleich und zwischen beiden Erhebungsformen dar. Während sich 1,9 % der in den Unterkünften befragten Eritreer in den vergangenen vier Wochen durch Kurzatmigkeit stark beeinträchtigt fühlten, trifft dies auf 13,9 % der Iraner zu. Im Rahmen der postalischen Befragung zeigt sich, dass 4,8 % der Iraker, 3,6 % der Eritreer und kein Syrer angibt, durch Kurzatmigkeit stark beeinträchtigt zu sein. Es kann an dieser Stelle ebenso keine Aussage darüber getroffen werden, ob die Beschwerden durch die Kurzatmigkeit auf somatische oder psychosomatische Komponenten zurückzuführen sind.

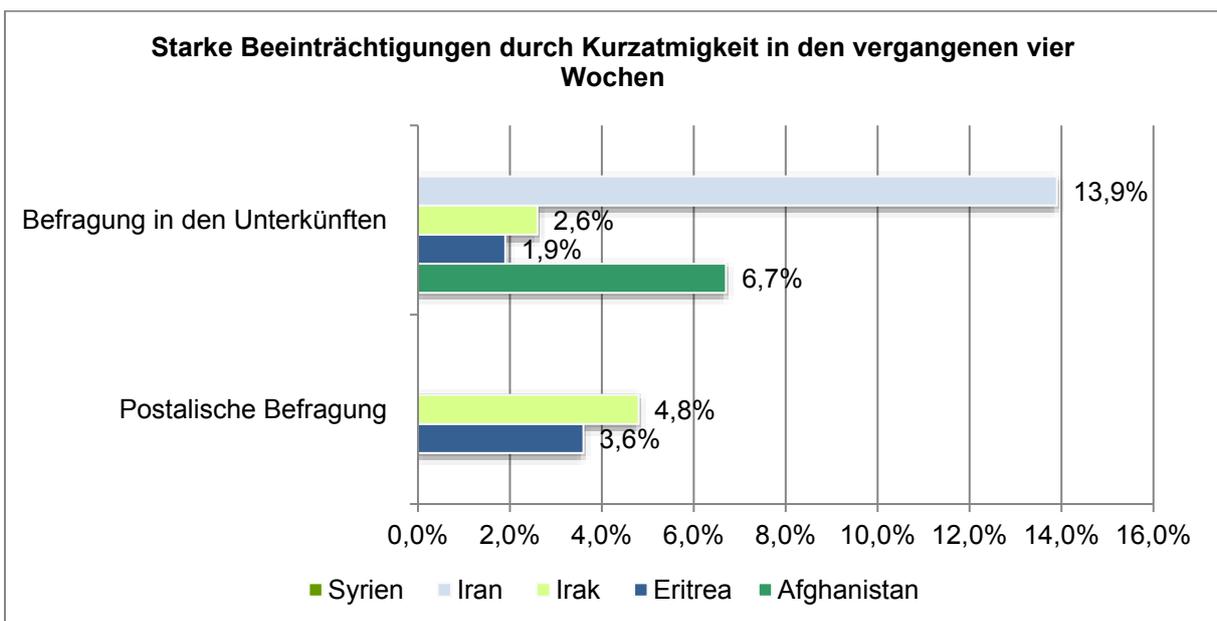


Abbildung 26: Relative Häufigkeiten starker Beeinträchtigungen durch Kurzatmigkeit im Ländervergleich

Quelle: Eigene Darstellung

3.6.7. Krankheiten des Verdauungssystems

3.6.7.1. Häufigkeiten von Erkrankungen des Magens oder Darms

Ergänzend zu den in DEGS und GEDA aufgeführten Fragen werden die Studienteilnehmer nach (unspezifischen) Erkrankungen des Magens oder des Darms gefragt. Diese sind nicht nach spezifischen Erkrankungen differenziert und es kann keine Aussage darüber getroffen werden, ob es sich um akute oder chronische Beschwerden handelt.

Erkrankungen des Magens und des Darms stellen sowohl bei den postalisch, als auch bei den in den Unterküften Befragten eine der zehn am häufigsten angegebenen Erkrankungen dar. In den Unterküften geben 13,0 % der befragten Iraker und 12,2 % der Syrer an, dass bereits Erkrankungen des Magens oder Darms diagnostiziert wurden. Iraner und Eritreer geben seltener an, dass medizinisches Personal jemals Erkrankungen des Magens oder Darm diagnostizierten.

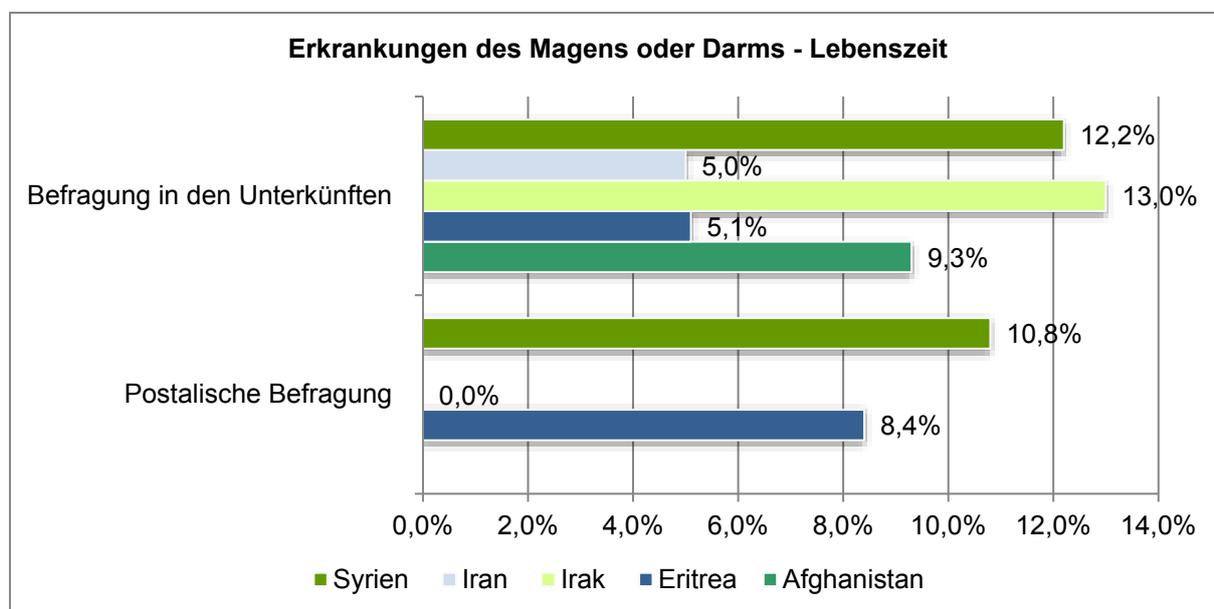


Abbildung 27: Relative Häufigkeiten von Erkrankungen des Magens oder Darms im Ländervergleich
Quelle: Eigene Darstellung

Es zeigt sich, dass 9,1 % der Befragten aus den Unterküften angeben, es sei jemals eine Erkrankung des Magens oder Darms diagnostiziert worden. Bei der postalisch befragten Studienpopulation trifft dies auf 8,6 % zu. Es können im Hinblick auf die relative Häufigkeit derjenigen, welche die Frage verneinten, keine Unterschiede im Antwortverhalten festgestellt werden. Auch hier zeigt sich, dass der Anteil der postalisch Befragten, die sich für die Antwortoption „Weiß ich nicht“ entscheiden, geringer ist als der entsprechende Anteil der Studienteilnehmer aus den Unterküften.

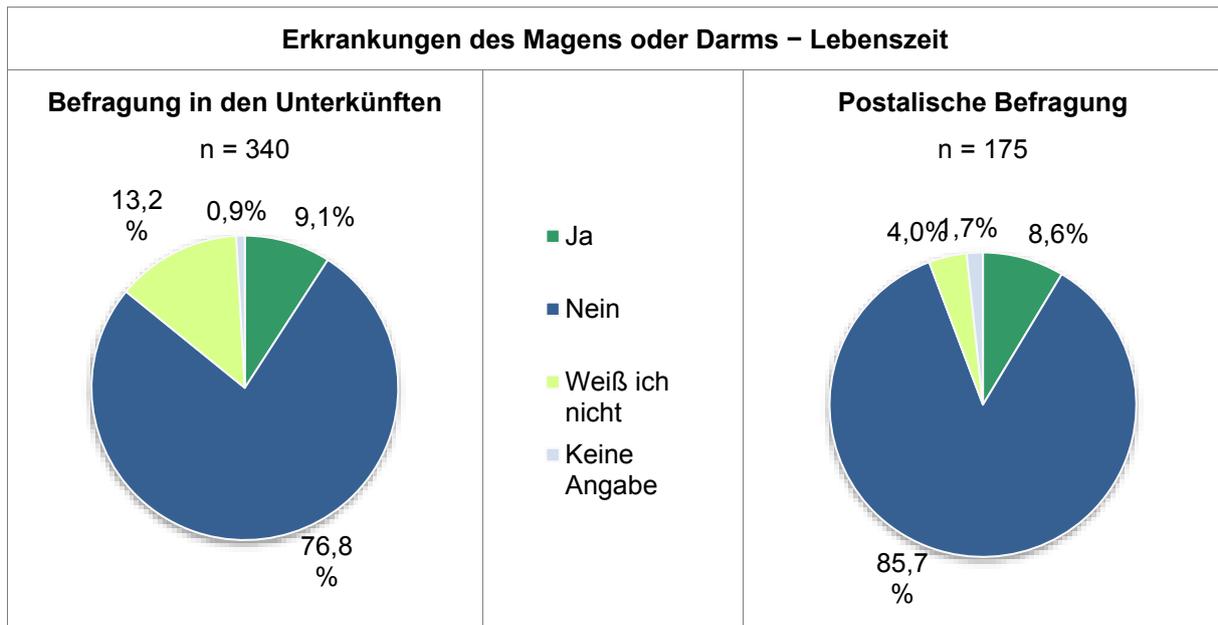


Abbildung 28: Relative Häufigkeiten von Erkrankungen des Magens oder Darms
Quelle: Eigene Darstellung

Insgesamt zeigt sich in den Analysen der Population aus den Unterkünften, dass mit steigender Altersklasse auch die Lebenszeit- und 12-Monatsprävalenzen sowie die relative Häufigkeit der derzeitig Beeinträchtigten steigt. So liegt die Lebenszeitprävalenz der 45-64-Jährigen bei 25,8 %, wohingegen sich die der 18-29-Jährigen auf 7,1 % beläuft. Die Daten der postalischen Befragung bestätigen diese Tendenz.

3.6.7.2. Vergleich der Prävalenzen von Erkrankungen des Magens oder Darms mit der deutschen Wohnbevölkerung

Die direkte Erfassung von Erkrankungen des Magens oder des Darms ist nicht Bestandteil der DEGS- und GEDA-Studien. Somit werden nachstehend Daten für die deutsche Wohnbevölkerung aufgeführt, die über die Gesundheitsberichterstattung des Bundes verfügbar sind und sich auf die Diagnosedaten der Krankenhäuser für die Diagnosen K00-K93 (Krankheiten des Verdauungssystems) beziehen.

Tabelle 34: Altersspezifische und -standardisierte Fallzahlen in Bezug auf Erkrankungen des Magens oder Darms

Sachverhalt	2015	2014
Altersspezifische Fallzahlen pro 100.000 Einwohner		
15 bis unter 45 Jahre	1.430	1.477
45 bis unter 65 Jahre	2.436	2.465
Altersspezifische Fallzahlen pro 100.000 Einwohner (Standardbevölkerung „Deutschland 2011“)		
Insgesamt	2.309	2.364
Männlich	2.401	2.447
Weiblich	2.217	2.280

Quelle: (Robert Koch-Institut und DESTATIS 2017b)

Zur weiteren Einordnung der Ergebnisse können die Daten von Alberer et al. (Alberer et al. 2016) herangezogen werden. Unter den gastrointestinalen und hepatologischen Erkrankungen treten unter Geflüchteten im Raum München am häufigsten die Gastritis, eine akute Gastroenteritis sowie Obstipationen auf. Diese Ergebnisse sind auf 522 ambulante Patientenvorstellungen in einer allgemeinärztlichen Ambulanz zurückzuführen. Um die allgemeinen Ergebnisse der Erkrankungen des Magens oder Darms einzuordnen werden im Folgenden Beeinträchtigungen durch Beschwerden des Gastrointestinaltraktes näher beschrieben.

3.6.7.3. Beeinträchtigungen des Gastrointestinaltraktes

Im Zusammenhang mit der Erfassung somatoformer Störungen werden die Teilnehmer bezüglich der gastrointestinalen Beeinträchtigungen in den vergangenen vier Wochen befragt. Inkludiert sind Fragen nach (1) Übelkeit, Blähungen, Verdauungsbeschwerden, (2) Bauchschmerzen und (3) Verstopfung, nervöser Darm und Durchfall. Dem in den Unterkünften generierten Datensatz ist zu entnehmen, dass sich 5,5 % der Teilnehmer durch Verstopfung, einen nervösen Darm oder Durchfall stark beeinträchtigt fühlen. 6,9 % der Befragten geben starke Beeinträchtigungen aufgrund von Bauchschmerzen und 7,8 % aufgrund von Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden an. In der Betrachtung der postalisch Teilnehmenden zeigt sich insbesondere, dass Menschen eritreischer Staatsangehörigkeit für die aufgeführten Beschwerden (1)-(3) angeben, sich stark beeinträchtigt zu fühlen. Insgesamt geben die postalisch Befragten an, sich zu 3,0 % aufgrund von Verstopfung, nervösem Darm oder Durchfall, 1,2 % aufgrund von Bauchschmerzen und 3,5 % aufgrund von Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden stark beeinträchtigt zu fühlen.

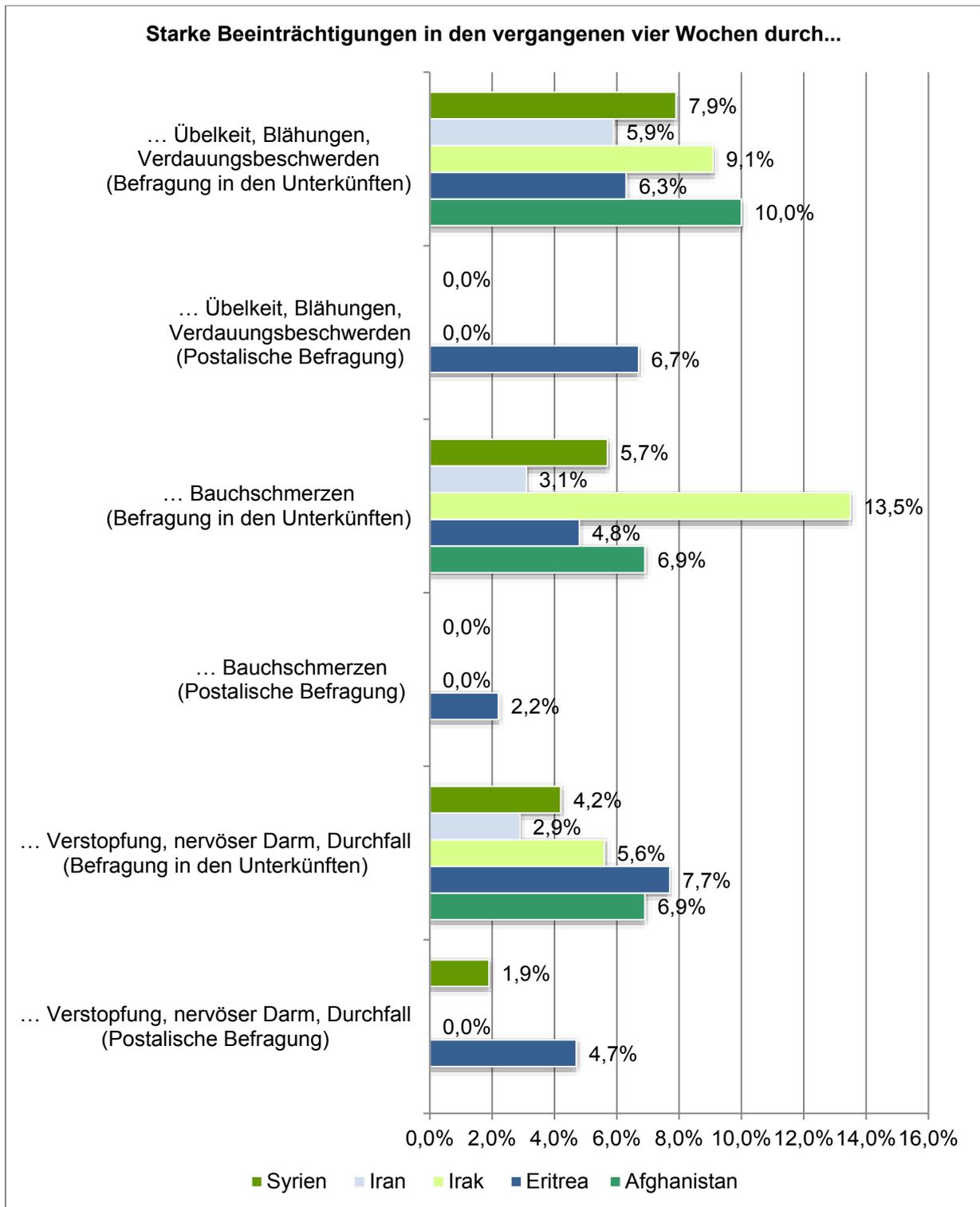


Abbildung 29: Relative Häufigkeiten gastrointestinaler Beeinträchtigungen im Ländervergleich
Quelle: Eigene Darstellung

3.6.8. Häufigkeiten von Erkrankungen der Zähne, des Mundes oder Kiefers

Als weiterer Aspekt der Krankheiten des Verdauungssystems werden die Teilnehmer zu ihren Erkrankungen der Zähne, des Mundes oder des Kiefers befragt. In der Statistik der Lebenszeitprävalenzen treten diese mit 21,8 % am häufigsten unter den Befragten aus den Unterkünften auf. Im Rahmen der postalischen Befragung nehmen Erkrankungen der Zähne, des Mundes oder Kiefers ebenso eine prominente Stellung ein. Im Ländervergleich geben Syrer dabei am häufigsten an, dass Erkrankungen der Zähne, des Mundes oder Kiefers von medizinischem Personal diagnostiziert wurden. Dies gilt nicht nur für die Lebenszeitprävalenz, sondern ebenso für die 12-Monats-Prävalenz und die relative Häufigkeit in Bezug auf die derzeitige Beeinträchtigung. Insgesamt geben 18,5 % der Syrer an sich derzeit aufgrund der Erkrankungen der Zähne, des Mundes oder Kiefers beeinträchtigt zu fühlen.

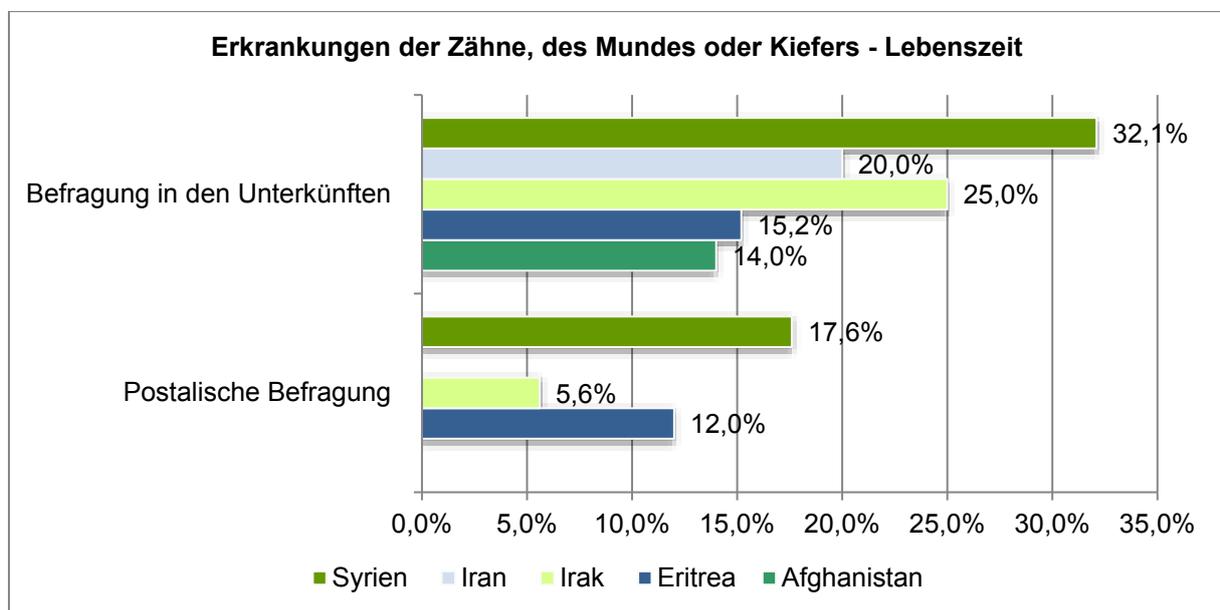


Abbildung 30: Relative Häufigkeiten von Erkrankungen der Zähne, des Mundes oder Kiefers im Ländervergleich
Quelle: Eigene Darstellung

Im Vergleich zwischen der Befragung in den Unterkünften und der postalisch Befragten zeigt sich, dass der Anteil derjenigen, die die Diagnose einer Erkrankung der genannten Organsysteme bejahen, unter den postalisch Befragten um gut 13 Prozentpunkte höher liegt.

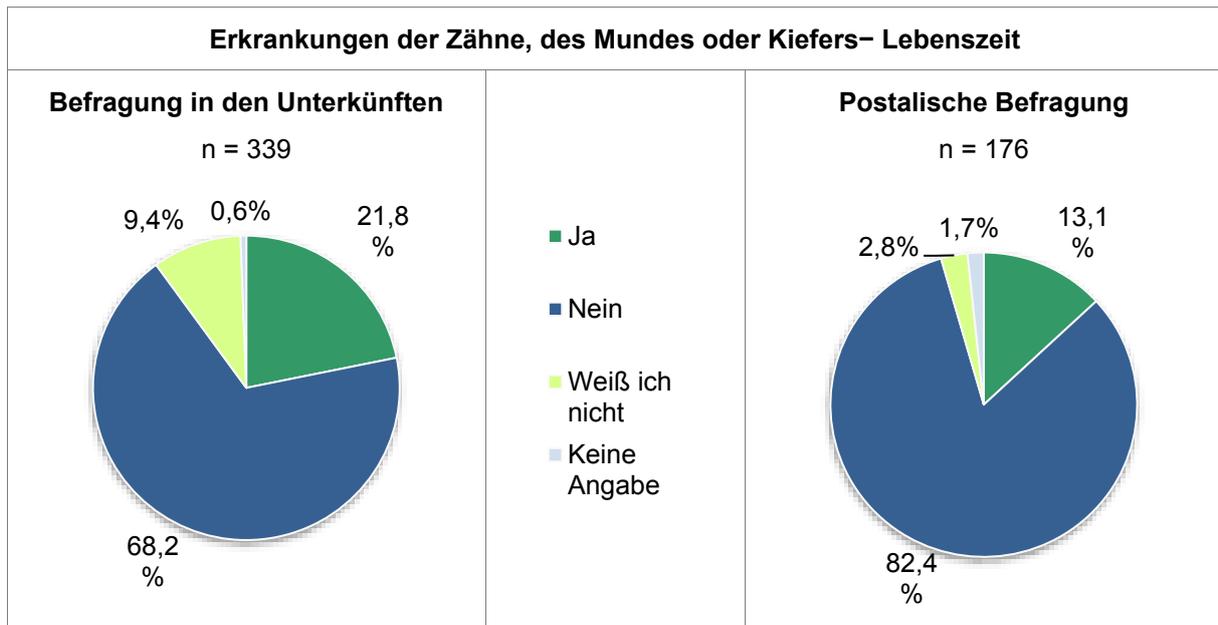


Abbildung 31: Relative Häufigkeiten von Erkrankungen der Zähne, des Mundes oder Kiefers
 Quelle: Eigene Darstellung

Werden die Altersklassen differenziert betrachtet, so zeigt sich die höchste Lebenszeitprävalenz für 30-44-jährige Iraker (44,4 %) und Syrer (42,3 %), welche den Fragebogen in den Unterkünften ausfüllten. In der nichtdifferenzierten Betrachtung der Lebenszeitprävalenz, der 12-Monats-Prävalenz und der relativen Häufigkeit der derzeitigen Beeinträchtigung aufgrund der Erkrankung zeigt sich für alle fünf Länder gemeinsam ein Anstieg der Häufigkeiten mit zunehmender Altersklasse. In der länderspezifischen Betrachtung kann diese Tendenz jedoch nur bedingt bestätigt werden. In Bezug auf die derzeitige Beeinträchtigung aufgrund von Erkrankungen der Zähne, des Mundes oder des Kiefers liegt die relative Häufigkeit für die Studienpopulation aus den Unterkünften bei 13,3 %. Auch unter den postalisch Befragten zeigt sich, dass die Prävalenz sowie die Beeinträchtigungen durch Erkrankungen der Zähne, des Mundes oder Kiefers mit den gebildeten Altersklassen ansteigen. So beläuft sich beispielsweise die Angabe, sich durch die Erkrankung beeinträchtigt zu fühlen, bei den 18-29-Jährigen auf 1,9 % und bei den 30-44-Jährigen auf 11,5 %.

Im Rahmen der postalischen Befragung werden die Teilnehmer darüber hinaus gebeten, Angaben bzgl. des Zahnputzverhaltens zu machen. Hier ist zu erkennen, dass der Großteil der Befragten angibt, meist einmal täglich oder zweimal täglich oder häufiger die Zähne zu putzen. Die Analyse zeigt darüber hinaus, dass knapp 97 % Zahnpasta für die Zahnpflege nutzen. Jeweils 1,5 % nutzen keine Zahnpasta und keine Zahnbürste für die Zahnpflege.

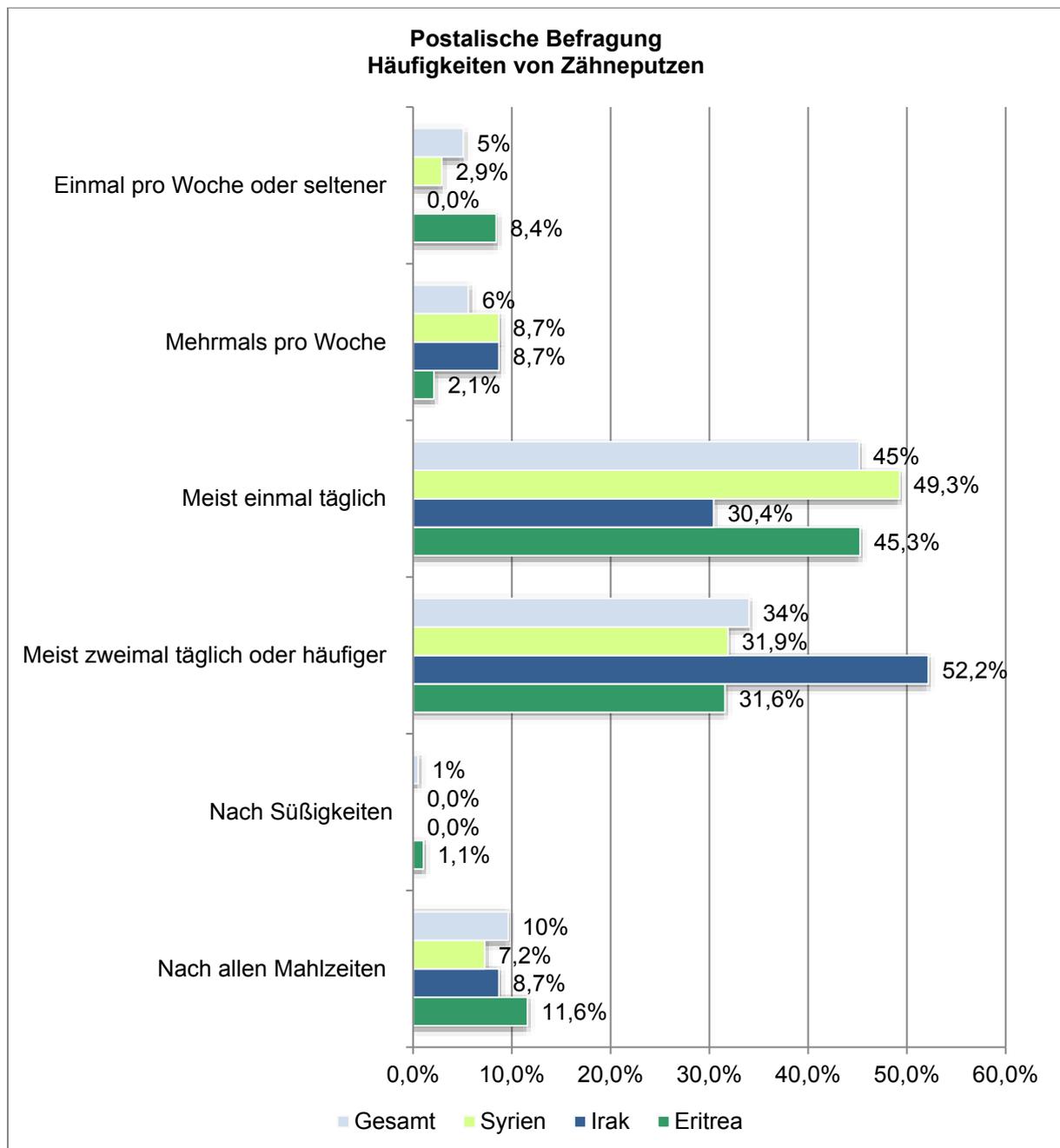


Abbildung 32: Häufigkeiten beim Zähneputzen (postalisch)
Quelle: Eigene Darstellung

3.6.8.1. Vergleich der Prävalenzen von Erkrankungen der Zähne, des Mundes oder Kiefers mit der deutschen Wohnbevölkerung

Für Erkrankungen der Zähne, des Mundes oder des Kiefers liegen differenzierte Daten für die deutsche Wohnbevölkerung vor. Da sich diese sowohl im methodischen Vorgehen als auch in der primären Fragestellung zu der hier vorliegenden Vorgehensweise der Studie unterscheiden, ist eine direkte Vergleichbarkeit der Daten nicht möglich (Robert Koch-Institut und Statistisches Bundesamt 2009; Institut der Deutschen Zahnärzte 2016). Dennoch zeigen sich sehr deutliche Differenzen in der Anzahl der angegebenen Erkrankungen, sodass davon auszugehen ist, dass die geflüchteten Personen, trotz ihres Alters, einen schlechteren

Zahnstatus bzw. häufiger Erkrankungen des Mundes und des Kiefers aufweisen als die deutsche Wohnbevölkerung.

3.6.9. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes

3.6.9.1. Häufigkeiten von Rückenschmerzen

Zur Erfassung der Häufigkeiten von Rückenschmerzen werden die Studienteilnehmer gebeten, die Frage nach der Diagnose von Rückenschmerzen (drei Monate oder länger anhaltend) zu beantworten. Die herkunftslandspezifische Analyse von Rückenschmerz zeigt Unterschiede im Hinblick auf die Lebenszeitprävalenz. Die Unterkunftsbefragung zeigt, dass afghanische Befragte zu 28,6 % angeben, dass medizinisches Personal jemals Rückenschmerz diagnostizierte. Wie der nachstehenden Abbildung zu entnehmen ist, zeigt sich eine verhältnismäßig geringe Prävalenz für eritreische Befragte (9,9 %). Auch sind die Lebenszeitprävalenzen für die Studienteilnehmer der postalischen Datenerhebung im Verhältnis zu den Angaben aus den Unterkünften gering.

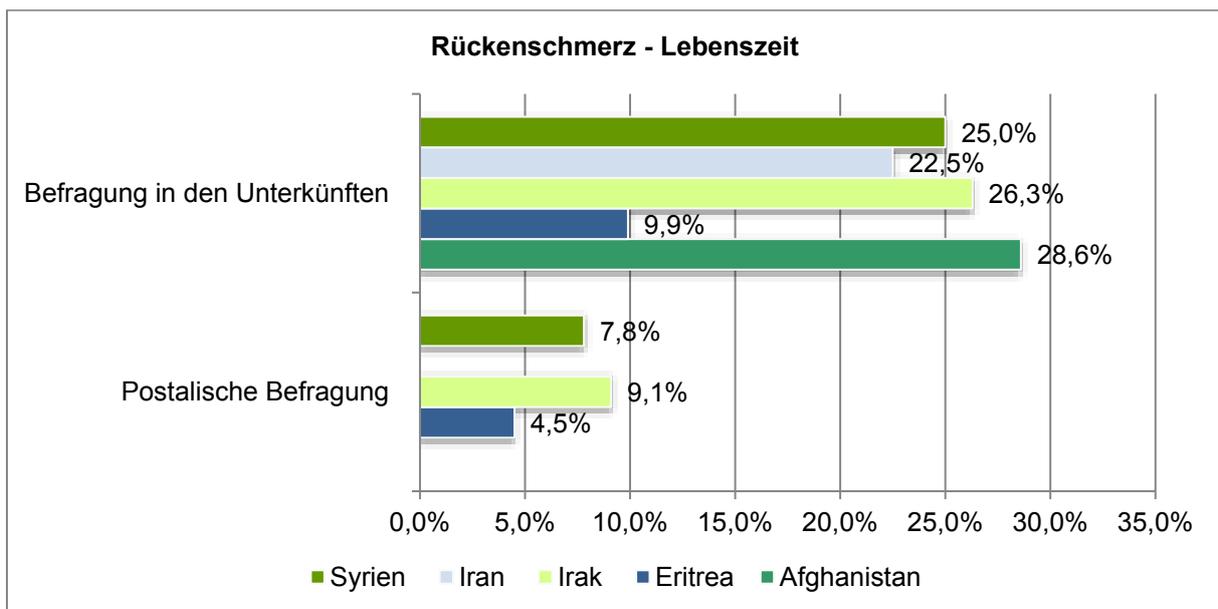


Abbildung 33: Relative Häufigkeiten von Rückenschmerzen im Ländervergleich
Quelle: Eigene Darstellung

Die Lebenszeitprävalenz der in den Unterkünften befragten Personen beläuft sich auf 21,0 %, wohingegen lediglich 6,0 % der postalischen Teilnehmer angeben, dass jemals Rückenschmerz diagnostiziert wurde, der drei Monate oder länger anhält.

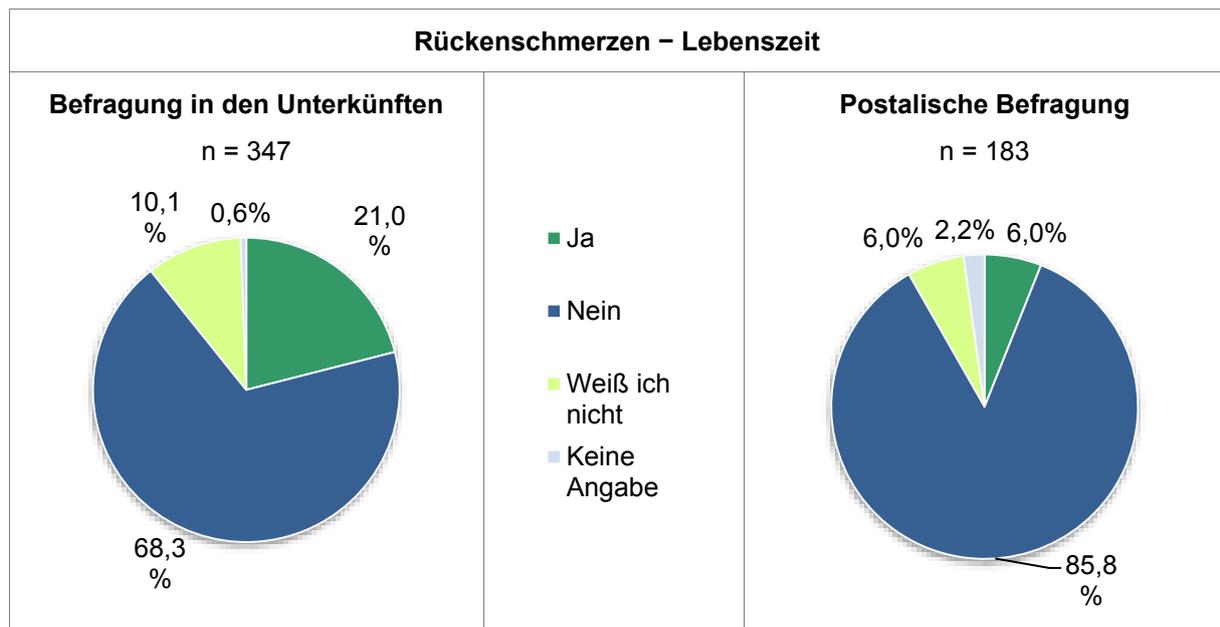


Abbildung 34: Relative Häufigkeiten von Rückenschmerzen
Quelle: Eigene Darstellung

Die altersspezifische Analyse der **Unterkunftsdaten** zeigt, dass die Lebenszeitprävalenz mit zunehmenden Altersklassen steigt. Dies gilt sowohl für die gesamte Stichprobe, als auch für die herkunftslandspezifische Analyse. Die höchste Lebenszeitprävalenz weisen dabei Befragte im Alter von 45-64 Jahren auf. Diese beläuft sich für die aus den fünf Herkunftsländern stammende Population auf 43,8 %. Die 12-Monats-Prävalenz der 18-29-Jährigen beträgt 11,6 %. Die der 30-44-Jährigen liegt bei 27,0 %. Die relativen Häufigkeiten der derzeitigen Beeinträchtigung beträgt für die Studienpopulation aus Afghanistan, Eritrea, Irak, Iran und Syrien 12,7 % und für die gesamte Studienpopulation 12,1 %. Auch hier kann eine Zunahme der relativen Häufigkeit mit steigendem Alterssegment beobachtet werden. Für die 18-29-Jährigen ergibt sich demnach eine relative Häufigkeit von 7,0 %, wohingegen diese für die 30-44-Jährigen 20,5 % und für die Gruppe der 45-64-Jährigen 28,1 % beträgt. Auch die **postalische Befragung** kann diese Tendenz bestätigen.

Neben der Frage nach der Diagnose von langanhaltenden Rückenschmerzen durch das Personal wurde im Rahmen des PHQ die Frage nach der Beeinträchtigung durch Rückenschmerz in den vergangenen vier Wochen erfasst. Diese dient im Rahmen des Instruments vorrangig für die Erfassung somatoformer Störungen. Es zeigt sich, dass sich insgesamt 15,7 % der Teilnehmer aus den fünf Herkunftsländern aufgrund von Rückenschmerzen stark beeinträchtigt fühlen. Die länderspezifischen Prävalenzen sind der nachstehenden Grafik zu entnehmen. Es zeigt sich auch bei dieser Angabe, dass die postalisch Befragten (4,5 %) weniger häufig angeben stark beeinträchtigt durch Rückenschmerz zu sein, als Befragte in den Unterkünften.

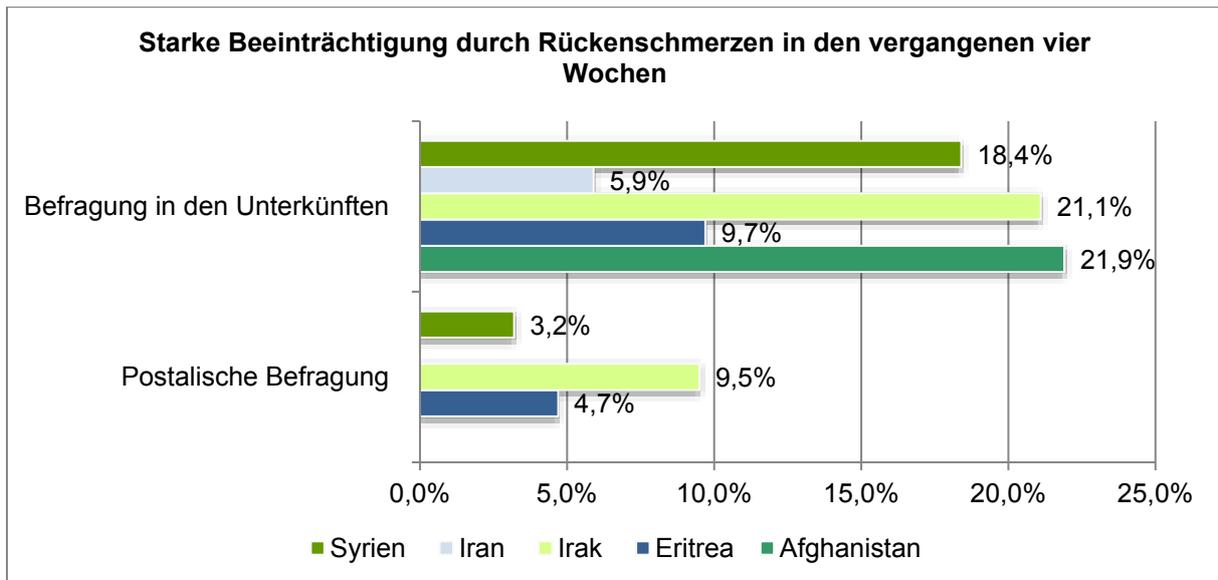


Abbildung 35: Relative Häufigkeiten von starken Beeinträchtigungen durch Rückenschmerzen im Ländervergleich
Quelle: Eigene Darstellung

3.6.9.2. Vergleich der Prävalenzen von Rückenschmerzen mit der Wohnbevölkerung

Im Rahmen der Studie GEDA 2009 gaben 20,7 % der Befragten an, in den letzten 12 Monaten unter Rückenschmerzen gelitten zu haben. Es zeigt sich, dass die relative Häufigkeit mit dem Alter steigt und Frauen häufiger betroffen sind als Männer. Somit beträgt die 12-Monats-Prävalenz aller Frauen 24,5 % und die der Männer 16,6 % (Robert Koch-Institut 2015c).

Tabelle 35: 12-Monats-Prävalenzen von Rückenschmerzen der deutschen Wohnbevölkerung

		% (keine Angabe der KI)
18-29 Jahre	Frauen	14,5
	Männer	7,7
30-49 Jahre	Frauen	19,6
	Männer	14,2

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an (Robert Koch-Institut 2015c).

Im Vergleich zur deutschen männlichen Wohnbevölkerung weist die Studienpopulation im Alterssegment der 18-29-Jährigen eine Prävalenz auf, die im gleichen Intervall liegt. Im Alterssegment der 30-44-Jährigen weisen die Befragten der Unterkünfte mit 27,0 % eine höhere Prävalenz auf als die deutsche Wohnbevölkerung im Alter von 30-49 Jahren, die postalisch Befragten 30-44-Jährigen geben jedoch zu lediglich 5,7 % an, dass Rückenschmerzen in den vergangenen 12 Monaten diagnostiziert wurde. Es kann die Annahme getroffen werden, dass die Differenz zwischen den in Unterkünften und postalisch Befragten auf die körperliche Anstrengung der Flucht zurückzuführen sein könnte. An dieser Stelle sind weitere Untersuchungen, wie beispielsweise eine Analyse des Zusammenhangs zwischen Aufenthaltsdauer/Wohnsituation und Auftreten von Rückenschmerz notwendig.

3.6.9.3. Häufigkeiten der Arthrose

Die relative Häufigkeit von Arthrose liegt bei den in den Unterkünften befragten Irakern bei 7,4 %. Afghanische Studienteilnehmer weisen eine relative Häufigkeit von 4,7 % auf. Eine Null-Prävalenz liefern die Ergebnisse für Teilnehmer aus dem Iran. Der Anteil der Teilnehmer aus den fünf Ländern, bei welchen eine Arthrose jemals diagnostiziert wurde, beläuft sich auf 4,3 %. Postalisch Befragte weisen eine geringere Lebenszeitprävalenz auf.

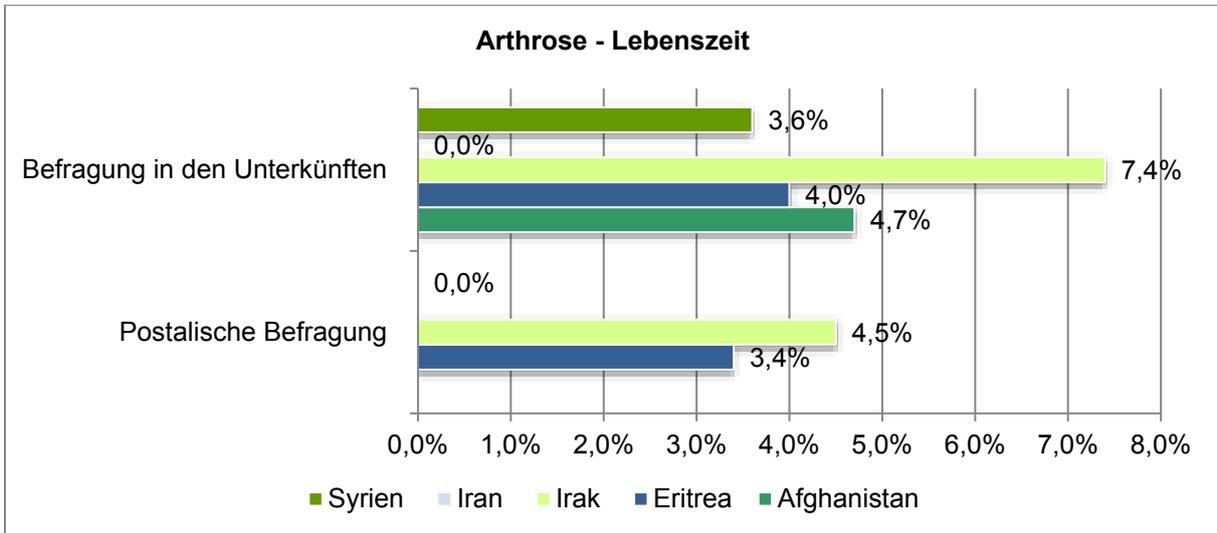


Abbildung 36: Relative Häufigkeiten von Arthrose im Ländervergleich
Quelle: Eigene Darstellung

Es zeigt sich, dass Befragte in den Unterkünften zu 4,3 % angeben, von Arthrose betroffen zu sein. Postalische Teilnehmer hingegen geben lediglich zu 2,2 % an, dass Arthrose jemals diagnostiziert wurde.

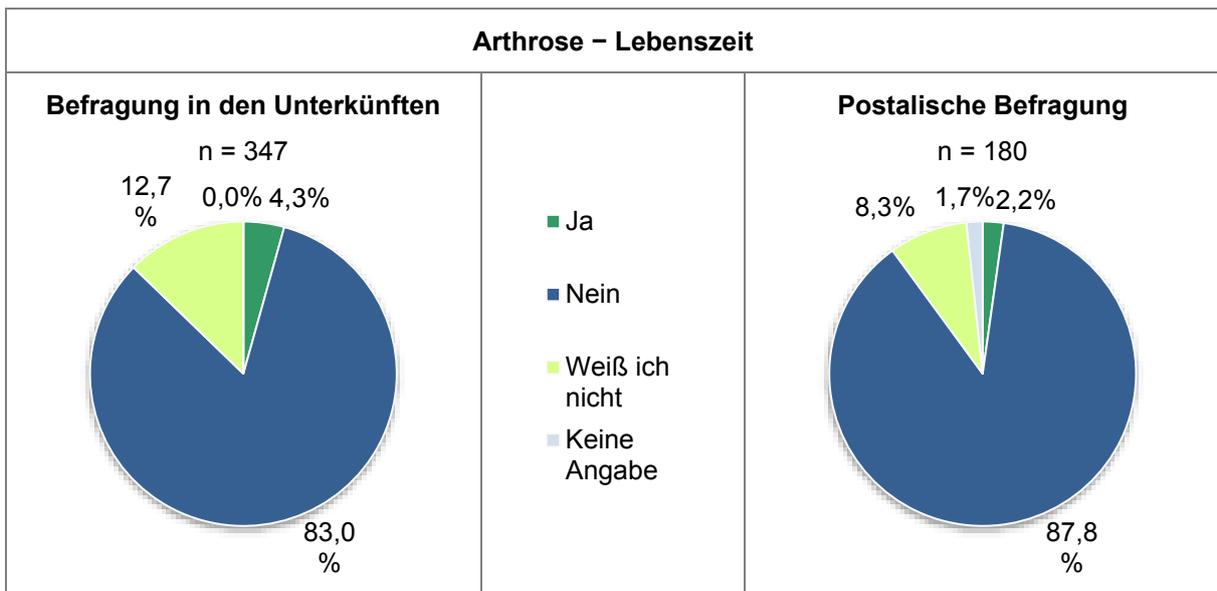


Abbildung 37: Relative Häufigkeiten der Arthrose
Quelle: Eigene Darstellung

Die altersdifferenzierte Betrachtung zeigt, dass mit steigender Altersklasse die relativen Häufigkeiten für eine Arthrose steigen. So geben 2,4 % der in den Unterkünften Befragten im

Alter von 18-29 Jahren an, dass jemals eine Arthrose diagnostiziert wurde. Für das Alterssegment der 45-64-Jährigen beträgt diese 9,4 %. Die Auswertung der postalischen Befragung bekräftigt diese Tendenz.

3.6.9.4. Vergleich der Prävalenzen von Arthrose mit der deutschen Wohnbevölkerung

Für die deutsche Wohnbevölkerung ergibt sich im Rahmen der DEGS-Erhebung 2012 eine 12-Monats-Prävalenz von insgesamt 20,4 %. Wobei Frauen (24,5 %) häufiger betroffen sind als Männer (16,1 %). Auch zeigt sich eine Steigung der Prävalenz mit zunehmender Altersklasse (Robert Koch-Institut 2014b).

Tabelle 36: Prävalenzen von Arthrose für die deutsche Wohnbevölkerung

		12-Monats-Prävalenz %	Lebenszeitprävalenz %
		(95 %-KI)	(95 %-KI)
18-29 Jahre	Frauen	2,0 (1,3-3,0)	2,7 (1,8-3,9)
	Männer	1,4 (0,8-2,4)	1,9 (1,2-3,0)
30-44 Jahre	Frauen	7,4 (6,0-9,1)	9,2 (7,6-11,1)
	Männer	6,1 (5,0-7,5)	8,9 (7,4-10,6)

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Robert Koch-Institut 2014b

3.6.10. Krankheiten des Urogenitaltraktes

Die in der vorliegenden Studie standardisiert abgefragten Erkrankungen des Urogenitaltraktes umfassen die Niereninsuffizienz, Blasenschwäche, Gebärmutterentfernungen, Gebärmutterosenkungen, Eierstockentzündungen sowie die benigne Prostatahyperplasie. Im Hinblick auf die Häufigkeit der erfassten Erkrankungen wird sich im Folgenden auf die Blasenschwäche und benigne Prostatahyperplasie fokussiert. Die Ergebnisse der anderen Erkrankungen können dem Anhang 14 und 15 entnommen werden.

3.6.10.1. Häufigkeiten von Blasenschwäche und Probleme beim Wasserlassen

Im Fragebogenkapitel der geschlechtsspezifischen Erkrankungen wird unter anderem das Vorhandensein von Blasenschwäche erfasst. 9,7 % der Menschen aus den Unterkünften und 2,1 % der postalischen Studienteilnehmer geben an, an Blasenschwäche zu leiden. Es kann eine Zunahme der Häufigkeit über die Alterssegmente hinweg beobachtet werden. So beläuft sich die relative Häufigkeit der 18-29-Jährigen auf 7,3 %, der 30-44-Jährigen auf 13,8 % und der 45-64-Jährigen auf 16,1 %. Im Hinblick auf die länderspezifische Analyse der Häufigkeiten zeigt sich ein heterogenes Bild. Insgesamt geben Teilnehmer aus dem Iran und Eritrea diese Beschwerde seltener an.

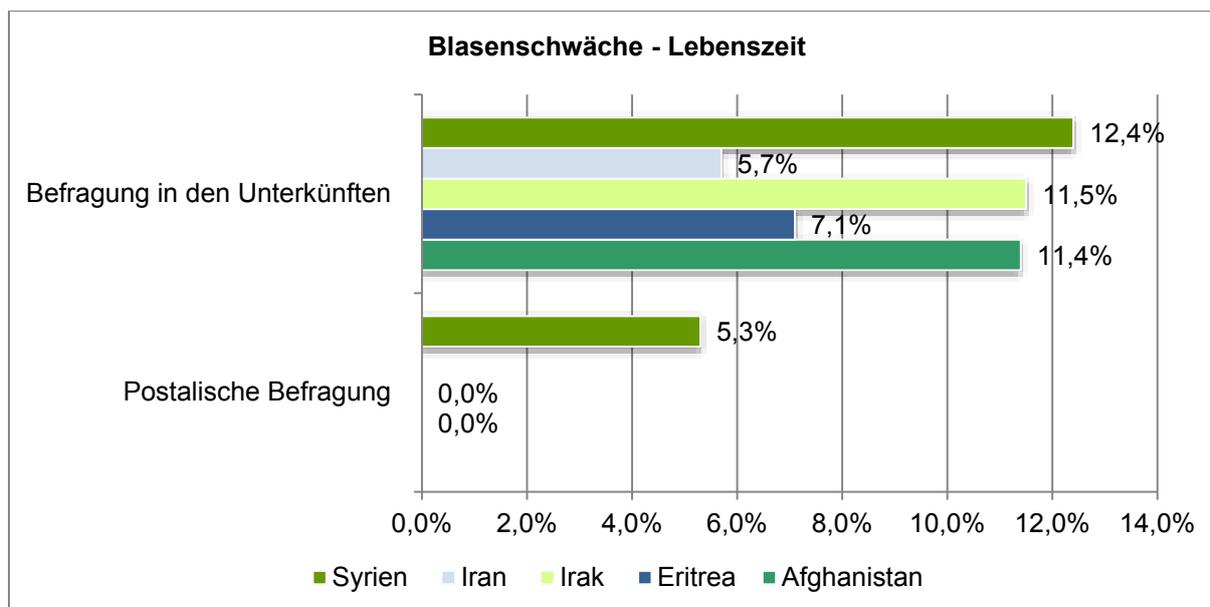


Abbildung 38: Relative Häufigkeiten von Blasenschwäche im Ländervergleich
Quelle: Eigene Darstellung

Zusätzlich zur Blasenschwäche werden in der postalischen Befragung die Teilnehmer danach gefragt, ob sie Probleme beim Wasserlassen haben. Hier beläuft sich die Prävalenz auf insgesamt 3,9 %. Die 18-29-Jährigen geben zu 3,3 % und die 30-44-Jährigen zu 4,4 % an, Probleme beim Wasserlassen zu haben. Es kann an dieser Stelle keine Aussage getroffen werden, ob es sich um somatische oder psychosomatische Beschwerden handelt.

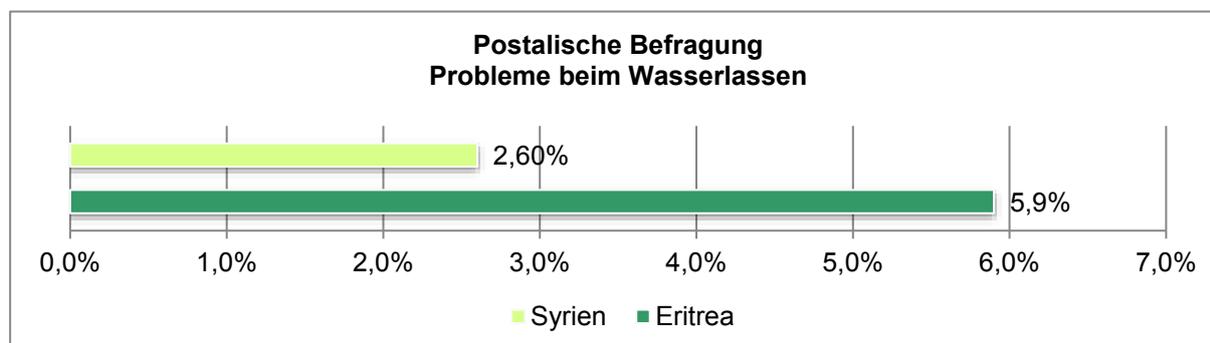


Abbildung 39: Relative Häufigkeit von Problemen beim Wasserlassen
Quelle: Eigene Darstellung

3.6.10.2. Vergleich der Prävalenzen von Blasenschwäche mit der deutschen Wohnbevölkerung

Für die deutsche Wohnbevölkerung können Referenzdaten der Gesundheitsbericht-erstellung des Bundes herangezogen werden (Robert Koch-Institut und Statistisches Bundesamt 2007). Im Rahmen eines Telefonsurveys wurden Studienteilnehmer gefragt, ob sie von unfreiwilligem Harnverlust betroffen seien. Es zeigt sich für die deutsche Wohnbevölkerung die gleiche Tendenz wie in der Studienpopulation der vorliegenden Studie. Die Häufigkeit des Auftretens von unfreiwilligem Harnverlust steigt ebenso mit zunehmenden Altersklassen an, wie das Auftreten von Blasenschwäche. Allerdings liegen die relativen Häufigkeiten in der Studienpopulation deutlich über denen der vom RKI festgestellten der Vergleichsgruppe.

Tabelle 37: Anteil der vom unfreiwilligem Harnverlust Betroffenen

		Selten oder geringfügig betroffen, nicht mehr als eine kleine Belästigung*	Relativ regelmäßig betroffen, lästig, aber im Alltag gut damit umzugehen*	Regelmäßig und mehr als geringfügig, deutliche Beeinträchtigung des Lebens*
18-29 Jahre	Frauen	2,1 %	0,8 %	0,1 %
	Männer	1,9 %	0,0 %	0,0 %
30-39 Jahre	Frauen	5,6 %	1,5 %	0,2 %
	Männer	2,0 %	0,5 %	0,1 %
40-49 Jahre	Frauen	7,3 %	2,4 %	0,4 %
	Männer	1,7 %	0,4 %	0,3 %
50-59 Jahre	Frauen	12,3 %	3,5 %	0,8 %
	Männer	4,3 %	2,0 %	0,7 %
60-69 Jahre	Frauen	16,3 %	6,5 %	2,0 %
	Männer	6,7 %	3,1 %	0,5 %

*Angaben zu den Konfidenzintervallen waren nicht verfügbar.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an (Robert Koch-Institut und Statistisches Bundesamt 2007)

3.6.11. Weitere Erkrankungen

Als zusätzliche Information und Spezifizierung der Morbidität der Geflüchteten dienen zwei offene Fragen. Diese beziehen sich zum einen auf diagnostizierte Erkrankungen, die nicht im Rahmen der standardisierten Fragen abgebildet sind und zum anderen auf nicht diagnostizierte Erkrankungen. In der Studie bestätigen 11,3 %, der aus den besagten Herkunftsländern Stammenden und in den Unterkünften zum Zeitpunkt der Befragung Lebenden an einer weiteren diagnostizierten Erkrankung zu leiden. Nicht diagnostizierte Krankheiten werden von 14,3 % der gleichen Gruppe angegeben. Der Anteil der postalisch beantworteten Fragebögen ist geringer. Insgesamt geben 7,4 % und 13,3 % an, dass weitere diagnostizierte und nicht-diagnostizierte Erkrankungen bestehen.

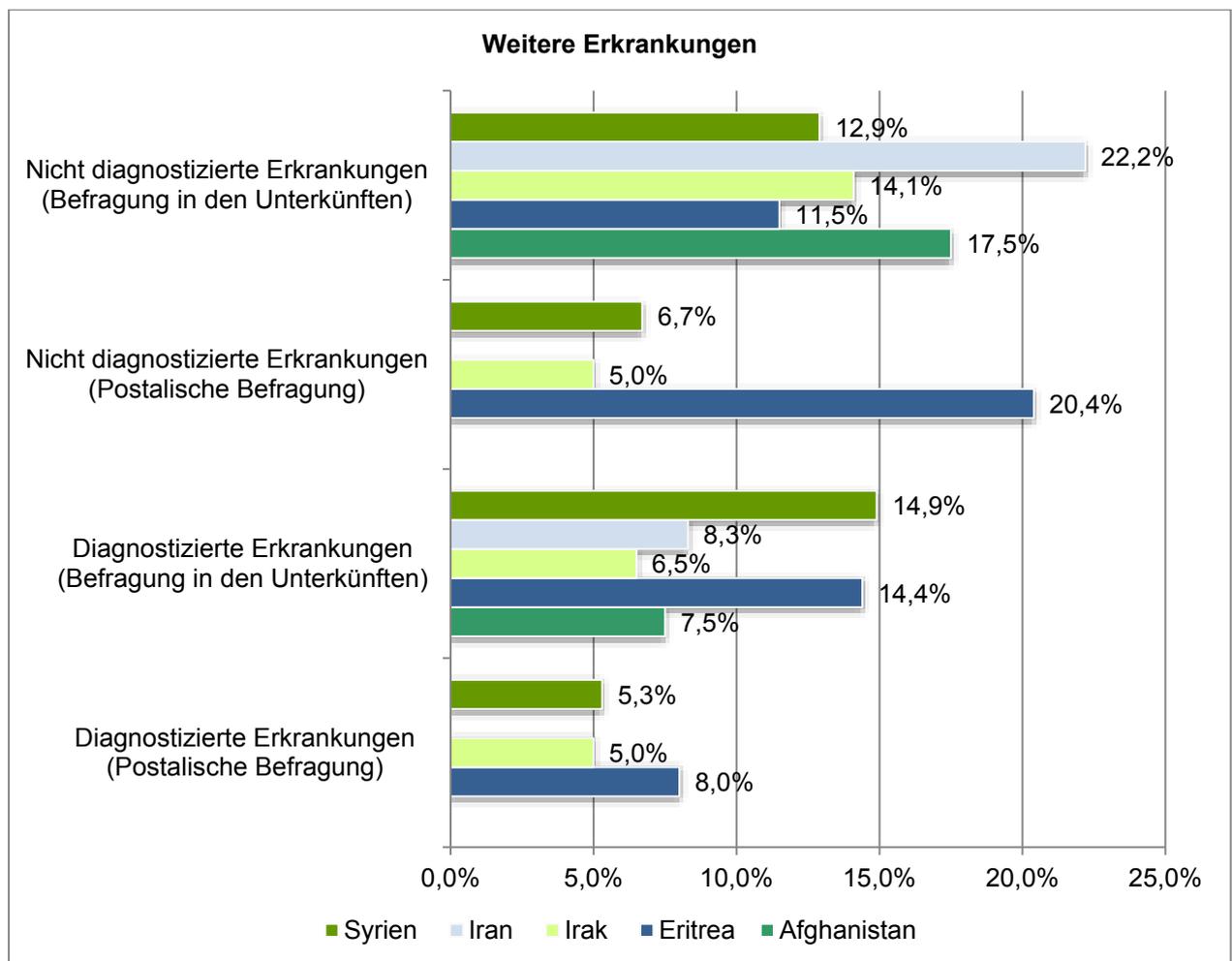


Abbildung 40: Relative Häufigkeiten weiterer Erkrankungen im Ländervergleich
Quelle: Eigene Darstellung

3.7. Psychische Belastungen

3.7.1. Posttraumatische Belastungsstörungen

3.7.1.1. Häufigkeiten posttraumatischer Belastungsstörungen

Zur Erfassung posttraumatischer Belastungsstörungen (PTBS) wurde das spezifisch für Geflüchtete entwickelte Instrument „PROTECT“ (Process of Recognition and Orientation of Torture Victims in European Countries to facilitate Care and Treatment) eingesetzt (Zentrum Überleben 2017). Im Rahmen, des durch den Europäischen Flüchtlingsfonds geförderten Projektes, wurde das Instrument zur „Verbesserung der Erkennung und Versorgung von Flüchtlingen in der EU“ entwickelt, welches insbesondere von nicht-medizinischen Fachkräften eingesetzt werden kann, um mögliche Belastungsstörungen zu erkennen (Dimitrova et al. o.J.). Anders als empfohlen werden die zehn Items nicht in Form eines Interviews abgefragt, sondern waren Teil des schriftlichen Fragebogens. Dies lässt sich insbesondere auf die Praktikabilität und Durchführbarkeit während der Datenerhebung zurückführen, als auch auf die Verwendung eines konsistenten Erhebungsinstrumentes.

Tabelle 38: Inkludierte Variablen zur Bestimmung Posttraumatischer Belastungsstörungen

Name der Variable	Label	Anmerkung Auswertung
Q61_Protect_1	Schwierigkeiten einzuschlafen	Anzahl der beantworteten Fragen mit „Ja“: - 0-3: geringe Wahrscheinlichkeit - 4-7: mittlere Wahrscheinlichkeit - 8-10: hohe Wahrscheinlichkeit
Q61_Protect_2	Häufig Alpträume	
Q61_Protect_3	Häufig unter Kopfschmerzen leiden	
Q61_Protect_4	Häufig unter anderen körperlichen Schmerzen leiden	
Q61_Protect_5	Schnell wütend werden	
Q61_Protect_6	Häufig Erinnerungen an schmerzhaftere Ereignisse	
Q61_Protect_7	Häufig Angst	
Q61_Protect_8	Häufig Dinge im Alltag vergessen	
Q61_Protect_9	Interesse an der Umwelt verloren	
Q61_Protect_10	Häufig Probleme sich zu konzentrieren	

Quelle: Eigene Darstellung

Im länderspezifischen Vergleich der Ergebnisse aus den **Unterkünften** zeigt sich, dass aus dem Iran stammende Menschen zu 45,7 % eine hohe Wahrscheinlichkeit für eine PTBS aufweisen. Wohingegen die Mehrheit der aus Eritrea stammenden Menschen zu 66,3 % keine bis geringe Wahrscheinlichkeit für eine PTBS zeigen. Die Ergebnisse der **postalischen Befragung** zeigen, dass der Großteil der Befragten keine bis geringe Wahrscheinlichkeit aufweist. Eine hohe Wahrscheinlichkeit ergibt sich für insgesamt 4,8 % der postalischen Teilnehmer.

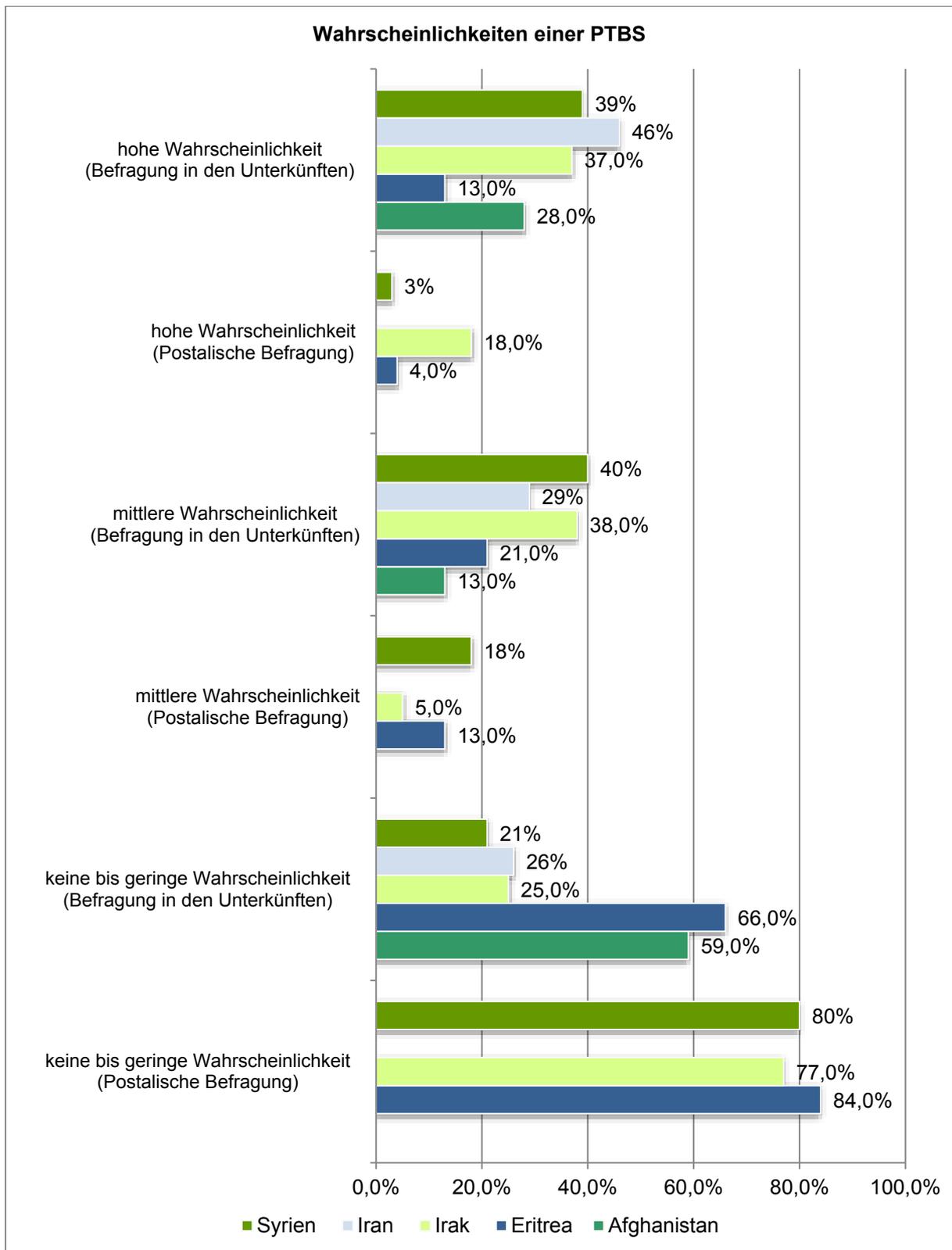


Abbildung 41: Wahrscheinlichkeiten einer PTBS im Ländervergleich
 Quelle: Eigene Darstellung

3.7.1.2. Ergebnisse weiterer Studien zur Prävalenz von posttraumatischen Belastungsstörungen bei Geflüchteten

Tabelle 39: Ausgewählte Studien zur Prävalenz von PTBS bei Geflüchteten

Studie	Studienpopulation	Jahr	Prävalenz PTBS	Anmerkung	Quelle
Literaturreview und Metaanalyse (181 Studien); Zusammenhang zwischen Opfern von Folter und Gewalt und potentiellen traumatischen Erlebnissen mit Folgen für das psychische Wohlbefinden	81.866 Geflüchtete und von Konflikten betroffene Menschen aus 40 Ländern	1980-2009	30,6 % (26,3 %-35,2 %)	Große Unterschiede bzgl. der Prävalenzen, die in den Studien festgestellt wurden (0-99 %)	(Steel et al. 2009)
Querschnittsstudie zur Prävalenz von PTBS und Berechnung von Risikofaktoren und -wahrscheinlichkeiten	Syrische Geflüchtete in einer Zeltstadt in der Türkei	2014	33,5 %		(Alpak et al. 2015)
Systematischer Literaturreview zur Erfassung von Prävalenzraten von PTBS und Depressionen	Irakische Geflüchtete in westlichen Ländern (n=1.912)	Bis 11/2013	8-37,2 %		(Slewa-Young et al. 2015)
Befragungen von Asyl-Erstantragsstellern zu PTBS durch Einzelentscheider des Bundesamtes zur Anerkennung ausländischer Flüchtlinge (Instrument: PDS)	76 Asyl-Erstantragsteller in Deutschland; Durchschnittsalter: 25,72 Jahre; 90,8 % Männer	2003	40 % (Punktprevalenz)		(Gäbel et al. 2006)
Durchführung strukturierter diagnostischer Interview sowie mehrere Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen (MINI, BSI, MADRS, WHO-5, ETI, PSQI)	283 Asylbewerbern in der ZAE in Zirndorf; 158 Männer, 125 Frauen; Mittleres Alter: 31,9 Jahre; 4 häufigste Herkunftsländer: Iran, Russland, Afghanistan und Irak	2016	29 % (randomisierte Gruppe) 39 % (Selbstzueiser)		(Richter et al. 2015)

Quelle: Eigene Darstellung

3.7.1.3. Vergleich der Prävalenzen von PTBS mit der deutschen Wohnbevölkerung

Da es sich um ein spezifisch für Geflüchtete entwickeltes Instrument handelt, können keine entsprechenden Daten für die deutsche Wohnbevölkerung zum Vergleich der Prävalenzen oder Häufigkeiten herangezogen werden. Eine im Jahr 2005 durchgeführte Untersuchung zu posttraumatischen Belastungsstörungen in Deutschland zeigt jedoch, dass 2,3 % der

Studienpopulation ein PTBS-Vollbild, 0,7 % eine PTBS²⁷ (mit Beeinträchtigungskriterium) und 2,0 % eine partielle PTBS II²⁸ (ohne Beeinträchtigungskriterium) aufweisen. Darüber hinaus differenziert die von Maercker et al. durchgeführte Studie nach unterschiedlichen Traumagruppen – darunter zum Beispiel kriegsbezogene Traumen (Maercker et al. 2008). Der nachstehenden Übersicht können die Lebenszeitprävalenzen kriegsbezogener und ziviler Traumen entnommen werden.

Tabelle 40: Lebenszeitprävalenzen traumatischer Ereignisse

Trauma	Lebenszeitprävalenz (%) n=2.426
Kriegsbezogene Traumen	
Kriegshandlungen (direkt)	8,2
Ausgebombt im Krieg	7,0
Heimatvertrieben	6,7
Gefangenschaft/Geiselnahme	1,6
Zivile Traumen	
Vergewaltigung	0,8
Kindesmissbrauch (<14. Lebensjahr)	1,2
Schwerer Unfall	4,6
Körperliche Gewalt	3,8
Lebensbedrohliche Krankheit	3,0
Naturkatastrophe	0,8
Zeuge eines Traumas	8,5
Andere	3,6

Quelle: (Maercker et al. 2008)

In einer von Glasemer et al. durchgeführten Studie konnte eine 4-Wochen-Prävalenz von Nichtmigranten der deutschen Wohnbevölkerung von 3,7 % und von Migranten der deutschen Wohnbevölkerung von 5,2 % festgestellt werden (Glaesmer et al. 2009). Demnach liegen die Prävalenzen für die Studienpopulation aus den fünf gewählten Herkunftsländern über denen der deutschen Wohnbevölkerung. Im Vergleich zu den Studien, welche Prävalenzen von Geflüchteten untersuchen, weisen sie jedoch eine ähnliche Tendenz auf (vgl. hierzu Kapitel 3.7.1.2).

3.7.2. Somatoforme Störungen

3.7.2.1. Häufigkeiten somatoformer Störungen

Zur Bestimmung somatoformer Störungen wird das Instrument „Patient Health Questionnaire“ (PHQ) verwendet. Das Instrument erlaubt es Aussagen bestimmter psychischer Störungen auf „Syndromebene“ zu treffen – es können jedoch keine Diagnosen oder Aussagen auf

²⁷ Partielle PTBS I: Hier liegen aus den Symptomgruppen B bis D mindestens 2 Symptome vor, zugleich muss aber das F-Kriterium (Beeinträchtigungskriterium im DSM-IV) erfüllt sein.

²⁸ Partielle PTBS II: Wie bei der partiellen PTBS I liegen mindestens 2 Symptome vor, allerdings das F-Kriterium (Beeinträchtigungskriterium im DSM-IV) nicht angegeben worden.

„Störungsebene“ getroffen werden (Löwe et al. 2002). Das Instrument wird speziell auf die vulnerable Gruppe der Geflüchteten angepasst. Aufgrund der Expertvalidierungen erscheint es angeraten, auf die Abfrage nach Beeinträchtigungen aufgrund von (i) Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation und (ii) Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr zu verzichten. Somit werden lediglich 11 der 13 verfügbaren Items abgefragt, die sich auf die letzten 4 Wochen beziehen.

Tabelle 41: Inkludierte Variablen zur Bestimmung somatoformer Störungen

Name der Variable	Label	Anmerkung Auswertung
Q22_PHQ1c	Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken	Somatoform Disorder Angewandter Algorithmus (Kroenke o.J.): <i>“if at least 3 of #1a-m bother the patient “a lot” and lack an adequate biological explanation.”</i> Da 2 Items nicht abgefragt wurden (Menstruationsbeschwerden und Probleme beim Geschlechtsverkehr), wird sich dennoch für eine "strengere Bewertung" entschieden. Es müssen mindestens 3 Items mit "a lot" erfüllt sein. Bisher nicht bereinigt nach "biological explanation".
Q22_PHQ1f	Kopfschmerzen	
Q22_PHQ1b	Rückenschmerzen	
Q22_PHQ1g	Schmerzen im Brustbereich	
Q22_PHQ1h	Schwindel	
Q22_PHQ1i	Ohnmachtsanfälle	
Q22_PHQ1j	Herzklopfen oder Herzrasen	
Q22_PHQ1k	Kurzatmigkeit	
Q22_PHQ1l	Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall	
Q22_PHQ1a	Bauchschmerzen	
Q22_PHQ1m	Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	

Quelle: Eigene Darstellung

Im länderspezifischen Vergleich der Daten aus den **Unterkünften** zeigt sich, dass nach Anwenden des oben beschriebenen Algorithmus bei 12,8 % der befragten Afghanen somatoforme Störungen vorliegen könnten. Hingegen zeichnet sich ähnliches nur bei 4,1 % der Befragten aus Eritrea ab. Insgesamt ergibt sich für in den Unterkünften Befragte eine relative Häufigkeit von 8,5 %. Die Analyse somatoformer Störungen für Teilnehmende der **postalischen Befragung** ergibt eine relative Häufigkeit von 7,4 % für Eritreer und jeweils 0,0 % für Iraker und Syrer. Insgesamt beläuft sich das Auftreten somatoformer Störungen auf 3,6 % der Befragten. Es ist ein Anstieg mit dem Alter ersichtlich.

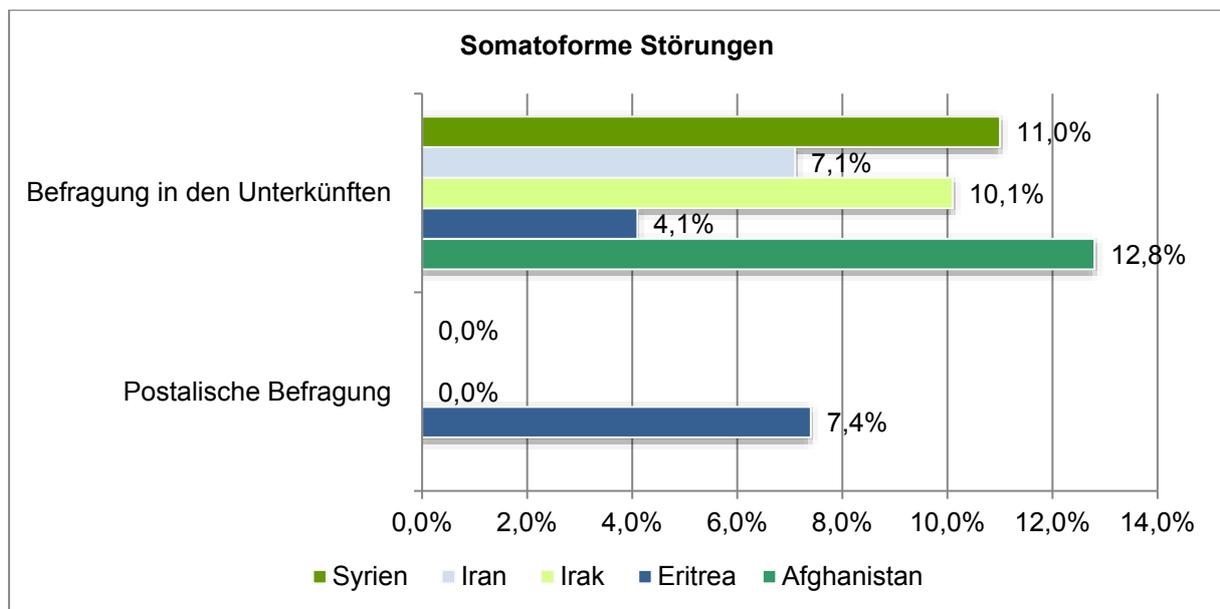


Abbildung 42: Relative Häufigkeiten somatoformer Störungen im Ländervergleich
Quelle: Eigene Darstellung

Bei der Auswertung ergeben sich zwei Abweichungen zum im Manual vorgegebenen Vorgehen: (1) Aufgrund des Ausschlusses der zwei Items „Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation“ und „Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr“ erfolgt die Bewertung des Vorliegens einer somatoformen Störung verhältnismäßig streng. Für das Vorliegen einer somatoformen Störung ist es erforderlich drei von 13 Items mit „stark beeinträchtigt“ zu beantworten. Die Anzahl der Teilnehmer, die zwei der elf Items mit „stark beeinträchtigt“ beantworten beläuft sich auf 17 aus den fünf Herkunftsländern und insgesamt 32 aus allen Ländern. (2) Aufgrund der bisher nicht erfolgten Bereinigung, ob bei ausgewählten Fällen gegebenenfalls biologische Erklärungen für die starken Beeinträchtigungen verantwortlich sind, wird die Anzahl der Fälle, in welchen eine somatoforme Störung vorliegt, eher überschätzt.

Generell kann keine Aussage getroffen werden, ob die Angaben der ausgewählten Items auf psychosomatische oder somatische Ursachen zurückzuführen ist.

3.7.2.2. Ergebnisse weiterer Studien zur Prävalenz von somatoformen Störungen bei Geflüchteten

In der von Albers im Jahr 2012 veröffentlichten Arbeit zeigt sich mit 38,6 % eine deutlich höhere relative Häufigkeit somatoformer Störungen. Diese Ergebnisse beziehen sich auf 140 Geflüchtete, die in einer Würzburger Gemeinschaftsunterkunft hinsichtlich ihrer psychischen Gesundheit befragt wurden. Die Befragten kamen überwiegend aus den Ländern Afghanistan, Äthiopien, Iran, Irak, Somalia und Russland (Albers 2012).

3.7.2.3. Vergleich der Prävalenzen somatoformer Störungen mit der deutschen Wohnbevölkerung

Für die deutsche, erwachsene Wohnbevölkerung konnte eine 12-Monats-Prävalenz von 3,5 % festgestellt werden, wobei Frauen (5,2 %) deutlich häufiger von einer somatoformen Störung betroffen zu sein scheinen als Männer (1,7 %). Als Instrument zur Datenerhebung diente in der DEGS1-MH-Studie ein telefonbasiertes, klinisches Interview (WHO-CIDI) (Jacobi et al. 2014). Ferner führen Glaesmer et al. eine Studie zu der Fragestellung durch, ob Migranten häufiger von psychischen Störungen betroffen sind. In diesem Zusammenhang wird ebenfalls der PHQ in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe (n=2.510) angewandt. Für Nichtmigranten der deutschen Wohnbevölkerung (n=2.161) ergibt sich demnach eine 4-Wochen-Prävalenz von 4,1 %. Wohingegen Migranten der deutschen Wohnbevölkerung (n=271) eine 4-Wochen-Prävalenz von 4,8 % aufweisen. Das durchschnittliche Alter der Nichtmigranten liegt bei 48,6 Jahren. Die befragten Migranten weisen dagegen ein durchschnittliches Alter von 43,2 Jahren auf. Es werden insgesamt 140 Migranten (51,7 %) und 1.185 Nichtmigranten (54,8 %) befragt (Glaesmer et al. 2009). Die Unterschiede bezüglich der soziodemographischen Merkmale werden beim Vergleich zur Studienpopulation aus den fünf Herkunftsländern berücksichtigt. Diese weist in den Unterkünften eine 4-Wochen-Prävalenz von 8 % auf und liegt demnach über den entsprechenden Prävalenzen der von Glaesmer et al. durchgeführten Studie. Hingegen liegt die ermittelte 4-Wochen-Prävalenz der postalisch Teilnehmenden (3,6 %) unter der von Glasemer et al. durchgeführten Studie.

3.7.3. Depressionen

3.7.3.1. Häufigkeiten von Depressionen

Zur Bestimmung von Depressionen wird ebenfalls der PHQ angewandt (vgl. somatoforme Störungen). Insgesamt werden neun Items abgefragt, die – je nach Auswertung – Aussagen über die Häufigkeiten einer Major Depression oder eines anderen depressiven Syndroms treffen können. Darüber hinaus wird die Frage gestellt, ob jemals eine Depression durch medizinisches Personal diagnostiziert wurde.

Tabelle 42: Inkludierte Variablen zu Bestimmung von Depressionen

Name der Variable	Label	Anmerkung Auswertung
Q23_PHQ2a_final	Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	Major Depressive Syndrome: Angewandter Algorithmus (Kroenke o.J.): <i>“ If #2a or b and five or more of #2a-i are at least —More than half the days (count #2i if present at all).”</i>
Q23_PHQ2b_final	Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	
Q23_PHQ2c_final	Schlafschwierigkeiten	
Q23_PHQ2d_final	Müdigkeit oder keine Energie	
Q23_PHQ2e_final	Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	
Q23_PHQ2f_final	Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu	
		Other Depressive Syndrome: Angewandter Algorithmus (Kroenke o.J.): <i>“if #2a or b and two, three, or four of</i>

Name der Variable	Label	Anmerkung Auswertung
	sein oder die Familie enttäuscht zu haben	#2a-i are at least —More than half the days (count #2i if present at all)."
Q23_PHQ2g_final	Konzentrationschwierigkeiten	Note: the diagnoses of Major Depressive Disorder and Other Depressive Disorder requires ruling out normal bereavement (mild symptoms, duration less than 2 months), a history of a manic episode (Bipolar Disorder) and a physical disorder, medication or other drug as the biological cause of the depressive symptoms.
Q23_PHQ2h_final	Verlangsamte Bewegungen, Bewegungsdrang	
Q23_PHQ2i_final	Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	
PHQ2_MajorDepressiveSyndrome	Vorliegen Major depressive Syndrome	
PHQ2_OtherDepressiveSyndrome	Vorliegen Other depressive Syndrome	

Quelle: Eigene Darstellung

Im Ländervergleich, der in den **Unterkünften Befragten**, zeigt sich, dass Befragte aus Eritrea in allen Kategorien die geringsten relativen Häufigkeiten aufweisen. Insbesondere im Bereich der Major Depression zeigt sich eine Abweichung zwischen den Befragten aus Eritrea (0,8 %) und Befragten aus Afghanistan (29,8 %).

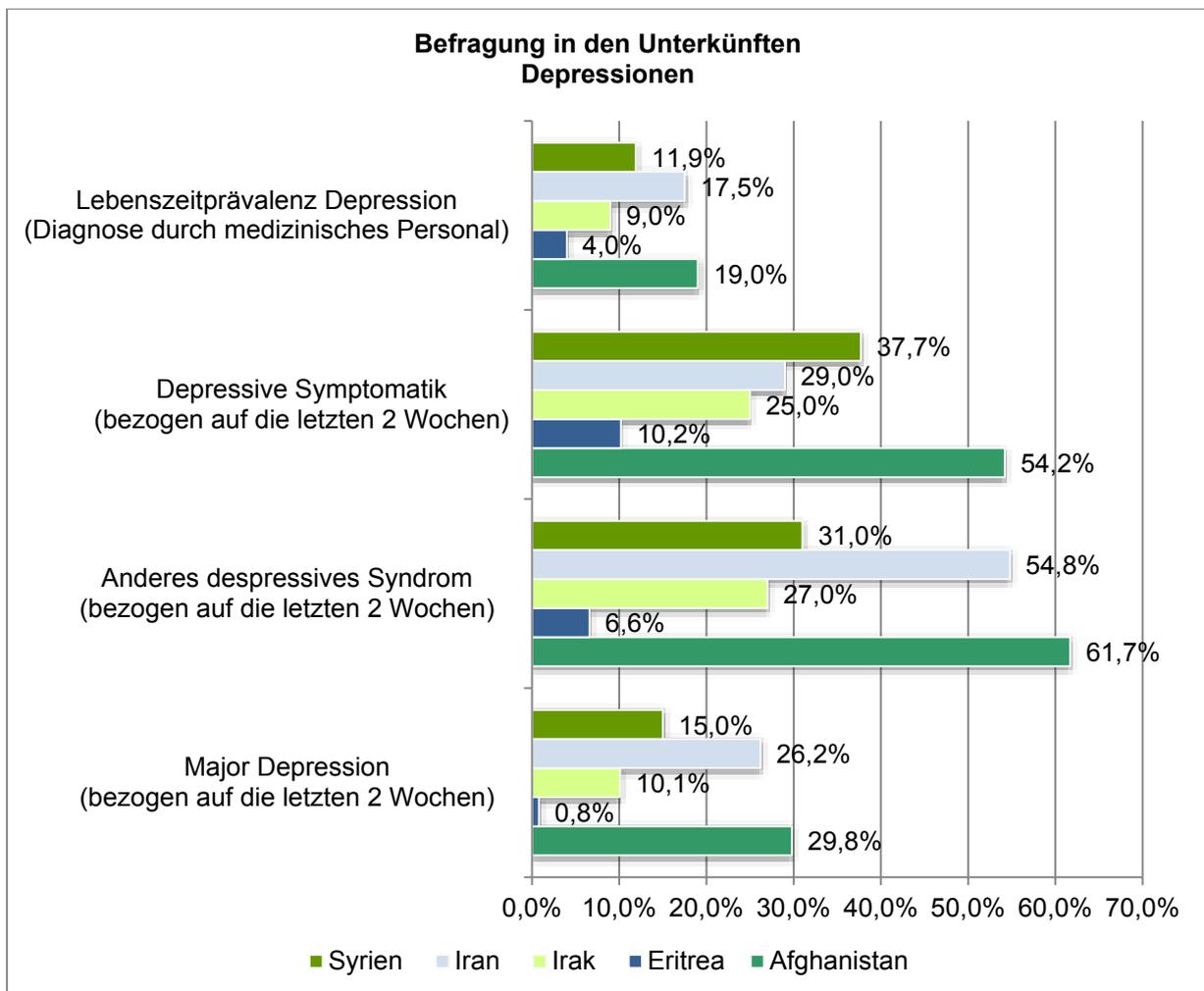


Abbildung 43: Relative Häufigkeiten von Depressionen im Ländervergleich

Quelle: Eigene Darstellung

Die herkunftsspezifische Darstellung der Ergebnisse der **postalischen Befragung** zeigt, dass Syrer sowohl bei der Major Depression als auch der anderen depressiven Symptomatik die höchsten relativen Häufigkeiten aufweisen. Die geringsten Häufigkeiten zeigen sich bei Eritreern. Nach Anwendung des entsprechenden Algorithmus ergibt sich für Befragte aus den Unterküften eine relative Häufigkeit der Major Depression von 12,5 %. Diese liegt mit 4,1 % der postalisch Befragten deutlich niedriger. Eine ähnliche Tendenz zeigt sich für das andere depressive Syndrom. Hier ergibt sich eine relative Häufigkeit von 28,8 % der Befragten aus den Unterküften und 18,0 % der postalischen Teilnehmer. Zusätzlich zur Major Depression und zum anderen depressiven Syndrom wird die depressive Symptomatik ausgewertet.

Tabelle 43: Inkludierte Variablen zur Bestimmung der depressiven Symptomatik (PHQ-9)

Name der Variable	Label	Anmerkung Auswertung
Q23_PHQ2a_DEGS1	Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	Bestimmung "Depressive Symptomatik" im Vergleich zu den vorliegenden Daten (DEGS1 → Verwendung des PHQ-9). (PHQ-9 =>10 Punkte)
Q23_PHQ2b_DEGS1	Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	
Q23_PHQ2c_DEGS1	Schlafschwierigkeiten	
Q23_PHQ2d_DEGS1	Müdigkeit oder keine Energie	
Q23_PHQ2e_DEGS1	Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	
Q23_PHQ2f_DEGS1	Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	
Q23_PHQ2g_DEGS1	Konzentrationsschwierigkeiten	
Q23_PHQ2h_DEGS1	Verlangsamte Bewegungen, Bewegungsdrang	
Q23_PHQ2i_DEGS1	Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	

Quelle: Eigene Darstellung

In Bezug auf die depressive Symptomatik kann die Tendenz ebenfalls bestätigt werden. Insgesamt zeigt sich für 29,3 % der Befragten aus den Unterküften und 9,1 % der postalisch Teilnehmenden das Vorliegen einer depressiven Symptomatik nach Anwenden des beschriebenen Algorithmus.

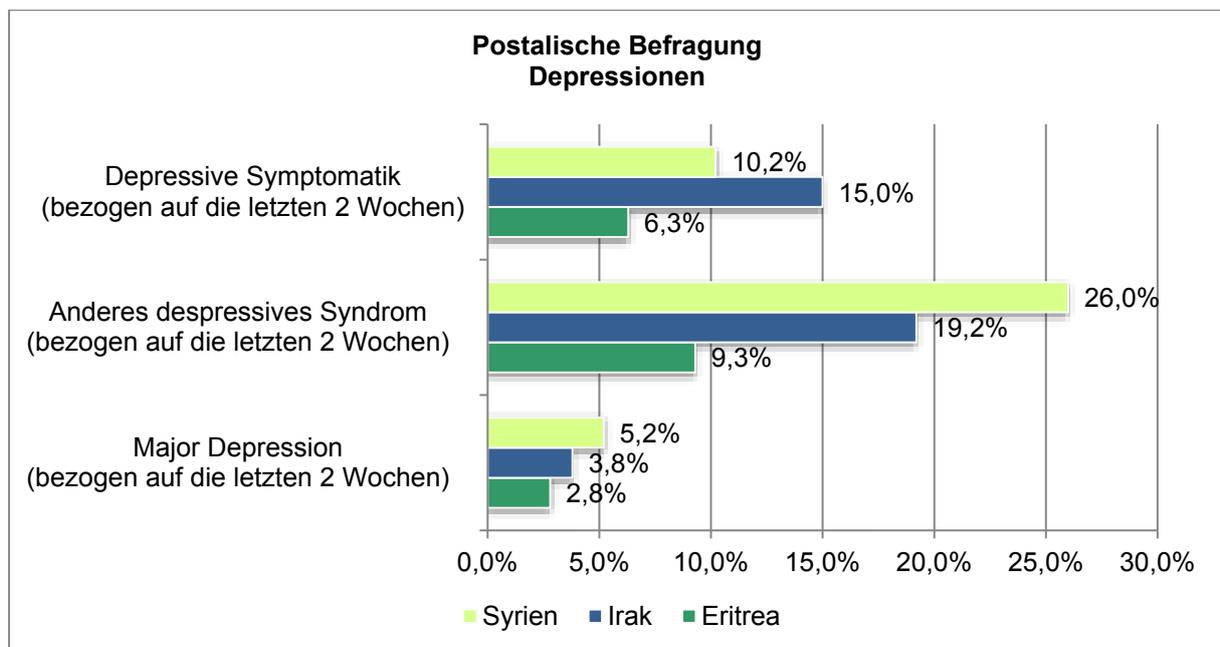


Abbildung 44: Relative Häufigkeiten der Depressiven Symptomatik im Ländervergleich
Quelle: Eigene Darstellung

3.7.3.2. Ergebnisse weiterer Studien zur Prävalenz von Depressionen bei Geflüchteten

Tabelle 44: Ausgewählte Studien zur Prävalenz von Depressionen bei Geflüchteten

Studie	Studienpopulation	Jahr	Prävalenz Depression	Anmerkung	Quelle
Literaturreview und Metaanalyse (181 Studien); Zusammenhang zwischen Opfern von Folter und Gewalt und potentiellen traumatischen Erlebnissen mit Folgen für das psychische Wohlbefinden	81.866 Geflüchtete und von Konflikten betroffene Menschen aus 40 Ländern	1980-2009	30,8 % [26,3 %-35,6 %]	Große Unterschiede bzgl. der Prävalenzen, die in den Studien festgestellt wurden (3-85,5 %)	(Steel et al. 2009)
Multizentrische Querschnittsstudie zur Erfassung chronischer Erkrankungen, fehlender Medikamente und Depressionen	765 syrische Geflüchtete in sechs jordanischen Städten; Großteil der Studienpopulation war zwischen 18-49 Jahre alt; 55,6 % weibliche Studienteilnehmer	2013-2014	29,5 %		(Gammouh et al. 2015)
Systematischer Literaturreview zur Erfassung von Prävalenzraten von PTBS und Depressionen	Irakische Geflüchtete in westlichen Ländern (n=1.647)	Bis 11/2013	28,3-75 %		(Slewa-Younan et al. 2015)
Durchführung strukturierter	283 Asylbewerber in	2016	21,9 %	Angaben zur Prävalenz	(Richter et al. 2015)

Studie	Studienpopulation	Jahr	Prävalenz Depression	Anmerkung	Quelle
diagnostischer Interview sowie mehrere Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen (MINI, BSI, MADRS, WHO-5, ETI, PSQI)	der ZAE in Zirndorf; 158 Männer, 125 Frauen; Mittleres Alter: 31,9 Jahre; 4 häufigste Herkunftsländer: Iran, Russland, Afghanistan und Irak			beziehen sich auf die F3-Diagnosen nach ICD-10 (manische Episoden, affektive Störungen, depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen)	

Quelle: Eigene Darstellung

Im Vergleich der Ergebnisse der Morbiditätsstudie und den in der oben stehenden Tabelle aufgeführten Studienergebnissen zeigt sich, dass keine deutlichen Diskrepanzen zu verzeichnen sind.

3.7.3.3. Vergleich der Prävalenzen von Depressionen mit der deutschen Wohnbevölkerung

Für die deutsche Wohnbevölkerung konnte im Rahmen der DEGS1-Studie eine Prävalenz von 2,7 % [2,0-3,6 %] einer **Major Depression** festgestellt werden (Maske et al. 2015). Eine weitere Studie zeigt für Nichtmigranten der deutschen Wohnbevölkerung eine 2-Wochen-Prävalenz von 2,1 % und für Migranten der deutschen Wohnbevölkerung eine von 2,6 % auf (Glaesmer et al. 2009). Für die Befragten aus den 5 Herkunftsländern ergibt sich eine Prävalenz von 12,5 %. Im Hinblick auf das **weitere depressive Syndrom** zeigt sich für Nichtmigranten und Migranten der deutschen Wohnbevölkerung eine 2-Wochen-Prävalenz von 2,5 % beziehungsweise 3,0 % (Glaesmer et al. 2009). Auch hier zeigt sich mit einer Prävalenz von 29 % der Studienpopulation aus den fünf gewählten Ländern eine starke Abweichung. Eine ähnliche Tendenz zeigt sich im Auftreten der **depressiven Symptomatik** in den letzten 2 Wochen. Während für die deutsche Wohnbevölkerung eine Prävalenz von 8,1 % [7,3-9,1 %] angegeben wird, liegt diese für die Studienpopulation aus den fünf Herkunftsländern bei 29,3 % (Busch et al. 2013). In Bezug auf die **Diagnose von Depressionen** durch medizinisches Personal und Ärzte oder Psychotherapeuten kann eine geringere Abweichung zwischen der Studienpopulation und der deutschen Wohnbevölkerung beobachtet werden. Für die deutsche Wohnbevölkerung wird eine Prävalenz von 8,0 % [7,5-8,5 %] angegeben, wohingegen sich für die Studienteilnehmer aus den besagten fünf Herkunftsländern eine relative Häufigkeit von 10,5 % ergibt (Robert Koch-Institut 2014c).

3.7.4. Angststörungen

3.7.4.1. Häufigkeiten von Angststörungen

Zur Erfassung der relativen Häufigkeiten von Angststörungen wird ebenso der PHQ als Instrument im Fragebogen verwendet.

Tabelle 45: Inkludierte Variablen zu Bestimmung der Angststörung und des anderen Angstsyndroms

Name der Variable	Label	Anmerkung Auswertung
Angststörung		
Q24_PHQ3a_final	Angstattacke, Furcht, Panik	Panic Syndrome Angewandter Algorithmus (Kroenke o.J.): „If #3a-d are all `Yes` and 4 or more of #4a-k are `YES`“ <i>Note: The diagnoses of Panic Disorder and Other Anxiety Disorder require ruling out a physical disorder, medication or other drug as the biological cause of the anxiety symptoms.</i>
Q24_PHQ3b_final	Angstattacken bereits früher einmal	
Q24_PHQ3c_final	unerwartete Anfälle	
Q24_PHQ3d_final	Anfälle stark beeinträchtigend, Angst vor erneuten Anfällen	
Q25_PHQ4a_final	schlecht Luft bekommen	
Q25_PHQ4b_final	Herzrasen, Herzklopfen, unregelmäßigen Herzschlag	
Q25_PHQ4c_final	Schmerzen oder Druckgefühl in der Brust	
Q25_PHQ4d_final	Schwitzen	
Q25_PHQ4e_final	Gefühl zu ersticken	
Q25_PHQ4f_final	Hitzewallungen oder Kälteschauer	
Q25_PHQ4g_final	Übelkeit, Magenbeschwerden, Gefühl von Durchfall	
Q25_PHQ4h_final	Schwindel, Benommenheit oder Ohnmacht	
Q25_PHQ4i_final	Kribbeln, Taubheitsgefühl	
Q25_PHQ4j_final	Zittern oder Beben	
Anderes Angstsyndrom		
Q26_PHQ5a_final	Beeinträchtigung durch Nervosität, Ängstlichkeit, Anspannung, Besorgnis	Other Anxiety Syndrome Angewandter Algorithmus (Kroenke o.J.): „If #5a and answers to three or more of #5b-g are "More than half the days"“ <i>Note: The diagnoses of Panic Disorder and Other Anxiety Disorder require ruling out a physical disorder, medication or other drug as the biological cause of the anxiety symptoms.</i>
Q26_PHQ5b_final	Unruhe	
Q26_PHQ5c_final	Leichte Ermüdbarkeit	
Q26_PHQ5d_final	Muskeltenspannungen, Muskelschmerzen	
Q26_PHQ5e_final	Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen	
Q26_PHQ_5f_final	Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren	
Q26_PHQ_5g_final	Leichte Reizbarkeit, Überempfindlichkeit	

Quelle: Eigene Darstellung

Im Ländervergleich zeigt sich sowohl für die Angststörung als auch für das andere Angstsyndrom die niedrigste 4-Wochen-Prävalenz für die Befragten aus Eritrea, welche zum Zeitpunkt der Befragung in den **Unterkünften** lebten. Im Bereich der Angststörungen weisen befragte Syrer die höchste Prävalenz auf gefolgt von Afghanen. Auch für das andere

Angstsyndrom zeigt sich eine – im Verhältnis zu den anderen vier Herkunftsländern – hohe 4-Wochen-Prävalenz für Studienteilnehmer aus Afghanistan. Die **postalische Befragung** zeigt, dass die Teilnehmenden im Verhältnis zu der Gruppe aus den Unterkünften weniger häufig betroffen zu sein scheinen.

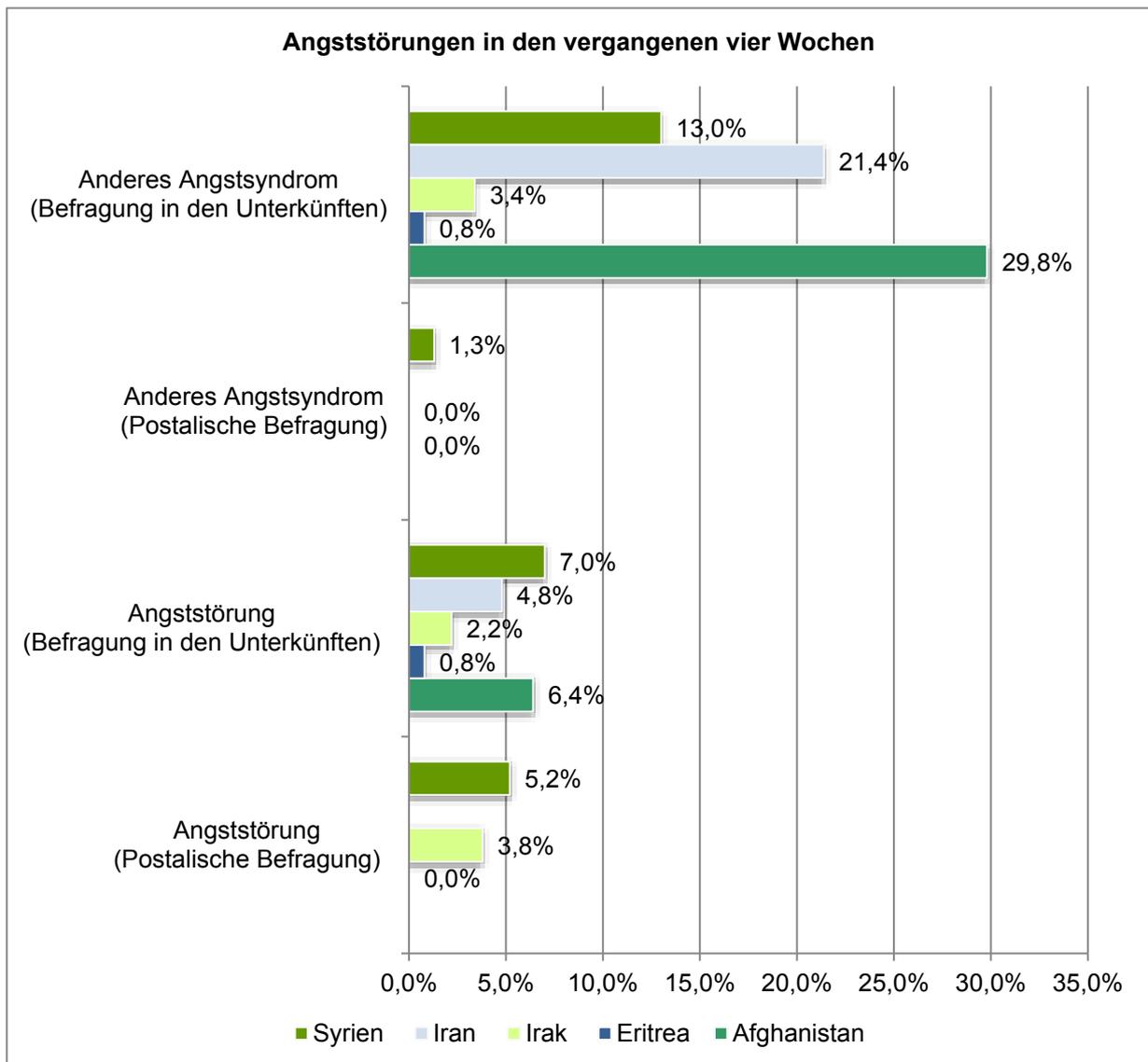


Abbildung 45: Relative Häufigkeiten von Angststörungen im Ländervergleich

Quelle: Eigene Darstellung

Insgesamt ergibt sich für die Befragten aus den Unterkünften eine relative Häufigkeit von 3,8 % der Angststörung und 10,0 % für das Vorliegen des „Other Anxiety Syndrome“. Für die Studienteilnehmer der postalischen Befragung ergeben sich die relativen Häufigkeiten von 2,3 % beziehungsweise 0,9 % für die Angststörung beziehungsweise „Other Anxiety Syndrome“. Somit ist nach den Angaben der Studienteilnehmer ersichtlich, dass Befragte, die sich im Durchschnitt länger in Deutschland aufhalten, weniger häufig von Angststörungen betroffen zu sein scheinen. Eine inferenzstatistische Analyse könnte in diesem Zusammenhang zeigen, ob die deskriptiv festgestellten Unterschiede auch statistisch signifikant sind.

3.7.4.2. Ergebnisse weiterer Studien zur Prävalenz von Angststörungen bei Geflüchteten

Gouzoulis-Mayfrank et al. kommen im Rahmen der Auswertung der häufigsten Diagnosen bei behandelten Flüchtlingen zu dem Ergebnis, dass phobische Störungen und sonstige Angststörungen einen Anteil von 5,5 % der ersten Nennung, 14,8 % der zweiten und 3,8 % der dritten Nennung ausmachen. Diagnosen, die häufiger gestellt werden als phobische Störungen und sonstige Angststörungen sind in der ersten Nennung posttraumatische Belastungsstörungen (18,2 %), Abhängigkeitserkrankungen (16,4 %) und affektive Störungen (25,5 %) (Gouzoulis-Mayfrank et al. 2017a).

3.7.4.3. Vergleich der Prävalenzen von Angststörungen mit der deutschen Wohnbevölkerung

Jacobi et al. führten eine Untersuchung zu psychischen Störungen in der deutschen Wohnbevölkerung durch. Zur Erhebung wurde das Instrument M-CIDI²⁹ verwendet, welches ebenso Aussagen über eine 4-Wochen-Prävalenz zulässt. Demnach ist eine 4-Wochen-Prävalenz von 1,1 % für Angststörungen und 9,0 % für andere Angststörungen erkennbar (Jacobi et al. 2004).

3.7.5. Alkoholmissbrauch

3.7.5.1. Häufigkeiten von Alkoholmissbrauch

Zur Ermittlung des Alkoholmissbrauchs wird wiederum das Instrument PHQ genutzt. Zu Beginn erfolgt die Abfrage, ob die Studienteilnehmer jemals Alkohol tranken (inklusive Bier oder Wein). Wird diese Frage bejaht, werden den Teilnehmern weitere Fragen hinsichtlich ihres Konsumverhaltens gestellt.

Tabelle 46: Inkludierte Variablen zur Ermittlung des Alkoholabusus¹

Name der Variable	Label	Anmerkung Auswertung
Q28_PHQ10a	Alkohol getrunken, obwohl ein Arzt angeraten hat, aus gesundheitlichen Gründen mit dem Trinken aufzuhören	Angewandter Algorithmus (Kroenke o.J.): "Alcohol abuse if any of #10a-e are „YES“"
Q28_PHQ10b	Alkoholkonsum bei der Arbeit, in der Schule, bei Verpflegung der Kinder oder angetrunken oder verkatert	
Q28_PHQ10c	Fernbleiben von Arbeit, Schule oder anderen Verpflichtungen aufgrund von Alkoholkonsum oder verkatert	
Q28_PHQ10d	Schwierigkeiten mit anderen auszukommen aufgrund von Alkohol	
Q28_PHQ10e	Autofahren nach mehreren Gläsern Alkohol oder nachdem zu viel getrunken	

Quelle: Eigene Darstellung

²⁹ Composite International Diagnostic Interview: Ein von der WHO im Jahre 1990 entwickeltes Instrument zur Einschätzung von psychischen Störungen.

Im Ländervergleich zeigt sich, dass aus dem Iran stammende und in den Unterkünften den Fragebogen ausfüllende Befragte die höchste 6-Monats-Prävalenz (10,0 %) in Bezug auf den Alkoholabusus aufweisen. Hingegen zeigt sich für syrische Studienteilnehmer eine entsprechende Prävalenz von 1,10 %. Für die postalisch Befragten ergibt sich für Syrer und Iraker eine höhere relative Häufigkeit als für Menschen aus den entsprechenden Herkunftsländern, die zum Zeitpunkt der Befragung in den Unterkünften lebten. Die Analysen ergeben jedoch für die postalisch befragten Eritreer eine geringere relative Häufigkeit als die der in den Unterkünften Befragten.

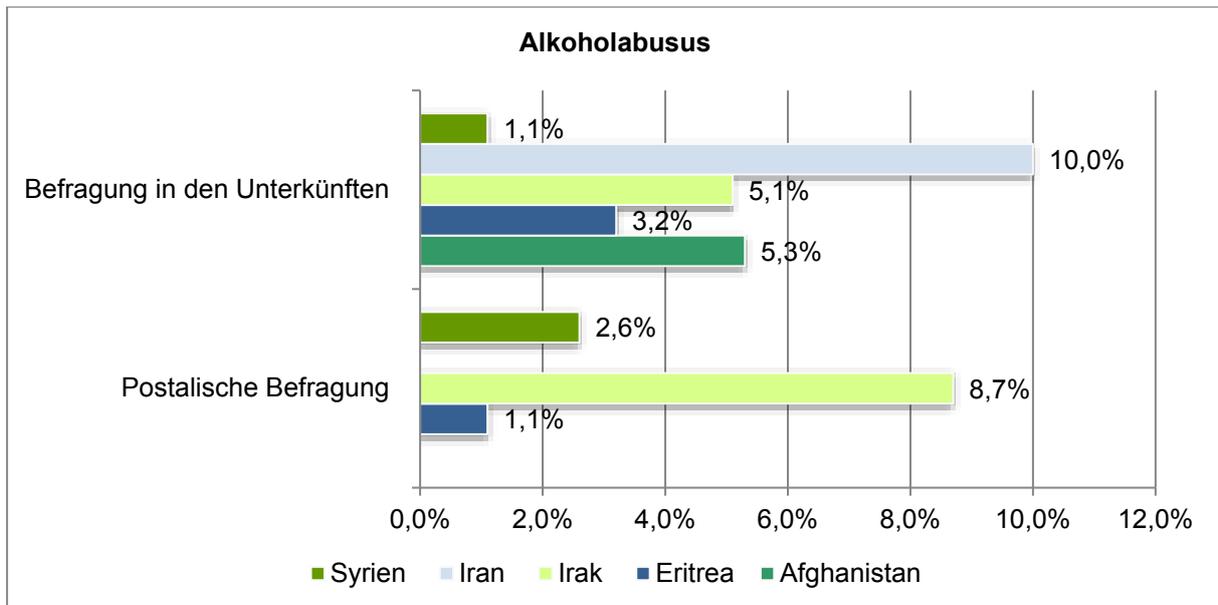


Abbildung 46: Relative Häufigkeiten von Alkoholabusus im Ländervergleich
Quelle: Eigene Darstellung

Insgesamt ergibt sich für Befragte aus den Unterkünften eine relative Häufigkeit von 4,1 % und für postalische Teilnehmer eine relative Häufigkeit von 3,0 %.

3.7.5.2. Vergleich der Prävalenzen von Alkoholabusus mit der deutschen Wohnbevölkerung

In der bereits erwähnten Untersuchung von Jacobi et al. werden eine 4-Wochen-Prävalenz von 2,5 % und eine 12-Monats-Prävalenz von 4,1 % aufgeführt. Angaben zur 6-Monats-Prävalenz werden nicht gemacht (Jacobi et al. 2004). Im Rahmen der GEDA-Studie kann mithilfe des Instruments AUDIT-C³⁰ eine Einteilung in Nie-Trinker, moderatem Alkoholkonsum und Risikokonsum vorgenommen werden. Somit zeigt sich, dass 20,7 % der deutschen Wohnbevölkerung nie Alkohol trinken, 53,0 % konsumieren Alkohol moderat und 26,3 % weisen einen riskanten Alkoholkonsum auf. Im Vergleich dazu antworten 74,6 % der Befragten aus den fünf fokussierten Herkunftsländern dieser Studie auf die Frage, ob sie jemals Alkohol

³⁰ Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption: Instrument zum Erkennen eines problematischen Alkoholkonsums und eignet sich auch als Instrument für Migrationsbevölkerungen.

tranken (inkl. Wein oder Bier) mit „Nein“. Dabei ist anzumerken, dass die Prävalenz für die Altersklasse von 18-29 Jahren und männlicher befragter mit 41,7 % über dem Durchschnittswert von 26,3 % liegt (Robert Koch-Institut 2014c). Dies ist beim Vergleich mit der Studienpopulation zu beachten.

3.8. Gesundheitsverhalten

3.8.1. Body Mass Index

Zur Berechnung des Body Mass Index werden die Angaben zum Körpergewicht und zur Größe für die folgende Formel herangezogen:

$$\frac{\text{Körpergewicht (kg)}}{\text{Körpergröße (m)}^2}$$

Mithilfe der Klassifikation des BMI nach Angaben der WHO werden diejenigen Fälle ausgeschlossen, die einen BMI ≤ 14 oder ≥ 42 aufweisen.

Tabelle 47: Einteilung des BMI nach der WHO

Classification	BMI(kg/m ²)	
	Principal cut-off points	Additional cut-off points
Underweight	<18.50	<18.50
Severe thinness	<16.00	<16.00
Moderate thinness	16.00 - 16.99	16.00 - 16.99
Mild thinness	17.00 - 18.49	17.00 - 18.49
Normal range	18.50 - 24.99	18.50 - 22.99
		23.00 - 24.99
Overweight	≥ 25.00	≥ 25.00
Pre-obese	25.00 - 29.99	25.00 - 27.49
		27.50 - 29.99
Obese	≥ 30.00	≥ 30.00
Obese class I	30.00 - 34.99	30.00 - 32.49
		32.50 - 34.99
Obese class II	35.00 - 39.99	35.00 - 37.49
		37.50 - 39.99
Obese class III	≥ 40.00	≥ 40.00

Quelle: (World Health Organization 2017)

Im Ländervergleich zeigt sich ein für Frauen durchschnittlich höherer BMI als für Männer in Bezug auf die Herkunftsländer Afghanistan, Irak, Iran und Syrien. Lediglich für männliche Befragte aus Eritrea ergibt sich ein durchschnittlich höherer BMI als weibliche Befragte aus Eritrea.

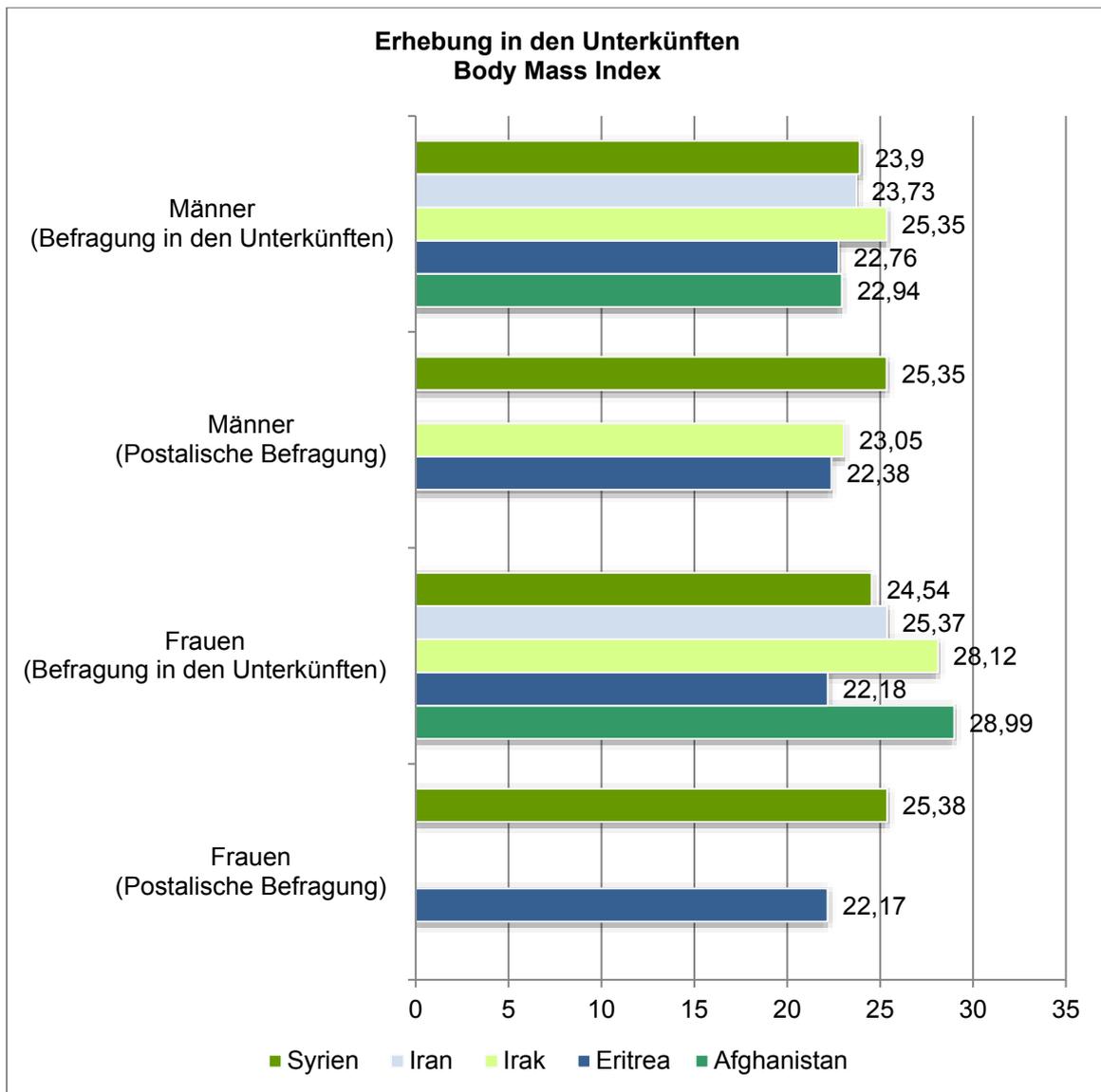


Abbildung 47: Durchschnittlicher BMI im Ländervergleich
Quelle: Eigene Darstellung

Aufgrund der geringen Fallzahl bei der postalischen Befragung wird auf eine Abbildung des BMI irakischer Frauen verzichtet.

Für die Studienteilnehmer der postalischen Befragung ergibt sich ein durchschnittlicher BMI von 25,64 für weibliche und 23,76 für männliche Befragte. Für die postalisch Befragten ergibt sich ein leicht geringerer BMI von 23,95 für Frauen und 23,36 für Männer.

3.8.1.1. Ergebnisse weiterer Studien zum BMI von Geflüchteten

Länderspezifische Daten sind über die Globale Datenbank der World Health Organization abrufbar. Der nachstehenden Übersicht sind neben den Daten für die fünf Herkunftsländer ebenso die Vergleichsdaten für die deutsche Wohnbevölkerung aufgeführt.

Tabelle 48: Länderspezifische BMI-Daten

Land	Alter	BMI ≤17	BMI < 18,5	BMI 18-24,99	BMI ≥25	BMI 25-29,99	BMI ≥30	Jahr der Datenbasis	Studien-größe
Afghanistan									
Frauen	15-49				W: 11,5		W: 1,8	2002	555
Eritrea									
Männer	15-64						2,3	2004	408
Frauen	15-64						4,4	2004	389
Frauen	15-49		28,0	56,3	15,7	12,7	3,0	2002	3.390
Irak									
Männer	25-65				63,6		26,2	2006	k. A.
Frauen	25-65				69,6		38,2	2006	k. A.
Iran									
Männer	15-64		6,0	57,0	37,0	27,9	9,1	2005	45.082
Frauen	15-64		5,4	46,1	48,5	29,3	19,2	2005	44.322
Syrien (Aleppo)									
Männer	18-65			34,4	65,7	36,9	28,8	2004	919
Frauen	18-65			25,9	74,1	27,7	46,4	2004	1.117
Deutschland									
Männer	18-100				57,7		13,6	2003	24.222
Frauen	18-100				41,2		12,3	2003	25.235

Quelle: (World Health Organization 2017)

3.8.1.2. Vergleich des BMI mit der deutschen Wohnbevölkerung

Für die deutsche Wohnbevölkerung ergibt sich nach den Angaben der DEGS-Studie ein BMI von 26,5 für Frauen und 27,2 für Männer (Robert Koch-Institut 2014c).

Hier zeigt sich, dass der BMI der deutschen Wohnbevölkerung etwas höher liegt als der der Studienpopulation (sowohl postalisch als auch in den Unterkünften).

3.8.2. Rauchverhalten

3.8.2.1. Ergebnisse zum Rauchverhalten

Um Aussagen über das Rauchverhalten der Geflüchteten in Bayern treffen zu können, wird abgefragt, ob die Studienteilnehmer derzeit rauchen – wenn auch nur gelegentlich. Im Ländervergleich zeigt sich, dass Befragte aus dem Iran mit 37,5 % die höchste und syrische Befragte mit 11,1 % die niedrigste Punktprävalenz aufweisen. Syrische Befragte weisen darüber hinaus die höchste Punktprävalenz von Nie-Rauchern (67,7 %) auf, während sich entsprechend die Prävalenz von Iranern auf 40,0 % beläuft.

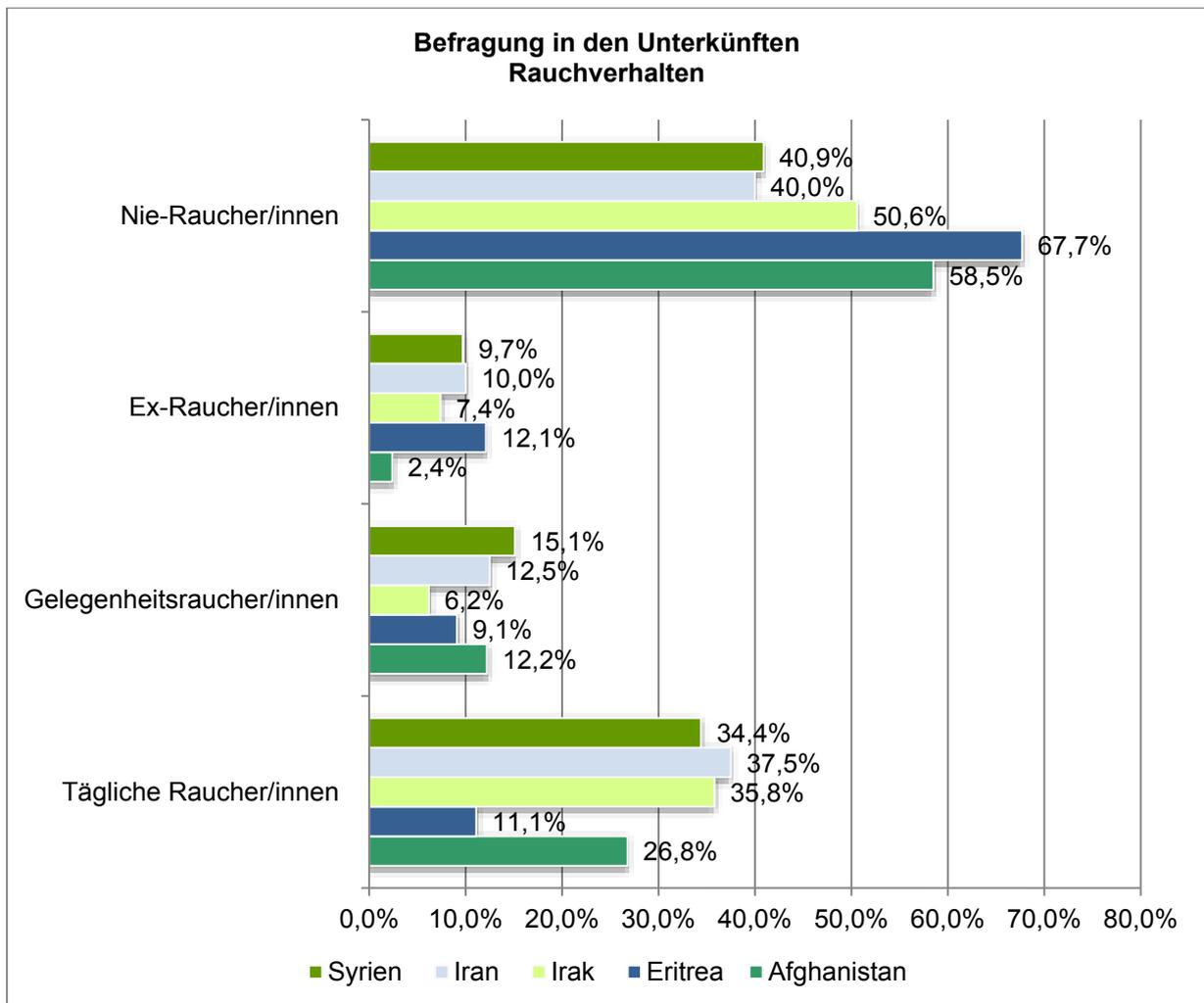


Abbildung 48: Relative Häufigkeiten von Rauchverhalten im Ländervergleich
Quelle: Eigene Darstellung

Die Analyse der **postalischen Befragung** zeigt, dass insbesondere eritreische Teilnehmer angeben Nie-Raucher zu sein (76,3 %). Insgesamt rauchen 10,4 % der eritreischen Teilnehmer gelegentlich oder täglich. Hier zeigt sich vor allem eine Differenz zu irakisch Befragten. Diese geben zu 47,8 % an, täglich und weitere 8,7 % geben an, gelegentlich zu rauchen.

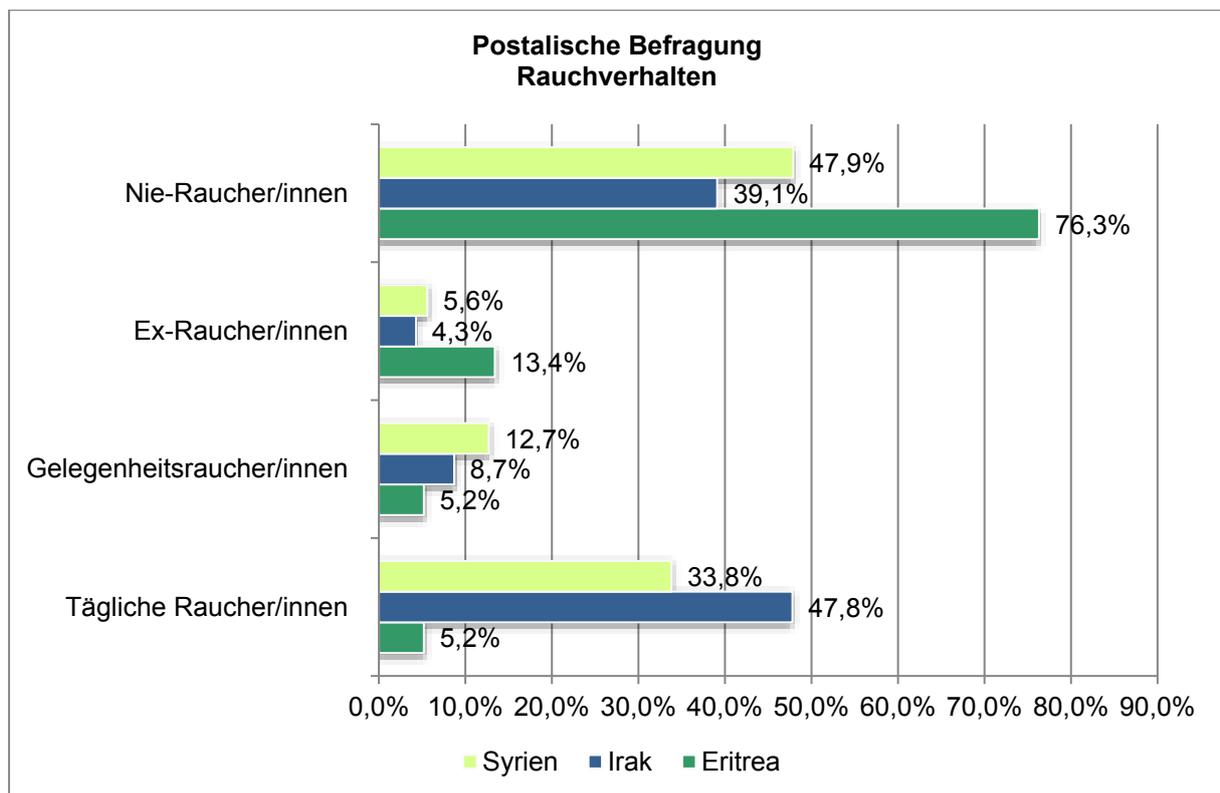


Abbildung 49: Relative Häufigkeiten von Rauchverhalten im Ländervergleich
Quelle: Eigene Darstellung

3.8.2.2. Vergleich des Rauchverhaltens mit der deutschen Wohnbevölkerung

Zum Vergleich der Daten mit der deutschen Wohnbevölkerung können, die aus der DEGS-Studie erhobenen, Daten und Ergebnisse genutzt werden. Es zeigt sich, dass die Punktprävalenz von täglich rauchenden Männern (35,2 %) höher liegt als die der Männer der deutschen Wohnbevölkerung (26,1 %). Bei den Prävalenzen der Frauen hingegen zeigt sich, dass mehr Frauen der deutschen Wohnbevölkerung täglich rauchen (21,4 %) als Frauen der Unterkunftsbefragung (8,4 %). Den größten Anteil der Nie-Raucher machen mit 78,9 % Frauen aus den Unterkünften aus. 50,3 % der Frauen der deutschen Wohnbevölkerung geben an, noch nie geraucht zu haben (Robert Koch-Institut 2014c). Im Vergleich zu der **postalischen Befragung** zeigt sich, dass weniger Frauen täglich rauchen, als Frauen der deutschen Wohnbevölkerung. Männer der postalischen Befragung sind jedoch häufiger tägliche Raucher als die der deutschen Wohnbevölkerung.

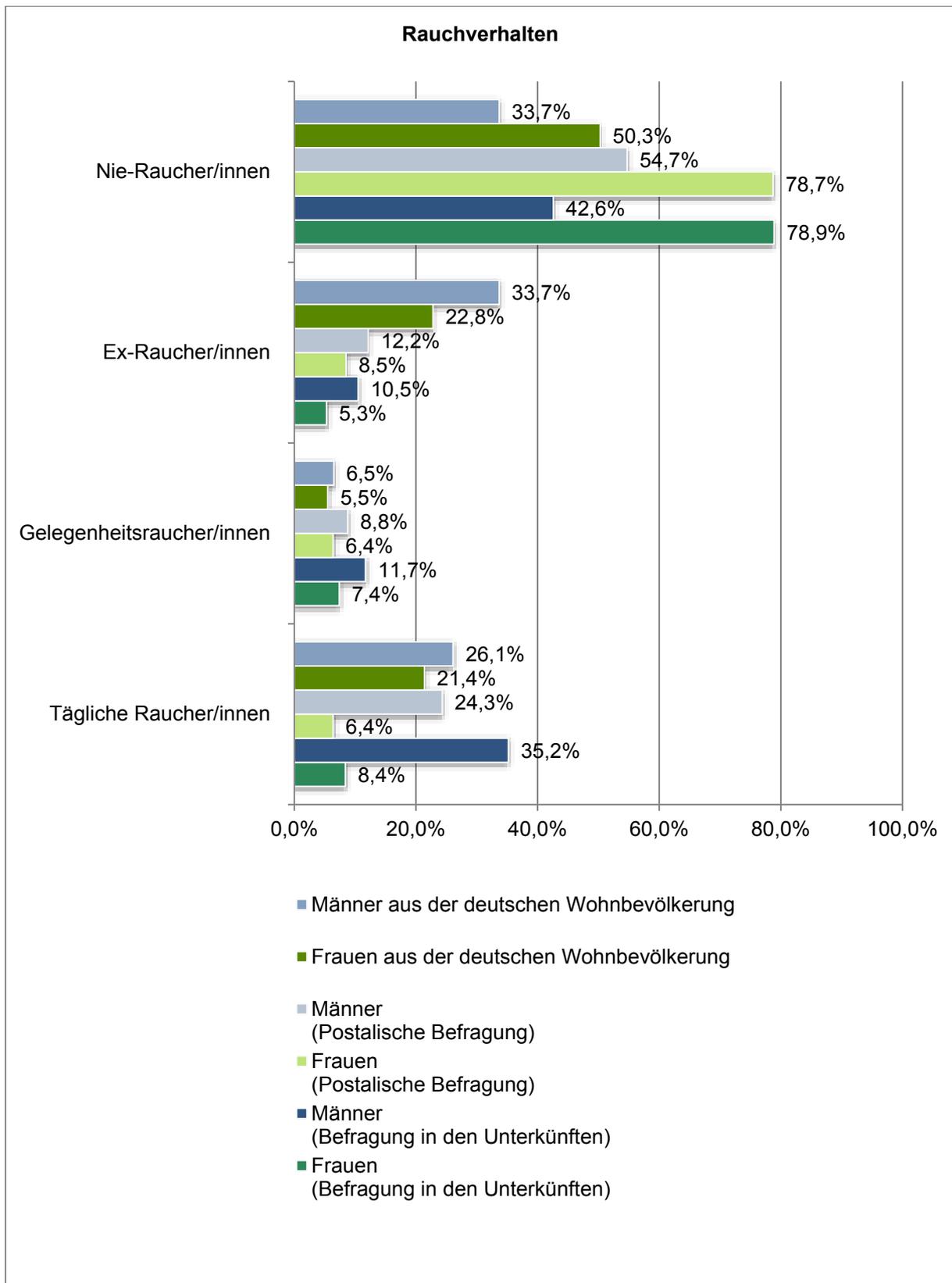


Abbildung 50: Relative Häufigkeiten zum Rauchverhalten von Geflüchteten und der deutschen Wohnbevölkerung
 Quelle für die deutsche Wohnbevölkerung: (Robert Koch-Institut 2014c)

3.8.3. Mittelkonsum

3.8.3.1. Ergebnisse zum Mittelkonsum

Zur Bestimmung des Mittelkonsums werden die Befragten nach der Häufigkeit des Konsums von Marihuana/Haschisch, Ecstasy, Crystal Meth, Amphetaminen/Speed, berauschende Medikamente, Leim oder Lösungsmittel (geschnüffelt) oder andere Mittel in den vergangenen 12 Monaten gefragt. In den **Befragungen der in den Unterkünften** Lebenden gibt kein Studienteilnehmer an, **Ecstasy oder Crystal Meth** zu konsumieren. Für die gesamte Stichprobe ergibt sich jeweils eine relative Häufigkeit von 0,5 % zum Konsum beider Mittel. Den Konsum von **Amphetaminen/Speed** geben 1,4 % der Befragten aus dem Irak, 0,4 % der Befragten aus den fünf Herkunftsländern und 0,7 % der gesamten Stichprobe an. Keine Befragten aus den Ländern Afghanistan, Eritrea, Iran und Syrien geben an, Amphetamine oder Speed zu konsumieren. Insgesamt bejahen 2,0 % der befragten Personen aus Eritrea **Leim oder Lösungsmittel** zu schnüffeln, entsprechendes gilt für 0,4 % aller Personen aus den fünf Herkunftsländern und 0,7 % der gesamten Stichprobe. Hingegen geben weder Menschen aus Afghanistan noch aus dem Irak, Iran oder Syrien an, diese Mittel zu konsumieren. Insgesamt geben 2,2 % der Studienteilnehmer aus Afghanistan und 2,8 % aus Eritrea an **andere Mittel** als die genannten zu konsumieren. Die relative Häufigkeit für andere Mittel liegt für die Population aus den fünf Herkunftsländern bei 0,7 %. Im Vergleich hierzu beträgt diese 1,6 % innerhalb der gesamten Stichprobe. Im Hinblick auf **berauschende Medikamente** geben jeweils 0,7 % der gesamten Stichprobe und der Population aus den fünf Herkunftsländern an diese zu konsumieren. Für die befragten Syrer und Eritreer ergibt sich eine relative Häufigkeit von 1,2 % sowie 1,8 %. 23,7 % der Befragten aus dem Iran geben an **Marihuana/Haschisch** zu konsumieren. Hingegen zeigt sich für die Eritreer eine relative Häufigkeit von 1,2 %. Unterschiede im Antwortverhalten zwischen Befragten aus den fünf Herkunftsländern und der gesamten Stichprobe können nicht verzeichnet werden.

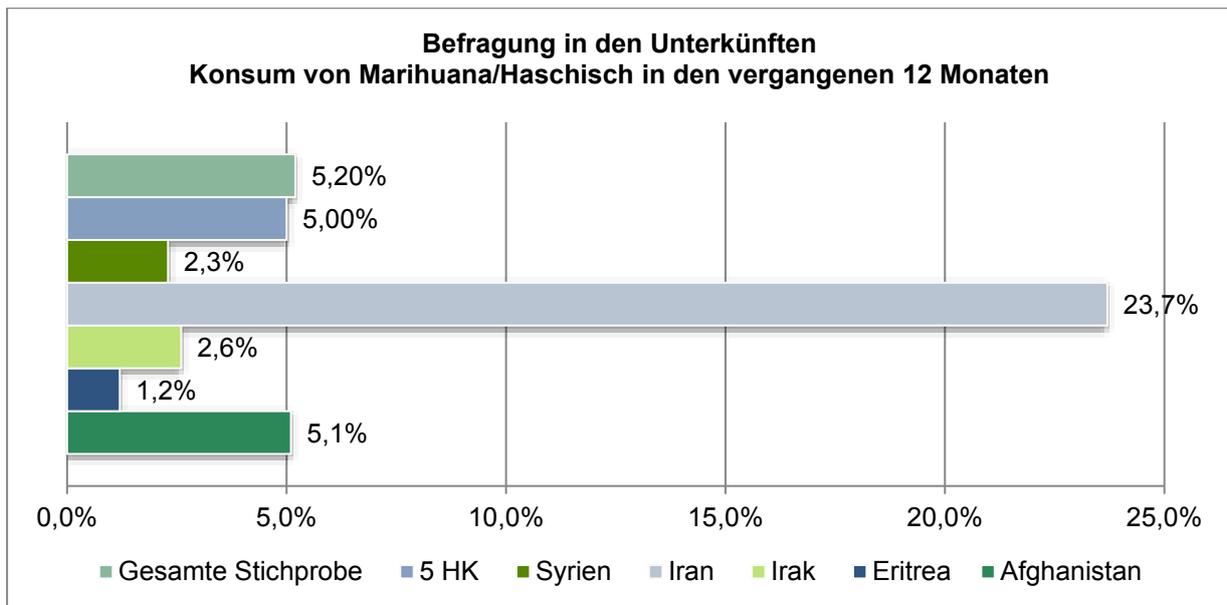


Abbildung 51: Relative Häufigkeiten von Marihuana-/Haschischkonsum im Ländervergleich
Quelle: Eigene Darstellung

Im Rahmen der **postalischen Befragung** geben insgesamt 2,5 % der Befragten an, mehrmals und 1,7 % einmal Marihuana/Haschisch zu konsumieren. Jeweils 0,8 % der Befragten geben an, mehrmals und einmal Speed zu konsumieren sowie einmal Lösungsmittel/Leim zu schnüffeln. Kein Teilnehmer bejaht einen Konsum der Mittel Ecstasy, Crystal Meth, berauschende Medikamente oder anderer Mittel.

3.8.3.2. Ergebnisse weiterer Studien zum Mittelkonsum

Der von den United Nations Office on Drugs and Crime veröffentlichten World Drug Report führt die nachstehenden (globalen) 12-Monats-Prävalenzen für das Jahr 2010 auf.

Tabelle 49: Globale Jahresprävalenzen von Mittelkonsum (United Nations Office on Drugs and Crime 2012)

Mittel	Geringe Prävalenz	Hohe Prävalenz
Cannabis	2,6	5,0
Opioide	0,6	0,8
Opiate	0,3	0,5
Kokain	0,3	0,4
Amphetamine	0,3	1,2
Ecstasy	0,2	0,6
Alle illegalen Drogen	3,4	6,6

Quelle: (United Nations Office on Drugs and Crime 2016)

3.8.3.3. Vergleich des Mittelkonsums mit der deutschen Wohnbevölkerung

12-Monats-Prävalenzen für die deutsche Wohnbevölkerung sind in einer Studie von verfügbar. Nach Angaben dieser Studie ergibt sich hierbei eine Prävalenz für Cannabis von 6,1 % [5,6-6,7 %] (5,0 % der Studienpopulation aus den fünf Herkunftsländern). Eine 12-Monats-Prävalenz für den Konsum von Amphetaminen beträgt 1,0 % [0,8-1,4 %], für den Konsum von

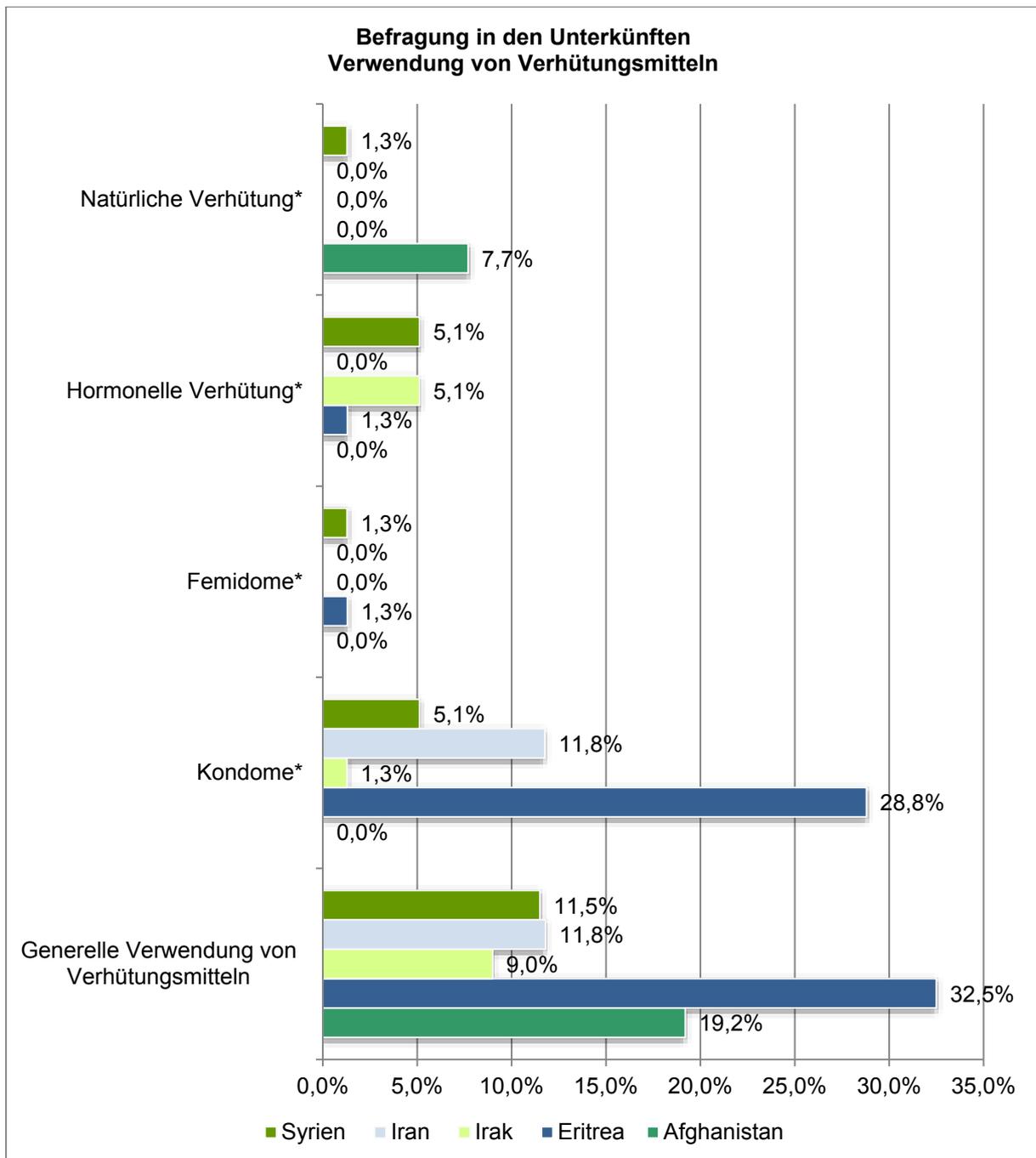
Methamphetaminen wird eine Prävalenz von 0,2 % [0,1-0,4 %] und für Ecstasy eine entsprechende von 0,6 % [0,5-0,9 %] konstatiert. Geschlechtsspezifische Angaben zeigen, dass durchschnittlich mehr Männer Cannabis und Amphetamine konsumieren als Frauen. Für Methamphetamine konnten Matos et al. keine Unterschiede bezüglich des Geschlechts feststellen.

3.8.4. Verhütung

3.8.4.1. Ergebnisse zur Verwendung von Verhütungsmitteln

Um relative Häufigkeiten zur Verwendung von Verhütungsmitteln der Studienteilnehmer der **Befragung in den Unterkünften** zu bestimmen, werden die Studienteilnehmer gefragt, ob sie Verhütungsmittel nutzen. Bejahen sie diese Frage, können die Studienteilnehmer angeben, um welches Verhütungsmittel es sich handelt. Dabei wird nach der Verwendung von Kondomen, Femidomen, hormonellen Verhütungsmitteln (z. B. Antibaby-Pille, 3-Monats-Spritze), chemischen/mechanischen Verhütungsmitteln (z. B. Vaginalzäpfchen oder Spermizide), natürlichen Verhütungsmethoden (z. B. Temperaturmessung) und anderen Verhütungsmitteln gefragt.

Es zeigt sich, dass 17,2 % der Studienpopulation aus den fünf Herkunftsländern Verhütungsmittel nutzen. Entsprechendes gilt für 15,9 % der gesamten Stichprobe. Im Ländervergleich geben 32,5 % der Eritreer an, Verhütungsmittel zu verwenden. Während sich die relative Häufigkeit bei irakischen Befragten auf 9,0 % beläuft. Kein Befragter gibt an chemische/mechanische Verhütungsmittel zu verwenden. Wie dem nachstehenden Diagramm zu entnehmen ist, werden vorrangig Kondome von den Befragten zur Verhütung genutzt. Sonstige Verhütungsmittel werden von 0,7 % der Studienpopulation aus den fünf Ländern, 0,86 % der gesamten Stichprobe und 7,7 % der afghanischen Befragten angegeben.

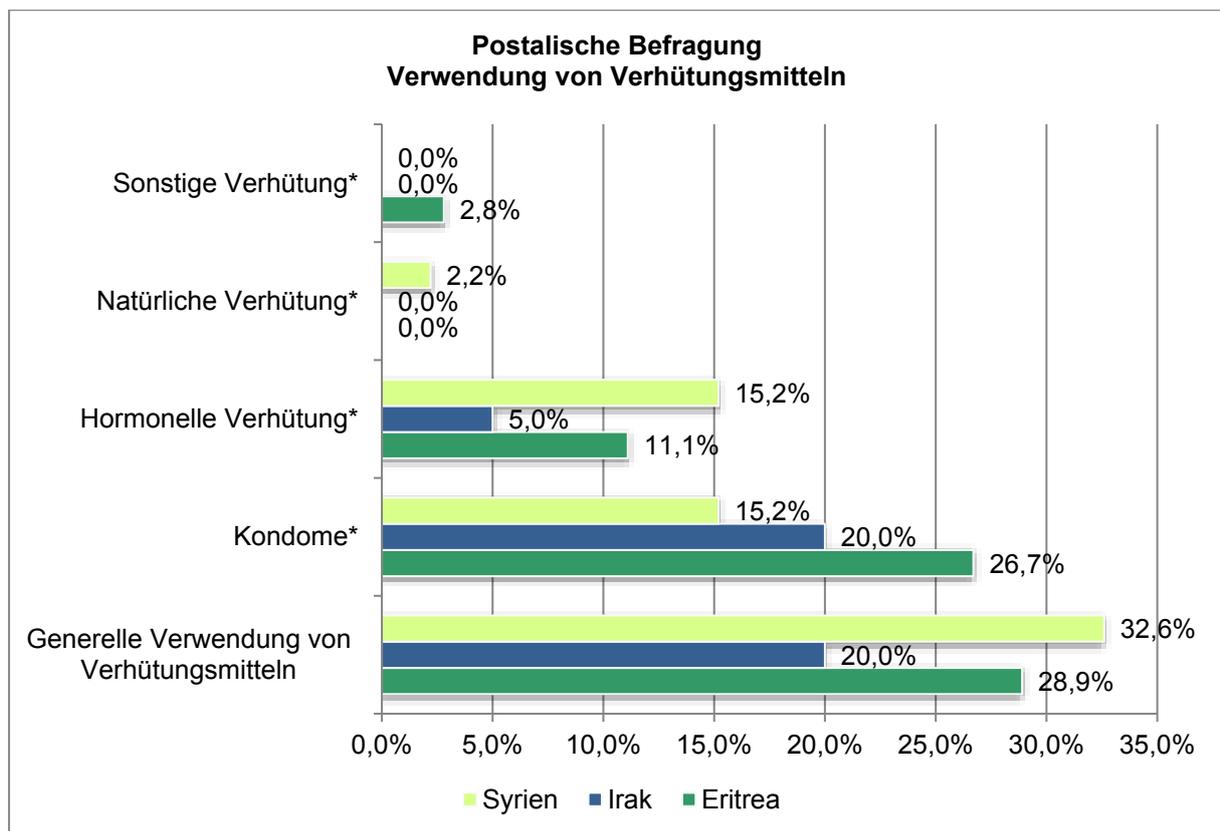


*Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die länderspezifische Studienpopulation, die angab, Verhütungsmittel zu verwenden.

Abbildung 52: Relative Häufigkeiten zur Verwendung von Verhütungsmitteln im Ländervergleich (Befragung in den Unterküften)

Quelle: Eigene Darstellung

Die standardisierten Antwortmöglichkeiten zur Erfassung der Verhütungsmethoden und Verhütungspraktiken in der **postalischen Befragung** werden ergänzt durch bestimmte Sexualpraktiken, Sterilisation und Abtreibungen. Insgesamt geben 32,7 % der Befragten an, Verhütungsmittel zu nutzen beziehungsweise Verhütungspraktiken anzuwenden. In der Verteilung der Praktiken und Mittel zeigt sich, dass der Großteil der Befragten Kondome nutzt oder hormonell verhütet. Kein Befragter gibt an, durch Abtreibung, Femidome, Sterilisation oder bestimmte Sexualpraktiken zu verhüten.



*Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die länderspezifische Studienpopulation, die angab, Verhütungsmittel zu verwenden.

Abbildung 53: Relative Häufigkeiten zur Verwendung von Verhütungsmitteln im Ländervergleich (postalische Befragung)

Quelle: Eigene Darstellung

3.8.4.2. Vergleich der Verwendung von Verhütungsmitteln mit der deutschen Wohnbevölkerung

Eine Repräsentativbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung der deutschen Wohnbevölkerung (ab 14 Jahren) hinsichtlich ihres Verhütungsverhaltens ergab, dass 76 % der Befragten Verhütungsmittel verwenden. Die Antibaby-Pille wird von 53 % der Befragten, die generell Verhütungsmittel nutzen, verwendet. 37 % der Befragten nutzen Kondome. Darüber hinaus nutzen 10 % der Befragten die Spirale zur Verhütung. Als Referenz für die natürlichen Verhütungsmethoden können die Temperaturmethode (1 % der Verhütungsmittel nutzenden Befragten) und die Kalendermethode (1 % der Verhütungsmittel nutzenden Befragten) herangezogen werden (BZgA 2011).

3.9. Kinder und Jugendliche

Wie bereits in den vorhergehenden Kapiteln, die sich mit der Gesundheit erwachsener Geflüchteter befassen werden auch in den nachfolgenden Kapiteln die relativen Häufigkeiten in Bezug zu den spezifisch angegebenen Gruppen angeführt. Allerdings wird in der Regel auf einen Vergleich zwischen postalischer Befragung und der Befragung in den Unterkünften verzichtet, da im Gegengenzug zur Stichprobe der Erwachsenen bei der vorliegenden nur selten ein maßgeblicher Unterschied in der Aufenthaltsdauer zwischen den postalisch Befragten und den Teilnehmern in den Unterkünften erkennbar ist. Knapp 30 % der Kinder und Jugendlichen leben in einer Aufnahmeeinrichtung oder einer Asylbewerberunterkunft und sind somit häufig kürzere Zeit in Deutschland, die Aufenthaltsdauer in Deutschland wird jedoch durch das Alter der Kinder verzerrt. Die Eltern könnten schon viele Jahre in Deutschland leben. Das im Jahr 2017 geborene Kind lebt dennoch seit weniger als einem Jahr hier. Zudem ist eher ein Vergleich zwischen den beiden Gruppen der unter 11-Jährigen und über 11-Jährigen interessant, um ein umfassendes Bild der Morbidität der Kinder und Jugendlichen zu gewinnen.

3.9.1. Allgemeiner Gesundheitszustand

Der allgemeine Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen wird mit Hilfe des gängigen Instrumentes des Minimum European Health Modul (MEHM) abgefragt. In der postalischen Befragung wird die erste Frage des Moduls („Wie ist deine Gesundheit im Allgemeinen?“) etwas spezifischer durch insgesamt sechs Fragen, die sich auf den gegenwärtigen Gesundheitszustand, die eigene Gesundheit im Vergleich zu anderen Personen und die Gesundheit in Deutschland im Vergleich zur Gesundheit im Herkunftsland beziehen, ermittelt. Für eine bessere Übersicht werden die jeweils drei Fragen zum Gesundheitszustand in Deutschland sowie im Herkunftsland zusammengefasst und in drei Kategorien (gut, schlecht und neutral) klassifiziert. Die folgende Grafik zeigt die Tendenz der Studienteilnehmer ihren Gesundheitszustand beziehungsweise den Gesundheitszustand ihrer Kinder in Deutschland als etwas besser einzuschätzen als im Herkunftsland, wobei der Unterschied bei den Kindern wesentlich deutlicher ausfällt als bei den Jugendlichen. Dennoch schätzen etwa dreiviertel der postalisch Befragten ihre Gesundheit auch im Herkunftsland als gut ein.

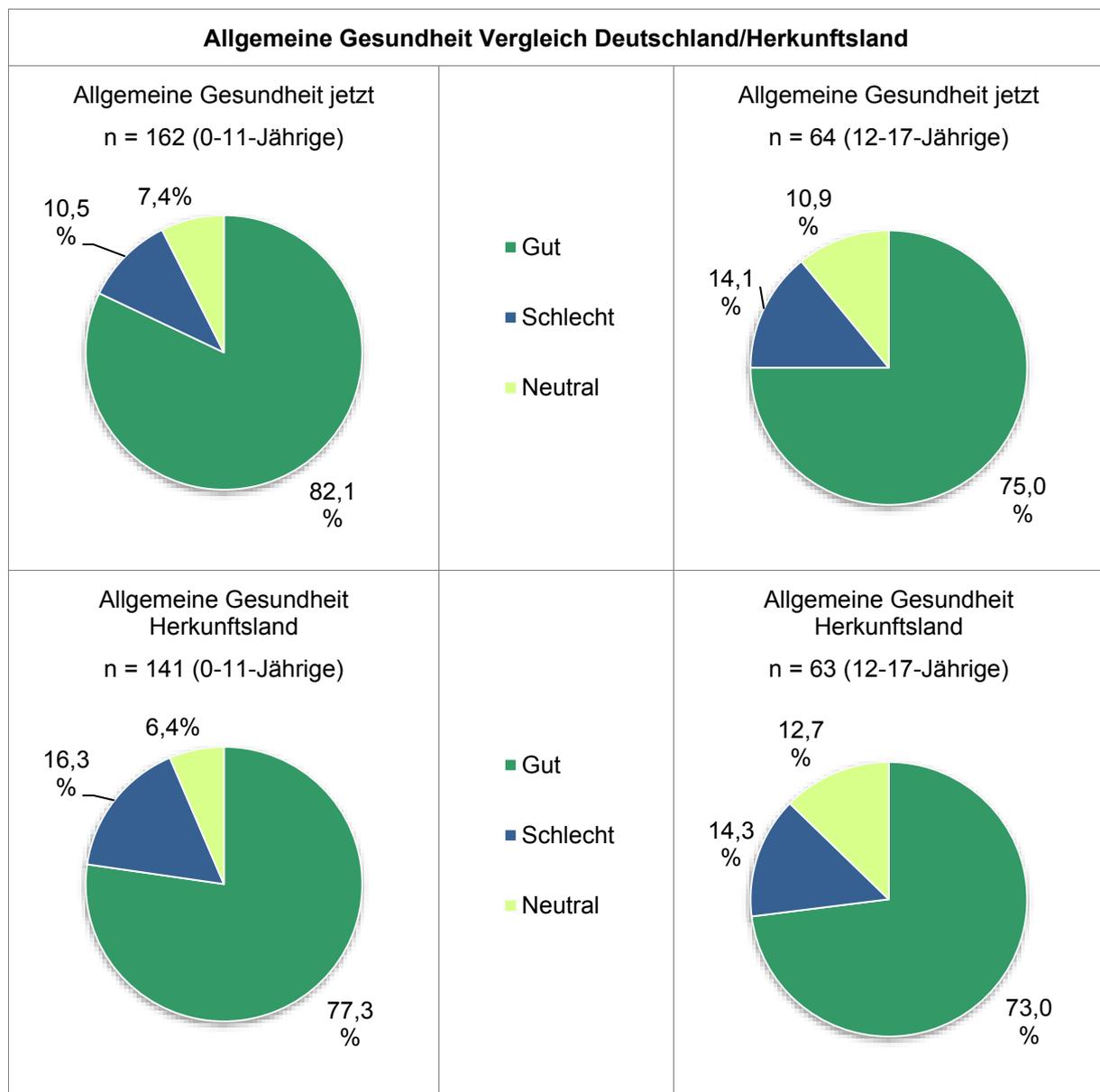


Abbildung 54: Relative Häufigkeit allgemeine Gesundheit Vergleich Deutschland/Herkunftsland
Quelle: Eigene Darstellung

Im Falle der Darstellung des Gesundheitszustandes soll von der Regel der Zusammenfassung der in den Unterkünften Befragten und der postalischen Teilnehmer abgewichen werden. Da hier explizit nach der Gesundheit zum jetzigen Zeitpunkt gefragt wird, ist die in der Einleitung dieses Kapitels beschriebene Verzerrung der Daten minimiert. Um die Werte mit den Ergebnissen der Befragungen in den Unterkünften zu vergleichen wird die erste Frage des MEHM in die drei oben genannten Kategorien zusammengefasst. Auch hier schätzen die überwiegende Mehrheit der Kinder und Jugendlichen bzw. deren Eltern ihre Gesundheit als gut ein. Der Unterschied zwischen den postalisch Befragten und den Bewohnern von Asylbewerberunterkünften beträgt 16,7 %.

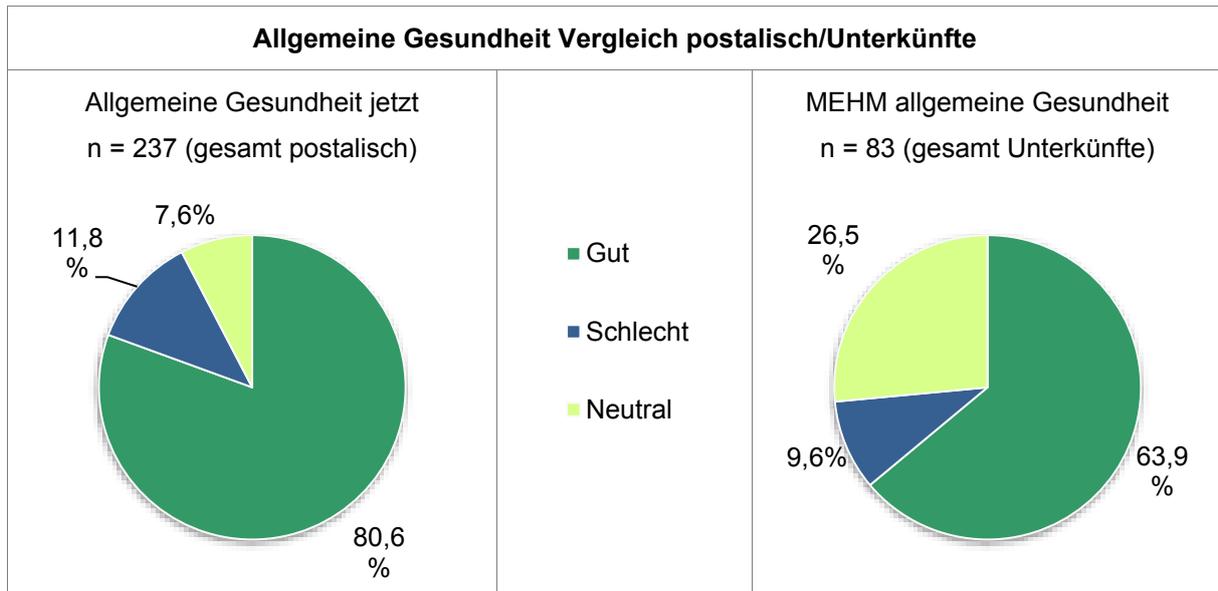


Abbildung 55: Relative Häufigkeit allgemeine Gesundheit Vergleich postalisch/Unterkünfte
Quelle: Eigene Darstellung

Die Prozentwerte liegen insgesamt unter denen der deutschen Wohnbevölkerung. In einer vergleichbaren Studie des Robert Koch-Instituts liegt die elterliche Einschätzung des Gesundheitszustandes ihrer Kinder bei über 93 % in den zusammengefassten Kategorien ‚gut‘ und ‚sehr gut‘ (Robert Koch-Institut 2014e, S. 3).

Die zweite Frage des MEHM bezieht sich auf chronische Erkrankungen und kann analog zu der betreffenden Frage für die über 18-Jährigen betrachtet werden. Insgesamt geben 15,2 % der Kinder und Jugendlichen an ein andauerndes Gesundheitsproblem zu haben. Dabei ist die Häufigkeit dieser Angabe bei der Gruppe der Jugendlichen mit 18,3 % deutlich höher als die der Kinder mit 13,9 %. Somit kann in der Stichprobe der in Kapitel 3.5 bereits beschriebene und in der deutschen Wohnbevölkerung nachgewiesene Anstieg chronischer Erkrankungen mit zunehmendem Alter auch hier belegt werden (Robert Koch-Institut 2014c).

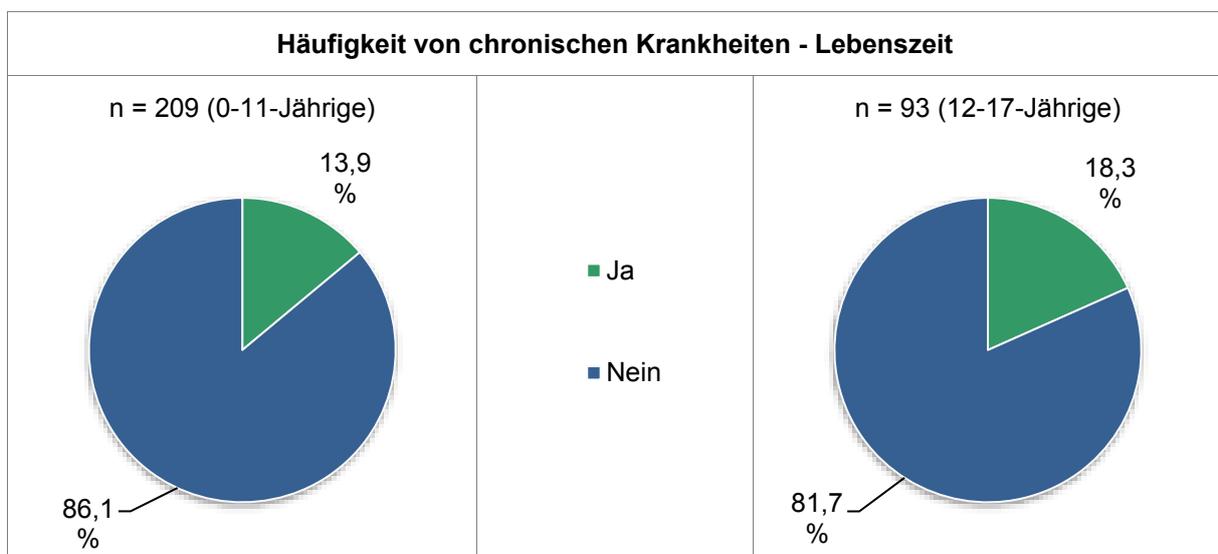


Abbildung 56: Relative Häufigkeit von chronischen Krankheiten (Lebenszeit)
Quelle: Eigene Darstellung

Die dritte Frage des MEHM bezieht sich auf die wahrgenommene durch die chronische Erkrankung hervorgerufene Einschränkung des alltäglichen Lebens. Da die Frage von einigen Befragten offensichtlich nicht als Filter verstanden wird, stimmt die Zahl der Personen, die diese Frage beantworten nicht mit der Gruppe, die Frage zwei mit „ja“ beantworten, überein.

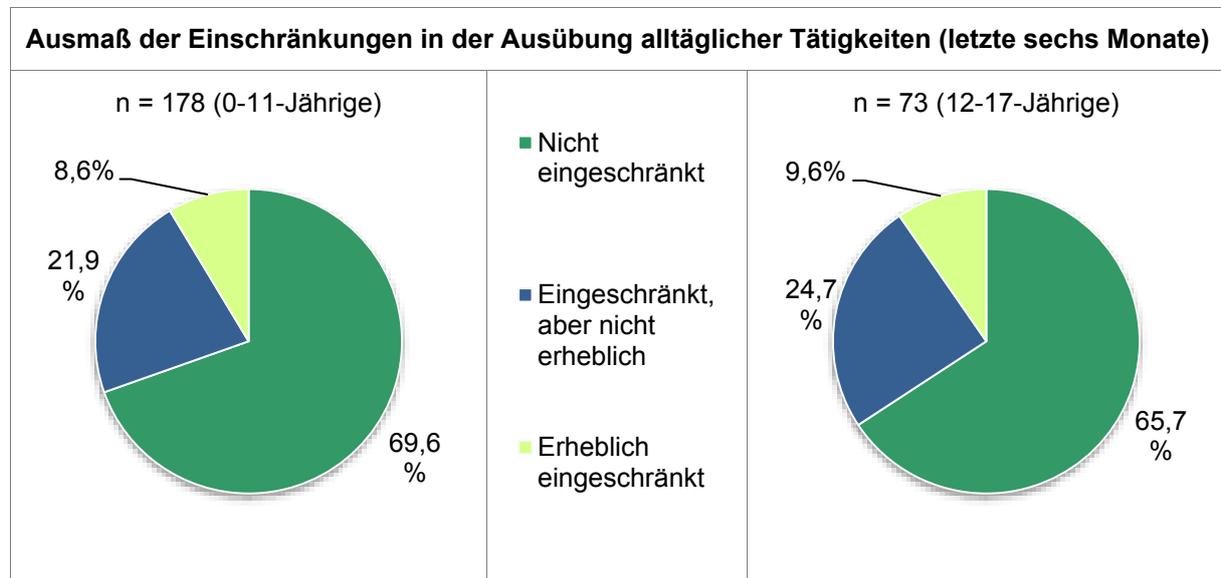


Abbildung 57: Relative Häufigkeit Ausmaß der Einschränkungen in der Ausübung alltäglicher Tätigkeiten (letzte sechs Monate)

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 57 zeigt, dass die selbst empfundene bzw. von den Eltern zugeschriebene Einschränkung durch Krankheit deutlich über den Werten der Erwachsenen Studienteilnehmern liegt. Von den über 18-Jährigen schätzen sich 23,8 % (postalische Befragung) bzw. 26,1 % (Unterkünfte) selbst als eingeschränkt oder erheblich eingeschränkt ein (vgl. Abbildung 10). Bei den Kindern liegt der Wert, derer die eine Einschränkung oder eine erhebliche Einschränkung haben bei 30,5 % und unter den Jugendlichen schätzen sich sogar etwas über ein Drittel der Befragten als in der Ausübung ihrer alltäglichen Arbeiten eingeschränkt ein.

3.9.2. Somatische Erkrankungen

Die Frage nach somatischen Erkrankungen fällt in der Befragung der Kinder und Jugendlichen deutlich weniger umfangreich aus als bei den erwachsenen Teilnehmern. Zudem kann bei den befragten Jugendlichen keine umfassende Kenntnis ihrer Krankengeschichte vorausgesetzt werden. Daher wird im Fragebogen der 12-17-Jährigen auf eine Abfrage der somatischen Erkrankungen verzichtet. Die folgenden Auswertungen beziehen sich also ausschließlich auf die elterlichen Angaben. Auf Grund der extrem kleinen Fallzahlen elterlicher Einschätzungen von Jugendlichen wird auf den Vergleich zwischen Kindern und Jugendlichen verzichtet. Aus demselben Grund wäre ein Vergleich zwischen den Herkunftsländern nicht sinnvoll. Detaillierte Zahlen können jedoch der Tabelle im Anhang 16 entnommen werden.

3.9.3. Häufigkeiten von infektiösen Erkrankungen

Die Analyse der infektiösen Erkrankungen ergibt, dass in der vorliegenden Stichprobe sehr geringe Prävalenzen vorliegen. So geben beispielsweise 5,7 % der Eltern an, dass ihr Kind schon einmal eine Herpesinfektion hatte. Die 12-Monats-Prävalenzschätzung für die deutsche Wohnbevölkerung liegt hingegen bei 12,9 % im Grundschulalter und zwischen 11,3 % und 14,5 % im Jugendalter (Robert-Koch-Institut 2008a, S. 44,116). Der relativ hohe Anteil fehlender Werte lässt darauf schließen, dass die Teilnehmer Schwierigkeiten bei der Beantwortung der Frage haben. Es wäre denkbar, dass in den Herkunftsländern einige der abgefragten Erkrankungen selten vorkommen oder deren Bekanntheitsgrad vom Bildungsniveau des Befragten abhängig ist.

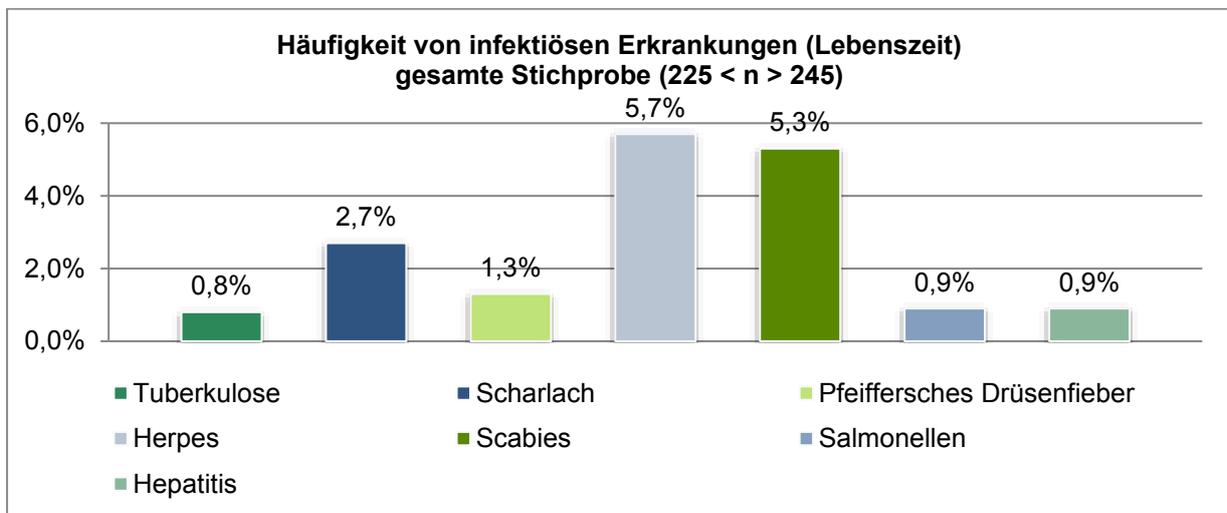


Abbildung 58: Häufigkeit von infektiösen Erkrankungen (Lebenszeit)
Quelle: Eigene Darstellung

Neben den infektiösen Erkrankungen werden auch Allergien erhoben. Hier sind die erhobenen Zahlen für Heuschnupfen etwas höher als in der Wohnbevölkerung (16,9 % Stichprobe, 12,6 % Wohnbevölkerung), während die zusätzlich erfragten Allergien unter den Vergleichswerten liegen (Schmitz et al. 2014).

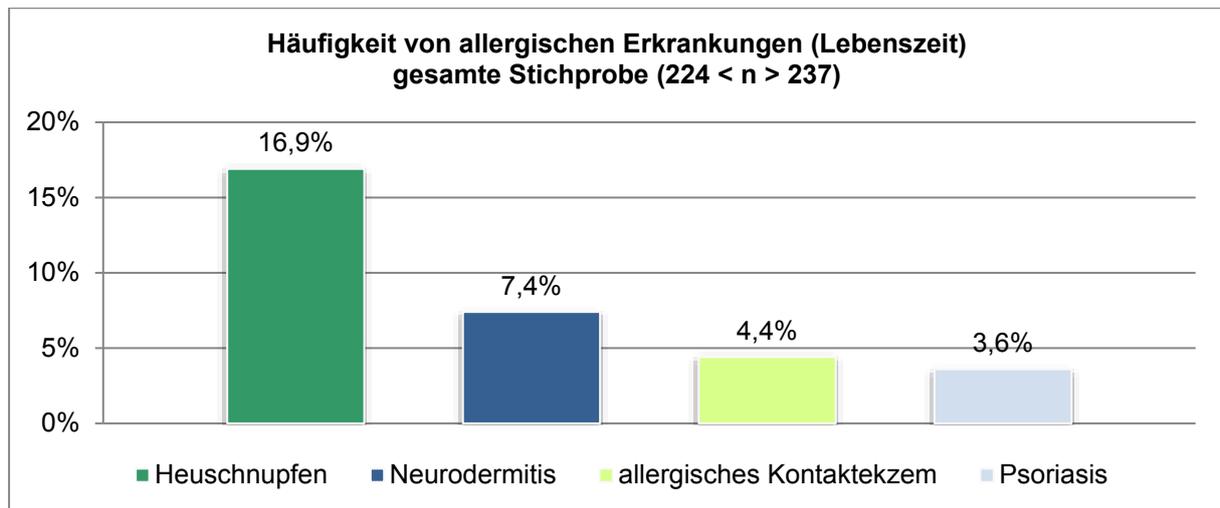


Abbildung 59: Häufigkeit von allergischen Erkrankungen (Lebenszeit)
Quelle: Eigene Darstellung

Die dritte Gruppe somatischer Erkrankungen sind die häufig vorkommenden akuten Infekte. Zu diesen zählen Erkältung, Angina, Bronchitis, Durchfall, Harnwegsinfekte und Bindehautentzündung. Für diese Erkrankungen wird die 12-Monats-Prävalenz erfragt und hierbei die Möglichkeit geboten die Anzahl der Fälle anzugeben. Nachfolgender Tabelle sind die Prozentwerte der Befragten zu entnehmen, die bei der jeweiligen Erkrankung mindestens einen Fall angegeben haben. Die auffälligsten Unterschiede sind zwischen Erkältung, Angina und Durchfall auszumachen. Während die Nennung von Erkältungen wesentlich seltener ist als in der Vergleichsgruppe, ist das Vorkommen von Angina fast doppelt so häufig. Besonders bemerkenswert erscheint die Differenz bei Magen-Darm-Infektionen, die nicht einmal durch die Hälfte der deutschen Befragten angegeben werden. Die in der Tabelle aufgeführten Referenzwerte der deutschen Wohnbevölkerung sind den Ergebnissen der KiGGS-Studie zu entnehmen (Robert-Koch-Institut 2008b).

Tabelle 50: Relative Häufigkeiten akuter Erkrankungen Vergleich Stichprobe/Wohnbevölkerung

	Relative Häufigkeit in der Stichprobe	Relative Häufigkeit in der deutschen Wohnbevölkerung
Erkältung, grippaler Infekt	65,9 % [n = 226]	88,5 %
Angina (Mandelentzündung)	32,4 % [n = 213]	18,5 %
Bronchitis (nicht bei Asthma)	13,6 % [n = 198]	19,9 %
Durchfall, Magen-Darm-Infektion	19,4 % [n = 201]	46,8 %
Blasen- und/oder Harnwegsinfektion	5,0 % [n = 200]	4,8 %
Eitrige Bindehautentzündung (bakterielle Konjunktivitis)	4,0 % [n = 199]	7,8 %

Quelle: Eigene Darstellung

3.9.4. Weitere Erkrankungen

Der Anteil der Personen die angeben noch nicht genannte Erkrankungen zu haben, beläuft sich auf 12,7 %.

3.9.5. Schmerzen

Neben der Abfrage der klassischen somatischen Erkrankungen beschäftigt sich ein Abschnitt des Fragebogens mit Schmerzen. Sowohl die Eltern, als auch die Jugendlichen können in diesem Bereich angeben an welcher Stelle in den letzten 3 Monaten Schmerzen aufgetreten sind. Hierbei können wieder die beiden Altersgruppen der 0-11-Jährigen und 12-17-Jährigen verglichen werden.

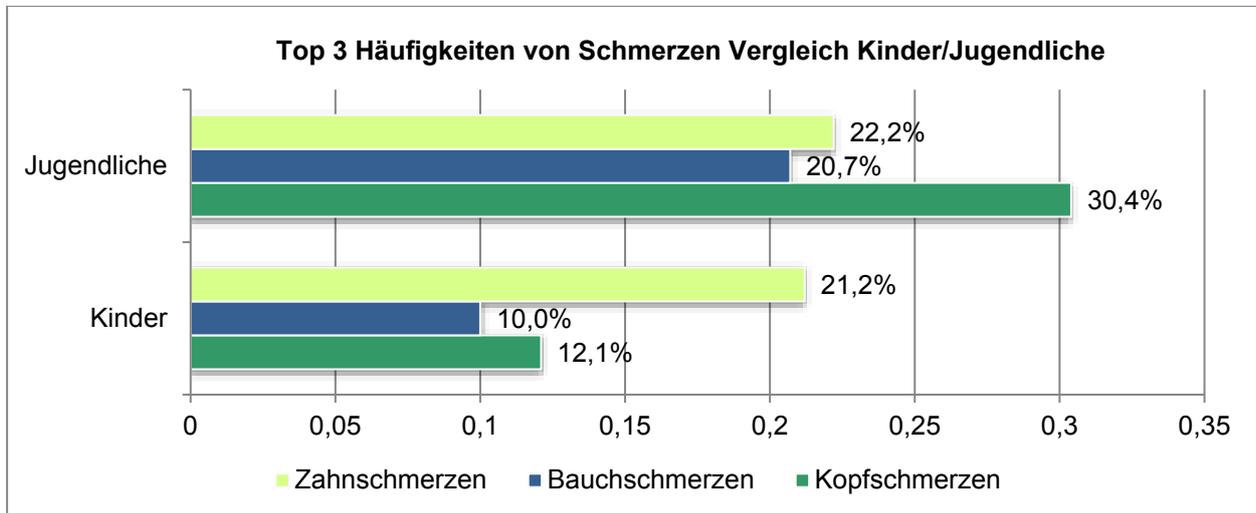


Abbildung 60: Top 3 Häufigkeiten von Schmerzen Vergleich Kinder/Jugendliche
Quelle: Eigene Darstellung

Während in der vorliegenden Stichprobe sich zwar die Anteile unterscheiden bleiben die am häufigsten genannten Schmerzen für die beiden Vergleichsgruppen 0-11 Jahre und 12-17 Jahre identisch. In der deutschen Wohnbevölkerung unterscheiden sich die Arten des Schmerzes je nach Altersklasse. So klagten 3-10-Jährige am häufigsten über Bauchschmerzen (69 %), Kopfschmerzen (56 %) und Halsschmerzen (48 %). Die Jugendlichen von 11-17 Jahren klagten vor allem über Kopfschmerzen (78 %), Bauchschmerzen (60 %) und Rückenschmerzen (49 %). In der Stichprobe werden bei den Kindern vor allem Zahnschmerzen genannt, während die Jugendlichen Bauchschmerzen als die häufigste Schmerzquelle identifizieren.

3.9.6. Psychische Belastungen

Das Kapitel zu psychischen Belastungen stellt einen komplementären Abschnitt zu dem vorangegangenen Kapitel Erkrankungen dar. Während die Fragen nach somatischen Erkrankungen ausschließlich von Eltern beantwortet werden, werden die Fragen nach psychischen Erkrankungen ausschließlich von den Jugendlichen im Alter zwischen 12 und 17 Jahren selbst beantwortet.

Zur Erfassung psychischer Belastungen werden im vorliegenden Fragebogen gängige Instrumente zur Messung von posttraumatischer Belastungsstörungen (PTBS) sowie Depression bei Kindern und Jugendlichen angewendet. Für PTBS wird das Instrument

Children Revised Impact of Event Scale (CRIES – 9) herangezogen, das auch in anderen deutschen Studien Anwendung findet (Ruf et al. 2010). Der Fragebogen ist umfassend getestet, die Vergleichsdaten stammen in der Regel von Kindern, die von Kriegsgeschehen betroffen sind. Das Instrument besteht aus acht Items in zwei Subskalen (Intrusion und Avoidance), die bei einem Gesamtscore von 17 oder mehr Punkten für das Vorliegen einer PTBS sprechen (Heptinstall et al. 2004, S. 375).

Tabelle 51: Variablen zur Bestimmung Posttraumatischer Belastungsstörungen bei Kindern (CRIES)

Frage	Subskala	Anmerkung Auswertung
Denkst du daran, wenn du das eigentlich gar nicht willst?	Intrusion	Antwortmöglichkeiten: - Gar nicht (0 Punkte) - Selten (1 Punkt) - Manchmal (3 Punkte) - Oft (5 Punkte)
Versuchst du die Ereignisse aus deiner Erinnerung zu streichen?	Avoidance	
Hast du deswegen plötzlich auftretende starke Gefühle	Intrusion	
Hältst du dich fern von Dingen, die dich daran erinnern?	Avoidance	
Versuchst du nicht darüber zu reden?	Avoidance	
Kommen dir plötzlich Bilder davon in den Kopf?	Intrusion	
Lösen andere Dinge bei dir Gedanken daran aus?	Intrusion	
Versuchst du, nicht daran zu denken?	Avoidance	

Quelle: Eigene Darstellung

Die Auswertung dieses Instrumentes ergibt erneut eine hohe Anzahl an fehlenden Werten. Von den 95 Jugendlichen haben nur 44 eine ausreichende Anzahl Fragen beantwortet, um eine sinnvolle Auswertung durchführen zu können. Für die entsprechend verkleinerte Gruppe ergibt sich für 56,8 % der Jugendlichen keine Auffälligkeit und für 43,2 % (KI: 29,7 % - 57,8 %) der Jugendlichen ein starker Verdacht auf PTBS

Für die Ermittlung von Jugendlichen, die gefährdet sind an einer depressiven Störung erkrankt zu sein, kommt das Instrument Depression Self-Rating Scale for Children (DSRS) zum Einsatz. Auch dieses Instrument wird bereits seit Jahrzehnten erfolgreich eingesetzt, umfassend getestet und erweist sich als zuverlässig (Birleson 1981). Gegenstand des Testes sind 18 Fragen, die sich auf folgende operationale Definition von depressiven Störungen stützen:

- “(i) Evidence of recent expressed unhappiness. sadness, misery or weepiness.
 - (ii) A history of behavior change lasting at least two weeks but less than one year.
 - (iii) Evidence of recent impairment in social relationships and/or decline in school performance.
 - (iv) The presence of two or more of the following symptoms: sleep disturbance, appetite disturbance, loss of usual energy or interest, reduction in activity, expression of self-deprecating ideas, suicidal threats or behaviour, increased irritability, new somatic complaints, wandering behaviour, and depressive delusions and hallucinations.”
- (Birleson 1981, S. 76)

Die Wertung der Antworten erfolgt, wie schon im CRIES simpel durch eine Gewichtung der Antworten nach ihrem Grad an Zustimmung. Der DSRS unterscheidet dabei zwischen depressiven und nicht-depressiven Items. Bei einem Gesamtscore von 15 oder mehr Punkten besteht das erhöhte Risiko einer depressiven Störung. Die genutzten Variablen können untenstehender Tabelle entnommen werden.

Tabelle 52: Variablen zur Bestimmung von depressiven Störungen bei Kindern (DSRS)

Frage	Subskala	Anmerkung Auswertung
Ich freue mich auf Dinge, so wie ich es immer getan habe	Nicht-depressiv	Antwortmöglichkeiten nicht-depressive Items: - Meistens (0 Punkte) - Manchmal (1 Punkt) - Nie (2 Punkte)
Ich schlafe sehr gut	Nicht-depressiv	
Ich möchte weinen	Depressiv	
Ich gehe gerne raus	Nicht-depressiv	
Ich hätte gute Lust wegzulaufen	Depressiv	
Ich habe Bauchschmerzen	Depressiv	
Ich habe jede Menge Energie	Nicht-depressiv	
Ich genieße mein Essen	Nicht-depressiv	
Ich kann mich für mich selbst einsetzen	Nicht-depressiv	
Ich denke es lohnt sich nicht zu leben	Depressiv	
Ich bin gut in den Dingen, die ich tue	Nicht-depressiv	Antwortmöglichkeiten depressive Items: - Meistens (2 Punkte) - Manchmal (1 Punkt) - Nie (0 Punkte)
Ich genieße die Dinge, so wie ich es immer getan habe	Nicht-depressiv	
Ich spreche gerne mit Anderen	Nicht-depressiv	
Ich träume schlecht	Depressiv	
Ich fühle mich sehr einsam	Depressiv	
Ich bin leicht aufzuheitern	Nicht-depressiv	
Ich bin so traurig, dass es kaum auszuhalten ist	Depressiv	
Mir ist sehr langweilig	Depressiv	

Quelle: Eigene Darstellung

Die Analyse der Daten ergibt auch hier einen hohen Anteil fehlender Werte. Insgesamt können die Angaben von 48 Teilnehmern (n = 95) genutzt werden von denen 27,1 % (KI: 16,6 % - 41,0 %) 15 oder mehr Punkte und somit einen kritischen Wert bei dem DSRS erreichten. Der direkte Vergleich der beiden häufigsten psychischen Erkrankungen bei geflüchteten Kindern (Ruf et al. 2010a) bildet deutlich höhere Werte für PTBS, als für Depression ab.

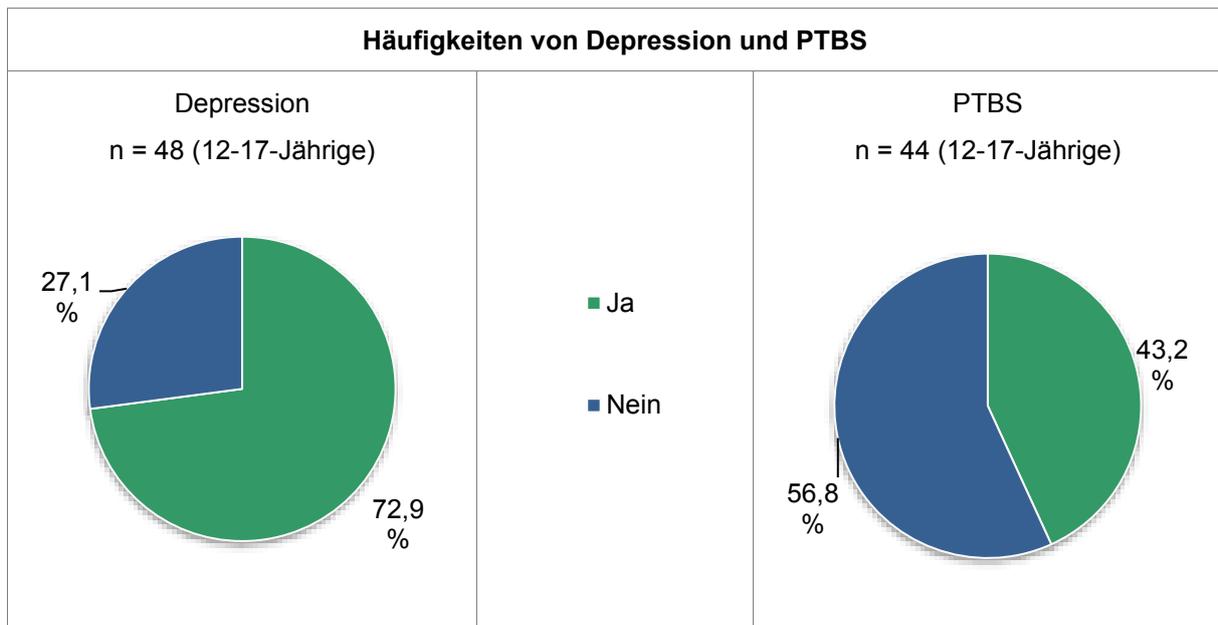


Abbildung 61: Häufigkeiten von Depression und PTBS bei jugendlichen Geflüchteten
 Quelle: Eigene Darstellung

Dass der Anteil der gefährdeten Jugendlichen im Verhältnis zur gesamten Stichprobe überraschend gering ist, zeigt sich im Vergleich mit anderen Studien, die sich mit psychischen Belastungen bei geflüchteten Kindern beschäftigen. Auch im Vergleich zu den Prävalenzen der erwachsenen Studienteilnehmer sind Kinder weniger belastet. In der Gruppe der Erwachsenen weisen 39 % der Befragten keine bis geringe Wahrscheinlichkeit auf an einer PTBS zu leiden oder diese zu entwickeln. Für 30 % der Befragten ergibt sich eine mittlere Wahrscheinlichkeit, für 31 % eine hohe an einer PTBS zu leiden oder eine zu entwickeln. Somit liegen die Kinder etwa 10 % unter den Werten der erwachsenen Studienteilnehmer. Die Diskrepanz könnte darauf zurückzuführen sein, dass ein erhöhter Anteil traumatisierter Jugendlicher die Fragen zur psychischen Belastung nicht beantwortet, da ihnen die Fragen unangenehm sind und somit ein hoher Anteil traumatisierter Jugendlicher aus der Befragung systematisch ausgeschlossen wird.

Tabelle 53: Ausgewählte Studien zur Prävalenz von PTBS und Depression bei jugendlichen Geflüchteten

Studie	Studienpopulation	Jahr	Prävalenz PTBS/Depression	Quelle
Prävalenz von traumatischen Stresserfahrungen und seelischen Erkrankungen bei in Deutschland lebenden Kindern von Asylbewerbern	104 Kinder von Asylbewerbern in staatlichen Gemeinschaftsunterkünften	2010	19 %	(Ruf et al. 2010)
PTSD and depression in refugee children	40 Flüchtlingskinder im Alter zwischen 8 und 16 Jahren, die nicht länger als 5 Jahre in London leben	2004	63 %	(Heptinstall et al. 2004)
Traumatisierte Mütter – Traumatisierte Kinder?	41 Flüchtlingsmütter und ihre Kinder (Alter zwischen 11 und 18 Jahren)	2010	59 % (Mütter) 29 % (Kinder)	(Ruf-Leuschner et al. 2014)

Quelle: Eigene Darstellung

Der Vergleich mit der deutschen Wohnbevölkerung gestaltet sich schwierig. Als einzige Vergleichszahlen können die in KiGGS erhobenen 20,2 % des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) dienen, der allerdings psychische Auffälligkeiten im Allgemeinen beschreibt (Robert Koch-Institut 2014d) und nicht spezifisch auf PTBS oder Depression eingeht.

3.9.7. Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf

Neben den oben genannten psychischen und somatischen Erkrankungen dient ein weiteres Instrument zur Identifizierung besonderen Versorgungsbedarfs beispielsweise durch Fachärzte oder Psychologen. Der Children with Special Health Care Needs Screener ist ein Instrument, das zur Feststellung eines solchen Bedarfs geeignet ist. Das Instrument findet ausschließlich im elterlich auszufüllenden Fragebogen Verwendung, da dieser jedoch auch von einigen Eltern von Jugendlichen ausgefüllt wird ist auch ein Vergleich der beiden Altersklassen 0-11 Jahre und 12-17 Jahre möglich. Das Instrument umfasst fünf Hauptfragen denen sich jeweils zwei Unterfragen anschließen, die für alle Hauptfragen identisch sind. Als Kind beziehungsweise Jugendlicher mit speziellem Versorgungsbedarf wird angesehen, wer mindestens eine Hauptkategorie sowie die zwei zugehörigen Unterfragen mit „ja“ beantwortet. Dies trifft auf 5,7 % der 0-11-Jährigen und 12,5 % der 12-17-Jährigen zu.

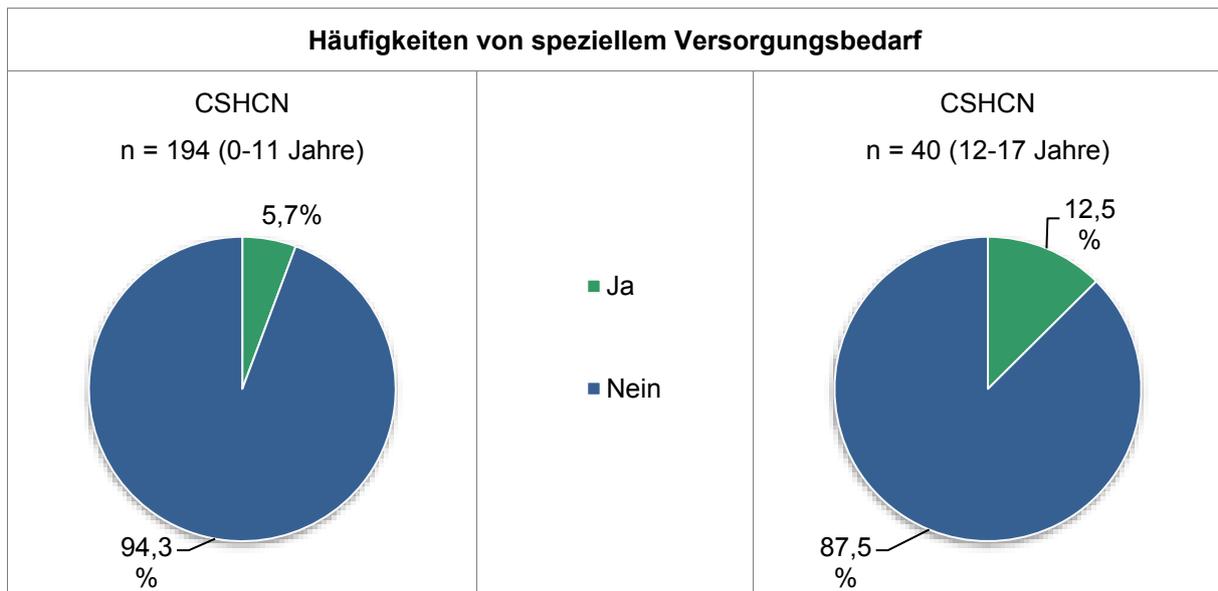


Abbildung 62: Häufigkeiten von speziellem Versorgungsbedarf
Quelle: Eigene Darstellung

Im Vergleich mit der deutschen Wohnbevölkerung zeigen sich ähnliche, wenn auch etwas höhere Prävalenzen. Für die gesamte Gruppe der Minderjährigen stellen Scheidt-Nave et al. (2007) einen prozentualen Anteil von 13,7 % für in Deutschland lebende Kinder und Jugendliche fest. Dabei sind die jüngeren Kinder von 0-6 Jahren (~ 8 %) weniger versorgungsbedürftig als die älteren (~ 16 %). Aus obenstehendem Diagramm kann dieselbe Tendenz für die vorliegende Stichprobe abgeleitet werden, wenn die Werte auch insgesamt etwas niedriger liegen. Der ebenfalls bei Scheidt-Nave et al. erwähnte signifikante Unterschied zwischen dem Bedarf von Jungen und Mädchen kann in der Stichprobe jedoch nicht abgebildet werden.

3.9.8. Alkoholmissbrauch

Zur Ermittlung des Alkoholmissbrauchs dient, der auch im klinischen Umfeld Verwendung findende, AUDIT-C. Auch dieses Instrument wird immer wieder auf seine Validität und Reliabilität getestet und stellt einen Standard für die Ermittlung von missbräuchlichem oder riskantem Alkoholkonsum dar (Dybek et al. 2006). Der Fragebogen besteht aus drei Fragen mit jeweils fünf Antwortmöglichkeiten für die eine steigende Anzahl an Punkten vergeben werden. Ab einem Punktwert von 5 für Männer und 4 für Frauen spricht man von einem riskanten Alkoholkonsum. Das Risiko für eine alkoholbezogene Störung liegt ab einem Punktwert von 4 für Männer und 3 für Frauen vor. Für die Analyse der Stichprobe werden als Referenzwerte die Schwellen für Frauen angelegt, da auf Grund des jungen Alters im Schnitt auch ein kleineres Körpervolumen zu erwarten ist.

Tabelle 54: Auswertung des AUDIT-C

Frage	Auswertung				
	0	1	2	3	4
Punkte					
Wie oft trinkst du Alkohol?	Nie	Etwa einmal pro Monat	2-4 mal pro Monat	2-3 mal pro Woche	4 mal oder häufiger pro Woche
Wenn du an einem Tag Alkohol trinkst wie viele alkoholhaltige Getränke trinkst du dann typischerweise?	1 oder 2	3 oder 4	5 oder 6	7 oder 8	10 oder mehr
Wie oft hast du im Letzen Jahr an einem Tag 6 oder mehr alkoholische Getränke getrunken?	Nie	Seltener als einmal pro Monat	Einmal pro Monat	Einmal pro Woche	Täglich oder fast täglich

Quelle: Eigene Darstellung

Die Auswertung des AUDIT-C ergibt, dass in der gesamten Stichprobe nur zwei Personen Werte angeben, die dem Risiko für eine alkoholbezogene Störung entsprechen und nur eine Person einen riskanten Alkoholkonsum betreibt, für alle drei Teilnehmer liegt keine eindeutige Alterszuordnung vor, somit könnten diese auch fälschlich der Gruppe der Kinder und Jugendlichen zugeordnet worden sein. Im Vergleich dazu weist die KiGGS-Studie eine Verbreitung des Alkoholkonsums von 1,3 % bei den 11-13-Jährigen, dafür jedoch einen deutlich höheren bei den 14-17-Jährigen von 27,9 % (Robert Koch-Institut 2014a).

3.10. Systematischer Literaturreview

3.10.1. Methodisches Vorgehen

Für die Ergänzung und zum Abgleich der Ergebnisse aus den Primärdatenerhebungen werden publizierte Studien herangezogen. Zur strukturierten und vollständigen Identifikation relevanter Publikationen ist ein systematischer Literaturreview zielführend. Für die Jahre 1990 bis 2014 liegt bereits eine systematische Übersicht über empirische Studien zum Gesundheitszustand von geflüchteten Menschen vor. Deshalb kann sich die systematische Literaturrecherche auf die Identifikation relevanter Studien, die nach diesem Zeitraum veröffentlicht wurden, beschränken.

Zur Identifikation entsprechender Veröffentlichungen erfolgt eine Suche in verschiedenen Literaturdatenbanken, darunter PubMed, Deutsche Nationalbibliothek und ISI Web of Science. Eine vollständige Übersicht gibt die nachstehende Tabelle.

Tabelle 55: Übersicht der Literaturdatenbanken

Quelle	Beschreibung
PubMed	Suche in der von der U.S. National Library of Medicine® (NLM) herausgegebene Datenbank MEDLINE, für die über 5.200 biomedizinische Zeitschriften ausgewertet werden
ISI Web of Science	Aufsatzdatenbank, für die circa 2.500 Fachzeitschriften aus den Gesellschafts- und Sozialwissenschaften, inklusive der Sozialmedizin und Psychologie ausgewertet werden
Deutsche Nationalbibliothek	Suche in der Nationalbibliographie der Bundesrepublik, ein Verzeichnis aller ab 1913 publizierten Medienwerke in deutscher Sprache
Sowiport	Sozialwissenschaftliches Fachportal für Informationen (Veröffentlichungen und Forschungsprojekte) nationaler und internationaler Anbieter; eingebunden in das Portal sind 23 Datenbanken
Livivo	Suchportal der Deutschen Zentralbibliothek für Medizin (ZB MED) für Lebenswissenschaften; durchsucht werden 45 Fachdatenquellen (Bibliothekskataloge, Datenbanken, Verlagsverzeichnisse)
Cochrane Library	Suche wissenschaftlicher Publikationen, systematischer Übersichtsarbeiten und randomisiert kontrollierten klinischen Studien in 6 Datenbanken

Quelle: Eigene Darstellung

Bei der Recherche wird ein Publikationszeitraum vom 01.01.2014 bis 30.04.2017 abgedeckt. Als Suchtermini werden relevante Begriffe für die Suchkomponente „Geflüchtete Menschen“ (wie Flüchtling* und Asyl*) sowie die Suchkomponente „Morbidität“ (wie Gesundheit*) verknüpft. Dabei finden Begriffe sowohl in deutscher als auch in englischer Sprache Berücksichtigung.

Mit Hilfe von Boolean Operators konnte die Suchanfrage folgenderweise vervollständigt werden und in den zuvor genannten internationalen Datenbanken Anwendung finden: ((refugee* OR asylum*) AND (health* OR access OR use OR utili?ation) AND german* bzw. ((Flüchtling* OR asyl*) AND Gesundheit*).

Tabelle 56: Übersicht der Suchkomponenten

Geflüchtete		Morbidität		Deutschland	
Suchgegenstand	Suchanfragen	Suchgegenstand	Suchanfragen	Suchgegenstand	Suchanfragen
Flüchtling	Flüchtling*	Gesundheit	Gesundheit*	Germany	german*
Asylant	Asyl*	health	health*		
Refugee	refugee*	access	access		
Asylum	asylum*	utilization	utili?ation		
		use	use		

Quelle: Eigene Darstellung

Die Literaturrecherche beschränkt sich in den Datenbanken auf die Suche in Titeln, Abstracts und Schlagwörtern mit der zeitlichen Einschränkung 01.01.2014 bis 30.04.2017. Eine Einschränkung hinsichtlich der Sprache wurde nicht weiter vorgenommen.

Die Auswahl von Publikationen in deutscher und englischer Sprache erfolgt in zwei Schritten. Zunächst wurde anhand des Screenings von Titel und Abstract eine Vorauswahl getroffen und nach anschließender Bearbeitung der Volltexte, die relevanten Publikationen mittels Ein- und Ausschlusskriterien identifiziert. Eine Übersicht gibt Tabelle 57.

Tabelle 57: Übersicht der Ein- und Ausschlusskriterien

Dimension	Einschluss	Ausschluss
Zeitraum	Publikationen, die zwischen dem 01.01.2014 und dem 30.04.2017 veröffentlicht wurden	Publikationen, die vor dem 01.01.2014 veröffentlicht wurden
Sprache	Deutsch und Englisch	Sprachen außer Deutsch und Englisch
Publikationsform	Monographien, Sammelbände, Artikel in Fachzeitschriften, Reviews, unveröffentlichte Studien	Arbeitspapiere, Präsentationen bzw. Vorträge, Tagungsbände, Festschriften, Kommentare bzw. Editorials, Interviews, Nachrichtenartikel, Datensammlungen, Abschlussarbeiten
Untersuchungsgegenstand	Die medizinische Versorgung von Flüchtlingen und Asylanten in Deutschland	Publikationen, die nicht die medizinische Versorgung von Flüchtlingen und Asylanten in Deutschland thematisieren

Quelle: Eigene Darstellung

Die relevanten Inhalte der so ausgewählten Publikationen werden analysiert und der Auswertung der Primärdatenerhebungen zur Ergänzung und zum Abgleich zugeführt. Nach Dublettenbereinigung und Vorauswahl werden von insgesamt 512 in der formalen Recherche identifizierten Veröffentlichungen 416 verworfen, sodass 96 Studien für die Selektion anhand der Volltexte verbleiben. Schließlich werden 65 Veröffentlichungen ausgewählt.

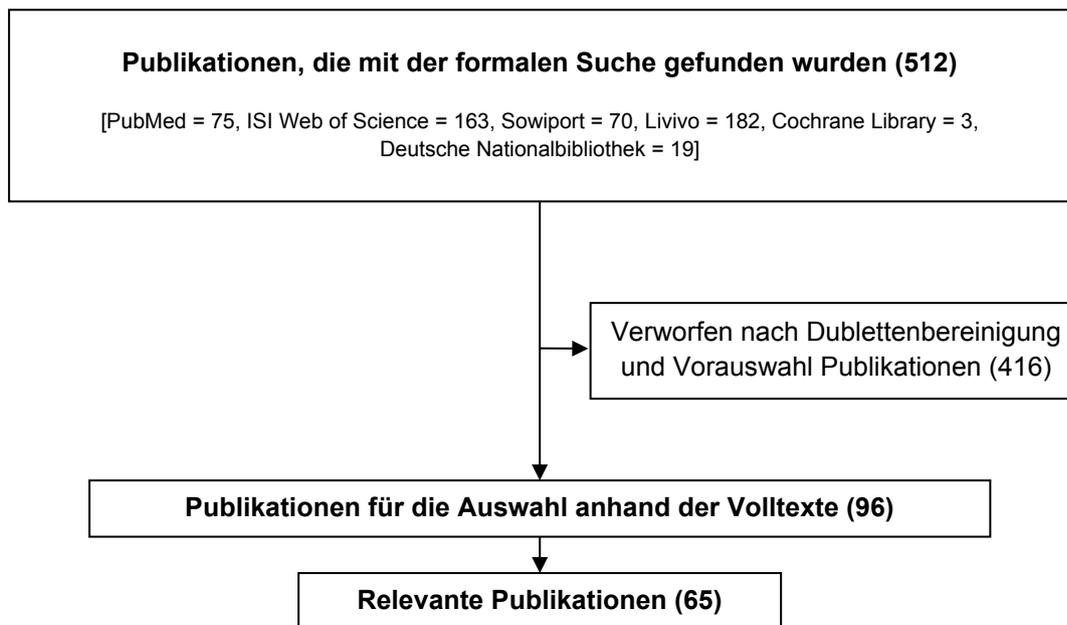


Abbildung 63: Flowchart des Screeningprozesses
Quelle: Eigene Darstellung

3.10.2. Ergebnisse

3.10.2.1. Übertragbare Krankheiten

Studie	Ziel / Fragestellung der Studie	Design	Hauptergebnisse / Schlussfolgerung der Studie
Alberer et al.	Ziel ist die Analyse des Erkrankungsspektrums bei erkrankten Flüchtlingen und Asylbewerbern (n=548), die in der Ambulanz von REFUDOCS, dem Städtischen Klinikum Schwabing und der Abteilung für Infektions- und Tropenmedizin der LMU in München behandelt wurden in 2014-2016.	Retrospektive Studie	Das Erkrankungsspektrum umfasste bei 27,7 % der Erkrankten Atemwegsinfektionen aufgrund viraler Infektionen, bei 12,4 % neuropsychiatrischen Krankheitsbilder, bei 10,2 % gastrointestinale Krankheitsbilder, bei 9,5 % Erkrankungen des Bewegungsapparates und bei 8,2 % Hauterkrankungen. Bei je 9,7 % bestand eine Tuberkulose oder Malaria.
Borgschulthe et al.	Ziel ist die Analyse der Inanspruchnahme der gesundheitlichen Versorgung durch die Ambulanz einer Kölner Notunterkunft für Geflüchtete im Jahr 2015. Begleitend fand eine Befragung der Mitarbeiter der Ambulanz statt.	Mixed-Methods-Studie	961 Behandlungskontakte wurden analysiert, davon 73,0 % von Erwachsenen und 27,0 % von Kindern. Häufigste Herkunftsregion war der Westbalkan. Gründe für den Besuch der Ambulanz bei Erwachsenen waren in 65,0 % der Fälle körperliche Beschwerden, in 28,0 % chronische Beschwerden (darunter Beschwerden des Respirationstraktes, des Bewegungsapparates, des Kreislaufsystems, des Verdauungssystems und der Haut) und in 7,0 % psychische Probleme, Schwangerschaften, und Impfungen. Am häufigsten wurden Kopfschmerzen, Rücken-, Nackenschmerzen und akute Infektionen der oberen Atemwege als Symptome genannt. Bei Kindern waren bei 83 % akute körperliche Beschwerden, v. a. der Atmungsorgane, des Verdauungssystems und der Haut der Grund für den Besuch. Die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung zeigen u. a. die Notwendigkeit eines einheitlichen Dokumentationssystems sowie sprachlicher Barrieren im Patientenkontakt.
Bozorgmehr et al.	Ziel ist die Analyse der Ausbeute des Screenings auf aktive Tuberkulose (definiert als der Anteil der Fälle an den Gescreenten) bei Asylsuchenden nach Ankunft in Deutschland. Zusätzlich erfolgt ein Vergleich zu Schätzungen aus der internationalen Literatur.	Systematischer Review und Meta-Analyse	Insgesamt wurden 6 relevante Studien identifiziert (n = 89,294). Die Ausbeute des Screenings auf aktive Tuberkulose bei Asylsuchenden nach Ankunft in Deutschland variierte zwischen 0,72 und 6,41 pro 1.000 Asylsuchende. Über alle Studien ergab sich eine Ausbeute von 3,47 (95 % Konfidenzintervall (KI): 1,78-5,73) pro 1.000 Asylsuchende. Im Vergleich zu internationalen Daten (2,78; 95 % KI: 2,00-3,67) liegt die Ausbeute in Deutschland damit etwas höher.

Studie	Ziel / Fragestellung der Studie	Design	Hauptergebnisse / Schlussfolgerung der Studie
Heudorf et al.	Bisher gibt es wenig publizierte Daten zu multiresistenten Erregern (MRE) bei Flüchtlingen. Ziel ist es daher, die MRE-Prävalenz bei Flüchtlingen im Rahmen der Screening-Untersuchungen bei Aufnahme in Akutkrankenhäusern der Rhein-Main-Region zwischen 2015 und 2016 zu analysieren.	Querschnittsstudie	Bei 9,8 % der Flüchtlinge konnten Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA-)Stämme und bei 23,3 % multiresistente Gram-negative Erreger (MRGN), davon 12,8 % positiv gegen β -Laktam-Antibiotika (ESBL), 8,3 % gegen 3MRGN (Resistenz gegen Penicilline, Cephalosporine, Fluorchinolone) und 2,1 % gegen 4MRGN (zusätzlich Resistenz gegen Carbapeneme), nachgewiesen werden. Die erhöhten MRE-Prävalenzen zeigen die Bedeutung des Aufnahmescreenings und des Hygiene-Managements bei der Aufnahme ins Krankenhaus.
Jablonka et al. 2016	Es existieren nur wenige Daten zur Hepatitis-A(HAV)-Immunität bei Flüchtlingen. Ziel ist die Dokumentation der HAV-Antikörper (IgG und IgM) bei Flüchtlingen und Asylbewerbern in einer Erstaufnahmeeinrichtung im Jahr 2015.	Retrospektive Studie	Die gesamte Studienpopulation (n = 249) wurde positiv auf HAV-Antikörper getestet. Bei 89,2 % lag ein hoher Anti-HAV-Titer (>125 IU/l) vor. Die Immunität stieg mit zunehmenden Alter leicht an. Aufgrund der hohen HAV-Immunität in der Studienpopulation ist das Risiko für Hepatitis-A-Ausbrüche in Flüchtlingsunterkünften derzeit als gering einzuschätzen ist.
Jablonka et al. 2017	Es existieren nur wenige Daten zur Immunität gegen impfpräventable Erkrankungen in der aktuellen Flüchtlings-Population. Ziel ist die Untersuchung der IgG-Spiegel gegen Tetanus und Diphtherie im Serum in 6 Flüchtlingszentren.	Querschnittsstudie	Die gesamte Studienpopulation (n = 678) wurde positiv auf IgG gegen Tetanus getestet, 2,1 % waren sero-negativ gegen Diphtherie. Bei 56,3 % bzw. 76,1 % der Flüchtlinge waren die IgG-Spiegel nicht ausreichend für einen Langzeitschutz gegen Tetanus bzw. Diphtherie. 47,7 % bzw. 45,6 % benötigten umgehende Impfung gegen Tetanus bzw. Diphtherie. Die Immunität nahm mit zunehmenden Alter ab. Der unzureichende Impfschutz unterstreicht die Notwendigkeit bindender Leitlinien zur Impfung von Flüchtlingen.
Kühne/Gilsdorf	Das Ausmaß der Weiterverbreitung von importierten Infektionen innerhalb Europas ist unbekannt. Ziel ist die Analyse der Weiterverbreitung von Infektionskrankheiten in Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende anhand der Daten der infektionsepidemiologischen Surveillance gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG), sowie die Identifikation geeigneter Public-Health-Maßnahmen zur Verhinderung der Weiterverbreitung	Retrospektive Studie	2004 bis 2014 wurden 119 Ausbrüche in Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende registriert. Diese verursachten insgesamt 615 Fälle, von denen 30 % auf Windpocken, 20 % auf Masern, 19 % auf Skabies, 8 % auf Rotavirus-Gastroenteritis, 4 % auf Salmonellose, 3 % auf Tuberkulose, 2 % auf Norovirus-Gastroenteritis und je <2 % auf andere Krankheiten zurückzuführen waren. Der Anteil von Ausbrüchen in Gemeinschaftseinrichtungen für Asylsuchende stieg von <0,1 % im Jahr 2004 auf 1 % im Jahr 2014. 24 % der Fälle in 2014 wurden hospitalisiert. Infektionsort war in 87 % der Fälle in 2014 Deutschland. Eine Verbindung zu Ausbrüchen außerhalb der Gemeinschaftsunterkunft bestand nur bei zwei Masernausbrüchen. Durch primärpräventive Maßnahmen könnte der Großteil der Fälle vermieden werden.

Studie	Ziel / Fragestellung der Studie	Design	Hauptergebnisse / Schlussfolgerung der Studie
Maaßen et al.	Der Sanitätsdienst der Bundeswehr unterstützte 2014 und 2015 das Screening unbegleiteter Minderjähriger (UMR), die in Deutschland ankamen. Ziel der Studie ist die Darstellung der Ergebnisse des Screenings (Blutbild, Hepatitis B Serologie, Stuhluntersuchung) bei 219 gesunden männlichen UMR zwischen 13 und 18 Jahren aus Afghanistan, Ägypten, Somalia, Eritrea, Syrien, Ghana, Guinea, Iran, Algerien, Irak, Benin, Gambia, Libyen, Marokko, Pakistan und Palästina.	Querschnittsstudie	Bei 70,8 % bzw. 68,9 % wurden durchfall-assoziiierter Bakterien <i>E. coli</i> /Shigella spp. bzw. intestinale Helminthen nachgewiesen. Bei 9,1 % lagen bakterielle Infektionen vor, darunter 12x enteropathogene <i>Escherichia (E.) coli</i> (EPEC), 5x enteroaggregative <i>E. coli</i> (EAEC), 2x enteroinvasive <i>E. coli</i> (EIEC)/Shigella spp. und 1x <i>Campylobacter (C.) jejuni</i> , bei 9,1 % <i>Giardia (G.) duodenalis</i> Infektionen und bei 8,2 % Helmintheninfektionen, darunter 13x <i>Schistosoma</i> spp., 3x <i>Hymenolepis (H.) nana</i> und 2x <i>Strongyloides (S.) stercoralis</i> . Multiple Kolonisierungen, Befälle und Infektionen mit verschiedenen pathogenen Mikroorganismen wurden bei 22,9 % der UMR festgestellt und könnten ein Hygieneproblem für Gemeinschaftsunterkünfte darstellen. Die Ergebnisse des Blutbilds zeigten bei 10 UMR aus Afghanistan, Eritrea, Ägypten und Guinea erhöhte Eosinophiler, die bei 2 UMR auf <i>Schistosoma</i> spp. zurückzuführen waren. 3 UMR waren positiv für HBs-Antigen und 26 UMR für Anti-HBc-Antikörper.
Marquardt et al.	Ziel ist die Analyse der körperlichen und mentalen Gesundheit bei unbegleiteten jugendlichen Asylsuchenden im Alter von 12 bis 18 Jahren (n=102) nach Ankunft in Bielefeld im Rahmen der Erstuntersuchung	Querschnittsstudie	76,5 % der untersuchten Jugendlichen waren männlich. Die Prävalenz von Infektionen (v. a. mit <i>H. pylori</i>) lag bei 58,8 % und war insbesondere bei Jugendlichen aus Sub-Sahara Afrika mit 86,7 % hoch. 19,6 % der Jugendlichen waren mit Parasiten infiziert. Bei 7,9 % zeigte sich eine Hepatitis B-Infektion. Die Prävalenz für Tuberkulose (1,0 %), Skabies (2,9 %) und Malaria (1,0 %) waren gering. Hinsichtlich der Zahngesundheit zeigten sich bei 20,6 % der Jugendlichen Probleme. Bei 17,6 % bestand eine Eisenmangel-Anämie. 13,7 % der Jugendlichen zeigten psychische Erkrankungen, darunter 5,9 % mit depressiver Störung, 4,9 % mit PTBS und 2,9 % mit beidem. Die Prävalenz war mit 20,0 % bei westasiatischen Jugendlichen besonders hoch. Die Prävalenz nicht übertragbarer Erkrankungen war niedrig: 3,9 % hatten Asthma, 2,0 % zeigten eine Fettstoffwechselstörung und je 1,0 % Osteomyelitis und Post-Polio-Syndrom. Insgesamt war die Krankheitslast bei weiblichen Jugendlichen höher.
Meier et al.	Ziel ist die Bestimmung des Risikos einer aktiven Tuberkulose mittels Röntgenthorax bei Asylsuchenden bei Ankunft in Deutschland über 12 Monate.	Prospektive Studie	Bei 1,155 % der Studienpopulation (n=11.773) lag der Verdacht auf eine Tuberkulose vor. Die Prävalenz der gesicherten Tuberkulose betrug 0,093 % und 0,136 % waren infektiös. Die Prävalenz war höher bei Asylsuchenden aus Eritrea und Russland im Vergleich zu Syrien, Afghanistan, Irak, Iran und Libanon. 1 Fall einer multiresistenten Tuberkulose wurde identifiziert.

Studie	Ziel / Fragestellung der Studie	Design	Hauptergebnisse / Schlussfolgerung der Studie
Mohammadzadeh et al.	Ziel ist die Analyse der Gesundheitsversorgung gemäß Bremer Modells, u. a. mittels einer Auswertung des Krankheitsspektrums 2011 bis 2014	Querschnittsstudie	Von 2011 bis 2014 entfielen 29,6 % der Inanspruchnahmen auf Erstuntersuchungen ohne Krankheitsbefund, Impfberatung sowie Beratung von Schwangeren zurückzuführen. 18,1 % der Befunde waren Krankheiten des Atmungssystems, 16,9 % unklare, andernorts nicht klassifizierte Symptome, 6,1 % Krankheiten des Verdauungssystems, 6 % Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes und 3,6 % Erkrankungen der Haut und Unterhaut. Befunde für Krankheiten des Kreislaufsystems, Infektionen, Verletzungen sowie psychische Ursachen traten seltener auf.
Weinrich et al.	Ziel ist die Bestimmung der Prävalenz der aktiven Tuberkulose, der Anzahl der zu screenenden Personen und die diagnostische Genauigkeit des Screening mittels Röntgenthorax bei Immigranten in Hamburg im Jahr 2015.	Querschnittsstudie	Die Prävalenz der Lungentuberkulose in der Studienpopulation (n=17.487) lag bei 0,103 %. Die Anzahl der zu screenenden Personen um einen Tbc-Fall zu finden lag bei 1749. Die Sensitivität des Röntgenthorax betrug 55,6 % (95 % KI: 30,8–78,5) und die Spezifität 98,3 % (KI 98,1–98,5 %). Die Ausbeute in 2015 war gering aufgrund der geringen Prävalenz und der hohen Anzahl der zu screenenden Personen.

3.10.2.2. Zahn- und Mundgesundheit

Studie	Ziel / Fragestellung der Studie	Design	Hauptergebnisse / Schlussfolgerung der Studie
Marquardt et al.	Ziel ist die Analyse der körperlichen und mentalen Gesundheit bei unbegleiteten jugendlichen Asylsuchenden im Alter von 12 bis 18 Jahren (n=102) nach Ankunft in Bielefeld im Rahmen der Erstuntersuchung	Querschnittsstudie	76,5 % der untersuchten Jugendlichen waren männlich. Die Prävalenz von Infektionen (v. a. mit H. pylori) lag bei 58,8 % und war insbesondere bei Jugendlichen aus Sub-Sahara Afrika mit 86,7 % hoch. 19,6 % der Jugendlichen waren mit Parasiten infiziert. Bei 7,9 % zeigte sich eine Hepatitis B-Infektion. Die Prävalenz für Tuberkulose (1,0 %), Skabies (2,9 %) und Malaria (1,0 %) waren gering. Hinsichtlich der Zahngesundheit zeigten sich bei 20,6 % der Jugendlichen Probleme. Bei 17,6 % bestand eine Eisenmangel-Anämie. 13,7 % der Jugendlichen zeigten psychische Erkrankungen, darunter 5,9 % mit depressiver Störung, 4,9 % mit PTBS und 2,9 % mit beidem. Die Prävalenz war mit 20,0 % bei westasiatischen Jugendlichen besonders hoch. Die Prävalenz nicht übertragbarer Erkrankungen war niedrig: 3,9 % hatten Asthma, 2,0 % zeigten eine Fettstoffwechselstörung und je 1,0 % Osteomyelitis und Post-Polio-Syndrom. Insgesamt war die Krankheitslast bei weiblichen Jugendlichen höher.

3.10.2.3. Nicht-übertragbare Krankheiten / chronische Erkrankungen

Studie	Ziel / Fragestellung der Studie	Design	Hauptergebnisse / Schlussfolgerung der Studie
Alberer et al.	Ziel ist die Analyse des Erkrankungsspektrums bei erkrankten Flüchtlingen und Asylbewerbern (n=548), die in der Ambulanz von REFUDOCS, dem Städtischen Klinikum Schwabing und der Abteilung für Infektions- und Tropenmedizin der LMU in München behandelt wurden in 2014-2016.	Retrospektive Studie	Das Erkrankungsspektrum umfasste bei 27,7 % der Erkrankten Atemwegsinfektionen aufgrund viraler Infektionen, bei 12,4 % neuropsychiatrischen Krankheitsbilder, bei 10,2 % gastrointestinale Krankheitsbilder, bei 9,5 % Erkrankungen des Bewegungsapparates und bei 8,2 % Hauterkrankungen. Bei je 9,7 % bestand eine Tuberkulose oder Malaria.
Borgschulte et al.	Ziel ist die Analyse der Inanspruchnahme der gesundheitlichen Versorgung durch die Ambulanz einer Kölner Notunterkunft für Geflüchtete im Jahr 2015. Begleitend fand eine Befragung der Mitarbeiter der Ambulanz statt.	Mixed-Methods-Studie	961 Behandlungskontakte wurden analysiert, davon 73,0 % von Erwachsenen und 27,0 % von Kindern. Häufigste Herkunftsregion war der Westbalkan. Gründe für den Besuch der Ambulanz bei Erwachsenen waren in 65,0 % der Fälle körperliche Beschwerden, in 28,0 % chronische Beschwerden (darunter Beschwerden des Respirationstraktes, des Bewegungsapparates, des Kreislaufsystems, des Verdauungssystems und der Haut) und in 7,0 % psychische Probleme, Schwangerschaften, und Impfungen. Am häufigsten wurden Kopfschmerzen, Rücken-, Nackenschmerzen und akute Infektionen der oberen Atemwege als Symptome genannt. Bei Kindern waren bei 83 % akute körperliche Beschwerden, v. a. der Atmungsorgane, des Verdauungssystems und der Haut der Grund für den Besuch. Die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung zeigen u. a. die Notwendigkeit eines einheitlichen Dokumentationssystems sowie sprachlicher Barrieren im Patientenkontakt.
Fölsch et al.	Initiiert durch die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) und dem Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) wird untersucht, inwiefern die Mitglieder in die medizinische Betreuung und Versorgung von Flüchtlingen hinsichtlich des Settings, der Krankheitsbilder und des -aufkommens eingebunden sind.	Querschnittsstudie	Die n = 3626 an der Befragung teilnehmenden Mitglieder der DGIM und BDI setzen sich zu 51,9 % aus Angestellten und 27,4 % selbstständig praktizierenden Medizinern zusammen. Insgesamt stellen 63,5 % der Teilnehmer fest, dass die Anzahl der behandelten Migranten/Flüchtlinge über das Jahr 2015 größer geworden ist, sich die behandelten Krankheitsbilder jedoch bei 61,8 % der Befragten nicht verändert haben. Als Hauptproblem in der Versorgung von Flüchtlingen werden die sprachliche Verständigung, die kulturelle Zugehörigkeit sowie die psychische Traumatisierung angesehen, wobei die Adhärenz und Kooperationsbereitschaft in der Betreuung und Behandlung der Geflüchteten von 68,5 % bei allen Patientenkontakten als „sehr gut“ eingestuft werden.

Studie	Ziel / Fragestellung der Studie	Design	Hauptergebnisse / Schlussfolgerung der Studie
Führer et al.	Ziel ist die Analyse der Prävalenz körperlicher und mentaler Probleme und des Impfstatus unter Asylsuchenden in Halle mittels einer standardisierten Befragung der Asylsuchenden (n=214)	Querschnittsstudie	Hinsichtlich der psychischen Gesundheit (erfasst mit der Hopkins-Symptom-Checklist-25 und dem Harvard Trauma Questionnaire) zeigten sich bei 54,7 % der Studienpopulation Depressionen, bei 40,2 % Angststörungen und bei 18,2 % posttraumatische Belastungsstörungen. 5,6 % der Befragten äußerten Suizidgedanken. Bei Asylsuchenden mit psychischen Problemen bestanden bei 64,2 % mehr als eine psychische Erkrankung. Schmerzen waren mit 37,9 % die prävalentesten körperlichen Symptome, gefolgt von gynäkologischen Beschwerden bei Frauen. Die Prävalenz chronischer Erkrankungen war gering: 8,9 % gaben kardiovaskuläre Erkrankungen an, 7,9 % gastrointestinale Erkrankungen, 6,1 % pulmonale Erkrankungen, 3,3 % wiederkehrendes Fieber und 0,5 % Neubildungen.
Marquardt et al.	Ziel ist die Analyse der körperlichen und mentalen Gesundheit bei unbegleiteten jugendlichen Asylsuchenden im Alter von 12 bis 18 Jahren (n=102) nach Ankunft in Bielefeld im Rahmen der Erstuntersuchung	Querschnittsstudie	76,5 % der untersuchten Jugendlichen waren männlich. Die Prävalenz von Infektionen (v. a. mit H. pylori) lag bei 58,8 % und war insbesondere bei Jugendlichen aus Sub-Sahara Afrika mit 86,7 % hoch. 19,6 % der Jugendlichen waren mit Parasiten infiziert. Bei 7,9 % zeigte sich eine Hepatitis B-Infektion. Die Prävalenz für Tuberkulose (1,0 %), Skabies (2,9 %) und Malaria (1,0 %) waren gering. Hinsichtlich der Zahngesundheit zeigten sich bei 20,6 % der Jugendlichen Probleme. Bei 17,6 % bestand eine Eisenmangel-Anämie. 13,7 % der Jugendlichen zeigten psychische Erkrankungen, darunter 5,9 % mit depressiver Störung, 4,9 % mit PTBS und 2,9 % mit beidem. Die Prävalenz war mit 20,0 % bei westasiatischen Jugendlichen besonders hoch. Die Prävalenz nicht übertragbarer Erkrankungen war niedrig: 3,9 % hatten Asthma, 2,0 % zeigten eine Fettstoffwechselstörung und je 1,0 % Osteomyelitis und Post-Polio-Syndrom. Insgesamt war die Krankheitslast bei weiblichen Jugendlichen höher.
Mohammadzadeh et al.	Ziel ist die Analyse der Gesundheitsversorgung gemäß Bremer Modells, u. a. mittels einer Auswertung des Krankheitsspektrums 2011 bis 2014	Querschnittsstudie	Von 2011 bis 2014 entfielen 29,6 % der Inanspruchnahmen auf Erstuntersuchungen ohne Krankheitsbefund, Impfberatung sowie Beratung von Schwangeren zurückzuführen. 18,1 % der Befunde waren Krankheiten des Atmungssystems, 16,9 % unklare, andernorts nicht klassifizierte Symptome, 6,1 % Krankheiten des Verdauungssystems, 6 % Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes und 3,6 % Erkrankungen der Haut und Unterhaut. Befunde für Krankheiten des Kreislaufsystems, Infektionen, Verletzungen sowie psychische Ursachen traten seltener auf.

Studie	Ziel / Fragestellung der Studie	Design	Hauptergebnisse / Schlussfolgerung der Studie
Schneider et al.	Ziel ist die Analyse der Unterschiede hinsichtlich des subjektiven Gesundheitszustands sowie der Gesundheitsversorgung zwischen Asylsuchenden über 18 Jahren (n=156) und der Bevölkerung in Deutschland gemäß DEGS1	Querschnittsstudie	4,1 % der Asylsuchenden schätzten ihren Gesundheitszustand als sehr schlecht ein, 20,4 % als schlecht, 25,5 % als mittelmäßig, 30,6 % als gut und 19,4 % als sehr gut. Asylsuchende bewerteten ihren Gesundheitszustand signifikant häufiger als schlecht im Vergleich zur deutschen Wohnbevölkerung (OR=1,72 (95 %-KI: 1,23-2,41)). Weiterhin traten bei Asylsuchenden häufiger Einschränkungen in den Aktivitäten (OR=1,97 (95 %-KI: 1,39-2,79)) und bei 18-24-Jährigen chronische Erkrankungen (OR=6,23 (95 %-KI: 2,62-14,57)) auf. Unterschiede zeigten sich auch in der Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen: Asylsuchende zeigten geringere Odds bei Arztbesuchen (OR=0,1 (95 %-KI: 0,07-0,16)) bis OR=0,44 (95 %-KI: 0,31-0,62), und höhere Odds für Krankenhausaufenthalte (OR=2,29 (95 %-KI: 1,54-3,34)), Psychotherapeutenbesuche (OR=4,07 (95 %-KI: 2,48-6,43)) sowie unerfüllte Behandlungswünsche (OR=3,74 (95 %-KI: 2,62-5,21)).
Spallek et al.	Ziel ist die Analyse der gesundheitlichen Situation bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen mittels einer Auswertung von Diagnose- und Versorgungsdaten einer Schwerpunktpraxis für die Versorgung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen sowie Experteninterviews in zwei Clearingstellen in Bielefeld	Mixed-Methods-Studie	Die Diagnosedaten entsprechen den Ergebnissen von Marquardt et al. Die Experten schätzten insbesondere das Risiko für psychische Erkrankungen, v. a. posttraumatische Belastungsstörungen als erhöht bei unbegleiteten Minderjährigen ein. Hinsichtlich der körperlichen Probleme sind Zahnprobleme, Infektionskrankheiten, Augenbeschwerden, Magen-Darm-Erkrankungen und Hautprobleme relevant. Ein schlechter körperlicher Zustand bei Ankunft in den Clearingstellen wird für weibliche unbegleitete Minderjährige angegeben. Als wesentliche Einflussfaktoren auf die Gesundheit wurde der unsichere rechtliche Status, die Wohnsituation, der Prozess des Erwachsenwerdens, die Loslösung von der Familie sowie das Geschlecht identifiziert.
Wenner et al.	Trotz der Annahme das anhand von Selektionseffekten während der Flucht, tendenziell gesündere Kinder in der BRD ankommen, wird dennoch davon ausgegangen, dass geflüchtete Kinder während der Flucht erheblichen Belastungen ausgesetzt sind, die zu einem schlechteren psychischen und physischen Gesundheitsstatus beitragen. Aus diesem Grund ist ein Vergleich der Gesundheit von	Querschnittsstudie	Von den 17.245 untersuchten Kindern, haben 1,1 % (197) einen unsicheren Aufenthaltsstatus. Nach Adjustierung für Alter und Geschlecht, besteht zwischen den Outcomes „Subjektive Gesundheit“ (OR = 3,12), „SDQ-Score“ (OR = 1,83), „Impfstatus“ (OR = 2,0) und „Inanspruchnahme von Notfallversorgung“ (OR = 2,28) und dem Aufenthaltsstatus ein signifikanter Unterschied. Bei weiterer Adjustierung nach dem sozialen- und Migrationsstatus besteht zwischen dem Aufenthaltsstatus ausschließlich in der „Inanspruchnahme von Notfallversorgung“ (OR = 2,53) ein signifikanter Unterschied. Dies könnte auf einen erschwerten Zugang Asylsuchender zur regulär ambulanten Versorgung hindeuten und bedarf daher weiterer Analysen. Im Ergebnis

Studie	Ziel / Fragestellung der Studie	Design	Hauptergebnisse / Schlussfolgerung der Studie
	geflüchteten Kindern mit ungesichertem Aufenthaltsstatus mit der Gesundheit von nicht-geflüchteten Kindern mit und ohne Migrationshintergrund das Ziel der Analyse.		wird festgehalten, dass eine schlechtere subjektive Gesundheit vielmehr mit dem niedrigen sozialen Status und dem Migrationshintergrund in Zusammenhang stehen, als mit dem Aufenthaltsstatus.

3.10.2.4. Psychische Gesundheit

Studie	Ziel / Fragestellung der Studie	Design	Hauptergebnisse / Schlussfolgerung der Studie
Alberer et al.	Ziel ist die Analyse des Erkrankungsspektrums bei erkrankten Flüchtlingen und Asylbewerbern (n=548), die in der Ambulanz von REFUDOCS, dem Städtischen Klinikum Schwabing und der Abteilung für Infektions- und Tropenmedizin der LMU in München behandelt wurden in 2014-2016.	Retrospektive Studie	Das Erkrankungsspektrum umfasste bei 27,7 % der Erkrankten Atemwegsinfektionen aufgrund viraler Infektionen, bei 12,4 % neuropsychiatrischen Krankheitsbilder, bei 10,2 % gastrointestinale Krankheitsbilder, bei 9,5 % Erkrankungen des Bewegungsapparates und bei 8,2 % Hauterkrankungen. Bei je 9,7 % bestand eine Tuberkulose oder Malaria.
Bajbouj et al.	International tätige NGOs sind mit Situationen von plötzlich auftretenden Bedarfen bei begrenzten Ressourcen auch im Bereich des Gesundheitswesens vertraut. Ziel ist daher die Untersuchung der Übertragbarkeit von Konzepten und Leitgedanken der Not- und Entwicklungshilfe bei der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen.	Qualitative Übersichtsarbeit	Aus den sechs Handlungsprinzipien Gleichheit, Partizipation, Do-no-harm-Prinzip, Ressourcenorientierung, Integrierte Aktivitäten und Gestuftes Vorgehen der Ständigen Interinstitutionellen Kommission (IASC) soll die adäquate medizinische Versorgung Geflüchteter abgeleitet werden. Konkret werden dabei folgende zwei Handlungsempfehlungen abgeleitet: 1. Die Gleichheit der Behandlung, Eliminierung isolierter Angebote sowie der Einbezug der Flüchtlinge als aktive Akteure muss sichergestellt werden. 2. Potentiell negative Konsequenzen der Behandlung müssen stärker abgewogen werden und die individuellen Ressourcen des Flüchtlings bedacht werden.
Borgschulte et al.	Ziel ist die Analyse der Inanspruchnahme der gesundheitlichen Versorgung durch die Ambulanz einer Kölner Notunterkunft für Geflüchtete im Jahr 2015. Begleitend fand eine	Mixed-Methods-Studie	961 Behandlungskontakte wurden analysiert, davon 73,0 % von Erwachsenen und 27,0 % von Kindern. Häufigste Herkunftsregion war der Westbalkan. Gründe für den Besuch der Ambulanz bei Erwachsenen waren in 65,0 % der Fälle körperliche Beschwerden, in 28,0 % chronische Beschwerden (darunter Beschwerden des

Studie	Ziel / Fragestellung der Studie	Design	Hauptergebnisse / Schlussfolgerung der Studie
	Befragung der Mitarbeiter der Ambulanz statt.		Respirationstraktes, des Bewegungsapparates, des Kreislaufsystems, des Verdauungssystems und der Haut) und in 7,0 % psychische Probleme, Schwangerschaften, und Impfungen. Am häufigsten wurden Kopfschmerzen, Rücken-, Nackenschmerzen und akute Infektionen der oberen Atemwege als Symptome genannt. Bei Kindern waren bei 83 % akute körperliche Beschwerden, v. a. der Atmungsorgane, des Verdauungssystems und der Haut der Grund für den Besuch. Die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung zeigen u. a. die Notwendigkeit eines einheitlichen Dokumentationssystems sowie sprachlicher Barrieren im Patientenkontakt.
Böttche, Heeke, Knaevelsrud	Die Auswirkungen von Gewalt, Krieg und Flucht können traumatische Ereignisse darstellen, welche die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer Traumafolgestörung erhöhen. Ziel ist das Ableiten einer adäquaten Behandlungsempfehlung dieser vulnerablen Patientengruppe.	Vergleichende Analyse	Der schnelle und direkte Zugang zur Gesundheitsversorgung ist vor allem bei der Behandlung von psychischen Traumafolgestörungen von großer Bedeutung, darf jedoch keinesfalls isoliert betrachtet werden. Vielmehr ist ein multidisziplinäres Behandlungskonzept von Nöten, welches die Integration einer Betreuung auf medizinischer, sozial- und rechtsberatender sowie integrativer Ebene umfasst. Der Einsatz von Dolmetschern darf hierbei hinsichtlich der Steigerung der Effizienz der Behandlungsmaßnahmen nicht unterschätzt werden.
Fölsch et al.	Initiiert durch die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) und dem Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) wird untersucht, inwiefern die Mitglieder in die medizinische Betreuung und Versorgung von Flüchtlingen hinsichtlich des Settings, der Krankheitsbilder und des – aufkommens eingebunden sind.	Querschnittsstudie	Die n = 3626 an der Befragung teilnehmenden Mitglieder der DGIM und BDI setzen sich zu 51,9 % aus Angestellten und 27,4 % selbstständig praktizierenden Medizinern zusammen. Insgesamt stellen 63,5 % der Teilnehmer fest, dass die Anzahl der behandelten Migranten/Flüchtlinge über das Jahr 2015 größer geworden ist, sich die behandelten Krankheitsbilder jedoch bei 61,8 % der Befragten nicht verändert haben. Als Hauptproblem in der Versorgung von Flüchtlingen werden die sprachliche Verständigung, die kulturelle Zugehörigkeit sowie die psychische Traumatisierung angesehen, wobei die Adhärenz und Kooperationsbereitschaft in der Betreuung und Behandlung der Geflüchteten von 68,5 % bei allen Patientenkontakten als „sehr gut“ eingestuft werden.
Führer et al.	Ziel ist die Analyse der Prävalenz körperlicher und mentaler Probleme und des Impfstatus unter Asylsuchenden in Halle mittels einer standardisierten Befragung der Asylsuchenden (n=214)	Querschnittsstudie	Hinsichtlich der psychischen Gesundheit (erfasst mit der Hopkins-Symptom-Checklist-25 und dem Harvard Trauma Questionnaire) zeigten sich bei 54,7 % der Studienpopulation Depressionen, bei 40,2 % Angststörungen und bei 18,2 % posttraumatische Belastungsstörungen. 5,6 % der Befragten äußerten Suizidgedanken. Bei Asylsuchenden mit psychischen Problemen bestanden bei 64,2 % mehr als eine psychische Erkrankung. Schmerzen waren mit 37,9 % die prävalentesten

Studie	Ziel / Fragestellung der Studie	Design	Hauptergebnisse / Schlussfolgerung der Studie
			körperlichen Symptome, gefolgt von gynäkologischen Beschwerden bei Frauen. Die Prävalenz chronischer Erkrankungen war gering: 8,9 % geben kardiovaskuläre Erkrankungen an, 7,9 % gastrointestinale Erkrankungen, 6,1 % pulmonale Erkrankungen, 3,3 % wiederkehrendes Fieber und 0,5 % Neubildungen.
Marquardt et al.	Ziel ist die Analyse der körperlichen und mentalen Gesundheit bei unbegleiteten jugendlichen Asylsuchenden im Alter von 12 bis 18 Jahren (n=102) nach Ankunft in Bielefeld im Rahmen der Erstuntersuchung	Querschnittsstudie	76,5 % der untersuchten Jugendlichen waren männlich. Die Prävalenz von Infektionen (v. a. mit H. pylori) lag bei 58,8 % und war insbesondere bei Jugendlichen aus Sub-Sahara Afrika mit 86,7 % hoch. 19,6 % der Jugendlichen waren mit Parasiten infiziert. Bei 7,9 % zeigte sich eine Hepatitis B-Infektion. Die Prävalenz für Tuberkulose (1,0 %), Skabies (2,9 %) und Malaria (1,0 %) waren gering. Hinsichtlich der Zahngesundheit zeigten sich bei 20,6 % der Jugendlichen Probleme. Bei 17,6 % bestand eine Eisenmangel-Anämie. 13,7 % der Jugendlichen zeigten psychische Erkrankungen, darunter 5,9 % mit depressiver Störung, 4,9 % mit PTBS und 2,9 % mit beidem. Die Prävalenz war mit 20,0 % bei westasiatischen Jugendlichen besonders hoch. Die Prävalenz nicht übertragbarer Erkrankungen war niedrig: 3,9 % hatten Asthma, 2,0 % zeigten eine Fettstoffwechselstörung und je 1,0 % Osteomyelitis und Post-Polio-Syndrom Insgesamt war die Krankheitslast bei weiblichen Jugendlichen höher.
Metzner et al.	Ziel ist die Darstellung des derzeitigen Forschungsstandes der psychotherapeutischen Versorgung von begleiteten und unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen, die an einer Traumafolgestörung leiden.	Metaanalyse	Insgesamt wurden 5 relevante Studien identifiziert (n = 215, 55, 10, 104, 41), welche hinsichtlich erlebter Traumata sowie entwickelter Traumafolgestörungen untersucht wurden. Die Anzahl der Minderjährigen Flüchtlinge die eine körperliche Misshandlung haben mit ansehen müssen (17,7 % - 46,3 %) oder selbst erfahren haben (14,4 % - 70,8 %), variiert stark zwischen den Studien. Der Tod einer nahestehenden Person betrifft in allen Studien über 20 % der Studienteilnehmer. Hieraus schlussfolgernd zeigt sich in Deutschland ein besonderer Bedarf einer frühzeitigen Identifikation und Behandlung von minderjährigen Flüchtlingen mit Traumafolgestörungen, wie PTBS oder Depression.
Mohammadzadeh et al.	Ziel ist die Analyse der Gesundheitsversorgung gemäß Bremer Modells, u. a. mittels einer Auswertung des Krankheitsspektrums 2011 bis 2014	Querschnittsstudie	Von 2011 bis 2014 entfielen 29,6 % der Inanspruchnahmen auf Erstuntersuchungen ohne Krankheitsbefund, Impfberatung sowie Beratung von Schwangeren zurückzuführen. 18,1 % der Befunde waren Krankheiten des Atmungssystems, 16,9 % unklare, andernorts nicht klassifizierte Symptome, 6,1 % Krankheiten des Verdauungssystems,

Studie	Ziel / Fragestellung der Studie	Design	Hauptergebnisse / Schlussfolgerung der Studie
			6 % Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes und 3,6 % Erkrankungen der Haut und Unterhaut. Befunde für Krankheiten des Kreislaufsystems, Infektionen, Verletzungen sowie psychische Ursachen traten seltener auf.
Richter, Lehfeld, Niklewski	Ziel ist die Ableitung von Empfehlungen zur psychiatrisch-psychologischen Versorgung von Asylbewerbern, anhand der Analyse der Häufigkeit und Art der psychiatrischen Diagnosen in der Zentralen Aufnahmeeinrichtung Zirndorf.	Querschnittsstudie	Von n = 283 Asylbewerbern wurde bei 63,6 % eine oder mehrere psychiatrische Diagnosen gestellt. Zu den häufigsten diagnostizierten Krankheitsbildern zählten die PTBS, depressive Verstimmungen, rezidivierenden depressiven Episoden, Anpassungsstörungen sowie chronische Insomnie. Als potentiell traumatisierende Ereignisse wurden am häufigsten gewalttätige Angriffe, der unerwartete Tod einer Bezugsperson sowie der Aufenthalt in Kriegsgebieten genannt.
Rücker et al.	Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge stellen eine besondere Risikogruppe für psychische Erkrankungen dar. Eine Überprüfung der Häufigkeit von psychischen Belastungen sowie bestehende Einflussfaktoren wie das Alter, der Aufenthaltsstatus und die Fluchtdauer sollen innerhalb einer gewählten Studienpopulation erfolgen.	Querschnittsstudie	Mehr als die Hälfte der Befragten (n = 27) weist klinisch relevante Belastungswerte sowie hohen emotionalen, negativ beeinflussenden Stress auf. Hinsichtlich der Fluchtdauer, des Aufenthaltsstatus sowie weiterer soziodemografischer Komponenten, zeigt sich keine signifikante Häufung bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen. Im Vergleich zwischen den Altersgruppen zeigt sich vor allem in den jüngeren Altersklassen (14,2 Jahre) eine besondere psychische Belastung.
Schneider et al.	Ziel ist die Analyse der Unterschiede hinsichtlich des subjektiven Gesundheitszustands sowie der Gesundheitsversorgung zwischen Asylsuchenden über 18 Jahren (n=156) und der Bevölkerung in Deutschland gemäß DEGS1	Querschnittsstudie	4,1 % der Asylsuchenden schätzten ihren Gesundheitszustand als sehr schlecht ein, 20,4 % als schlecht, 25,5 % als mittelmäßig, 30,6 % als gut und 19,4 % als sehr gut. Asylsuchende bewerteten ihren Gesundheitszustand signifikant häufiger als schlecht im Vergleich zur deutschen Wohnbevölkerung (OR=1,72 (95 %-KI: 1,23-2,41)). Weiterhin traten bei Asylsuchenden häufiger Einschränkungen in den Aktivitäten (OR=1,97 (95 %-KI: 1,39-2,79) und bei 18-24-Jährigen chronische Erkrankungen (OR=6,23 (95 %-KI: 2,62-14,57) auf. Unterschiede zeigten sich auch in der Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen: Asylsuchende zeigten geringere Odds bei Arztbesuchen (OR=0,1 (95 %-KI: 0,07-0,16) bis OR=0,44 (95 %-KI: 0,31-0,62), und höhere Odds für Krankenhausaufenthalte (OR=2,29 (95 %-KI: 1,54-3,34), Psychotherapeutenbesuche (OR=4,07 (95 %-KI: 2,48-6,43) sowie unerfüllte Behandlungswünsche (OR=3,74 (95 %-KI: 2,62-5,21)).
Schneider, Bajbouj, Heinz	Die Migration von Menschen die vorwiegend aus Bürgerkriegsregionen	Modellentwicklung	In Anbetracht der bereits bestehenden knappen Ressourcen in der Versorgung von psychisch Erkrankten in Deutschland, ist von einer

Studie	Ziel / Fragestellung der Studie	Design	Hauptergebnisse / Schlussfolgerung der Studie
	<p>stammen, erfordert eine besondere Versorgung dieser. Aus diesem Grund ist die Entwicklung eines systematischen Entwurfes, der die besondere Situation der Asylanten und Asylbewerber berücksichtigt, Ziel des Modells.</p>		<p>Überlastung des Versorgungssystems aufgrund der enormen, kurzfristigen Inanspruchnahme auszugehen. Als Lösungsansatz soll ein abgestuftes Modell („stepped and collaborative care model“) dienen, welches in bundesweiten Studien in der Anwendung erprobt werden soll. In Anlehnung an nationale und internationale Leitlinien, umfasst das Modell folgende 4 Stufen: Stufe 1: Aktiv-abwartendes Begleiten Stufe 2: Niedrigschwellige Angebote (Peer-to-Peer-Interventionen, internetbasierte Interventionen) Stufe 3: Expertengeleitete Gruppeninterventionen Stufe 4: Expertengeleitete Einzeltherapien</p>
Schock et al.	<p>Eine Großzahl der Geflüchteten haben traumatische Erlebnisse in ihren Herkunftsländern verarbeiten müssen und sind im Anschluss weiteren kritischen Lebensereignissen ausgesetzt, welche zu der Entwicklung von Traumafolgestörungen beitragen können. Ziel der Längsschnittanalyse ist die Untersuchung von posttraumatischen Stresssymptomen, Angstzuständen und Depressionen aufgrund von wiederholt aufgetretenen traumatischen Ereignissen.</p>	Längsschnittstudie	<p>Über die Studiendauer von 12 Monaten konnte insgesamt ein signifikant besserer mentaler Gesundheitszustand unter den Flüchtlingen festgestellt werden. Ein signifikanter Unterschied des Ausbildens von posttraumatischen Stresssymptomen sowie Angstzuständen und Depressionen zeigt sich zwischen den Geflüchteten mit wiederholten Stress- oder Trauma Erfahrungen.</p>
Schouler-Ocak	<p>Zielführend ist die Darstellung der aktuellen psychiatrischen Versorgungssituation von Geflüchteten, Asylbewerbern und Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland.</p>	Vergleichende Analyse	<p>Aussagekräftige Zahlen der Inanspruchnahme von psychologischen/ -therapeutischen Versorgungssystemen von Flüchtlingen liegen nur partiell vor. Dennoch zeigt sich ein dringender Handlungsbedarf um die Versorgungslücke von Geflüchteten zu schließen und Zugangsbarrieren im Versorgungssystem aufzuheben.</p>
Spallek et al.	<p>Ziel ist die Analyse der gesundheitlichen Situation bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen mittels einer Auswertung von Diagnose- und Versorgungsdaten einer Schwerpunktpraxis für die Versorgung von unbegleiteten minderjährigen</p>	Mixed-Methods-Studie	<p>Die Diagnosedaten entsprechen den Ergebnissen von Marquardt et al. Die Experten schätzten insbesondere das Risiko für psychische Erkrankungen, v. a. posttraumatische Belastungsstörungen als erhöht bei unbegleiteten Minderjährigen ein. Hinsichtlich der körperlichen Probleme sind Zahnprobleme, Infektionskrankheiten, Augenbeschwerden, Magen-Darm-Erkrankungen und Hautprobleme relevant. Ein schlechter körperlicher Zustand bei Ankunft in den</p>

Studie	Ziel / Fragestellung der Studie	Design	Hauptergebnisse / Schlussfolgerung der Studie
	Flüchtlingen sowie Experteninterviews in zwei Clearingstellen in Bielefeld		Clearingstellen wird für weibliche unbegleitete Minderjährige angegeben. Als wesentliche Einflussfaktoren auf die Gesundheit wurde der unsichere rechtliche Status, die Wohnsituation, der Prozess des Erwachsenwerdens, die Loslösung von der Familie sowie das Geschlecht identifiziert.
Stotz et al.	Die Studie zielt auf eine Untersuchung von Gefühlen der Schuld und Scham bei minderjährigen Flüchtlingen ab, um deren Auswirkungen als Stressor auf die Entstehung von PTBS zu identifizieren.	Interview	Gefühle der Scham und Schuld sowie Symptome einer Traumafolgestörung stehen in signifikantem Zusammenhang mit der Anzahl der erlebten traumatischen Ereignisse. Ein positiver Zusammenhang zwischen dem mehrfachen ausgesetzt sein von definierten Traumata und der Entwicklung einer pathologischen Scham, konnten nachgewiesen werden. Posttraumatische Schuld und Scham korrelieren zudem gleichermaßen mit der Schwere einer diagnostizierten PTBS.
Wennr et al.	Trotz der Annahme das anhand von Selektionseffekten während der Flucht, tendenziell gesündere Kinder in der BRD ankommen, wird dennoch davon ausgegangen, dass geflüchtete Kinder während der Flucht erheblichen Belastungen ausgesetzt sind, die zu einem schlechteren psychischen und physischen Gesundheitsstatus beitragen. Aus diesem Grund ist ein Vergleich der Gesundheit von geflüchteten Kindern mit ungesichertem Aufenthaltsstatus mit der Gesundheit von nicht-geflüchteten Kindern mit und ohne Migrationshintergrund das Ziel der Analyse.	Vergleichende Analyse	Von den 17.245 untersuchten Kindern, haben 1,1 % (197) einen unsicheren Aufenthaltsstatus. Nach Adjustierung für Alter und Geschlecht, besteht zwischen den Outcomes „Subjektive Gesundheit“ (OR = 3,12), „SDQ-Score“ (OR = 1,83), „Impfstatus“ (OR = 2,0) und „Inanspruchnahme von Notfallversorgung“ (OR = 2,28) und dem Aufenthaltsstatus ein signifikanter Unterschied. Bei weiterer Adjustierung nach dem sozialen- und Migrationsstatus besteht zwischen dem Aufenthaltsstatus ausschließlich in der „Inanspruchnahme von Notfallversorgung“ (OR = 2,53) ein signifikanter Unterschied. Dies könnte auf einen erschwerten Zugang Asylsuchender zur regulär ambulanten Versorgung hindeuten und bedarf daher weiterer Analysen. Im Ergebnis wird festgehalten, dass eine schlechtere subjektive Gesundheit vielmehr mit dem niedrigen sozialen Status und dem Migrationshintergrund in Zusammenhang stehen, als mit dem Aufenthaltsstatus.

3.11. Diskussion

3.11.1. Einordnung der Ergebnisse

Zur Einordnung der Ergebnisse der Primärdatenerhebung werden Studienergebnisse, welche zum einen im Rahmen des systematischen Literaturreviews als relevant identifiziert wurden, und zum anderem Studienergebnisse einer informellen Literaturrecherche herangezogen.

Es wird sich bei der Einordnung exemplarisch auf die Bereiche der Infektionserkrankungen und psychischen Belastungen fokussiert.

3.11.1.1. Somatische Erkrankungen

Die Recherche ergibt, dass sich vier der neun Studien, die sich auf Infektionserkrankungen von Geflüchteten beziehen, Ergebnisse zur **Tuberkulose** beinhalten. In der von Kühne und Gilsdorf (Kuhne und Gilsdorf 2016) durchgeführten Studie, in welcher Ausbrüche in Gemeinschaftsunterkünften analysiert wurden, kommen die Autoren zu dem Ergebnis, dass 3 % der insgesamt 615 identifizierten Krankheitsfällen auf Tuberkulose zurückzuführen sind. Tuberkulose nimmt hier im Vergleich zu anderen in der Studie aufgeführten Infektionserkrankungen eine eher untergeordnete Rolle ein. Bozorgmehr et al. (Bozorgmehr et al. 2016) kommen im Rahmen eines systematischen Reviews zu dem Ergebnis, dass die Ausbeute des Screenings auf aktive Tuberkulose bei Asylsuchenden in Deutschland zwischen 0,72 und 6,41 pro 1.000 Asylsuchende variiert. Insgesamt ergibt sich eine Ausbeute von 3,47 pro 1.000 Asylsuchende. Weinrich et al. (Weinrich et al. 2017) kommen im Rahmen ihrer Querschnittsstudie zu dem Ergebnis, dass die Prävalenz der Lungentuberkulose in der Studienpopulation bei 0,103 % liegt. Meier et al. (Meier et al. 2016) zeigen in der prospektiven Studie auf, dass bei 1,155 % der Studienpopulation ein Verdacht auf eine Tuberkulose vorliegt. Zudem zeigt eine herkunftslandspezifische Analyse, dass die Prävalenz der Studienteilnehmer aus Eritrea im Vergleich zu Teilnehmern aus Syrien, Afghanistan, Irak und dem Iran höher liegt.

Im Rahmen der eigens durchgeführten Primärdatenerhebung, in welcher die Studienteilnehmer selbst Angaben zu ihrem Gesundheitszustand machen, zeigt sich eine relative Häufigkeit der Tuberkulose von 0,3 % für die in den Unterkünften befragten Menschen. Die Lebenszeitprävalenz für postalisch befragte Studienteilnehmer aus den Ländern Eritrea, Irak und Syrien zeigt eine Angabe von 5,1 %, die 12-Monats-Prävalenz beträgt 4,3 %. Die Unterschiede zwischen den Befragungen in den Unterkünften und der postalischen Befragung könnten auf das Design des Fragebogens und der Frage selbst zurückzuführen sein. Während die Tuberkulose im Rahmen der Unterkunftsbefragung als Filterfrage angezeigt wird, sofern Studienteilnehmer generell angeben, an einer infektiösen oder parasitären Erkrankung zu leiden, wird in dem papierbasierten Fragebogen der postalischen Erhebung direkt differenziert

nach ausgewählten Infektionserkrankungen gefragt, darunter Tuberkulose. Für Kinder und Jugendliche ergibt sich eine Lebenszeitprävalenz von 0,83 % nach Angaben der Eltern. Im Kontext der Studienergebnisse kann festgehalten werden, dass die Häufigkeit der Angabe von Tuberkulose in der postalischen Befragung generell höher liegt als es die Ergebnisse anderer Studien aufweisen. Die Angaben aus den Unterkünften können in die in den Studien angegebenen Intervalle eingeordnet werden. Der Vergleich der Ergebnisse obliegt dennoch differenter methodischer Vorgehensweisen. Hier ist zu beachten, dass es sich in der vorliegenden Studie um Selbstangaben und keine gestellten Diagnosen handelt.

Eine weitere identifizierte Studie von Jablonka et al. im Bereich der Infektionserkrankungen untersucht die Häufigkeit der **HAV**-Antikörper bei Flüchtlingen und Asylbewerbern in einer Aufnahmeeinrichtung im Jahr 2015. Die Forschergruppe testet die gesamte Studienpopulation (n = 249) positiv auf HAV-Antikörper. Bei 89,2 % der Teilnehmer liegt ein hoher Anti-HAV-Titer vor. Die in dem systematischen Literaturreview von Bozorgmehr et al. aufgenommene Studie von Mohammadzadeh (Mohammadzadeh et al. 2016) wird eine Inzidenzrate der Hepatitis-Erkrankung von 0,650 % konstatiert.

Im Rahmen der Primärdatenerhebung wird das Vorliegen von Hepatitis A nicht vorgenommen. Stattdessen wird sich auf Hepatitis B, C und E fokussiert. Kein in den Unterkünften Befragter gibt an, an einer der genannten Hepatitis-Formen erkrankt zu sein. 3,6 % der postalischen Teilnehmer aus Eritrea geben an, an Hepatitis B beziehungsweise C erkrankt zu sein, 3,7 % der genannten Gruppe gibt an, dass jemals Hepatitis E diagnostiziert wurde. Für Kinder und Jugendliche ergibt sich eine Lebenszeitprävalenz von Hepatitis (undifferenziert) von 0,83 % nach den Angaben der Eltern.

Kühne und Gilsdorf (Kuhne und Gilsdorf 2016) konstatieren in ihrer bereits oben genannten Untersuchung zudem, dass 19 % der inkludierten Krankheitsfälle auf **Skabies** entfallen. In der Gesamtstudie, welche Ausbrüche analysiert, tritt Skabies demnach als dritt häufigste Erkrankung nach Windpocken und Masern auf. Im Rahmen der postalischen Befragung ergibt sich in der Bildung der Rangfolge der abgefragten Erkrankungen nach der Häufigkeit der vierte Rang von Skabies (4,6 %). Allerdings sei an dieser Stelle vermerkt, dass in der Rangfolge neben infektiösen und parasitären Erkrankungen ebenso chronische Erkrankungen erfasst werden. Im Vergleich der Häufigkeit lediglich unter den Infektionserkrankungen tritt Skabies als häufigste infektiöse beziehungsweise parasitäre Erkrankung auf. Die Befragung von Eltern ergibt, dass die Lebenszeitprävalenz von 5,41 % für Kinder und Jugendliche besteht. Diese liegt damit um einen geringen Anteil höher als es die Befragung der Erwachsenen ergibt. Skabies wird von den Eltern als zweithäufigste Erkrankung der Kinder und Jugendlichen angegeben. Lediglich das Herpesvirus wird häufiger angegeben.

Ferner kommen Kühne und Gilsdorf (Kuhne und Gilsdorf 2016) zu dem Ergebnis, dass 4 % der Krankheitsfälle in ihrer Untersuchung auf **Salmonellose** entfallen. In der Morbiditätsstudie werden Eltern hinsichtlich der Salmonellose von ihren Kindern und Jugendlichen befragt. Hier zeigt sich eine relative Häufigkeit von 0,83 %. Aufgrund methodischer Differenzen können die beiden Werte nicht direkt miteinander verglichen werden. Da Kühne und Gilsdorf Krankheitsfälle untersucht und die Verteilung der Erkrankungen während der Ausbrüche analysiert, werden in der vorliegenden Studie sowohl erkrankte als auch gesunde Menschen hinsichtlich des Vorhandenseins des jeweiligen Erkrankungsbildes befragt.

Erkrankungen, die besonders häufig in der vorliegenden Studie festgestellt werden, beziehen sich auf den **Gastrointestinaltrakt**. So zeigt sich für Erwachsene der Befragung in den Unterkünften eine 12-Monats-Prävalenz von 6,5 % und für postalisch Befragte von 6,3 %. Auch bei Kindern beläuft sich das Auftreten von Durchfall oder Magen-Darm-Infektionen auf 18,6 %. Es sei an dieser Stelle angemerkt, dass insbesondere bei Erwachsenen keine Differenzierung hinsichtlich der Erkrankungsbilder vorgenommen werden können. Auch kann nicht festgestellt werden, ob es sich um akute oder chronische Beschwerden handelt. Die zusätzliche Auswertung der starken Beeinträchtigungen durch Verstopfung, nervösen Darm oder Durchfall lässt eine Häufigkeit von 5,5 % erkennen. 6,9 % geben an, sich aufgrund von Bauchschmerzen stark beeinträchtigt zu fühlen und 7,8 % fühlen sich aufgrund von Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden stark beeinträchtigt. Die Abfrage bezieht sich auf die vergangenen vier Wochen, sodass davon auszugehen ist, dass eher eine Tendenz hinsichtlich akuter als chronischer Beschwerden besteht.

Im Rahmen der Auswertung von Ausbrüchen in Gemeinschaftsunterkünften können Kühne et al. feststellen, dass der Anteil der Krankheitsfälle zu 8 % auf eine Rotavirus-Gastroenteritis und zu 2 % auf eine Norovirus-Gastroenteritis entfallen (Kuhne und Gilsdorf 2016). Alberer et al. beschreiben, dass das Erkrankungsspektrum zu 10,2 % gastrointestinale Erkrankungsbilder umfasst.

Hinsichtlich der **Zahngesundheit** bei Geflüchteten sind kaum Studienergebnisse verfügbar. Markquardt et al. kommen zu dem Ergebnis, dass bei 20,6 % der Jugendlichen Probleme bestehen (Markquardt et al. 2016). In der vorliegenden Studie geben 21,7 % der Jugendlichen an, Zahnschmerz zu haben. Somit kann keine große Abweichung zu dem bestehenden Ergebnis festgestellt werden.

3.11.1.2. Psychische Gesundheit

Wie die Übersicht der als relevant identifizierten Studien des systematischen Literaturreviews zeigt, sind die jüngst publizierten Literatur überwiegend qualitative Forschungsarbeiten.

Die 14 von Bozorgmehr et al. (Bozorgmehr et al. 2016) identifizierten quantitativen Studien, die Schätzungen oder Berechnungen der Prävalenzen beinhalten, konstatieren eine Prävalenz von 6,65 % bis 76,66 % für das Vorliegen **posttraumatischer Belastungsstörungen**. Die Studien basieren auf der Anwendung unterschiedlicher Instrumente zur Erfassung der PTBS und unterscheiden sich zudem hinsichtlich der Fallzahlen und des Alters der Studienpopulation. Bozorgmehr et al. kommen nach Analyse der Studien zu dem Ergebnis, dass die Prävalenzschätzer bei mindestens 22 % der institutionsbasierten Studien (Butollo et al. 2012; Niklewski et al. 2012; Kruse et al. 2009; Ruf-Leuschner et al. 2014; Sieberer et al. 2011; Brune et al. 2014; Lersner et al. 2008a; Lersner et al. 2008b) und bei 16 % in populationsbasierten Studien (Gäbel et al. 2006; Gavranidou et al. 2008; Ruf et al. 2010, Sabes-Figuera et al. 2012, 2012, 2012; Bogic et al. 2012) liegen. Für die Primärdatenerhebung von Erwachsenen ergibt sich bei Anwendung des PROTECT-Instrumentes eine relative Häufigkeit von 60,7 % Befragten, die eine mittlere oder hohe Wahrscheinlichkeit für eine PTBS aufweisen. Für die postalische Befragung zeigt sich eine deutlich geringere relative Häufigkeit von 18,6 %. Diese Ergebnisse zeigen somit die gleiche Tendenz der vorgestellten Studien auf. Die jugendlichen Teilnehmer der vorliegenden Studie zeigen zu 43,2 % einen starken Verdacht auf eine PTBS. PTBS bei Kindern untersuchten die Forschergruppe Ruf-Leuschner et al. (2014) und konstatieren, dass jedes fünfte Kind eines Asylsuchenden in Deutschland, die während der Jahre 2003 und 2004 in Gemeinschaftsunterkünften lebten, an einer PTBS litten. Somit liegen die Ergebnisse – im Speziellen der Kinder – auch im Bereich der angenommenen Prävalenzen der genannten Studien.

Auch Depressionen werden sowohl für Kinder und Jugendliche als auch für Erwachsene analysiert. Niklewski et al. zeigen unter 37,6 % Selbstzuweisern depressive/Angststörungen auf (Niklewski et al. 2012). Im Rahmen der Studie kann für Erwachsene, welche in den Unterkünften befragt wurden, eine relative Häufigkeit von 12,5 % der majoren Form der Depression festgestellt werden. Für postalisch Befragte zeigt sich eine relative Häufigkeit von 4,1 %.

Insgesamt ist festzustellen, dass sich die Befragten in den Unterkünften mehr psychisch belastet fühlen als postalisch Befragte. Aufgrund des verhältnismäßig häufigeren Auftretens der PTBS bei Menschen in Unterkünften gilt es die Gründe dafür zu eruieren. Hier wäre ein möglicher Ansatz, die Fluchtgründe und mögliche traumatische Lebensereignisse zu untersuchen. Eine Metaanalyse von Metzner et al. kommt zu dem Ergebnis, dass die Anzahl der minderjährigen Geflüchteten, die eine körperliche Misshandlung haben mit ansehen müssen, zwischen 17,7 % und 46,3 % liegt. 14,4 % bis 70,8 % der geflüchteten Jugendlichen haben selbst Misshandlungen erfahren. Metzner et al. kommen daher zu dem Ergebnis, dass ein besonderer Bedarf der Behandlung von minderjährigen Geflüchteten im Hinblick auf Traumafolgestörungen besteht (Metzner et al. 2016). Es lässt sich annehmen, dass dies auch

für volljährige und erwachsene Geflüchtete gilt. Darüber hinaus gilt es zu diskutieren, ob der Aufenthaltsstatus ein möglicher Prädiktor sein könne. So kann zum Beispiel ein Zusammenhang zwischen dem unsicheren Aufenthaltsstatus (von Kinder) und einem schlechteren subjektiven Gesundheitszustand festgestellt werden (Wenner et al. 2016). Dies könnte sich auch auf das psychische Wohlbefinden auswirken.

3.11.2. Weitere Datenquellen

Zur Sicherung der Ergebnisqualität und Einordnung der Ergebnisse in den Gesamtkontext der verfügbaren Daten zum Erkrankungsspektrum Geflüchteter in Deutschland dienen noch nicht veröffentlichte, vorläufige Ergebnisse des RKI und der Charité Universitätsmedizin. Diese Ergebnisse beruhen auf einer Sekundärdatenanalyse zur Deskription demographischer Charakteristika und des Erkrankungsspektrums Asylsuchender in Berlin. Insbesondere sollten damit Erkrankungsschwerpunkte und Risikogruppen identifiziert werden. Hierzu wurden Daten im Rahmen eines niederschweligen Versorgungsangebotes für Asylsuchende durch die Charité in zwei großen Notunterkünften im Zeitraum von September 2015 bis Februar 2016 erhoben. Zur Dokumentation der Daten wurde ein standardisierter Anamnesebogen erstellt, der von den Ärzten handschriftlich ausgefüllt wurde. Neben der Erfassung demographischer Daten wurde sich auf die Dokumentation der Diagnosen und Nebendiagnosen der Geflüchteten fokussiert. Diese wurden im darauffolgenden Schritt digitalisiert und in ICD-10-Kodierungen überführt. Es konnten insgesamt 5.398 Patientenbögen (entspricht der Anzahl der Konsultationen) in die Analyse inkludiert werden, darunter fielen 3.705 Konsultationen durch Menschen aus den auch in dieser Studie ausgewählten fünf Herkunftsländern. 48 % der Konsultationen durch Menschen aus den fünf Herkunftsländern erfolgten durch Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren.

Die Gründe für die Konsultationen durch die Geflüchteten in den Notunterkünften konnten in sieben Kategorien eingeteilt werden. Es zeigt sich für die Auswahl der Länder Afghanistan, Eritrea, Irak, Iran und Syrien die folgende Verteilung.

Tabelle 58: Arztkonsultationen von Geflüchteten in Berlin

Erkrankungsgruppe	Afghanistan	Eritrea	Irak	Iran	Syrien
Infektionserkrankungen	70 %	62 %	69 %	70 %	64 %
Nicht-infektiöse Erkrankungen	11 %	8 %	16 %	8 %	14 %
Verletzungen und Schmerzen	10 %	8 %	8 %	10 %	10 %
Gynäkologie (nicht-infektiös), Geburtshilfe	4 %	8 %	3 %	3 %	4 %
Zahnmedizinische Probleme	1 %	0	2 %	2 %	2 %
Psychische und Verhaltensstörungen	1 %	0	1 %	4 %	2 %
Anderes	3 %	0	1 %	3 %	5 %

Quelle: Vygen-Bonnet, Seidel 2017 (unveröffentlichte, vorläufige Ergebnisse)

Im Hinblick auf die diagnostizierten **Infektionserkrankungen** entfielen insgesamt 68 % der Konsultationen auf akute Infektionen der oberen Atemwege, 11 % auf Gastroenteritis und Kolitis (nicht näher bezeichnet). In 6 % der Konsultationen konnte eine akute Bronchitis diagnostiziert werden. Weitere diagnostizierte Infektionserkrankungen waren Parasitenbefall der Haut, Infektionen der Haut und Harnwegsinfektionen. Unter den **nicht-infektiösen Erkrankungen** traten insbesondere Krankheiten des Verdauungssystems (27 %) (Symptome, die das Verdauungssystem/Abdomen betreffen (12 %), sonstige funktionelle Darmstörungen (7 %)), chronische Krankheiten der unteren Atemwege (5 %), Fieber (5 %), sonstige Erkrankungen der Haut/Unterhaut (15 %) sowie Erkrankungen des Kreislaufsystems (12 %) und Diabetes (6 %) auf. Die Diagnosen der Kategorie „**Verletzungen und Schmerzen**“ umfassten insbesondere die Migräne/Kopfschmerzsyndrome (17 %), Rückenschmerzen (13 %), Rheumatismus (11 %), Krankheiten der Weichteilgewebe (10 %) sowie Verletzungen (z .B. der Schulter, Hand, Hüfte oder des Fußes) (10 %). Gynäkologische Konsultationen waren vorrangig auf Personen, die das Gesundheitswesen im Zusammenhang mit Problemen der Reproduktion in Anspruch nehmen (53 %), nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes (22 %) sowie sonstigen Krankheiten der Mutter, die vorwiegen mit einer Schwangerschaft verbunden sind (19 %) zurückzuführen. Arztkonsultation aufgrund **zahnmedizinischer Probleme** konnten differenziert werden nach sonstigen Krankheiten der Zähne beziehungsweise des Zahnhalteapparates (46 %), Krankheiten der Mundhöhle, der Speicheldrüsen und des Kiefers (32 %) sowie Zahnkaries (20 %).

3.12. Limitationen

Die Darlegung von Limitationen erfolgt weitgehend entlang des chronologischen Ablaufs des empirischen Forschungsprozesses und berücksichtigt einschlägige Kriterien wissenschaftlicher Qualität.

Limitationen bei der systematischen Literaturrecherche

Die eigene Literaturrecherche ergänzt eine bereits vorliegende Übersichtsarbeit im Hinblick auf aktuelle Publikationen und ist systematisch angelegt. Sie erfolgt durch Recherche in einschlägigen wissenschaftlichen Datenbanken anhand einer adäquaten Auswahl an Suchbegriffe. Allerdings konnte die abschließende Aufbereitung der Ergebnisse aufgrund zeitlicher und personeller Restriktionen erst nach der Konstruktion der eigenen Erhebungsinstrumente ausgeführt werden.

Einschränkungen bei der Konstruktvalidität und Abdeckung des Untersuchungsgegenstands

Grundsätzlich kann als limitierender Faktor angesehen werden, dass die Beurteilung der Morbidität nicht auf ärztlichen Diagnosen, sondern auf dem selbsteingeschätzten oder berichteten Gesundheitszustand basiert. Die Fragebogenkonstruktion orientiert sich so weit wie möglich an etablierten Instrumenten. Aus ihrer neuen Zusammenstellung und Ergänzung resultieren jedoch Gesamtfragebögen, die einer Überprüfung zu unterziehen sind. Aus forschungsökonomischen Gründen konnten diesbezüglich ausschließlich Experten-konsultationen und ein Pretest durchgeführt werden. Weiterhin erfasst das Befragungsinstrumentarium insbesondere chronische Erkrankungen. Dies ist im Hinblick auf die Fokussierung der mittel- und langfristigen Effekte in der Gesamtstudie zwar sinnvoll, dennoch ist bei den akuten Erkrankungen, die ebenso relevant für die Kapazitätsplanung sein können, die Dichte der Ergebnisse geringer. Chronische Erkrankungen werden bei Kindern und Jugendlichen lediglich in Form von Allergien abgefragt. Stattdessen wird sich stärker auf akute und infektiöse Erkrankungen sowie die Abfrage von Schmerzen fokussiert. Neben der Erfassung der Morbidität wird im Speziellen bei Kindern der besondere Versorgungsbedarf eruiert.

Um den Einschränkungen in der Aussagekraft der Daten, die auf einen Fokus auf chronische Erkrankungen und tendenzielle Nichterfassung Schwerkranker zurückgehen, entgegenzuwirken, erweist sich der Abgleich mit Daten des RKI beziehungsweise der Charité, die akute und sich tendenziell als deutlicher manifestierende Erkrankungen erfassen, als zielführend

Einschränkungen bei externer Validität und Repräsentativität

Wesentliche Limitation gehen auf die sich während der Vorbereitungs- und Datenerhebungsphase ändernde Grundgesamtheit der nach Deutschland geflüchteten Menschen sowie Änderungen in den Auswahlpopulationen, der in Asylbewerber- und Gemeinschaftsunterkünften lebenden Menschen und der sich schon längere Zeit in Deutschland aufhaltenden und nicht mehr in Unterkünften lebenden Menschen zurück.

Aufgrund der sich stark reduzierenden Anzahl der in Asylbewerberunterkünften Untergebrachten für die Befragung vor Ort war eine systematische Stichprobenziehung nicht zielführend und umsetzbar. Stattdessen erfolgt eine intensive Rekrutierung, die auf alle in diesen Unterkünften Lebenden, die eine der Sprachen, in denen die Fragebögen vorliegen, ausreichend beherrschen, abzielt. Dies führt dazu, dass sich die beschriebene Stichprobe im Vergleich zur deutschen Wohnbevölkerung hinsichtlich des Alters und der Geschlechterverteilung deutlich unterscheidet. Während sich die große Differenz im durchschnittlichen Alter einerseits durch die jüngere Population, andererseits jedoch auch durch die gezielt häufiger angeschriebenen Kinder und Jugendlichen erklärt, ist bei der Geschlechterverteilung davon auszugehen, dass sie der realen Verteilung entspricht. Für die Repräsentativität der Ergebnisse bedeutet dies, dass innerhalb der Gruppen (Kinder/Jugendliche und Erwachsene) repräsentative Ergebnisse erzielt werden, bei Gruppenvergleichen jedoch die Überrepräsentation von jungen Menschen berücksichtigt werden muss. Im Rahmen der Rekrutierung werden zwei Wege gewählt: Den einen Teil der Rekrutierung bilden dabei die Befragungen in den Asylbewerber- und Gemeinschaftsunterkünften, den anderen Teil die postalische Befragung. Diese sind nicht im Hinblick auf ihre Verteilung in der Grundgesamtheit gewichtet. Ein Über- oder Unterschätzen von fluchtbedingten Erkrankungen und Verletzungen, die in erstgenanntem Befragungskontext häufiger vorliegen, kann daher nicht ausgeschlossen werden.

Eine weitere Limitation geht mit dem Modus der Befragung einher. Eine schriftliche Konsultation bedeutet, dass Menschen mit eingeschränkter Lese- und/oder Schreibfähigkeit nicht oder kaum erfasst werden. Dies kann zu einer Unterrepräsentation von geflüchteten Menschen mit niedrigem Bildungsstand und geringem sozioökonomischen Status führen. Unter der Annahme, dass – wie in der deutschen Wohnbevölkerung nachgewiesen – ein niedriger sozioökonomischer Status mit einem erhöhten Risiko für bestimmte Erkrankungen verbunden ist, kann dies zu einer Unterschätzung der Morbidität geführt haben. Allerdings fehlen für eine gesicherte Aussage über den sozioökonomischen Status von Geflüchteten wissenschaftlich fundierte Studien.

Insbesondere bei der Befragung in den Unterkünften können schwerer Erkrankte nicht oder schlecht erfassbar sein, weil sie sich entweder nicht dort aufhalten oder nicht bereit beziehungsweise fähig sind an der Befragung teilzunehmen. So kann im Rahmen der Kontaktaufnahme zu den Regierungsbezirken konstatiert werden, dass zum Teil spezielle Unterkünfte für Menschen bestehen, die einer ständigen medizinischen Versorgung oder Pflege bedürfen. So halten sich teilweise Menschen mit schwereren Erkrankungen zum Teil nicht in den regulären Asylbewerberunterkünften auf. Zudem scheint es eine besondere Herausforderung diese spezielle Gruppe zum einen zu einer Befragung motivieren zu können.

Zum anderen findet auch in den speziellen Unterkünften eine Selektion derjenigen Studienteilnehmer statt, die aufgrund des Gesundheitszustandes fähig und willig sind, den Fragebogen auszufüllen. Auch in Studien, welche die Morbidität der deutschen Wohnbevölkerung erfassen und die Grundlage für den Abgleich mit den vorliegenden Ergebnissen für geflüchtete Menschen sind, sind schwer Erkrankte unterrepräsentiert. Die Vergleichbarkeit der jeweils erfassten Personen ist daher in dieser Hinsicht gegeben. Inwieweit sich die Morbidität der jeweils nicht erfassten Personen unterscheidet kann aus den vorliegenden Ergebnissen nicht abgeleitet werden.

Einschränkungen bei der Datenqualität

Zudem sind systematische Fehler durch die notwendige Restriktion bei der Übersetzung der Fragebögen nicht auszuschließen, insbesondere wenn die Zugehörigkeit zu verschiedenen Sprachgruppen mit unterschiedlicher Morbidität einhergeht. Für die Befragung in den Unterkünften ist darüber hinaus anzumerken, dass es in der Praxis nahezu unmöglich war, die Teilnehmenden dazu zu ermutigen, den Fragebogen eigenständig, in den von den Wissenschaftlern aufgestellten Wahlkabinen auszufüllen. Trotz mehrfachen Hinweises darauf, dass der Fragebogen aufgrund zum Teil sehr persönlicher Fragen ohne Einsicht anderer Familienmitglieder oder Bewohner ausgefüllt werden sollte, entschieden sich die Mehrzahl der Befragten dazu, den Fragebogen gemeinsam mit anderen Bewohnern auszufüllen. Somit ist insbesondere bei der Interpretation persönlicher und sensibler Fragestellungen darauf zu achten, dass die Ergebnisse Verzerrungen hinsichtlich der sozialen Erwünschtheit obliegen. Auch kann dies für die zum Teil geringe Anzahl gültiger Antworten verantwortlich sein.

Einschränkungen bei der Vergleichbarkeit und statistischen Validität

Der Abgleich der publizierten Ergebnisse für die deutsche Wohnbevölkerung mit den Ergebnissen für geflüchtete Menschen erfolgte nicht auf der Datenebene, sondern lediglich auf Metaebene. Grundsätzlich können die erhobenen Daten bzw. Ergebnisse für geflüchtete Menschen nicht inferenzstatistisch mit den publizierten Ergebnissen für die deutsche Wohnbevölkerung verglichen werden. Abweichungen hinsichtlich der Morbidität werden daher nur deskriptiv dargestellt. Dies impliziert, dass identifizierte Unterschiede statistisch nicht abgesichert sind. Entsprechende Einschränkung hinsichtlich der statistischen Validität gilt auch für Unterschiede zwischen geflüchteten Menschen aus unterschiedlichen Herkunftsländern, da diese aus forschungsökonomischen Gründen nicht einer umfassenden Signifikanzprüfung zugeführt werden.

3.13. Fazit

Werden die Angaben erwachsener Teilnehmer der postalischen Befragung mit denen der Unterkünfte verglichen fällt auf, dass die Teilnehmer der postalischen Befragung nach eigenen Angaben im Allgemeinen einen besseren Gesundheitszustand sowie niedrigere Prävalenzen haben als die Teilnehmer aus den Unterkünften. Diese Beobachtung gilt vor allem für psychische Erkrankungen. Beispielsweise liegt der Anteil der Syrer, die keine Anzeichen einer Posttraumatischen Belastungsstörung zeigen, unter den postalischen Befragten bei 80 %, während dieser in den Unterkünften nur bei 21 % liegt. Zum Vergleich können die Daten der deutschen Wohnbevölkerung herangezogen werden. Hier liegt der Anteil derjenigen, die keine Anzeichen für eine Belastungsstörung aufweisen bei 95 %. Für die Tendenzen zu einer Depression zeigt sich ein ähnliches Bild.

Ein Vergleich der Prävalenzen ausgewählter Erkrankungen im somatischen Bereich zeigt keine großen Unterschiede in der Krankheitslast zwischen Geflüchteten und der deutschen Wohnbevölkerung. Im Hinblick auf die psychische Belastung zeigt sich, dass die Prävalenzen eines Großteils abgefragter Belastungen bei den Teilnehmern der Studie höher sind als die der deutschen Wohnbevölkerung. Ein gegenteiliges Bild zeigt sich für den Alkoholkonsum, der im Rahmen des PHQ erfasst wird. Während 20,7 % der deutschen Wohnbevölkerung angeben nie Alkohol zu trinken, 53,0 % moderat Alkohol konsumieren und 26,3 % einen riskanten Alkoholkonsum aufweisen, antworten 74,6 % der Befragten aus den fünf fokussierten Herkunftsländern auf die Frage, ob sie jemals Alkohol tranken (inkl. Wein oder Bier) mit „Nein“. Dabei ist anzumerken, dass die Prävalenz für die Altersklasse von 18-29 Jahren und männlicher Befragter mit 41,7 % über dem Durchschnittswert von 26,3 % liegt (Robert Koch-Institut 2014c). Die Auswertung des AUDIT-C ergibt für die Kinder und Jugendlichen, dass in der gesamten Stichprobe nur 2 Personen Werte angeben, die dem Risiko für eine alkoholbezogene Störung entsprechen und nur eine Person einen riskanten Alkoholkonsum betreibt (n = 54). Im Vergleich dazu liegt, die in der KiGGS-Studie erhobene Verbreitung des Alkoholkonsums bei den 14-17-Jährigen der deutschen Wohnbevölkerung mit 27,9 % deutlich höher (Robert Koch-Institut 2014a).

Insgesamt wird festgestellt, dass insbesondere in jüngster Vergangenheit Studien zum Thema Gesundheit von Geflüchteten publiziert werden. Jedoch ist bei einer genaueren Analyse ersichtlich, dass sich eine Großzahl der Studien mit der Gesundheitsversorgung im Allgemeinen und dem Zugang zur Versorgung im Speziellen beschäftigen. Quantitative Studien, die den Gesundheitszustand von Geflüchteten erfassen, bestehen jedoch deutlich seltener. Insbesondere Angaben zu epidemiologischen Kennzahlen wie Prävalenzen bestehen kaum. Grund dafür könnte auch sein, dass es keinen zentralen Zugang zu Morbiditätsdaten von Geflüchteten beziehungsweise von Menschen mit Fluchterfahrung gibt. So können beispielsweise Daten der Krankenkassen nicht differenziert nach dem

Aufenthaltsstatus analysiert werden. Eine weitere Erklärung für die fehlende Datengrundlage könnte die aufwändigen und zahlreichen Übersetzungen sein. Durch die enorme Heterogenität der Gruppe sind sehr große Stichproben notwendig, um einen umfassenden Vergleich zu ermöglichen. Alternativ kann sich nur auf eine einzelne nach bestimmten Merkmalen definierte Gruppe fokussiert werden. Hierzu werden in der Regel qualitative Forschungsmethoden verwandt. Dies bedeutet limitierend, dass vor allem repräsentative Daten an dieser Stelle fehlen. An dieser Stelle kann die Morbiditätsstudie ihren Beitrag leisten, diese Lücke in der Forschungslandschaft zu schließen. Dennoch bleibt auch aufgrund der Variabilität der Grundgesamtheit weitere Forschung notwendig.

4. Ermittlung der Zusätzlichen Kapazitäten und Kompetenzen

Kapitel 4 beschreibt die Auswirkungen des Zustroms von Asylbewerbern und Geflüchteten auf die vorhandenen Kapazitäten und Kompetenzen im Bereich der medizinischen Versorgung in Bayern basierend auf der Zuzugsprognose aus Kapitel 2 bis zum Jahr 2022. Sofern nicht explizit anders dargestellt, beziehen sich die Ergebnisse zur Vereinfachung der Darstellung immer nur auf das Jahr 2022 und reflektieren den bis dahin je nach Szenario erfolgten aggregierten Zuzug. Nachfolgend wird zuerst der ambulante sowie stationäre Sektor der somatischen Versorgung behandelt, bevor die Auswirkungen auf den ambulanten sowie stationären Sektor der psychischen Versorgung dargestellt werden. Daran anschließend werden die Bereiche des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, Arzneimittel sowie Heil- und Hilfsmittel dargestellt. Abgeschlossen wird das Kapitel durch die Kalkulation der voraussichtlich zusätzlich entstehenden Kosten für die Haushalte des Freistaates Bayern.

4.1. Ambulante somatische Versorgung

4.1.1. Verwendete Methodik

4.1.1.1. Berechnung der Versorgungsgrade

Hintergrund

Die Kennzahlen der ambulanten medizinischen Versorgung in Bayern basieren auf dem Bedarfsplan der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB)³¹. Der Bedarfsplan stellt den Stand der vertragsärztlichen Versorgung, ausgedrückt in Versorgungsgraden für die jeweilige Planungsregion, dar. Der Bedarfsplan dient unter anderem als Grundlage für die Entscheidungen des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen und auch als Ausgangspunkt für Sicherstellungsmaßnahmen.

Die Planungsregionen weichen je nach Art der ärztlichen Versorgung voneinander ab. Für die hausärztliche Versorgung sind Mittelbereiche³², für die allgemeine fachärztliche Versorgung Kreise bzw. Kreisregionen, für die spezialisierte fachärztliche Versorgung Raumordnungsregionen und für die gesonderte fachärztliche Versorgung die KV-Region die

³¹ Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns ist verantwortlich für die bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung der gesetzlich Versicherten in Bayern und verfolgt das Ziel, die Bevölkerung wohnortnah, ausreichend, zweckmäßig und unter Berücksichtigung einer wirtschaftlichen Behandlungs- und Verordnungsweise zu versorgen. Zu diesem Zweck erstellt die KVB im Einvernehmen mit den Krankenkassen, als Partner in der gemeinsamen Selbstverwaltung, gemäß § 99 SGB V, den Bedarfsplan für Bayern.

³² Die Grundlagen der Mittelbereiche bilden die Abgrenzungen des Bundesinstituts für Bau, Stadt- und Raumforschung (BBSR) und sind in § 11 (3) der Richtlinie zur Bedarfsplanung des G-BA geregelt. Jedoch wurde in Bayern vielfältig von der Möglichkeit der Festsetzung regionaler Abweichungen nach § 99 Abs. 1 Satz 3 SGB V Gebrauch gemacht. Deswegen werden die Planungsregionen der hausärztlichen Versorgung im weiteren Verlauf als hausärztliche Planungsbereiche und nicht als Mittelbereiche bezeichnet.

relevante Planungsgröße. Tabelle 59 weist die relevanten Planungsgrößen für die jeweilige Art der Versorgung sowie die beteiligten Facharztgruppen aus.³³ Diese Angaben beziehen sich auf den Stand des 25.08.2016, da dies zum Zeitpunkt der durchgeführten Berechnungen dem aktuellen Stand der verfügbaren Planungsblätter entspricht.³⁴

Tabelle 59: Übersicht der vertragsärztlichen ambulanten medizinischen Versorgung

Hausärztliche Versorgung	Fachärztliche Versorgung		
	Allgemeine fachärztliche Versorgung	Spezialisierte fachärztliche Versorgung	Gesonderte fachärztliche Versorgung
199 hausärztliche Planungsbereiche	79 Kreise	18 Raumordnungsregionen	1 KV-Region
Hausärzte	Kinder- und Jugendärzte Augenärzte Chirurgen Frauenärzte HNO-Ärzte Hautärzte Nervenärzte Orthopäden Urologen (Psychotherapeuten)	Anästhesisten Radiologen Fachinternisten (Kinder- und Jugendpsychiater)	Physikalische- und Reha-Mediziner Nuklearmediziner Strahlentherapeuten Neurochirurgen Humangenetiker Laborärzte Pathologen Transfusionsmediziner

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an KVB (2017a)

Für jede Facharztgruppe und jeden Planungsbereich wird in der Bedarfsplanung über die sogenannte allgemeine Verhältniszahl das Soll-Verhältnis zwischen Ärzten und Einwohnern definiert. Diese Verhältniszahl legt fest, für wie viele Einwohner ein Arzt der jeweiligen Arztgruppe vorhanden sein soll.³⁵ Ist dieses Verhältnis genau erfüllt, liegt der sogenannte Versorgungsgrad bei 100 %. Erreicht oder übersteigt der Versorgungsgrad 110 % spricht man von einer Überversorgung.³⁶ Liegt der festgestellte Versorgungsgrad unter 110 %, stellt der Landesausschuss fest, wie viele Zulassungsmöglichkeiten für die betreffende Arztgruppe in dem jeweiligen Planungsbereich bestehen. Ab einem Versorgungsgrad von weniger als 75 % im Bereich der hausärztlichen Versorgung bzw. ab einem Versorgungsgrad von weniger als 50 % für die Arztgruppen der allgemeinen / spezialisierten und gesonderten fachärztlichen Versorgung in einem Planungsbereich spricht man von einer Unterversorgung (KVB 2016, S. 6; G-BA 2015 §§ 17-35).³⁷ Die sogenannten Planungsblätter der KVB dokumentieren den

³³ Facharztgruppen der psychischen Versorgung (Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychiater) sind in Klammern dargestellt, da diese Facharztgruppen gesondert in Kapitel 4.3 und 4.4 behandelt werden

³⁴ Zum 22.05.17 existieren in Bayern nicht mehr 199, sondern 204 hausärztliche Planungsbereiche.

³⁵ Die Allgemeinen Verhältniszahlen werden mit einem Demografiefaktor, bestehend aus Altersfaktoren und einem Leistungsbedarfsfaktor, modifiziert. Die Altersfaktoren sind die Anteile der unter 65-Jährigen bzw. 65-Jährigen und älteren Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung in Prozent. Der Leistungsbedarfsfaktor wird auf der Basis der Abrechnungsstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für fünf Jahre berechnet. Die Modifikation erfolgt planungsbereichsbezogen durch Multiplikation der Allgemeinen Verhältniszahl mit dem Demografiefaktor (vgl. G-BA 2016, § 9).

³⁶ In diesem Fall hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen gemäß § 103, Absatz 1, Satz 1 bis 2 SGB V Überversorgung festzustellen und Zulassungsbeschränkungen anzuordnen. Darüber hinaus trifft der Landesausschuss eine Feststellung, wenn der Versorgungsgrad die Marke von 140 % erreicht oder überschreitet.

³⁷ Für die Feststellung von Unterversorgung, für die Feststellung von Überversorgung sowie für alle damit in Zusammenhang stehenden Beschlüsse finden ermächtigte Einrichtungen keine Berücksichtigung.

Stand der vertragsärztlichen Versorgung und bilden die Datenbasis für die durchgeführten Berechnungen.

Berechnung

Zur Berechnung der Versorgungsgrade werden die Planungsblätter der KVB (Stand: 25.08.2016) verwendet. Diese beinhalten die Einwohnerzahlen des Bayerischen Landesamts für Statistik zum Stand des 31.12.2015 für die jeweilige Planungsregion und weisen die entsprechenden Versorgungsgrade für die jeweiligen Facharztgruppen in den jeweiligen Planungsregionen aus. Basierend auf diesen Planungsblättern werden die Kopfzahlen der Zuzugsanalyse, entsprechend der vier verwendeten Szenarien, den Einwohnerzahlen auf Kreisebene aufaddiert. Im Ergebnis weisen diese Berechnungen die prognostizierten Versorgungsgrade für die jeweilige Facharztgruppe in der jeweiligen Planungsregion für das Jahr 2022 zum Stichtag des 30. September aus.

Tabelle 60: Auszug zu den Berechnungen der sich neu ergebenden Versorgungsgrade

KV-Gebiet	Bayerns					Arztgruppe										Hausärzte			
	Datum					Kriterien für die Zuordnung zu dieser Arztgruppe[1] (z. B. BPI-RiLi, WBO, Abrechnung etc.)													
1	3	3.1	3.2	3.3	3.4	4	5	6	7	8	9	10	11	11a	11.1	11.2	11.3	11.4	
Name des Planungsbereichs (Mittelbereiche)	EW im Planungsbereich Stand: 31.12.2015	EW im Planungsbereich im Jahr 2022 Szenario 1	EW im Planungsbereich im Jahr 2022 Szenario 2	EW im Planungsbereich im Jahr 2022 Szenario 3	EW im Planungsbereich im Jahr 2022 Kontrollenszenario	Verhältniszahl im Planungsbereich	Verhältniszahl angepasst [2]	Zahl der Vertragsärzte im Planungsbereich	Zahl der angestellten Ärzte im Planungsbereich	Zahl der ermächtigen Ärzte im Planungsbereich	Zahl der ermächtigen Ärzte im Planungsbereich der Bedarfsplanung zählen	Gesamtzahl Ärzte (5+7+6+6)	Dahinter: Ärzte in Berufsausbildungs-gemeinschaften	Versorgungsgrad (3a) mit ermächtigen Ärzten und Einrichtungen		Versorgungsgrad (1b) ohne ermächtigen Ärzte und Einrichtungen		Versorgungsgrad im Jahr 2022	
														11.1	11.2	11.3	11.4	11.1	11.2
München	2.038.026	2.096.735	2.110.071	2.212.307	2.083.252	1.671	1.705	1.211,75	175,55	0,00	1.387,30	425,15	116,1	116,1	112,8%	112,1%	106,9%	113,6%	
Eichstätt	37.617	38.795	39.346	43.566	38.239	1.671	1.730	18,00	3,00	0,00	21,00	6,00	96,6	96,6	93,7%	92,4%	83,4%	95,0%	
Bad Wörishofen	30.140	30.639	30.855	32.511	30.421	1.671	1.557	21,50	0,50	0,00	22,00	9,00	113,6	113,6	111,8%	111,0%	105,3%	112,6%	
Memmingen Süd	86.064	88.380	89.151	95.065	87.600	1.671	1.667	47,00	3,25	0,00	50,25	15,50	97,3	97,3	94,8%	94,0%	88,1%	95,6%	
Memmingen Nord	29.540	30.029	30.241	31.864	29.815	1.671	1.735	16,50	2,00	0,00	18,50	11,50	108,6	108,6	106,9%	106,1%	100,7%	107,8%	
Kaufbeuren	85.294	87.411	88.182	94.100	86.830	1.671	1.671	50,15	11,25	0,00	61,40	32,00	120,3	120,3	117,4%	118,3%	109,0%	118,4%	
Marktoberdorf	46.511	47.285	47.557	49.645	47.009	1.671	1.675	26,00	5,50	0,00	31,50	15,50	113,4	113,4	111,6%	110,9%	106,3%	112,2%	
Kempen (Allgäu)	134.384	137.549	138.683	147.380	136.402	1.671	1.857	74,00	14,75	0,00	88,75	26,00	109,4	109,4	106,9%	106,1%	99,8%	107,8%	
Füssen	48.635	49.444	49.729	51.913	49.156	1.671	1.636	33,00	3,50	0,00	36,50	15,50	122,8	122,8	120,8%	120,1%	115,0%	121,5%	
Lindenberg (Allgäu)	39.530	40.396	40.717	43.174	40.072	1.671	1.675	20,50	4,25	0,00	24,75	15,50	104,9	104,9	102,6%	101,8%	96,0%	103,5%	
Lindau (Bodensee)	40.899	41.795	42.127	44.669	41.460	1.671	1.599	34,00	2,00	0,00	36,00	11,00	140,7	140,7	137,7%	136,6%	128,9%	138,8%	
Immenstadt im Allgäu/Sonthofen	68.068	69.397	69.922	73.951	68.865	1.671	1.616	45,00	4,50	0,00	49,50	18,50	117,5	117,5	115,2%	114,4%	108,1%	116,1%	
Oberstdorf	17.167	17.502	17.635	18.651	17.368	1.671	1.583	19,00	0,00	0,00	19,00	10,00	175,2	175,2	171,8%	170,5%	161,3%	173,2%	
Durchschnitt													113,5	113,5	111,6%	111,0%	106,2%	112,3%	

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 60 zeigt schematisch das Vorgehen der neu berechneten Versorgungsgrade anhand eines Auszugs aus den verwendeten Planungsblättern. Ausgehend von den Einwohnerzahlen in der jeweiligen Planungsregion zum Stichtag des 31.12.2015 werden, je nach Szenario, die entsprechende Anzahl der zuziehenden Personen den jeweiligen Planungsregionen aufaddiert und daraus die neuen Versorgungsgrade berechnet. Farbig hervorgehoben sind die veränderten Einwohnerzahlen in der jeweiligen Planungsregion sowie die veränderten Versorgungsgrade für das jeweilige Szenario im Jahr 2022.

Bei dieser Berechnung ergibt sich eine gewisse Ungenauigkeit, da die Einwohner- bzw. Verhältniszahlen der deutschen Wohnbevölkerung durch den sogenannten Demografiefaktor angepasst sind (angepasste Verhältniszahlen). Die vorliegenden Daten der geschätzten zuziehenden Population auf Kreisebene ermöglichen jedoch keine Berechnung der Altersfaktoren auf Ebene der einzelnen Planungsregionen. Ferner ist nicht absehbar, ob sich

eine Veränderung der Population des jeweiligen Planungsbereichs auf den Leistungsbedarfsfaktor auswirkt. Aufgrund der ohnehin mit Unsicherheit verbundenen Schätzung wird angenommen, dass die Auswirkungen dieser Ungenauigkeit für die quantitativen Berechnungen in Kapitel 4.1.1.1 eine zu vernachlässigende Rolle im Bereich der somatischen Versorgung spielen. Kapitel 4.1.1.2 (Validierung der Ergebnisse) greift diese Ungenauigkeiten auf und validiert die prognostizierten Ergebnisse anhand von Experteneinschätzungen, welche aus insgesamt 20 semistrukturierten Leitfadeninterviews mit verschiedenen Stakeholdern gewonnen werden.

Die neu berechneten Versorgungsgrade werden abschließend übersichtlich grafisch aufbereitet entweder in Tabellenform oder als geografisch auf Kreisebene unterteilte Landkarten dargestellt. Dies erlaubt einen schnellen und umfassenden Überblick über die sich ergebenden Auswirkungen und den sich daraus ableitenden Handlungsbedarf für die jeweiligen Facharztgruppen und Planungsregionen.

4.1.1.2. Validierung der Ergebnisse anhand von Experteninterviews

Hintergrund

Zur Validierung der Ergebnisse im ambulanten und stationären Bereich der somatischen Versorgung sowie zur Einschätzung der Kapazitäten und Kompetenzen in den Bereichen der Heil- und Hilfsmittel sowie Arzneimittel und Impfstoffe werden 20 semistrukturierte Leitfadeninterviews mit Experten aus verschiedenen Bereichen geführt, um ein möglichst umfassendes Bild der Realität abbilden zu können. Diese Experten setzen sich aus folgenden Bereichen zusammen: ambulante medizinische Leistungserbringer bzw. Mitglieder von Ärztenetzen, stationäre Leistungserbringer, Vertreter von Verbänden stationärer sowie ambulanter Verbände, Vertreter von Krankenkassen, Vertreter von Regierungsinstitutionen, Sozialarbeiter, Apotheker und Wissenschaftler. Insgesamt werden 44 Personen, Verbände oder Institutionen kontaktiert, wovon 22 Personen einem Interview zugesagt haben. Davon entfallen zwei Interviews kurzfristig, die aufgrund des engen Zeitplans nicht wiederholt werden können. Die Interviews nehmen im Schnitt etwa eine halbe Stunde in Anspruch, wobei das kürzeste Interview 17 Minuten und das Längste 1 Stunde und 18 Minuten umfasst.

Methodisches Vorgehen

Das grundsätzliche methodische Vorgehen der semistrukturierten Leitfadeninterviews ist Tabelle 61 zu entnehmen und gliedert sich in sieben Arbeitsschritte.

Tabelle 61: Methodisches Vorgehen der semistrukturierten Leitfadeninterviews

Methodisches Vorgehen bei den qualitativen Interviews
--

Konzeption der semistrukturierten Interviews und Pretests	(1) Erstellung der Basisinformationen
	(2) Durchführung des Pretests
	(3) Auswertung des Pretests, ggf. Modifikationen
Datenerhebung	(4) Durchführung der Interviews (5) Verbatim Transkription
Ergebnisse	(6) Datenauswertung: Inhaltsanalyse per MaxQDA
	(7) Zusammenfassung und Aufbereitung der Ergebnisse

Quelle: Eigene Darstellung

Der unter Schritt (1) konzipierte Leitfaden wird im Verlauf der weiteren Bearbeitung durch einzelne weitere Rückfragen ergänzt und kann Anhang 18.1 entnommen werden. Der Leitfaden lässt sich grundsätzlich in die beiden Bereiche der Basisinformation des Forschungsprojekts sowie der Zielsetzung des Interviews und in die Fragenblöcke, die den Hauptbestandteil der Interviews repräsentieren, gliedern. Aufgrund des engen Zeitplans werden die Pre-Tests (2) mit zwei Mitarbeitern des Instituts für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften (IMG) der Universität Bayreuth durchgeführt. Im Zuge dieser Pre-Tests werden der Informationsteil zu Beginn des Interviews gekürzt sowie Formulierungen der Fragen angepasst und inhaltlich ergänzt (3). Die Durchführung der Interviews erfolgt telefonisch und wird mit Hilfe eines Digital Voice Recorders aufgezeichnet (4). Die anschließende Transkription erfolgt unter Verwendung der Software f4 und findet auf verbatim Basis statt (5). Die Codierung sowie Auswertung der Transkripte wird mittels der Software MaxQDA vorgenommen und folgt den Vorgaben der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring (6).³⁸ Hierzu wird zum Teil induktiv und zum Teil deduktiv ein Kategoriensystem entwickelt, welches Anhang 18 entnommen werden kann. Basierend auf diesem Kategoriensystem wird die Zusammenfassung sowie Aufbereitung der Ergebnisse vorgenommen (7). Insgesamt werden 522 Codierungen vergeben, die sich auf acht Oberkategorien bzw. 77 Codes verteilen. Für die einzelnen Interviews werden dabei zwischen 11 und 41 Codierungen vergeben.³⁹

4.1.2. Zusätzliche Kapazitäten

4.1.2.1. Aktuelle medizinische Versorgung in Bayern

Um im weiteren Verlauf den Bedarf an zusätzlichen Kapazitäten im Bereich der ambulanten somatischen Versorgung abbilden zu können, wird zunächst der Status quo anhand des Bedarfsplans der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns dargestellt. Dies wird nachfolgend einzeln für die bereits beschriebenen vier Arten der ärztlichen Versorgung sowie für die zahnärztliche Versorgung vollzogen.

³⁸ Anhang 18.2 zeigt das Ablaufmodell der strukturierenden Inhaltsanalyse in zehn Schritten nach Mayring (2015) und Anhang 18.3 zeigt das entwickelte Kategoriensystem.

³⁹ Eine Übersicht über die verwendeten Codes sowie Anzahl der Codierungen kann Anhang 18.3 entnommen werden.

Hausärztliche Versorgung

Als erstes wird die Ausgangssituation im Bereich der hausärztlichen Versorgung dargestellt. Laut Versorgungsatlas der KVB praktizieren zum 31.01.2017 8.693,23 Ärzte in Bayern, die der hausärztlichen Versorgung zugeordnet sind.⁴⁰ Diese sind im Durchschnitt 54,9 Jahre alt. 34,2 % dieser Ärzte sind 60 Jahre oder älter und stehen somit nahe dem Eintritt ins Rentenalter, wodurch sich bereits in der jetzigen Situation ein entsprechender Bedarf an Nachwuchsmedizinern abzeichnet. Auch die Feminisierung der Medizin spiegelt sich in den Daten wider. Demnach sind 40 % aller Hausärzte weiblich (vgl. KVB 2017b, S. 9)

Die allgemeine Verhältniszahl der Hausärzte beträgt 1.671. Das bedeutet, dass ein Arzt für 1.671 Personen im Sinne der medizinischen hausärztlichen Versorgung zuständig ist. Diese allgemeine Verhältniszahl wird jedoch, wie in Kapitel 4.1.1.1 beschrieben, um den Demografiefaktor modifiziert und variiert somit von Planungsbereich zu Planungsbereich (sog. angepasste Verhältniszahl). Der durchschnittliche Versorgungsgrad liegt über alle hausärztlichen Planungsbereiche hinweg bei 113,4 %, wobei der hausärztliche Planungsbereich Ansbach Nord mit 70,5 % den niedrigsten und der hausärztliche Planungsbereich Pocking/Ruhstorf a.d. Rott mit 176,4 % den höchsten Versorgungsgrad aufweisen.

In der hausärztlichen Versorgung spricht man ab einem Versorgungsgrad von unter 75 % von einer Unterversorgung. Hiervon ist zum 25.08.2016 neben der Planungsregion Ansbach Nord auch die Planungsregion Feuchtwangen mit einem Versorgungsgrad von 72,7 % betroffen. Auffällig dabei ist, dass beide hausärztlichen Planungsbereiche im Bezirk Mittelfranken liegen. Betrachtet man die durchschnittlichen Versorgungsgrade der Bezirke, zeigt sich, dass der Bezirk Mittelfranken auch insgesamt den niedrigsten durchschnittlichen Versorgungsgrad mit 109,2 % aufweist. Den höchsten Versorgungsgrad weist der Bezirk Oberbayern mit einem Wert von 116,1 % auf (KVB 2017b).

Betrachtet man die Berechnung der Versorgungsgrade als robustes Instrument zur Einschätzung der medizinischen Versorgung, so zeigt sich die ambulante hausärztliche Versorgung in Bayern auf hohem Niveau mit lediglich geringfügigem Handlungsbedarf in Hinblick auf zusätzlich benötigte Kapazitäten in beiden beschriebenen hausärztlichen Planungsbereichen. 125 hausärztliche Planungsbereiche weisen hingegen einen Versorgungsgrad von über 110 % und acht Planungsbereiche einen Versorgungsgrad von

⁴⁰ Ärzte werden entsprechend ihres Tätigkeitsumfangs berücksichtigt. Somit werden manche Ärzte aufgrund ihres Tätigkeitsumfangs nur anteilig berücksichtigt. Diese Zählweise bildet in der Bedarfsplanungs-Richtlinie die Grundlage für fest definierte Kennzahlen wie den Versorgungsgrad und die Verhältniszahl (vgl. KVB 2017b, S.9).

über 140 % auf. Somit ist in etwa 61 % aller Planungsregionen eine Überversorgung anzunehmen.⁴¹ Weitere 77 hausärztliche Planungsbereiche weisen Versorgungsgrade zwischen 75 % und 110 % auf, wovon bei 50 hausärztlichen Planungsbereichen die Versorgungsgrade zwischen 100 % und 110 % liegen. Aktuell bestehen Niederlassungsmöglichkeiten in insgesamt 78 hausärztlichen Planungsbereichen. Mit 13,5 bzw. jeweils 9,0 zu besetzenden Arztstellen besteht der größte Bedarf in Ingolstadt Süd, in Coburg und Schweinfurt Nord sowie in Fürth Nord mit 8,5 zu besetzende Arztstellen (KVB 2017c).

Neben einer bereits bestehenden Unterversorgung kann ebenfalls eine drohende Unterversorgung festgestellt werden. Dies ist dann der Fall, wenn absehbar ist, dass der Versorgungsgrad in einem hausärztlichen Planungsbereich unter die 75 %-Marke fallen wird. Dies wird momentan in insgesamt neun hausärztlichen Planungsbereichen angenommen. Die KVB erarbeitet hierzu eine Kriterienliste anhand derer die drohende Unterversorgung identifiziert werden können soll. Eines dieser Kriterien wird mit hoher Wahrscheinlichkeit das Alter der praktizierenden Ärzte sein. So ist anzunehmen, dass die Anzahl der Ärzte, die beispielsweise über 60 Jahre alt sind einen Indikator für eine drohende Unterversorgung bei einem Prognosezeitraum von drei Jahren bilden.

Tabelle 62: Übersicht der hausärztlichen Versorgung

Regierungsbezirk	Versorgungsgrad (%)	Durchschnittsalter der Ärzte in Jahren	Anteil Ärzte ab 60 Jahren	Anzahl der Ärzte
Oberbayern	116,1	54,8	33,0	3.117,9
Oberfranken	111,2	55,4	34,7	706,8
Mittelfranken	109,2	54,4	31,5	1.184,4
Unterfranken	112,8	55,7	38,7	883,6
Oberpfalz	114,4	54,8	35,3	760,6
Niederbayern	115,9	56,0	39,3	821,38
Schwaben	112,0	54,5	32,5	1.218,7
Durchschnitt	113,4	54,9	34,2	1.241,9

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an KVB (2017b)

Tabelle 62 zeigt die durchschnittlichen Versorgungsgrade aufgliedert nach Regierungsbezirken sowie die Anzahl und das Alter der Ärzte. Auffällig ist insgesamt, dass das Durchschnittsalter mit knapp 55 Jahren sowie der Anteil der über 60-Jährigen Mediziner mit gut einem Drittel relativ hoch ausfallen. Besonders betroffen erscheint der Regierungsbezirk Niederbayern mit einem Durchschnittsalter von 56 Jahren und einem Anteil über 60-Jähriger praktizierender Ärzte von 39,3 %. Bei einem Renteneintrittsalter von 65 bzw. 67 Jahren ergibt sich daraus ein entsprechender künftiger Bedarf an Nachwuchsmedizinern, um den Grad der Versorgung zukünftig auf einem ähnlich hohen Niveau zu erhalten.

⁴¹ Diese Aussagen zu einer vorliegenden Überversorgung basieren auf den bedarfsplanerischen Grundlagen des G-BA. Inwiefern dies auch eine reelle Überversorgung widerspiegelt wird in Kapitel 1:4.1.2.2 näher diskutiert.

Allgemeine fachärztliche Versorgung

Im Bereich der allgemeinen fachärztlichen Versorgung sind die Kinder- und Jugendärzte, Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Nervenärzte, Orthopäden, Urologen und Psychotherapeuten tätig.⁴² Für jede dieser Facharztgruppen lässt sich auf Kreisebene der Versorgungsgrad berechnen. Aufgrund der Anzahl der verschiedenen Facharztgruppen wird nicht mit der gleichen Detailtiefe wie im Bereich der hausärztlichen Versorgung auf die einzelnen Facharztgruppen eingegangen. Zudem werden aus Gründen der Übersichtlichkeit in der nachfolgenden Tabelle die Versorgungsgrade auf Bezirksebene angegeben (nicht auf Kreisebene), um die Ergebnisse besser greifbar zu machen und um einen ganzheitlichen Überblick über den Bereich der allgemeinen fachärztlichen Versorgung zu ermöglichen.

Tabelle 63: Übersicht der allgemeinen fachärztlichen Versorgung

	Schwaben	Oberbayern	Oberfranken	Mittelfranken	Unterfranken	Oberpfalz	Niederbayern	Durchschnitt	Durchschnittsalter der Ärzte in Jahren	Anteil Ärzte ab 60 Jahren	Anzahl der Ärzte
Augenärzte	119,1	132,1	119,8	119,0	127,1	131,2	127,2	125,1	52,9	29,2	831,0
Chirurgen	140,3	154,3	189,6	169,2	161,4	154,1	148,8	159,7	54,3	23,3	573,5
Frauenärzte	114,5	126,2	120,7	128,4	121,5	125,3	118,4	122,1	53,2	25,0	1.535,8
Hautärzte	131,7	150,4	118,4	145,1	128,8	124,4	133,7	133,2	52,1	19,9	523,3
HNO-Ärzte	116,8	138,1	120,5	139,8	105,2	130,2	129,7	125,8	53,0	25,4	606,3
Nervenärzte	129,2	133,9	147,3	143,8	138,7	128,1	138,1	137,0	54,2	28,5	691,4
Orthopäden	139,4	173,8	154,5	149,3	149,5	133,8	143,4	149,1	52,0	18,5	942,0
Urologen	149,7	144,5	138,2	147,2	125,2	139,8	150,7	142,2	52,5	19,1	414,5
Kinderärzte	142,8	147,2	152,9	148,2	142,4	129,3	135,9	142,7	52,2	21,7	857,2
Durchschnitt	131,2	148,9	138,6	144,6	134,8	132,6	134,1	137,8	52,9	23,4	775,0

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an KVB (2017b)

Insgesamt betrachtet bewegen sich die Versorgungsgrade der allgemeinen fachärztlichen Versorgung auf deutlich höherem Niveau als die Versorgungsgrade der hausärztlichen Versorgung. Im Durchschnitt beträgt der Versorgungsgrad über alle beteiligten Facharztgruppen und Kreise hinweg 137,8 %.⁴³ Im Vergleich dazu liegt dieser Wert bei der hausärztlichen Versorgung bei 113,3 %. Die entsprechenden durchschnittlichen

⁴² Die Ausgangssituation der Psychotherapeuten wird gesondert in Kapitel 4.3 behandelt und dargestellt.

⁴³ Durchschnittliche Versorgungsgrade über mehrere Fachgruppen hinweg liefern nur eine bedingte Aussagekraft, da keine Substitution zwischen den verschiedenen Facharztgruppen möglich ist. Jedoch ermöglicht diese Angabe eine erste schnell greifbare Einschätzung des Grads der Versorgung für mehrere Facharztgruppen.

Versorgungsgrade je Bezirk und je Facharztgruppe können der obenstehenden Tabelle entnommen werden. Auffällig dabei ist, dass sich die Werte zwischen 125,1 % (durchschnittlicher Versorgungsgrad aller Augenärzte in Bayern) und 159,6 % (durchschnittlicher Versorgungsgrad aller Chirurgen in Bayern) auf hohem Niveau bewegen. Somit ist die allgemeine fachärztliche Versorgung von einer Überversorgung geprägt.

Dennoch sind einzelne Regionen – auf Kreisebene betrachtet – nahe den Schwellenwerten der Unterversorgung. Die einzige Planungsregion, die laut Definition der KVB unterversorgt ist, ist der Landkreis Haßberge. Dieser weist im Facharztbereich der Hautärzte einen Versorgungsgrad von 0 % auf, da dort kein praktizierender Hautarzt niedergelassen ist. Abgesehen von diesem besonderen Fall eines Kreises ohne entsprechenden Facharzt, weist der Landkreis Main-Spessart im Bereich der HNO-Ärzte den niedrigsten Versorgungsgrad in Höhe 52,3 % auf. Insgesamt zehn Planungsregionen weisen einen Versorgungsgrad von unter 75 % auf. Davon entfallen zwei auf den Fachbereich der Augenärzte, fünf auf den Fachbereich der Hautärzte und drei auf den Bereich der HNO-Ärzte. Geografisch entstammen vier Planungsregionen dem Bezirk Oberfranken, drei dem Bezirk Unterfranken, zwei dem Bezirk Oberpfalz und einer dem Bezirk Oberfranken.

Weiterhin weisen insgesamt 24 Planungsregionen einen Versorgungsgrad von unter 100 % auf. Dies entspricht einem Anteil aller Planungsregionen (711) von etwa 3 %. Dahingegen weisen 662 (etwa 93 %) Planungsregionen einen Versorgungsgrad von über 110 % und 253 (etwa 36 %) Planungsregionen einen Versorgungsgrad von über 140 % auf.

Auch das Durchschnittsalter der Fachärzte der allgemeinen fachärztlichen Versorgung liegt unter dem der Hausärzte (52,9 zu 54,9 Jahren). Ähnlich verhält sich der Anteil der über 60-Jährigen Mediziner (23,4 zu 34,2 %). Insgesamt gestaltet sich die Versorgung im Bereich der allgemeinen fachärztlichen Versorgung als geprägt von Überversorgung und in wenigen punktuell bedingten Planungsregionen mit drohender Unterversorgung.

Einen schnell greifbaren Überblick soll Abbildung 64 vermitteln. Diese zeigt die Ausgangssituation der allgemeinen fachärztlichen Versorgung in Bayern, in Form von durchschnittlichen Versorgungsgraden für alle beteiligten Facharztgruppen auf Kreisebene auf.

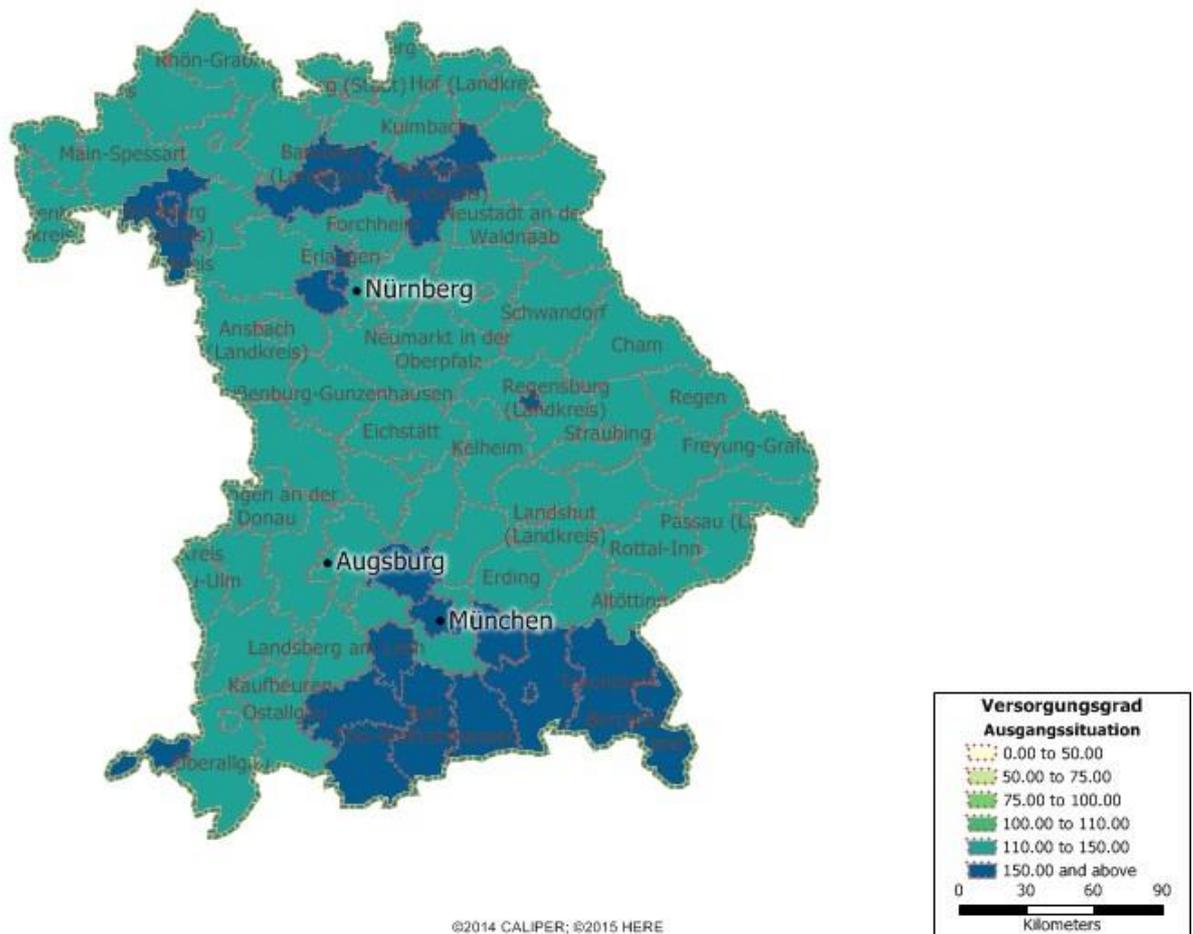


Abbildung 64: Status quo der allgemeinen fachärztlichen Versorgung
Quelle: Eigene Darstellung

Spezialisierte fachärztliche Versorgung

Im Bereich der spezialisierten fachärztlichen Versorgung sind die Anästhesisten, Radiologen, Fachinternisten sowie Kinder- und Jugendpsychiater tätig.⁴⁴ Die nachfolgenden Beschreibungen des Status quo der spezialisierten fachärztlichen Versorgung beziehen sich auf die Planungseinheiten der Raumordnungsregionen. Somit ergeben sich in Bayern 18 Planungsregionen. Der durchschnittliche Versorgungsgrad beträgt über alle beteiligten Facharztgruppen und Planungsregionen hinweg 176,1 % und variiert für die einzelnen Facharztgruppen zwischen 138,2 % und 223,0 %. Nachfolgende Tabelle 64 stellt die jeweiligen Versorgungsgrade für die Facharztgruppen und Planungsregionen dar.

⁴⁴ Die Ausgangssituation der Kinder- und Jugendpsychiater wird gesondert in Kapitel 4.3 behandelt und dargestellt.

Tabelle 64: Übersicht der spezialisierten fachärztlichen Versorgung

Raumordnungsregion	Anästhesisten	Fachärztlich tätige Internisten	Radiologen	Durchschnitt
München	316,8	271,8	206,3	265,0
Regensburg	157,5	208,6	140,1	168,7
Ingolstadt	164,3	227,5	119,6	170,5
Donau-Wald	114,7	201,1	120,0	145,3
Oberland	125,6	221,1	115,1	153,9
Landshut	113,7	176,6	130,2	140,2
Südost-Oberbayern	165,8	206,6	155,7	176,0
Allgäu	143,3	240,7	136,9	173,6
Oberfranken-Ost	159,0	209,3	182,3	183,5
Augsburg	196,7	230,7	123,7	183,7
Oberfranken-West	128,0	234,1	125,7	162,6
Donau-Iller (BY)	123,6	205,8	119,0	149,5
Industrieregion Mittelfranken	200,5	273,9	191,2	221,9
Westmittelfranken	136,3	220,0	112,9	156,4
Bayerischer Untermain	202,8	192,7	116,0	170,5
Main-Rhön	128,9	245,9	112,4	162,4
Würzburg	319,2	239,8	167,00	242,0
Oberpfalz-Nord	112,2	208,3	112,80	144,4
Durchschnitt	167,2	223,0	138,16	176,1
Anzahl der Ärzte	536,3	1.386,2	402,0	2.324,6
Durchschnittsalter der Ärzte in Jahren	54,0	53,8	51,7	53,2
Anteil Ärzte ab 60 Jahren	24,5	24,2	19,2	22,6

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an KBV (2017b)

Insgesamt weisen 34 der 54 (63 %) Raumordnungsregionen der spezialisierten fachärztlichen Versorgung einen Versorgungsgrad von mehr als 140 %, 54 (100 %) einen Versorgungsgrad von über 110 % auf. Besonders ausgeprägt scheint dies in den Raumordnungsregionen München und Würzburg zu sein, die einen arztgruppenübergreifenden durchschnittlichen Versorgungsgrad von 264,97 % bzw. 242,00 % aufweisen. Die niedrigsten durchschnittlichen Versorgungsgrade liegen bei 140,7 % bzw. 144,13 % für die Raumordnungsregion Landshut bzw. Oberpfalz Nord. Auf Ebene der einzelnen Facharztgruppen weisen die Anästhesisten mit

319,20 % bzw. 316,80 % für Würzburg bzw. München die höchsten Versorgungsgrade auf. Die niedrigsten Werte weisen die Anästhesisten bzw. Radiologen in der Raumordnungsregion Oberpfalz Nord mit Werten in Höhe von 112,2 % bzw. 112,8 % sowie die Radiologen in der Raumordnungsregion Main-Rhön mit 112,0 % auf. Keine Raumordnungsregion weist einen Versorgungsgrad von unter 110 % auf.

Das Durchschnittsalter und der Anteil der 60-Jährigen und älteren liegen wiederum unter dem Niveau der Hausärzte. Am stärksten betroffen von einer alternden Belegschaft scheinen die Anästhesisten, mit einem Durchschnittsalter von 54,0 Jahren und einem Anteil über 60-Jähriger von 24,5 %. Insgesamt betrachtet fällt auf, dass die spezialisierte fachärztliche Versorgung in Bayern nach den Vorgaben der bedarfsplanerischen Grundlagen stark von einer Überversorgung geprägt ist, deren Niveau deutlich über dem der allgemeinen fachärztlichen Versorgung liegt.

Einen schnell greifbaren Überblick soll Abbildung 65 vermitteln. Diese zeigt die Ausgangssituation der spezialisierten fachärztlichen Versorgung in Bayern, in Form von durchschnittlichen Versorgungsgraden für alle beteiligten Facharztgruppen auf Kreisebene. Das Versorgungsniveau, gemessen an den Versorgungsgraden, liegt für den Bereich der spezialisierten fachärztlichen Versorgung auf deutlich höherem Niveau im Vergleich zu den im bisherigen Verlauf dargestellten Facharztgruppen.

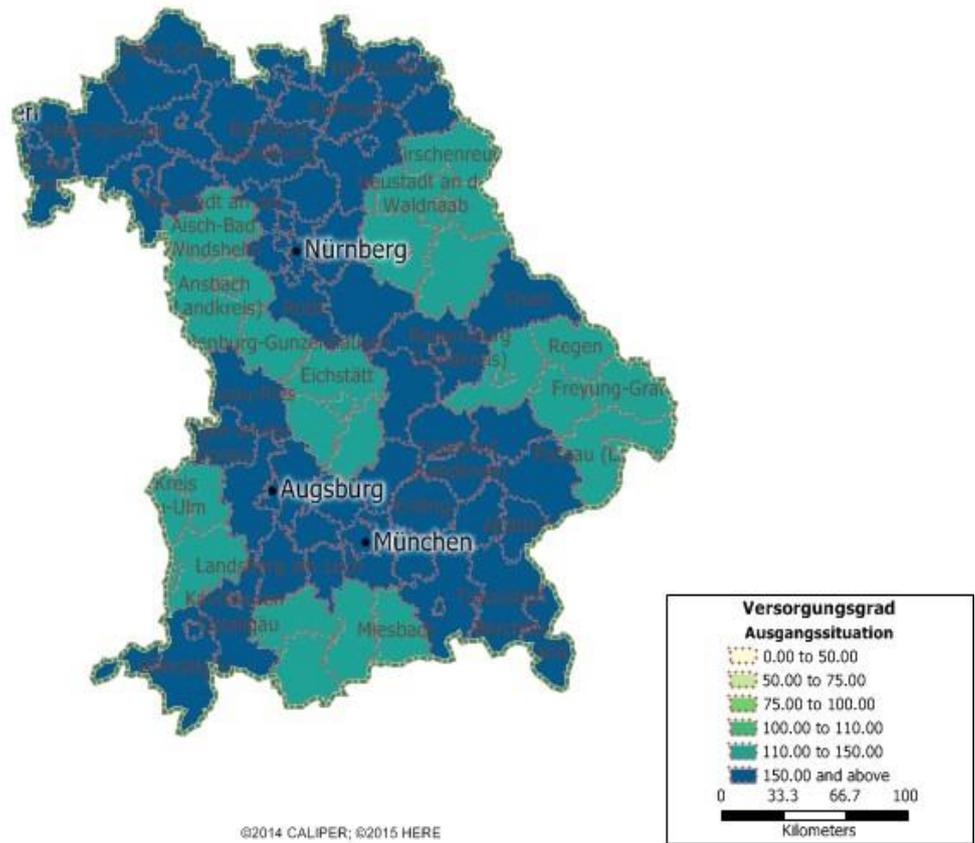


Abbildung 65: Status quo der spezialisierten fachärztlichen Versorgung
Quelle: Eigene Darstellung

Gesonderte fachärztliche Versorgung

Im Bereich der gesonderten fachärztlichen Versorgung wird keine Unterscheidung zwischen einzelnen Planungsregionen vorgenommen. Relevante Planungsregion ist für jede Facharztgruppe die KV-Region. Facharztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung sind Humangenetiker, Laborärzte, Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Pathologen, Physikalische- und Rehabilitationsmediziner, Strahlentherapeuten sowie Transfusionsmediziner. Nachfolgende Tabelle 65 weist die Versorgungsgrade sowie Anzahl und Alter der jeweiligen Fachärzte aus.

Tabelle 65: Übersicht der gesonderten fachärztlichen Versorgung

	Versorgungsgrad	Anzahl der Ärzte	Durchschnittsalter der Ärzte	Ärzte ab 60 Jahren
Humangenetiker	133,4	28,3	51,2	22,0
Laborärzte	113,0	142,3	53,2	24,7
Neurochirurgen	184,8	147,3	51,6	15,1
Nuklearmediziner	147,4	159,8	52,4	16,5

	Versorgungsgrad	Anzahl der Ärzte	Durchschnittsalter der Ärzte	Ärzte ab 60 Jahren
Pathologen	120,7	128,3	51,4	17,5
Physikalische- und Rehabilitationsmediziner	184,6	139,0	55,0	22,9
Strahlentherapeuten	157,1	116,3	50,7	12,0
Transfusionsmediziner	113,3	11,0	55,0	30,0
Durchschnitt	144,3	109,0	52,6	20,1

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an KVB (2017b)

In keinem Facharztgebiet liegt der Versorgungsgrad bei unter 110 %. Den niedrigsten Wert weisen die Laborärzte mit einem Versorgungsgrad in Höhe von 113 % auf. Den höchsten Versorgungsgrad weisen die Neurochirurgen bzw. die Physikalischen- und Rehabilitationsmediziner mit einem Versorgungsgrad in Höhe von 184,8 bzw. 184,6 % auf.

Das Durchschnittsalter der an der gesonderten fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte liegt wiederum unter dem Niveau der Hausärzte (52,25 zu 54,9 Jahren). Einzelne Facharztgruppen der Transfusionsmediziner sowie der Physikalischen- und Rehabilitationsmediziner weisen jedoch ein erhöhtes Durchschnittsalter von 55,0 Jahren auf. Mit einem Wert von 30 % ist der Anteil der über 60-Jährigen Ärzte bei zweitgenanntem ebenfalls erhöht. Jedoch muss hier beachtet werden, dass insgesamt nur elf Ärzte als Transfusionsmediziner praktizieren.

Zusammenfassend weist auch der Bereich der gesonderten fachärztlichen Versorgung nach den bedarfsplanerischen Vorgaben einen hohen Anteil an Überversorgung, mit einem durchschnittlichen Versorgungsgrad für alle beteiligten Facharztgruppen von 144,3 %, auf.

Insgesamt betrachtet liegt die vertragsärztliche Versorgung (hausärztliche, allgemeine fachärztliche, spezialisierte fachärztliche und gesondert fachärztliche Versorgung) mit einer Arztdichte von 182 je 100.000 Einwohnern in Bayern über dem bundesdeutschen Durchschnitt (178 Ärzte je 100.000 Einwohner) und zeigt sich auf hohem Niveau. Lediglich die Stadtstaaten Bremen, Hamburg und Berlin sowie das Saarland weisen eine höhere Arztdichte auf (vgl. Klose und Rehbein 2016, S. 9).

Vertragszahnärztliche Versorgung

Neben den im bisherigen Verlauf dargestellten Facharztgruppen der vertragsärztlichen Versorgung wird nachfolgend noch die Ausgangssituation der vertragszahnärztlichen Versorgung in Bayern beschrieben. Zu dieser Gruppe gehören die zahnärztliche sowie die kieferorthopädische Versorgung. Einschränkend sei hier zu Beginn jedoch erwähnt, dass die Aussagekraft der vorliegenden Versorgungsgrade nicht genau abgeschätzt werden kann. Als Orientierung und zur Abschätzung der Änderungen durch den Zustrom Geflüchteter bieten

diese Zahlen jedoch den besten verfügbaren Anhaltspunkt. Aus Gründen der besseren Darstellbarkeit werden nachfolgen die zahnärztliche sowie die kieferorthopädische Versorgung auf Ebene der Kreise dargestellt.

Laut Statistischem Jahrbuch der Bundesärztekammer praktizieren 11.540 zahnärztlich tätige Zahnärzte in Bayern, wovon knapp 59 % Männer und gut 41 % Frauen sind. Die männlichen Zahnärzte sind im Durchschnitt 50,0 und die Weiblichen 43,1 Jahre alt. Geschlechtsübergreifend ergibt sich daraus ein Durchschnittsalter von 47,2 Jahren. Insgesamt sind 8 % aller zahnärztlich tätigen Zahnärzte in Bayern 65 Jahre oder älter und weitere 22 % zwischen 55 und 64 Jahre alt (Bundeszahnärztekammer 2016, 76 ff.). Im Vergleich zu den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten weisen die Zahnärzte⁴⁵ eine deutliche jüngere Altersstruktur auf.

Grundlage für die Berechnung der Versorgungsgrade stellen ähnlich wie bei der vertragsärztlichen Versorgung die Einwohnerzahlen, Anzahl der Zahnärzte und die entsprechenden Verhältniszahlen dar.⁴⁶ Die Verhältniszahlen der vertragsärztlichen Versorgung werden jedoch nicht weiter angepasst und sind in lediglich zwei Gruppen unterteilt. Für die Städte München, Regensburg, Erlangen, Fürth, Nürnberg, Würzburg, Augsburg und Ingolstadt beträgt die allgemeine Verhältniszahl 1:1.280 und für alle weiteren Planungsregionen beträgt diese 1:1.680. Als relevante Planungsregionen werden im Nachfolgenden die Kreise angesehen, da die Daten auf dieser Aggregationsebene vorliegend sind.

In der zahnärztlichen Versorgung spricht man ab einem Versorgungsgrad von unter 50 % von einer Unterversorgung. Hiervon ist zum 30.09.2016 keine Planungsregion betroffen. Ab einem Versorgungsgrad von mehr als 110 % wird eine Überversorgung angenommen. Dieses Kriterium wird zum Ausgangszeitpunkt von 36 Planungsregionen erfüllt. Der durchschnittliche Versorgungsgrad der vertragszahnärztlichen Versorgung beträgt etwa 109,7 % und bewegt sich damit auf ähnlichem Niveau wie die hausärztliche Versorgung. Den höchsten Versorgungsgrad mit 150,4 % weist der Landkreis Garmisch-Partenkirchen, den niedrigsten Versorgungsgrad mit 68,9 % der Landkreis Eichstätt auf. Insgesamt weisen 36 Kreise (46 %) eine Überversorgung von mehr als 110 % auf, 38 Kreise (48 %) einen Versorgungsgrad zwischen 90 und 110 %, fünf Kreise (6 %) einen Versorgungsgrad von unter 90 % und eine Planungsregion (1 %) einen Versorgungsgrad von unter 75 % auf. Abbildung 66 verdeutlicht grafisch die Verteilung der Kapazitäten der zahnärztlichen Versorgung in Bayern.

⁴⁵ Nachfolgend wird der Begriff Zahnärzte aus pragmatischen Gründen für zahnärztlich tätige Zahnärzte verwendet.

⁴⁶ Die Angaben zur vertragszahnärztlichen Versorgung beziehen sich auf den Stand zum 30.09.2016. Die Grundlagen der Berechnung ähneln denen der vertragsärztlichen Versorgung und sind nachzulesen in der Richtlinie Bedarfsplanungs-Richtlinie Zahnärzte des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung in der vertragszahnärztlichen Versorgung (Stand: 16. Juni 2016).

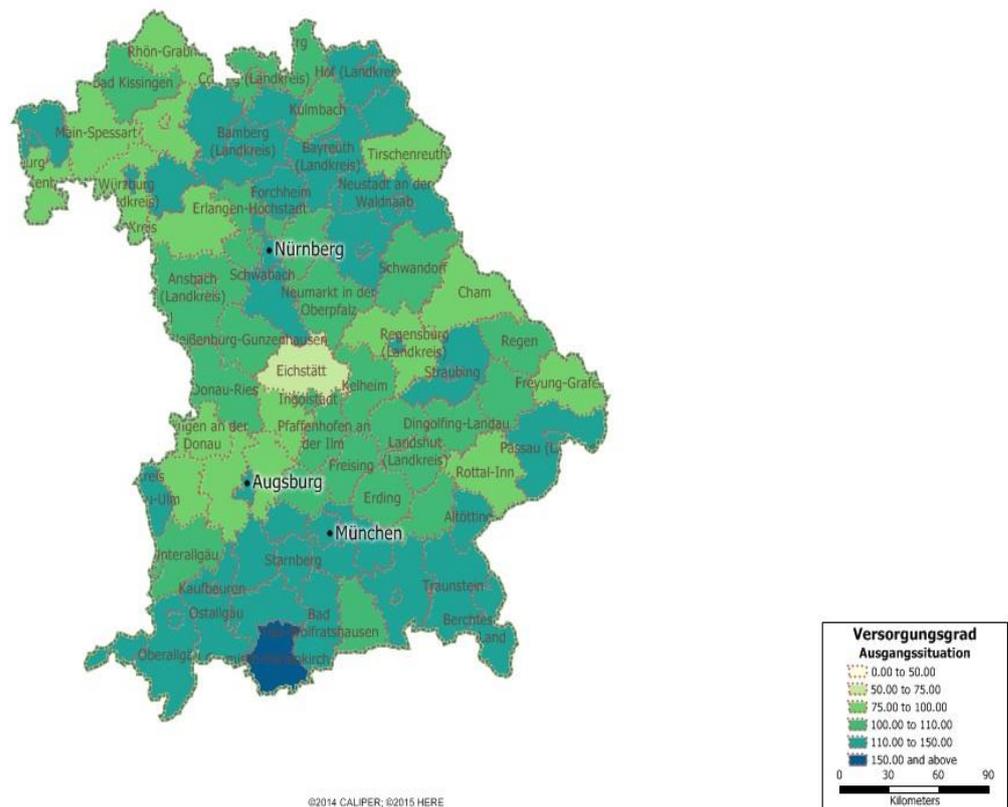


Abbildung 66: Status quo der vertragszahnärztlichen Versorgung
Quelle: Eigene Darstellung

Nach der zahnärztlichen Versorgung wird im nachfolgenden noch die kieferorthopädische Versorgung beschrieben. Laut Statistischem Jahrbuch der Bundeszahnärztekammer praktizieren im Jahr 2015 in Bayern 587 zahnärztlich tätige Fachzahnärzte für Kieferorthopädie.⁴⁷ Davon sind 318 weiblich (54 %) und 269 männlich (46 %). Weitere Daten zur Altersstruktur dieser Arztgruppe liegen nicht vor und werden für den weiteren Verlauf nicht berücksichtigt.

Berechnungsgrundlage für die Versorgungsgrade der kieferorthopädischen Versorgung bildet die Verhältniszahl in Höhe von 1:4.000 und die relevante Bezugsgröße stellt die Bevölkerungsgruppe der 0-18-Jährigen dar. Der durchschnittliche Versorgungsgrad der kieferorthopädischen Versorgung beträgt 140,1 %. Den höchsten Versorgungsgrad mit 294,9 % weist der Landkreis Dingolfing-Landau, den geringsten Versorgungsgrad mit 57,1 % der Landkreis Haßberge auf. Insgesamt liegen in 40 Landkreisen Versorgungsgrade von mehr als 140 % vor, in 60 Kreisen von mehr als 110 %, sieben Kreise weisen einen Versorgungsgrad zwischen 90 und 110 % auf und 12 einen Versorgungsgrad von unter 90 %. In sechs Kreisen liegt der Versorgungsgrad bei unter 75 %. Keine Planungsregion weist einen Versorgungsgrad von weniger als 50 % auf. Somit erweist sich die kieferorthopädische

⁴⁷ Im Folgenden werden zahnärztlich tätige Fachzahnärzte für Kieferorthopädie aus pragmatischen Gründen als Kieferorthopäden bezeichnet.

Versorgung als geprägt von einer geografisch ungleichmäßigen Verteilung der Kapazitäten mit einer Tendenz zur Überversorgung nach den Vorgaben der aktuellen Bedarfsplanung. Verdeutlicht wird dies anhand von Abbildung 67.

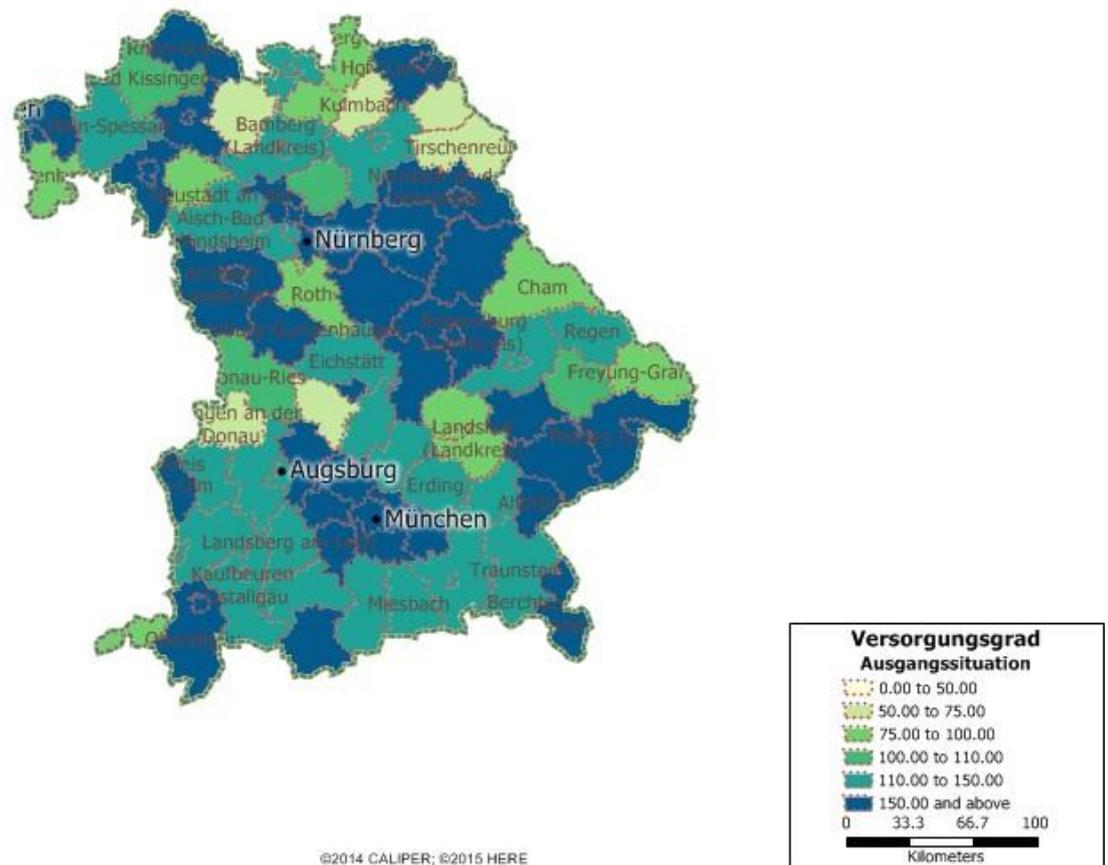


Abbildung 67: Status quo der kieferorthopädischen Versorgung
Quelle: Eigene Darstellung

Einen zusammenfassenden Überblick über die ambulante vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung in Bayern liefert Tabelle 66.

Tabelle 66: Übersicht der ambulanten Versorgung im Status quo

Med. Versorgung	Durchschnittlicher Versorgungsgrad (%)	Anzahl unterversorgter Planungsbereiche	Anzahl übertersorgter Planungsbereiche
Hausärztlich	113,4	2 (1 %)	125 (63 %)
Allgemein fachärztlich	137,8	1 (0 %)	662 (93 %)
Spezialisiert fachärztlich	176,1	0 (0 %)	54 (100 %)
Gesondert fachärztlich	144,3	0 (0 %)	8 (100 %)
Zahnärztlich	109,7	0 (0 %)	36 (46 %)
Kieferorthopädisch	140,1	0 (0 %)	60 (76 %)

Quelle: Eigene Darstellung

Dabei zeigt sich grundsätzlich eine Tendenz zur Übertersorgung und lediglich in drei Planungsregionen eine vorliegende Unterversorgung, die entsprechenden Handlungsbedarf erfordert.

Ableitung des zusätzlichen Bedarfs an medizinischer Versorgung

Nachdem im bisherigen Verlauf der Status quo der vertragsärztlichen und der vertragszahnärztlichen Versorgung in Bayern dargestellt wurde, werden nachfolgend die Auswirkungen des Zuzugs von Asylbewerbern auf die ambulante somatische medizinische Versorgung dargestellt. Hierzu werden die bereits in Kapitel 2 dargestellten vier Szenarien verwendet.

Tabelle 67: Übersicht der verwendeten Szenarien

Szenario	Personen
Szenario 1 (minimaler Zuzug)	110.000
Szenario 2 (realistischer Zuzug)	200.000
Szenario 3 (maximaler Zuzug)	890.000
KontrollszENARIO	19.000

Quelle: Eigene Darstellung

Die Ergebnisse werden nachfolgend für die auch bereits in Kapitel 4.1.2.1 dargestellten vier Versorgungsbereiche der vertragsärztlichen Versorgung und für die vertragszahnärztliche Versorgung in Bayern zusammenfassend aufbereitet dargestellt. Für alle weiteren Berechnungen in diesem Unterkapitel gilt die Annahme, dass die Planzahlen der vertragsärztlichen Versorgung und damit die Versorgungsgrade ein belastbares Instrument darstellen, um die Versorgungsrealität abzubilden. Weiterhin gilt auf Nachfrageseite die Annahme, dass Altersstruktur, Morbidität und Inanspruchnahmeverhalten der Asylsuchenden

sich nicht bzw. nur geringfügig von dem der deutschen Wohnbevölkerung unterscheiden.⁴⁸ Auf Angebotsseite gilt die Annahme, dass die verfügbaren Kapazitäten auf dem jetzigen Niveau bleiben. Diese Annahme deckt sich mit Daten der KBV, wonach das Angebot, ausgedrückt in Arbeitsstunden, im ambulanten Bereich – Psychotherapeuten ausgenommen – bis zum Jahr 2022 sogar leicht ansteigen wird, bis zum Jahr 2024 jedoch wieder auf das Ausgangsniveau zurückkehren wird (KBV 2016, S.9). Die KBV verweist jedoch auch darauf, dass einzelne Facharztgruppen, insbesondere die Hausärzte, von einer rückläufigen Entwicklung praktizierender Ärzte betroffen sein werden. Da jedoch keine Zahlen zur regionalen Entwicklung der einzelnen Facharztgruppen vorliegen und der Fokus dieses Gutachtens auf der Entwicklung der Nachfrage- und nicht auf der Angebotsseite liegt, wird für den weiteren Verlauf mit der Annahme konstanter Kapazitäten gerechnet. Zudem erfolgt für die weiteren Berechnungen keine Unterscheidung nach dem Aufenthaltstitel der zuziehenden Population. Zum einen ist nicht absehbar wie lange die Bearbeitungsdauer für künftige Asylanträge sein wird, zum anderen ist davon auszugehen, dass aufgrund des relevanten Beobachtungszeitpunkts im Jahr 2022 nahezu alle bis dahin registrierten Geflüchteten den vollen Leistungsanspruch ausschöpfen können. In der Tendenz wird die Leistungsanspruchnahme durch diese Annahme leicht überschätzt.

Hausärztliche Versorgung

Wie bereits zu Beginn des Kapitels dargestellt beträgt der durchschnittliche Versorgungsgrad aller Planungsbereiche der hausärztlichen Versorgung im Status quo 113,5 %. Wie aus Tabelle 68 hervorgeht weicht der prognostizierte Versorgungsgrad je nach zugrunde liegendem Szenario zwischen 1,2 (Kontrollscenario) und 7,3 Prozentpunkte vom Ausgangsszenario ab. Geht man von Szenario zwei als realistische Variante aus, weicht der durchschnittliche Versorgungsgrad um 2,5 Prozentpunkte nach unten ab.⁴⁹

Tabelle 68: Übersicht der Veränderungen für die jeweiligen Szenarien hausärztliche Versorgung

Parameter	Ausgangs-szenario	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3	Kontroll-szenario
Durchschn. Versorgungsgrad	113,5 %	111,6 %	111,0 %	106,2 %	112,3 %
Durchschn. Abweichung		1,9 %	2,5 %	7,2 %	1,2 %
Minimale Abweichung		0,3 %	0,4 %	1,2 %	0,2 %
Maximale Abweichung		4,3 %	5,6 %	16,8 %	3,2 %
Versorgungsgrad >140 %	9	6	5	4	6
Versorgungsgrad >110 %	111	91	88	63	97

⁴⁸ Einzelne dieser Merkmale werden in den darauffolgenden Kapiteln versucht an die Realität anzugleichen, insofern hierfür Daten vorhanden sind und für die weiteren Berechnungen als brauchbar erscheinen.

⁴⁹ Geringfügige Unterschiede ergeben sich aufgrund von Rundungen. In der Tabelle dargestellte Werte basieren auf den exakten Werten.

Parameter	Ausgangs-szenario	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3	Kontroll-szenario
Versorgungsgrad 100-110 %	61	79	79	78	73
Versorgungsgrad 90-100 %	17	19	22	40	19
Versorgungsgrad <90 %	10	10	10	18	10
Versorgungsgrad <75 %	2	3	3	5	2
Versorgungsgrad <50 %	0	0	0	0	0

Quelle: Eigene Darstellung

Um Aussagen über zusätzlich benötigte Kapazitäten treffen zu können, sind insbesondere die hausärztlichen Planungsbereiche von Bedeutung, die eine (drohende) Unterversorgung aufweisen. Eine Unterversorgung wird im Bereich der hausärztlichen Versorgung ab einem Versorgungsgrad von unter 75 % angenommen. In der Ausgangssituation sind davon zwei hausärztliche Planungsbereiche betroffen. Für Szenario 1 und 2 kommt ein und für Szenario 3 kommen drei weitere hausärztliche Planungsbereiche hinzu. Abgesehen von Szenario 3 bewegen sich die Auswirkungen auf die Versorgungsgrade für die jeweiligen Planungsregionen zwischen 0 und knapp 6 Prozentpunkten. Bedenkt man zusätzlich, dass es sich bei diesen Auswirkungen um einen Zeitraum von fünf Jahren handelt, können die Auswirkungen als relativ gering angesehen werden. Bei Zugrundelegung von Szenario 3 ergeben sich hingegen Auswirkungen auf die Versorgungsgrade bis hin zu einer Höhe von knapp 17 Prozentpunkten und müssen somit als durchaus beachtlich eingestuft werden, wodurch Handlungsbedarf erforderlich werden kann. Jedoch liegt laut Definition der KVB auch für Szenario 3 kein akuter Handlungsbedarf in Hinblick auf zusätzlich benötigte Kapazitäten vor, da keine Planungsregion einen Versorgungsgrad von unter 50 % aufweist. Fünf Planungsregionen – drei mehr als im Ausgangsszenario – weisen jedoch einen Versorgungsgrad von unter 75 % auf, wodurch eine Prüfung auf drohende Unterversorgung angemessen sein kann. Prozentual ausgedrückt betrifft dies jedoch nur 2,5 % aller Planungsbereiche der hausärztlichen Versorgung, wovon 1 % (zwei hausärztliche Planungsbereiche) bereits im Ausgangsszenario einen Versorgungsgrad von unter 75 % aufweisen. Insgesamt kann somit die Schlussfolgerung für die hausärztliche Versorgung getroffen werden, dass die Auswirkungen des Zustroms von Asylsuchenden als gering eingestuft werden können. Bereits bestehende Engpässe können jedoch durch den Zustrom verstärkt werden.

Allgemeine fachärztliche Versorgung

Der durchschnittliche Versorgungsgrad der allgemeinen fachärztlichen Versorgung beträgt im Status quo 139,8 % und ist laut den bedarfsplanerischen Grundlagen von Überversorgung geprägt. Analog zu den Ausführungen des Status quo werden aufgrund der Vielzahl der

beteiligten Arztgruppen, zunächst nicht alle Facharztgruppen einzeln betrachtet. Stattdessen werden nachfolgend die durchschnittlichen Versorgungsgrade für alle an der allgemeinen fachärztlichen Versorgung beteiligten Facharztgruppen auf Kreisebene ausgegeben. Tabelle 69 zeigt die durchschnittlichen Versorgungsgrade über alle Facharztgruppen und Kreise hinweg.

Die prognostizierten Versorgungsgrade weichen je nach Szenario zwischen 3,0 und 11,1 Prozentpunkte von diesem Ausgangswert ab. Somit ergeben sich, insbesondere im Vergleich zur hausärztlichen Versorgung, stärkere Auswirkungen auf die jeweiligen Versorgungsgrade. Dies spiegeln auch die Werte der maximalen Abweichungen für die einzelnen Planungsregionen, betrachtet als Durchschnittswerte aller beteiligten Facharztgruppen in einer Planungsregion, wider. Diese reichen von 11,5 % im Kontrollscenario bis hin zu 23,5 % im Maximalszenario.

Tabelle 69: Übersicht der Veränderungen für die jeweiligen Szenarien allgemeine fachärztliche Versorgung

Parameter	Ausgangs-szenario	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3	Kontroll-szenario
Durchschn. Versorgungsgrad	139,8 %	137,2 %	136,3 %	129,9 %	138,1 %
Durchschn. Abweichung		3,9 %	4,8 %	11,1 %	3,0 %
Minimale Abweichung		0,3 %	0,3 %	0,5 %	0,2 %
Maximale Abweichung		12,2 %	13,0 %	23,5 %	11,5 %
Versorgungsgrad >140 %	30	26	26	20	27
Versorgungsgrad >110 %	79	77	77	71	77
Versorgungsgrad 100-110 %	0	2	2	8	2
Versorgungsgrad 90-100 %	0	0	0	0	0
Versorgungsgrad <90 %	0	0	0	0	0
Versorgungsgrad <75 %	0	0	0	0	0
Versorgungsgrad <50 %	0	0	0	0	0

Quelle: Eigene Darstellung

Auffällig ist, dass in keinem der gewählten Szenarien eine Planungsregion einen durchschnittlichen Versorgungsgrad für alle beteiligten Facharztgruppen von unter 100 % aufweist. Jedoch fallen einzelne Planungsregionen unter die Grenze von 110 %. Während im Ausgangsszenario lediglich eine Planungsregion einen Versorgungsgrad zwischen 100 und 110 % aufweist, kommen für das Kontrollscenario, Szenario 1 sowie Szenario 2 eine weitere Planungsregion und für Szenario 3 sieben weitere Planungsregionen hinzu.

Betrachtet man diese Auswirkungen vor dem Hintergrund der Prüfung auf zusätzlich benötigte Kapazitäten, ergibt sich daraus auf den ersten Blick kein akuter Handlungsbedarf. Eine etwas andere Darstellung der bisher aufgezeigten Ergebnisse zeigen die folgenden Abbildungen, in Form von geografisch unterteilten Landkarten, auf. Diese erlauben es, Regionen mit höheren bzw. niedrigeren Versorgungsgraden schnell zu erfassen und die Unterschiede zwischen den einzelnen Szenarien aufzuzeigen.

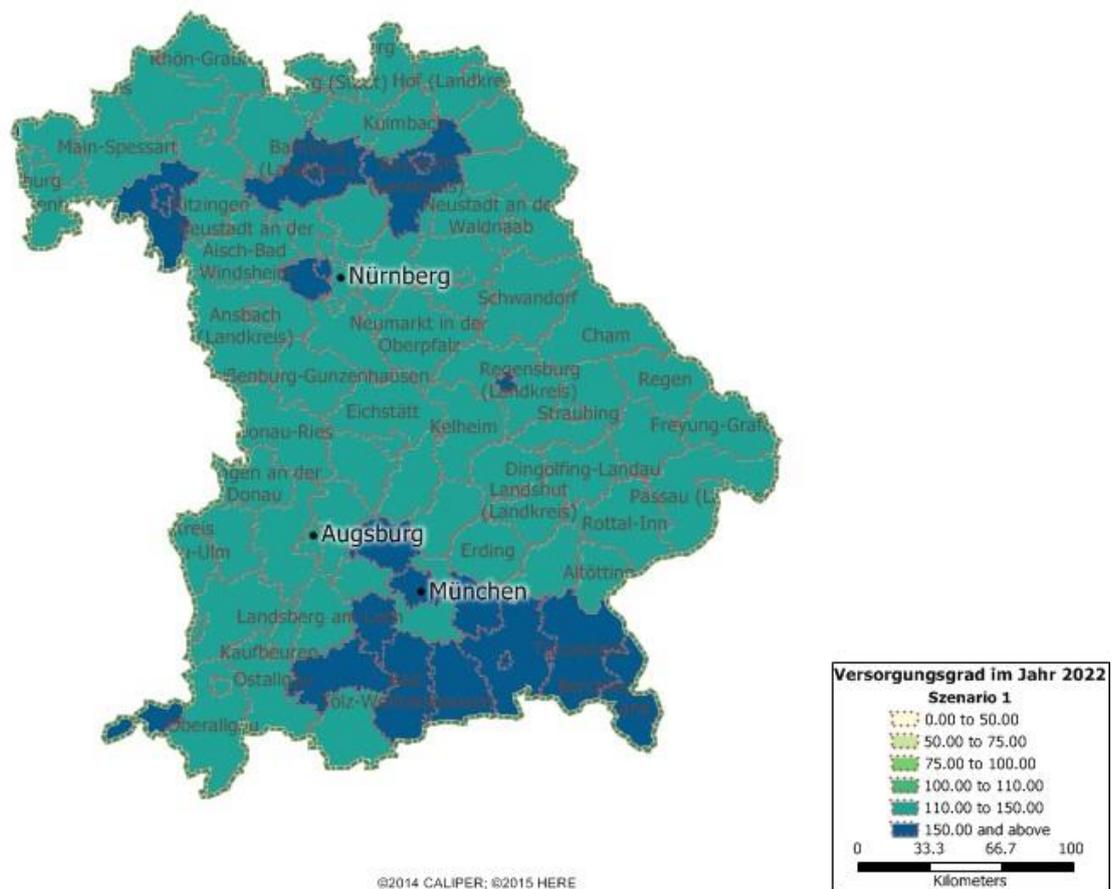


Abbildung 68: Versorgungsgrade allgemeine fachärztliche Versorgung Szenario 1
Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 68 zeigt die durchschnittlichen Versorgungsgrade für die allgemeine fachärztliche Versorgung für Szenario 1 auf. Im Vergleich zum Ausgangsszenario weisen in Szenario 1 zwei Kreise einen Versorgungsgrad von unter 110 %, jedoch über 100 % auf. Für Szenario 2 ergibt sich, anhand der gewählten Einteilung der geografisch unterteilten Landkarten, das exakt gleiche Bild wie für Szenario 1.

Szenario 3 weicht hingegen leicht von Szenario 1 und 2 ab, indem sechs weitere Planungsregionen einen Versorgungsgrad zwischen 100 % und 110 % aufweisen. Jedoch liegt auch für Szenario 3 keiner der durchschnittlichen Versorgungsgrade unter 100 %. Nachfolgende Abbildung 69 zeigt dies entsprechend grafisch aufbereitet.

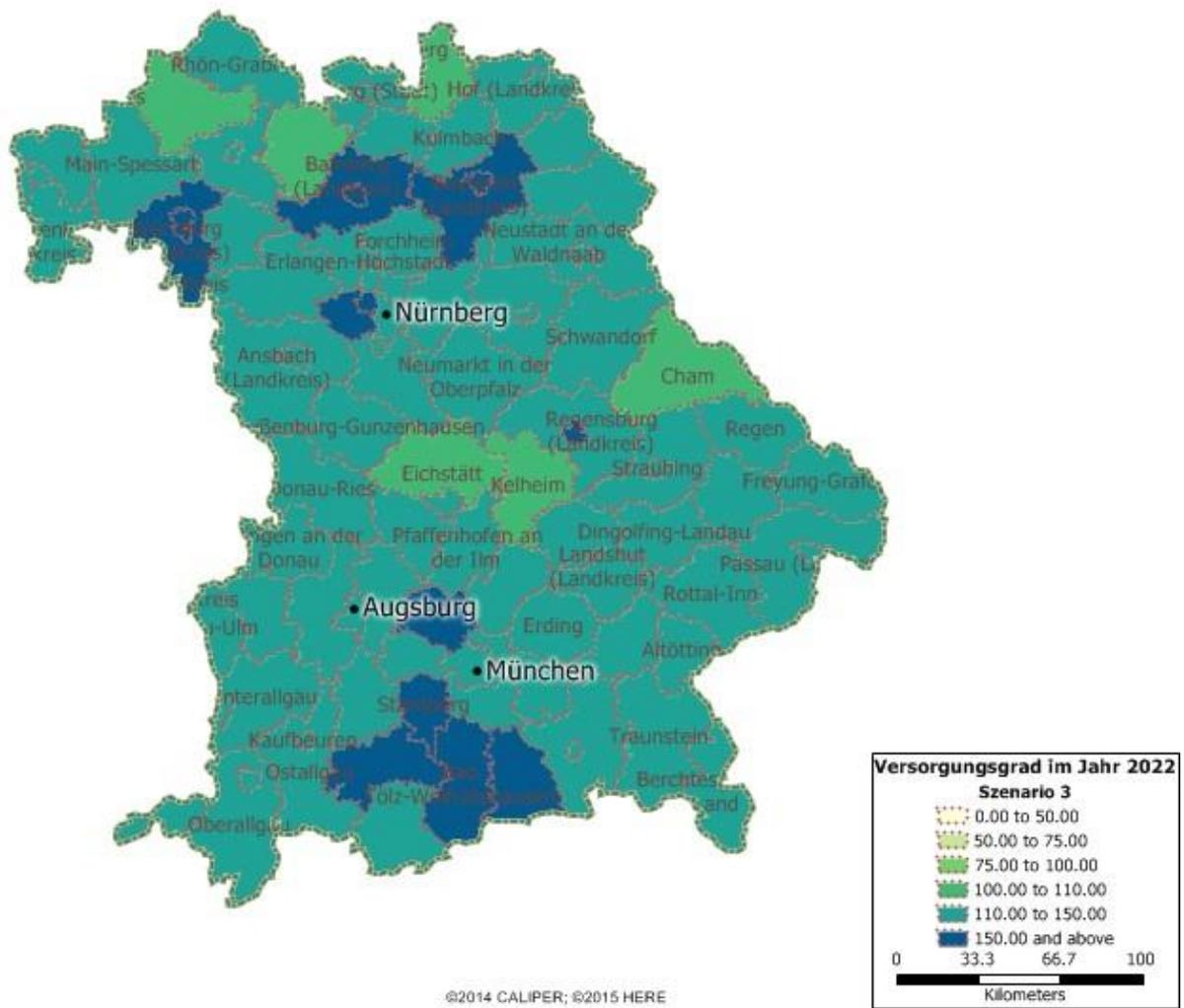


Abbildung 69: Versorgungsgrade allgemeine fachärztliche Versorgung Szenario 3
Quelle: Eigene Darstellung

Geht man der Frage nach, warum die Auswirkungen des Zustroms von Asylbewerbern im Bereich der allgemeinen fachärztlichen Versorgung stärker ausfallen als im Bereich der hausärztlichen Versorgung, kann ein erster Ansatzpunkt der Blick auf die einzelnen beteiligten Facharztgruppen sein. Hier fällt auf, dass beispielsweise die Facharztgruppe der Kinder- und Jugendärzte verstärkt betroffen ist. Daneben erscheinen Orthopäden sowie Chirurgen leicht stärker betroffen zu sein als die weiteren beteiligten Facharztgruppen. Am geringsten betroffen erscheinen die Frauenärzte. Dies ist auf den ersten Blick durch den mit 32 % relativ geringen Frauenanteil in der zuziehenden Population begründet. Da diese Facharztgruppe den geringsten durchschnittlichen Versorgungsgrad aller an der allgemeinen fachärztlichen Versorgung beteiligten Facharztgruppen (122,1 %) im Status quo aufweist, wird diese im weiteren Verlauf ebenfalls genauer betrachtet.

Tabelle 70 zeigt die Auswirkungen des Zustroms auf die durchschnittlichen Versorgungsgrade für jede der beteiligten Facharztgruppen.

Ermittlung der Zusätzlichen Kapazitäten und Kompetenzen

Tabelle 70: Übersicht der Abweichung der Versorgungsgrade für die einzelnen Facharztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung

Facharztgruppe	Versorgungsgrad Ausgangssituation	Abweichung Szenario 1	Abweichung Szenario 2	Abweichung Szenario 3	Abweichung Kontroll-szenario
Kinder- und Jugendärzte	143,8 %	4,7 %	6,1 %	16,6 %	3,1 %
Augenärzte	125,6 %	2,3 %	3,1 %	8,7 %	1,5 %
Chirurgen	160,0 %	2,8 %	3,8 %	10,7 %	1,9 %
Frauenärzte	122,1 %	1,5 %	1,9 %	5,5 %	0,9 %
HNO-Ärzte	127,9 %	2,3 %	3,1 %	8,8 %	1,5 %
Hautärzte	137,4 %	2,5 %	3,4 %	9,5 %	1,6 %
Nervenärzte	136,7 %	2,4 %	3,2 %	9,2 %	1,6 %
Orthopäden	151,7 %	2,7 %	3,7 %	10,5 %	1,8 %
Urologen	141,9 %	2,5 %	3,4 %	9,7 %	1,6 %

Quelle: Eigene Darstellung

Einer der Gründe für diese Unterschiede ist insbesondere durch die Zusammensetzung der zuziehenden Population begründet. Diese weist ein deutlich geringeres Durchschnittsalter im Vergleich zur deutschen Wohnbevölkerung auf. Weiterhin ist die zuziehende Population von einem überwiegenden Anteil an männlichen Personen geprägt. Nachfolgende Tabelle 71 stellt diese Unterschiede grafisch aufbereitet in Tabellenform gegenüber.

Tabelle 71: Gegenüberstellung der Altersstruktur der bayerischen Wohnbevölkerung und der geflüchteten Population

Merkmal	Bayern	Geflüchtete
0-18 Jahre	17 %	30 %
18-25 Jahre	8 %	24 %
25-35 Jahre	12 %	24 %
35-65 Jahre	43 %	20 %
Über 65 Jahre	19 %	1 %
Männlich	49 %	68 %
Weiblich	51 %	32 %

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (2014, S. 6).

Als Grundlage für die Berechnungen der Altersstruktur der bayerischen Wohnbevölkerung werden die Zensus-Daten von 2011 herangezogen. Die Daten der geflüchteten Population basieren auf den Daten des Ausländerzentralregisters vom 30.09.2016 und berücksichtigen die Altersstruktur der fünf in diesem Bericht betrachteten Herkunftsländer (Afghanistan, Eritrea, Irak, Iran, Syrien). Gleiches gilt für die Berechnungen der Geschlechterverteilung. Die Altersunterschiede sind insbesondere bei den Anteilen der unter 25-Jährigen deutlich ausgeprägt. Entsprechend des ebenfalls erhöhten Anteils der unter 18-Jährigen wirkt sich der

Zustrom im Vergleich zu anderen Facharztgruppen verstärkt auf Kinder- und Jugendmediziner aus. Gegenläufig verhält sich dies bei den Frauenärzten. Diese weisen, rein nach Betrachtung der Kopfszahlen, einen geringeren Anteil an der zuziehenden Population auf.

Tabelle 72 stellt die Unterschiede für die Gruppe der Kinder- und Jugendärzte im Vergleich zum Durchschnitt aller an der somatischen ambulanten Gesundheitsversorgung beteiligten Mediziner der allgemeinen fachärztlichen Versorgung dar.

Ermittlung der Zusätzlichen Kapazitäten und Kompetenzen

Tabelle 72: Gegenüberstellung Kinder- und Jugendärzte zu allgemeiner fachärztlicher Versorgung

Parameter	Ausgangsszenario Allg.	Ausgangsszenario Kinder	Szenario 1 Allg.	Szenario 1 Kinder	Szenario 2 Allg.	Szenario 2 Kinder	Szenario 3 Allg.	Szenario 3 Kinder	KontrollszENARIO Allg.	KontrollszENARIO Kinder
Durchschn. Versorgungsgrad	139,8 %	143,8 %	137,2 %	139,0 %	136,3 %	137,6 %	129,9 %	127,2 %	138,1 %	140,7 %
Durchschn. Abweichung			3,9 %	4,7 %	4,8 %	6,1 %	11,1 %	16,6 %	3,0 %	3,1 %
Min. Abweichung			0,3 %	0,6 %	0,3 %	0,6 %	0,5 %	1,1 %	0,2 %	0,5 %
Max. Abweichung			12,2 %	15,0 %	13,0 %	16,8 %	23,5 %	48,1 %	11,5 %	10,2 %
Versorgungsgrad >140 %	30	34	26	30	26	28	20	22	27	31
Versorgungsgrad >110 %	79	77	77	74	77	71	71	56	77	75
Versorgungsgrad 100-110 %	0	1	2	4	2	6	8	16	2	3
Versorgungsgrad 90-100 %	0	0	0	0	0	1	0	4	0	0
Versorgungsgrad <90 %	0	1	0	1	0	1	0	3	0	1
Versorgungsgrad <75 %	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Versorgungsgrad <50 %	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Quelle: Eigene Darstellung

Grundsätzlich weisen die beiden verglichenen Gruppen ein ähnliches Ausgangsniveau (Versorgungsgrad von 139,8 % zu 143,8 %) auf. Die Auswirkungen durch den Zuzug in den jeweiligen Szenarien unterscheiden sich jedoch. So fallen die Auswirkungen in allen vier Szenarien im Bereich der Kinder- und Jugendärzte stärker aus als bei der allgemeinen fachärztlichen Versorgung. Am deutlichsten wird dieser Unterschied, wenn man die maximalen Abweichungen für eine Planungsregion betrachtet. Bei den Kinder- und Jugendärzten fällt diese mit bis zu 48,1 % im Vergleich zu 23,5 % deutlich stärker aus. Diese verstärkten Auswirkungen lassen sich auch bei den Kreisen mit einem Versorgungsgrad von weniger als 110 % erkennen. Im Extremszenario 3 sinkt eine Planungsregion der Kinder- und Jugendärzte unter den Schwellenwert von 75 %. Für die weiteren drei Szenarien zeigt sich dagegen nur für einen Kreis ein Versorgungsgrad von unter 90 %. Somit besteht, legt man die Maßstäbe der aktuellen Bedarfsplanung zugrunde, auch für die Facharztgruppe der Kinder- und Jugendärzte kein akuter Handlungsbedarf, der durch den Zustrom von Asylbewerbern verursacht wird.

Betrachtet man die Facharztgruppe der Frauenärzte, die wie bereits erwähnt, im Status quo den geringsten Versorgungsgrad der allgemeinen fachärztlichen Versorgung aufweist, so wird deutlich, dass bereits in der Ausgangssituation zwei Planungsregionen einen Versorgungsgrad zwischen 75 und 90 % aufweisen. Durch den prognostizierten Zuzug kommt eine weitere Planungsregion in dieser Größenordnung hinzu. Dies gilt gleichermaßen für alle berechneten Szenarien. Tabelle 73 zeigt die Auswirkungen der jeweiligen Szenarien für den Fachbereich der Frauenärzte.

Tabelle 73: Übersicht der Auswirkungen des Zuzugs auf den Fachbereich der Frauenärzte

	Ausgangs- situation	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3	Kontroll- szenario
Versorgungsgrad	122,1 %	120,6 %	120,2 %	116,6 %	121,2 %
Durchschn. Abweichung		1,4 %	1,9 %	5,4 %	0,9 %
Minimale Abweichung		0,1 %	0,1 %	0,2 %	0,1 %
Maximale Abweichung		5,2 %	4,1 %	12,4 %	2,1 %
Versorgungsgrad >140 %	11	9	8	7	9
Versorgungsgrad >110 %	71	70	66	50	70
Versorgungsgrad 100-110 %	5	5	9	24	5
Versorgungsgrad 90-100 %	1	1	1	2	1
Versorgungsgrad <90 %	2	3	3	3	3
Versorgungsgrad <75 %	0	0	0	0	0
Versorgungsgrad <50 %	0	0	0	0	0

Quelle: Eigene Darstellung

Besonders deutlich werden die Auswirkungen bei den Planungsregionen, deren Versorgungsgrad unter die 110 %-Marke absinkt. Während in der Ausgangssituation davon acht Kreise betroffen sind, steigt die Anzahl bis auf 29 Kreise bei Szenario 3 an. Jedoch sinkt in keinem Kreis der Versorgungsgrad unter 75 %. Somit ergibt sich, die Maßstäbe der KVB angelegt, auch für den Fachbereich der Frauenärzte kein Bedarf an zusätzlichen Kapazitäten. Weitere Facharztgruppen, bei denen einzelne Kreise einen Versorgungsgrad von unter 100 % aufweisen, sind HNO-Ärzte, Hautärzte und Augenärzte. Jedoch handelt es sich bei den angesprochenen Planungsregionen um Gebiete, die auch bereits im Status quo einen entsprechend niedrigen Versorgungsgrad ausweisen.

Spezialisierte fachärztliche Versorgung

Der durchschnittliche Versorgungsgrad der spezialisierten fachärztlichen Versorgung beträgt im Status quo 175,3 % und ist somit in hohem Maße von Überversorgung geprägt. Die prognostizierten Versorgungsgrade weichen je nach Szenario zwischen 1,9 und 11,5 Prozentpunkte von diesem Ausgangswert ab. Somit ergeben sich, insbesondere im Vergleich zur hausärztlichen Versorgung stärkere Auswirkungen auf die jeweiligen Versorgungsgrade. Dies spiegeln auch die Werte der maximalen Abweichungen für die einzelnen Planungsregionen, betrachtet als Durchschnittswerte aller beteiligten Facharztgruppen in einer Planungsregion, wider. Diese reichen von 3,6 % im KontrollszENARIO bis hin zu 24,3 % im Maximalszenario. Somit bewegen sich die Auswirkungen, verglichen mit dem Bereich der allgemeinen fachärztlichen Versorgung auf ähnlichem Niveau. Tabelle 74 fasst die Auswirkungen für die jeweiligen Szenarien auf die spezialisierte fachärztliche Versorgung zusammen.

Tabelle 74: Übersicht der Veränderungen für die jeweiligen Szenarien spezialisierte fachärztliche Versorgung

Parameter	Ausgangs-szenario	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3	Kontroll-szenario
Durchschn. Versorgungsgrad	175,3 %	172,2 %	171,2 %	163,8 %	175,3 %
Durchschn. Abweichung		3,1 %	4,2 %	11,5 %	1,9 %
Minimale Abweichung		1,6 %	2,1 %	5,6 %	1,1 %
Maximale Abweichung		7,1 %	9,2 %	24,3 %	3,6 %
Versorgungsgrad >140 %	17	17	17	13	17
Versorgungsgrad >110 %	18	18	18	18	18
Versorgungsgrad 100-110 %	0	0	0	0	0
Versorgungsgrad 90-100 %	0	0	0	0	0
Versorgungsgrad <90 %	0	0	0	0	0

Parameter	Ausgangsszenario	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3	Kontroll-szenario
Versorgungsgrad <75 %	0	0	0	0	0
Versorgungsgrad <50 %	0	0	0	0	0

Quelle: Eigene Darstellung

In keinem der gewählten Szenarien ergibt sich ein Versorgungsgrad von unter 110 % für den durchschnittlichen Versorgungsgrad in einer Raumordnungsregion. Betrachtet man die Raumordnungsregionen mit einem durchschnittlichen Versorgungsgrad von über 140 %, so fällt auf, dass dies im Ausgangsszenario auf 17 Raumordnungsregionen zutrifft. Für Szenario 1 und 2 ergeben sich daraus auch keine Veränderungen, lediglich in Szenario 3 fallen nur noch 13 Raumordnungsregionen in diese Kategorie. Nachfolgende geografisch unterteilte Landkarten zeigen diese Veränderungen in übersichtlicher Weise auf und ermöglichen Aussagen über die geografische Verteilung der sich ergebenden Veränderungen.

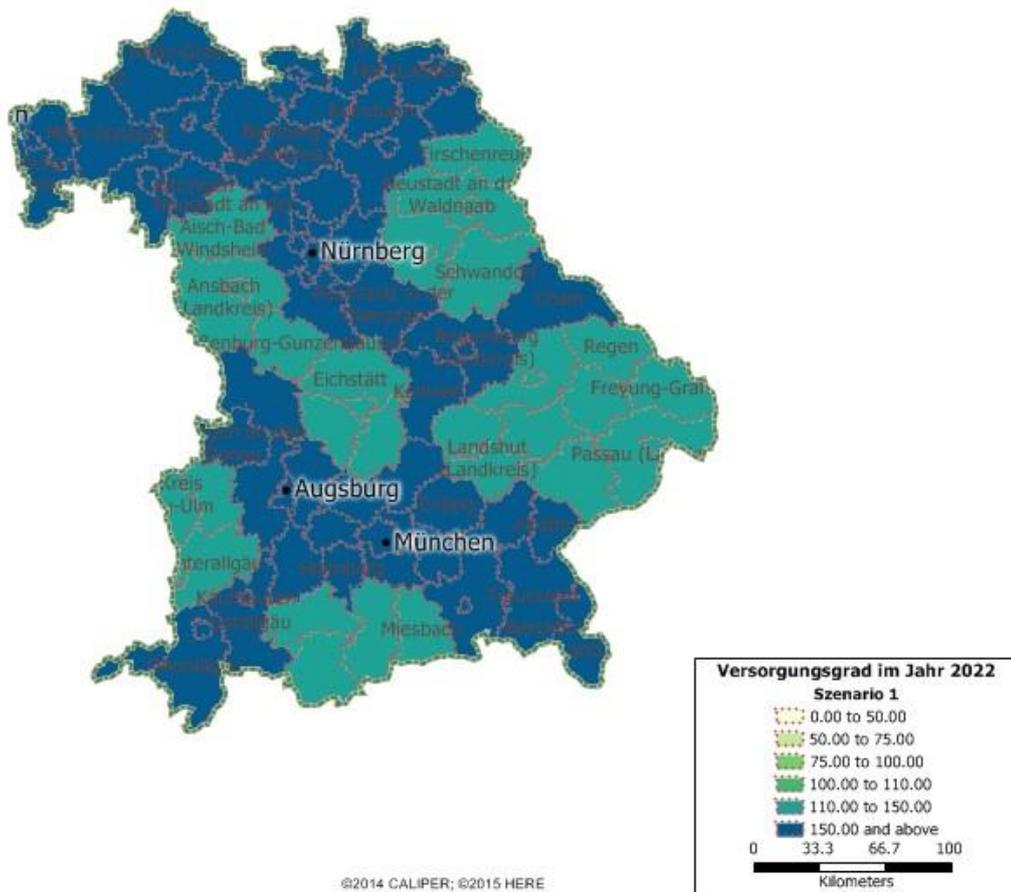


Abbildung 70: Versorgungsgrade spezialisierte fachärztliche Versorgung Szenario 1

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 70 zeigt die durchschnittlichen Versorgungsgrade auf Ebene der Kreise für Szenario 1 im Jahr 2022. Auch diese Übersicht zeigt das hohe Maß an Überversorgung im Bereich der

spezialisierten fachärztlichen Versorgung in Bayern und ist von geprägt von Konzentrationstendenzen in den jeweiligen Ballungsgebieten.

Da sich für Szenario 2 keine nennenswerten Veränderungen in Hinblick auf die durchschnittlichen Versorgungsgrade ergeben, wird nachfolgend nur noch die geografisch unterteilte Landkarte für Szenario 3 abgebildet. Diese zeigt, dass die Ballungsgebiete nach wie vor von einer starken Überversorgung geprägt sind. In den weiteren Regionen erscheinen die Auswirkungen auf den Versorgungsgrad zumindest anhand der gewählten Klassifizierung der Versorgungsgrade ersichtlich. Jedoch bewegen sich weiterhin alle Planungsregionen auf einem Niveau von über 110 %. Somit sind auch für den Bereich der spezialisierten fachärztlichen Versorgung keine akuten Handlungsmaßnahmen mit Hinblick auf die vorhandenen Kapazitäten notwendig.

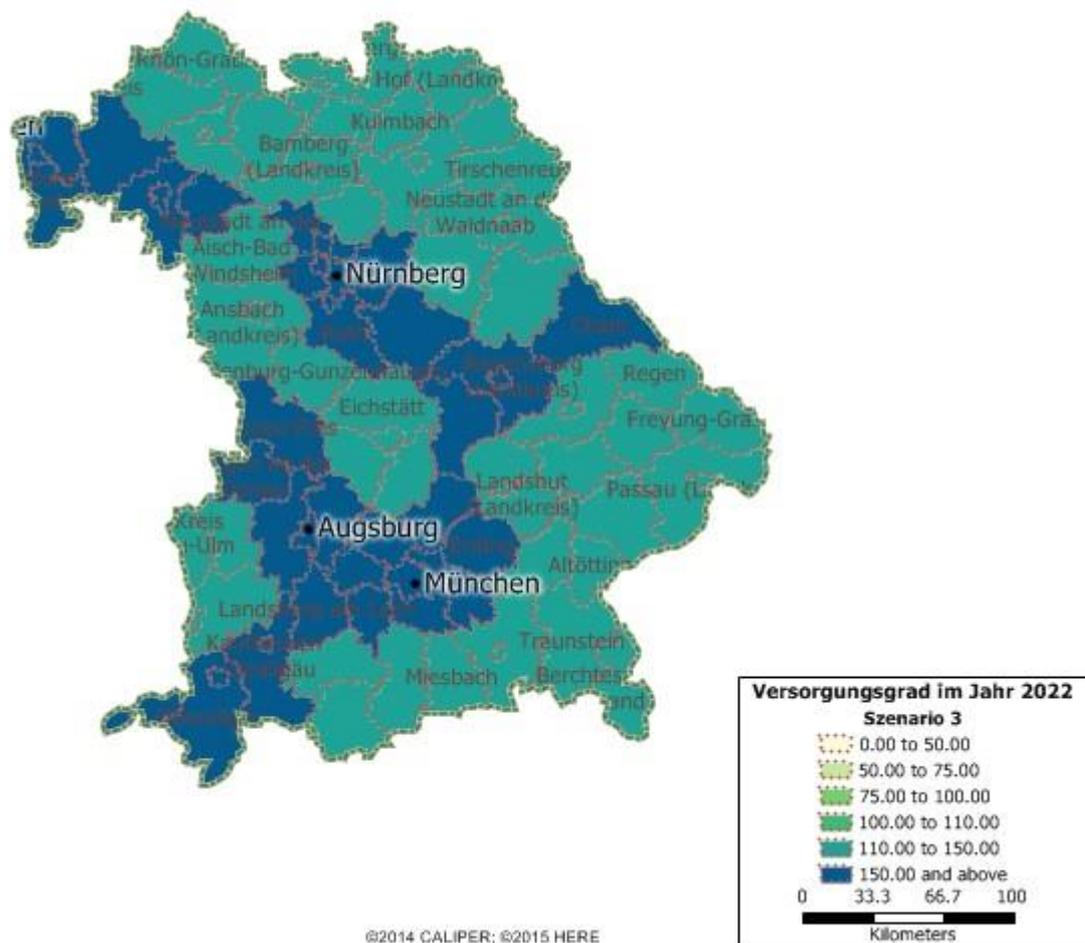


Abbildung 71: Versorgungsgrade spezialisierte fachärztliche Versorgung Szenario 3
Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 71 zeigt grafisch aufbereitet die Auswirkungen auf die jeweiligen Regionen. Betrachtet man die Facharztgruppen einzeln, fällt auf, dass eine Planungsregion in der Facharztgruppe der Radiologen für Szenario 3 einen Versorgungsgrad von unter 100 % (zwischen 90 und 100 %) aufweist. Alle anderen Planungsregionen bewegen sich für jedes

der gewählten Szenarien über einem Versorgungsgrad von 100 %. Bei den fachärztlich tätigen Internisten bewegen sich sogar alle prognostizierten Versorgungsgrade auf einem Niveau von über 140 %. Bei der Facharztgruppe der Anästhesisten besteht in der Ausgangssituation eine Planungsregion mit einem Versorgungsgrad von unter 110 % (zwischen 100 % und 110 %). Für die ersten beiden Szenarien bleibt es bei einer Planungsregion, lediglich für Szenario 3 kommen drei weitere Planungsregionen hinzu, deren Versorgungsgrad auf ein Niveau zwischen 100 und 110 % absinkt. Somit ergibt sich auch bei Betrachtung der einzelnen Facharztgruppen der spezialisierten fachärztlichen Versorgung kein Handlungsbedarf im Hinblick auf zusätzlich benötigte Kapazitäten, die durch den Zustrom von Asylsuchenden verursacht werden.

Gesonderte fachärztliche Versorgung

Relevante Planungsregion im Bereich der spezialisierten fachärztlichen Versorgung ist die KV-Region Bayern. Somit wird für jede beteiligte Facharztgruppe nur ein durchschnittlicher Versorgungsgrad berechnet. Nachfolgende Tabelle 75 zeigt die Versorgungsgrade für die beteiligten Facharztgruppen in der Ausgangssituation sowie für die prognostizierten Szenarien.

Tabelle 75: Übersicht der Auswirkungen des Zuzugs auf die beteiligten Facharztgruppen der gesonderten fachärztlichen Verteilung

Facharztgruppe	Versorgungsgrad Ausgangssituation	Versorgungsgrad Szenario 1	Versorgungsgrad Szenario 2	Versorgungsgrad Szenario 3	Versorgungsgrad Kontroll-szenario
Physikalische und Reha-Mediziner	184,6	180,9 %	179,8 %	171,2 %	182,1 %
Nuklear-mediziner	147,6	144,6 %	143,7 %	136,9 %	145,6 %
Strahlentherapeuten	157,1	154,0 %	153,0 %	145,7 %	155,0 %
Neurochirurgen	184,8	183,6 %	182,4 %	173,8 %	184,8 %
Humangenetiker	133,4	133,0 %	132,2 %	125,9 %	133,9 %
Laborärzte	113,0	110,7 %	110,0 %	104,8 %	111,4 %
Pathologen	121,2	119,7 %	118,9 %	113,3 %	120,5 %
Transfusions-mediziner	113,3	111,0 %	110,3 %	105,1 %	111,7 %

Quelle: Eigene Darstellung

Auffällig ist, dass der Versorgungsgrad in keinem Facharztbereich unter die 100 %-Marke sinkt. Abgesehen von Szenario 3, bewegen sich die Versorgungsgrade der einzelnen Facharztgruppen sogar über der 110 %- Marke. Somit ergibt sich auch für den Bereich der gesonderten fachärztlichen Versorgung kein akuter Handlungsbedarf in Hinblick auf zusätzlich benötigte Kapazitäten aufgrund des Zustroms von Asylbewerbern.

Vertragszahnärztliche Versorgung

Basierend auf Prognosen zur Entwicklung der Zahnärztezahlen in Deutschland des Informationsdienstes des Instituts der deutschen Zahnärzte aus dem Jahr 2009 geht die Bundeszahnärztekammer von einer moderaten Zunahme der behandelnd tätigen Zahnärzte bis zum Jahr 2030 aus. Ausgehend von 2.100 jährlichen Approbationen und dem Basisjahr 2015 werden danach auf Bundesebene bis zum Jahr 2022 zusätzlich 959 behandelnd tätige Zahnärzte prognostiziert (Brecht et al. 2009; Bundeszahnärztekammer 2016). Geht man von einem weiterhin konstanten Verhältnis von in Bayern tätigen Zahnärzten in Relation zu den im Bundesgebiet tätigen Zahnärzten aus, ergibt sich daraus eine Zunahme von 155 Zahnärzten für Bayern. Aufgrund dieser geringen Zunahme und der Tatsache, dass diese Werte nicht präzise auf Kreisebene aufgeschlüsselt werden können, gilt für den weiteren Verlauf die Annahme, dass die Anzahl der Zahnärzte bis zum Jahr 2022 konstant verlaufen wird.

Betrachtet man die durchschnittlichen Abweichungen der Versorgungsgrade für alle Planungsregionen der zahnärztlichen Versorgung, fällt auf, dass die Abweichung für Szenario 2 etwa 2,7 Prozentpunkte und für Szenario 3 etwa 7,7 Prozentpunkte beträgt. Die maximale Abweichung für eine Planungsregion beträgt für Szenario 2 etwa 5,7 Prozentpunkte. Für Szenario 3 beträgt die maximale Abweichung hingegen bis 17,1 Prozentpunkte. Betrachtet man diese Abweichungen aus bedarfsplanerischer Hinsicht, so fällt auf, dass der durchschnittliche Versorgungsgrad zwar absinkt, jedoch in keinem der gewählten Szenarien ein Planungsbereich eine Unterversorgung, im Sinne von einem Versorgungsgrad von weniger als 50 %, aufweist. Tabelle 76 fasst die Auswirkungen in den jeweiligen Szenarien für die zahnärztliche Versorgung zusammen.

Tabelle 76: Übersicht der Veränderungen für die jeweiligen Szenarien zahnärztliche Versorgung

Parameter	Ausgangs-szenario	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3	Kontroll-szenario
Durchschn. Versorgungsgrad	109,7 %	107,7 %	107,0 %	102,2 %	108,4 %
Durchschn. Abweichung		2,0 %	2,6 %	7,4 %	1,3 %
Minimale Abweichung		0,2 %	0,2 %	0,3 %	0,1 %
Maximale Abweichung		4,5 %	5,7 %	17,1 %	3,3 %
Versorgungsgrad >140 %	1	1	1	0	1
Versorgungsgrad >110 %	36	33	32	20	34
Versorgungsgrad 100-110 %	26	26	27	27	28
Versorgungsgrad 90-100 %	12	13	13	20	11
Versorgungsgrad <90 %	5	7	7	12	6
Versorgungsgrad <75 %	1	1	1	1	1

Parameter	Ausgangs-szenario	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3	Kontroll-szenario
Versorgungsgrad <50 %	0	0	0	0	0

Quelle: Eigene Darstellung

Neben dieser tabellarischen Übersicht liefert nachfolgende Abbildung 72 eine Übersicht der Auswirkungen in Szenario 2 für die jeweiligen Planungsbereiche.

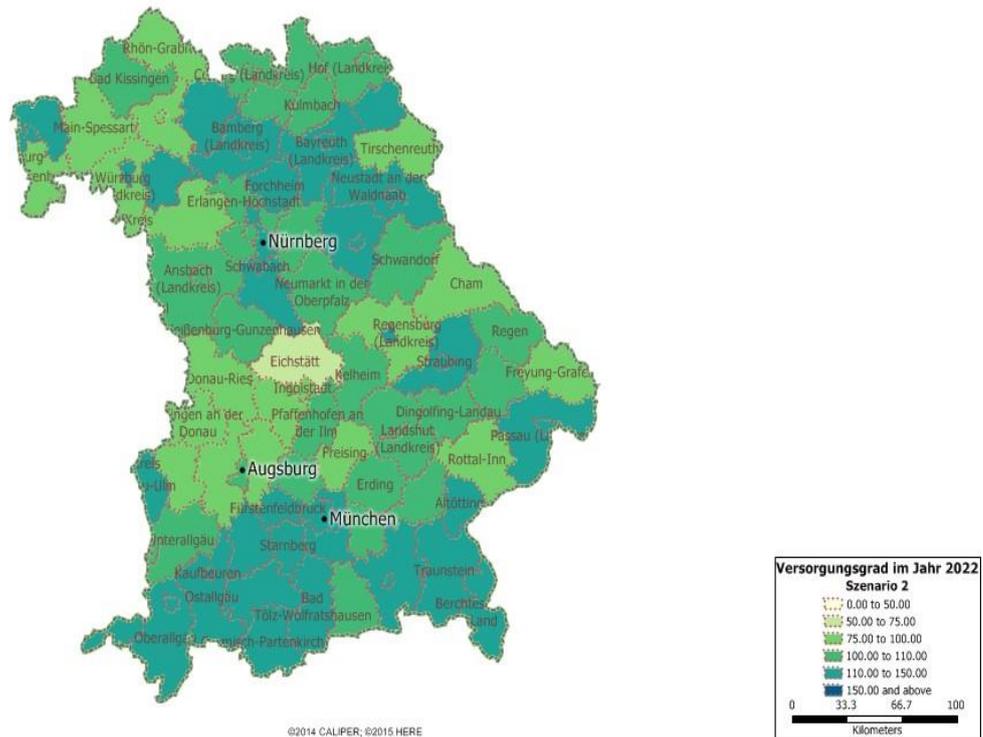


Abbildung 72: Auswirkungen des Zustroms in Szenario 2 auf die zahnärztliche Versorgung
Quelle: Eigene Darstellung

Für die kieferorthopädische Versorgung liegen keine Daten zur Altersstruktur der Fachärzte vor. Das heißt, es gilt wiederum die Annahme, dass sich die Zahl der Kieferorthopäden bis zum Jahr 2022 konstant entwickeln wird.

Im Gegensatz zur zahnärztlichen Versorgung erweisen sich die Auswirkungen auf die Versorgungsgrade der kieferorthopädischen Versorgung als stärker ausgeprägt. Dies ist zum einen der Tatsache geschuldet, dass zur Berechnung der Versorgungsgrade der kieferorthopädischen Versorgung die Bevölkerungsgruppe der 0-18-Jährigen die relevante Bezugsgröße darstellt. Zum anderen ist dieser Anteil, wie bereits im bisherigen Verlauf dargestellt⁵⁰, bei der zuziehenden Population deutlich überrepräsentiert, insbesondere im Vergleich zur bayerischen Wohnbevölkerung. Tabelle 77 fasst die Auswirkungen in den jeweiligen Szenarien für die kieferorthopädische Versorgung zusammen.

⁵⁰ Vgl. Kapitel Allgemeine fachärztliche Versorgung sowie Tabelle 71:Gegenüberstellung der Altersstruktur der bayerischen Wohnbevölkerung und der geflüchteten Population

Tabelle 77: Übersicht der Veränderungen für die jeweiligen Szenarien kieferorthopädische Versorgung

Parameter	Ausgangsszenario	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3	Kontroll-szenario
Durchschn. Versorgungsgrad	141,9 %	137,1 %	135,7 %	125,1 %	138,8 %
Durchschn. Abweichung		4,7 %	6,2 %	16,8 %	3,1 %
Minimale Abweichung		0,4 %	0,4 %	0,8 %	0,3 %
Maximale Abweichung		12,3 %	14,5 %	41,7 %	8,8 %
Versorgungsgrad >140 %	40	36	35	26	39
Versorgungsgrad >110 %	60	58	57	48	59
Versorgungsgrad 100-110 %	4	5	6	9	4
Versorgungsgrad 90-100 %	3	4	4	7	4
Versorgungsgrad <90 %	12	12	12	15	12
Versorgungsgrad <75 %	6	6	7	7	6
Versorgungsgrad <50 %	0	0	0	0	0

Quelle: Eigene Darstellung

Die durchschnittliche Abweichung der Versorgungsgrade in allen Planungsregionen beträgt für Szenario 1 etwa 4,7 Prozentpunkte und steigt für Szenario 3 auf 16,8 Prozentpunkte an. Für die einzelnen Planungsregionen ergeben sich maximale Abweichungen von 12,3 Prozentpunkten für Szenario 1 bzw. 14,5 Prozentpunkten für Szenario 2 und Abweichungen von 41,7 Prozentpunkten für Szenario 3. Jedoch beträgt der durchschnittliche Versorgungsgrad auch für Szenario 3 noch 125,1 % und keine Planungsregion ist von einer Unterversorgung, im Sinne von einem Versorgungsgrad von weniger als 50 %, betroffen.

Nachfolgende Abbildung 73 illustriert die Auswirkungen des Zuzugs auf die einzelnen Planungsregionen für Szenario 2.

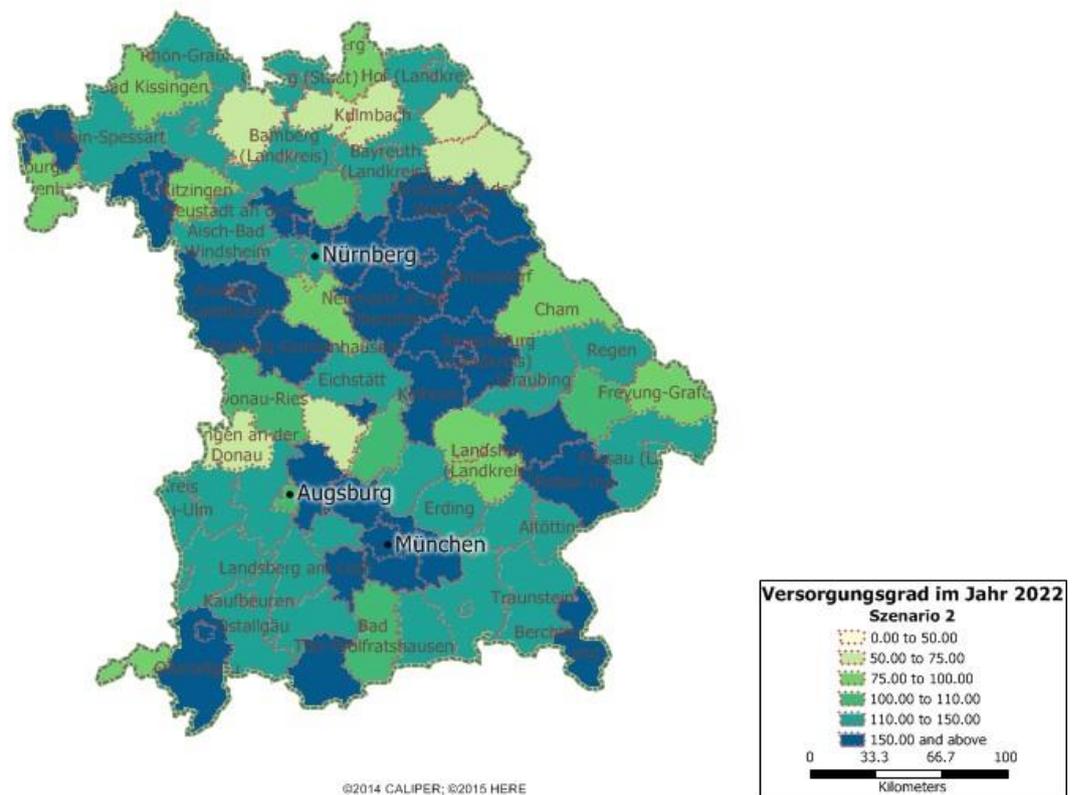


Abbildung 73: Auswirkungen des Zustroms auf die kieferorthopädische Versorgung in Szenario 2
Quelle: Eigene Darstellung

Zusammenfassend ergibt sich für die vertragszahnärztliche Versorgung nach den Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA und den entsprechenden Definitionen einer Unterversorgung kein akuter Handlungsbedarf im Sinne von zusätzlich benötigten Zahnärzten oder Kieferorthopäden.

4.1.2.2. Validierung der bisherigen Berechnungen

Bevor anhand der Auswertungen der Interviews der Versuch unternommen wird, die geschätzten Versorgungsgrade zu plausibilisieren, werden zunächst einige grundlegende Aspekte der aktuellen Bedarfsplanung diskutiert.

Zentrale Annahme, die den bisherigen Berechnungen und Aussagen zugrunde liegt, ist, dass die Versorgungsgrade und deren Berechnung das Abbild der Realität adäquat widerspiegeln. Einige Interviewpartner treffen jedoch Aussagen, die dies in Frage stellen. So führt ein Befragter an, dass die hautärztliche Versorgung situativ an ihre Kapazitätsgrenzen gestoßen ist (Interview 8). Betrachtet man den ausgewiesenen Versorgungsgrad für die angesprochene Planungsregion, beträgt der Versorgungsgrad über 190 % und wird somit aus bedarfsplanerischer Sicht als übertersorgt ausgewiesen. Ein weiteres Beispiel stammt aus dem Bereich der kinderärztlichen Versorgung. Hier gibt ein Befragter an, dass die Kapazitätsgrenze erreicht wurde (Interview 2). Der Versorgungsgrad in der angesprochenen

Region beträgt jedoch 170 % und ist somit ebenfalls als überversorgt einzustufen. Somit bleibt fraglich, ob Versorgungsgrade als aktuelle Grundlage der Bedarfsplanung in der Lage sind, die Realität adäquat abzubilden. Auch der Gesetzgeber fordert mit dem Versorgungsstärkungsgesetz die Bedarfsplanung bedarfsgerechter zu gestalten und den Bedarf besser abzubilden (bspw. über § 101 Abs. 2 SGB V). Jedoch wird dieses Instrument zur Kapazitätsplanung auch von KVB und Krankenkassen verwendet und stellt auch aus deren Sicht das bestmöglich verfügbare Instrument zur Einschätzung der Versorgungssituation dar.

Neben den geschätzten Versorgungsgraden können auch bereits vorliegende Daten der KVB zu Plausibilisierungszwecken genutzt werden. Eine Analyse der KV-Abrechnungsdaten zeigt, dass einige wenige Praxen einen deutlich überproportionalen Teil der Behandlung von Asylsuchenden übernehmen. Hier kann eine punktuelle Unterstützung wünschenswert sein.

Diese Ergebnisse decken sich mit den Einschätzungen aus den Interviews. Demnach sind insbesondere die Leistungserbringer, deren Praxen eine unmittelbare räumliche Nähe zu Asylbewerberunterkünften aufweisen, Leistungserbringer mit Migrationshintergrund, die gegebenenfalls sogar muttersprachlich arabisch oder andere Fremdsprachen sprechen sowie Leistungserbringer, die grundsätzlich eine hohe Bereitschaft aufweisen Geflüchtete zu versorgen, Indikatoren für eine gehäufte und gezielte Inanspruchnahme einzelner Leistungserbringer durch Geflüchtete. Diese Informationen über die jeweiligen Leistungserbringer verbreiten sich umgehend in der Population der Geflüchteten und führen zu einer Konzentration bei einigen wenigen Leistungserbringern, die gezielt von Geflüchteten aufgesucht werden (Interviews 1, 3, 5, 6, 8, 13, 16, 19). Ebenso können aber auch bestimmte Zusatzqualifikationen oder Schwerpunktpraxen, beispielsweise für das Themengebiet Diabetes, dazu beitragen, dass eine Einrichtung gehäuft von Geflüchteten aufgesucht wird (Interview 1). Dagegen scheint es nur ganz vereinzelt Praxen zu geben, die nicht mit der Versorgung von Geflüchteten konfrontiert sind (Interview 6). Diese Erkenntnisse der ungleichen Verteilung von Geflüchteten auf die verschiedenen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung haben sich sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich gezeigt. Folglich kann es durchaus Praxen bzw. Leistungserbringer geben, die verstärkt von der medizinischen Betreuung von Geflüchteten betroffen sind und Auswirkungen auf Ihren Praxisalltag spüren.

Neben der Verteilung auf die einzelnen Einrichtungen sind auch das grundsätzliche Inanspruchnahmeverhalten von Geflüchteten sowie die Behandlungsdauer eines Geflüchteten für die Planung von Kapazitäten von Relevanz. Bezüglich des Inanspruchnahmeverhaltens sowie der Behandlungsdauer existieren keine gesicherten Daten, die eine Quantifizierung für die durchgeführten Berechnungen erlauben würden. Im Rahmen der durchgeführten Interviews kommt es hingegen zu widersprüchlichen Ergebnissen. Sechs Befragte geben an, der Meinung zu sein, dass Geflüchtete häufiger medizinische Leistungserbringer aufsuchen,

fünf geben an, dass dies seltener geschehe und vier Befragte können dies nicht einschätzen bzw. wollen dies nicht pauschalisieren und verweisen auf die Vielfalt der Patienten, die sich ähnlich wie die deutsche Wohnbevölkerung sehr unterschiedlich verhält (Interviews 1, 2, 4, 5, 6, 13, 14, 15, 16, 18, 19). Die Argumentation der Befragten reicht dabei von einem gewissen Anspruchsdenken der Geflüchteten, die die Qualität des deutschen Gesundheitswesens gerne nutzen würden, über eine zurückhaltende Dankbarkeit überhaupt in Deutschland aufgenommen worden zu sein bis zu einer sehr differenzierten Betrachtung nach Herkunftsland. Ähnlich verhält es sich bei der Behandlungsdauer. Ein Befragter ist der Meinung, die Behandlungsdauer sei aufgrund eines geringeren Anspruchsdenkens und sehr konkreter Anliegen verkürzt, zwei sind der Meinung, dass aufgrund sprachlicher und kultureller Hürden die Behandlungsdauer erhöht wäre und zwei Interviewpartner wollen dies nicht pauschalisiert darstellen (Interviews 1, 2, 5, 13). Aufgrund dieser kontroversen Aussagen und der mangelnden Verfügbarkeiten von Studienergebnissen zu Inanspruchnahmeverhalten und Behandlungsdauer von Geflüchteten, wird davon ausgegangen, dass sich diese Faktoren ähnlich denen der deutschen Wohnbevölkerung verhalten und die durchgeführten Berechnungen somit weiterhin als bestmögliche Annäherung an die Realität gesehen werden können.

Weiterhin wird bei der bisherigen Berechnung nicht berücksichtigt, dass die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen in den letzten Jahren stetig zugenommen hat. Die im bisherigen Verlauf durchgeführten Berechnungen gehen von einer gleichbleibenden Nachfrage pro Kopf und lediglich steigenden Kopffzahlen auf Nachfrageseite aus. Zieht man hierzu wiederum den bereits erwähnten Pressebericht der KBV aus dem Jahr 2016 heran, so zeigt sich, dass die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen etwas stärker ansteigt als das Angebot an Medizinern (KVB 2016). Somit wird in der Tendenz ein etwas zu hoher Versorgungsgrad ausgewiesen. Diese Differenz ist jedoch nicht quantifizierbar und kann lediglich als qualitative Bewertung berücksichtigt werden.

Neben grundsätzlichen Ungenauigkeiten der Berechnung der Versorgungsgrade spielt insbesondere die Facharztgruppe eine wesentliche Rolle. Hier kommt es zu einigen spezifischen Herausforderungen. So berichten acht Befragte, dass Hausärzte besonders von der medizinischen Versorgung von Geflüchteten betroffen sind. Dies wird auf gehäufte Erkrankungen wie Diabetes, Nierenschäden und Tuberkulose zurückgeführt (Interview 1, 2, 3, 5, 11, 12, 13, 17). Jedoch berichten auch fünf weitere Interviewpartner, dass Geflüchtete grundsätzlich ein ähnliches Krankheitsspektrum wie die deutsche Wohnbevölkerung aufweisen und aufgrund von allgemeinmedizinischen Anliegen vor allem Hausärzte aufgesucht werden (Interviews 1, 2, 5, 13, 18). Ferner wird vereinzelt auch von eher seltenen Krankheiten berichtet, die bei Geflüchteten auftreten. Dabei handelt es sich zum Beispiel um

Stoffwechsel- oder Vitaminstoffwechselerkrankungen, Thalassämien und Sichelzellanämien. Die Häufigkeiten dieser Erkrankungen werden jedoch als selten beschrieben (Interview 17).

Neben Hausärzten sind auch Frauenärzte verstärkt an der medizinischen Versorgung von Geflüchteten beteiligt. Dies führen die Befragten auf gehäufte Unterleibsschmerzen und eine erhöhte Anzahl an Schwangerschaften zurück. Der Bedarf an der Betreuung von Schwangeren ist zusätzlich dadurch erhöht, dass einige der schwangeren Personen aufgrund der Flucht sich über einen längeren Zeitraum keinerlei gynäkologischen Untersuchungen mehr unterzogen haben (Interviews 1, 5, 7, 13, 20). Die Begründung für einen erhöhten medizinischen Betreuungsbedarf bei Frauenärzten liegt unter anderem darin begründet, dass insbesondere die Geburtenrate bei den Frauen der geflüchteten Population im Vergleich zur durchschnittlichen bayerischen Wohnbevölkerung deutlich erhöht ist. Damit zusammenhängend ist auch ein erhöhter Bedarf an Hebammen.

Weiterhin werden Kinder- und Jugendärzte als Facharztgruppe beschrieben, die verstärkt mit der medizinischen Betreuung von geflüchteten Personen betraut sind bzw. bei denen es gehäuft zu einer gefühlten Unterversorgung kommt, da einzelne Leistungserbringer so stark ausgelastet sind, dass sie zeitweise keine weiteren Patienten mehr betreuen (Interviews 5, 19, 20). Die Erklärung für die pädiatrischen Fachärzte wurde im bisherigen Verlauf bereits anhand Altersstruktur der zuziehenden Population geliefert und ist neben dem quantitativ erhöhten Anteil junger Personen auch dem hohen Anteil der Kinder und Jugendlichen geschuldet, die unbegleitet nach Deutschland gekommen sind. Diese Gruppe erscheint nach ersten Morbiditätserhebungen besonders vulnerabel (Deutscher Bundestag 2017, 47 ff.).

Zusätzlich kommen laut den Befragten fluchtbedingte Erkrankungen chirurgischer Art wie Blasen, Kriegsverletzungen oder Amputationen vermehrt vor, die eine medizinische Versorgung durch Chirurgen erfordern (Interview 1, 4, 5, 13, 19).

Hauterkrankungen wie Skabies treten zudem aufgrund mangelnder hygienischer Bedingungen in Asylunterkünften vermehrt auf und erfordern eine Behandlung durch Dermatologen (Interview 2, 3, 4, 6, 8, 13, 14, 20).

Zudem wird der zahnmedizinische Zustand vieler Geflüchteter weithin als katastrophal beschrieben. Aktuell ergibt sich daraus aufgrund eines eingeschränkten Leistungsumfangs nur eine bedingte Auswirkung auf die jeweiligen Leistungserbringer. In der mittelfristigen Perspektive bis zum Jahr 2022 ist jedoch davon auszugehen, dass die mangelnde Zahngesundheit bei einigen Zugezogenen zu einer erhöhten Inanspruchnahme von Zahnärzten führen wird (Interviews 3, 9, 10, 11, 13, 19, 20).

Anders verhält es sich bei der kieferorthopädischen Versorgung. Hier wird in keinem Interview von einem vermehrten Bedarf gesprochen. Jedoch ist aufgrund der bereits in Tabelle 71

beschriebenen Altersstruktur der zuziehenden Population von einem vermehrten Bedarf an kieferorthopädischer Versorgung auszugehen.

- Die geschätzten Versorgungsgrade bis zum Jahr 2022 werden somit für die im bisherigen Verlauf des Kapitels beschriebenen Facharztgruppen tendenziell unterschätzt. Neben einer vermehrten Inanspruchnahme von einzelnen Leistungserbringern wurde in einem Interview von einem gegenläufigen Effekt berichtet. Nämlich dem verringerten Auftreten von alkoholbedingten Erkrankungen, wodurch der Bedarf an medizinischer Versorgung in diesem Bereich ggfs. geringer ausfallen wird (Interview 9).
- Greift man die zu Beginn des Unterkapitels beschriebene Kritik an der aktuellen Grundlage der Bedarfsplanung auf und setzt nicht die definitorische Unterversorgung als geeignetes Maß für zusätzlich benötigte Kapazitäten an, sondern geht davon aus, dass der Stand der medizinischen Versorgung aus dem Jahr 2016 bis zum Jahr 2022 auf gleichem bzw. ähnlich hohem Niveau gehalten werden soll, so ergibt sich folgender Bedarf an zusätzlichen Ärzten für die jeweiligen Facharztgruppen, der in Tabelle 78 zusammengefasst ist.⁵¹

⁵¹ Der Berechnung der zusätzlich erforderlichen Ärzte, um den Grad an medizinischer Versorgung aus dem Jahr 2016 aufrechtzuerhalten, liegt wiederum die Annahme zugrunde, dass sich die Anzahl der Ärzte bis zum Jahr 2022 konstant verhält. Die angegebenen Werte Tabelle 78 drücken also nur den zusätzlichen Bedarf an Medizinern aus, der durch das Anwachsen der Bevölkerung entsteht.

Tabelle 78: Zusätzlich benötigte Ärzte zur Aufrechterhaltung des Status quo der medizinischen Versorgung

	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3	Kontroll-szenario	Versorgungs-grad im Status quo
Hausärzte	173,5	228,6	650,7	117,9	113,5 %
Kinder- und Jugendärzte	35,4	44,5	125,6	23,2	143,8 %
Augenärzte	17,8	23,4	66,2	12,2	125,6 %
Chirurgen	12,4	16,1	45,1	8,5	160,0 %
Frauenärzte	22,0	27,6	77,4	14,5	122,1 %
HNO-Ärzte	13,4	17,6	49,4	9,2	127,9 %
Hautärzte	11,5	15,1	42,5	7,9	137,4 %
Nervenärzte	15,4	20,1	56,2	10,7	136,7 %
Orthopäden	20,5	26,8	75,6	14,1	151,7 %
Urologen	8,9	11,6	32,9	6,0	141,9 %
Anästhesisten	11,6	15,4	44,0	5,2	166,6 %
Radiologen	8,6	11,3	32,5	4,1	137,8 %
Fachinternisten	28,7	38,1	109,7	14,3	221,6 %
Physikalische und Reha-Mediziner	2,8	3,8	10,9	1,9	184,6 %
Nuklearmediziner	3,3	4,3	12,5	2,2	147,6 %
Strahlentherapeuten	2,4	3,1	9,1	1,6	157,1 %
Neurochirurgen	3,0	4,0	11,5	2,0	184,8 %
Humangenetiker	0,6	0,8	2,2	0,4	133,4 %
Laborärzte	2,9	3,8	11,1	2,0	113,0 %
Pathologen	2,6	3,5	10,1	1,8	121,2 %
Transfusionsmediziner	0,2	0,3	0,9	0,2	113,3 %
Zahnärzte	196,2	258,3	734,7	133,4	109,7 %
Kieferorthopäden	31,5	40,2	115,6	20,4	141,9 %

Quelle: Eigene Darstellung

Demnach ist der Bedarf an zusätzlichen Ärzten insbesondere in den Bereichen der hausärztlichen und der zahnärztlichen Versorgung mit etwas mehr als 228 bzw. etwas mehr als 258 zusätzlichen Medizinern, ausgedrückt in Vollzeitäquivalenten, stark ausgeprägt. Weiterhin erscheinen Kinder- und Jugendärzte, Fachinternisten und Frauenärzte verstärkt betroffen.

Weitere zentrale Erkenntnisse aus den Interviews sind, dass die deutliche Mehrheit der Befragten angab, zum Zeitpunkt des maximalen Zuzugs im Sommer bzw. Herbst 2015 Auswirkungen auf den Praxisalltag verspürt zu haben. Besonders betroffen sind Notfallambulanzen. Diese haben insbesondere zur Hochphase des Zustroms im Jahr 2015 einen deutlich erhöhten Zulauf zu verzeichnen. Die Gründe hierfür sind vielfältig und reichen von einem anderen kulturellen Verständnis über Nicht-Wissen bis hin zu einer gezielten Umgehung der bestehenden Strukturen durch Geflüchtete. Zu diesem Zeitraum geben die Befragten an, dass Geflüchtete bis zu einem Drittel der zu Versorgenden repräsentieren (Interview 1). Ebenfalls kommt es dabei auch zu einem erhöhten Arbeitsaufwand. Dieser wird von den meisten Befragten in Form von Überstunden, Arbeitsverdichtung oder ehrenamtlicher Tätigkeit aufgefangen (Interviews 1, 2, 4, 5, 8, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 20). Im Bereich der ambulanten somatischen Versorgung wird jedoch von keinem Fall berichtet, in dem zusätzliches Personal eingestellt werden muss. Ein zusätzlicher Bedarf an Personal im Sinne von Dolmetschern wird hingegen von einigen Befragten berichtet (Interviews 1, 4, 11, 15, 19). Diese beklagen neben einer mangelnden Quantität an Dolmetschern, ebenso eine mangelnde Qualität. Insbesondere bei medizinischen Fachbegriffen und der Beschreibung von Erkrankungen kommt es bei vielen Übersetzern zu Schwierigkeiten. Neben personellen Ressourcen haben einzelne Einrichtungen monetäre Ausgaben zu verzeichnen, um die Sprachbarriere auf unterschiedlichen Wegen zu umgehen. So werden beispielsweise Plakate zu den häufigsten Erkrankungen und medizinischer Fachbegriffen in verschiedenen Sprachen erstellt. Diese Aufwendungen werden von den Befragten jedoch als sehr gering eingestuft (Interview 12).

Diese Auswirkungen aus der Akutphase im Jahr 2015 sind jedoch bis zum Jahr 2017 deutlich zurückgegangen und der Anteil an Geflüchteten an den gesamten zu versorgenden Patienten wird mit bis zu fünf Prozent beziffert (Interview 1, 4, 5, 6, 8, 15). Jedoch sind einzelnen Befragten Einrichtungen bzw. Kollegen bekannt, die weiterhin verstärkt von Asylsuchenden bzw. Geflüchteten aufgesucht werden und teilweise auch noch Auswirkungen auf den Praxisalltag verspüren.

Insgesamt sind die Auswirkungen auf die einzelnen Einrichtungen der ambulanten somatischen Gesundheitsversorgung, ähnlich wie in den bisherigen Berechnungen dargestellt, auf Einzelfälle beschränkt und **verursachen einen geringfügigen zusätzlichen Bedarf an Kapazitäten**. Den Berechnungen aus dem Kapitel Ableitung des zusätzlichen Bedarfs an medizinischer Versorgung folgend entsteht durch den geschätzten Zuzug bis zum Jahr 2022 eine Unterversorgung im Bereich der hausärztlichen Versorgung in einer bzw. drei zusätzlichen hausärztlichen Planungsbereichen. **Trotz dieses geringfügigen Bedarfs an zusätzlichen Kapazitäten erscheint insbesondere eine gezielte und weiterführende Betrachtung der hausärztlichen, gynäkologischen, kinderärztlichen und zahnärztlichen**

Versorgung aufgrund der vorliegenden Ergebnisse angebracht. Grundsätzlich kann es in einzelnen Einrichtungen und Regionen, die bereits vor dem vermehrten Zustrom von Geflüchteten von einer unzureichenden Versorgung gefährdet waren, zu einer Zuspitzung der Problematik kommen. Dies ist jedoch nicht primär auf die Asylsuchenden und deren medizinischen Behandlungsbedarf, sondern auf bereits zuvor bestehende, zum Teil strukturelle Probleme, zurückzuführen.

4.1.3. Zusätzliche Kompetenzen

4.1.3.1. Fachliche ärztliche Kompetenzen

Laut Meinung der befragten Experten kommt es insbesondere im Bereich der ambulanten somatischen Versorgung zu nahezu keinen medizinischen Herausforderungen, indem beispielsweise extrem seltene, unbekannte oder besonders komplexe Erkrankungen auftreten. Zwar treten gewisse Erkrankungen gehäuft auf, deren Prävalenzen sich teilweise von der der deutschen Wohnbevölkerung unterscheiden, jedoch resultieren daraus keinerlei medizinische Herausforderungen (Interviews 3, 5, 6, 12, 13, 14, 18).

Herausforderungen bestehen hingegen durch sprachliche und kulturelle Barrieren. So verfügt nur ein geringer Anteil der befragten Leistungserbringer über die Möglichkeit auf einen Dolmetscher zurückzugreifen. Hier kommt es zu sogenannten Workarounds. Wobei sich deren Verlauf in jeder Einrichtung unterscheidet. Oftmals wird das Sprachproblem durch Verwandte und Bekannte der Geflüchteten kompensiert. Insofern Dolmetscher zur Verfügung stehen, ist deren Finanzierung oftmals durch Sonderlösungen in den jeweiligen Regionen geregelt, da Dolmetscherkosten nur in bestimmten Fällen nach dem AsylbLG übernommen werden. Der Vorschlag auf die Möglichkeit des sog. TeleView-Projektes zurückzugreifen, wird im weiteren Verlauf in Kapitel 5 Handlungsempfehlungen näher vorgestellt. Die Herausforderungen in Bezug auf kulturelle Unterschiede sind vielfältig. Diese reichen von einem anderen Verständnis der Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen über ein anderes Verständnis der Entscheidungsfindung im Prozess der medizinischen Behandlung bis hin zu besonderen Befindlichkeit in Hinblick auf den behandelnden Arzt. Laut Experten sollten diese Besonderheiten durch Schulungen des medizinischen Personals sowie der Geflüchteten in Form von Fortbildungen bzw. Informationsveranstaltungen erfolgen, um grundsätzlich eine gewisse kulturelle Sensibilität sowie Offenheit bei den Leistungserbringern zu erzeugen (Interviews 4, 8, 13, 14). Eine weitere Möglichkeit, um eine Kultursensibilität zu schaffen, ist beispielsweise durch den Versand von Broschüren wie „Medizinische Flüchtlingsversorgung und Praxisleitfaden“ möglich (Interview 4).

Weitere Besonderheiten, die zu Störungen des Praxisalltags führen können, ist die Einhaltung von Terminen durch Asylsuchende. Zum einen weisen viele Personen, kulturell bedingt, ein

anderes Verständnis von Pünktlichkeit auf (Interview 13). Zum anderen verweisen Interviewpartner darauf, dass Geflüchtete teilweise nicht lesen und schreiben können oder aber teilweise auch die Uhr nicht lesen können (Interview 14, 20). Hier soll insbesondere durch Personen in Aufnahmeeinrichtungen, die oftmals auch die Termine mit den ärztlichen Leistungserbringern vereinbaren, auf die Bedeutung von Pünktlichkeit hingewiesen werden.

Eine weitere Herausforderung, die insbesondere zur Anfangszeit Ende des Jahres 2015 aufgetreten ist, ist eine bestehende Unsicherheit auf Seiten der Ärzte sowie der Geflüchteten über den bestehenden Leistungsumfang und die Abrechnungsmöglichkeiten (Interviews 1, 2, 4, 5, 7, 8, 12).

Jedoch haben auch hier die Gespräche mit den Interviewpartnern ergeben, dass viele der ursprünglichen Probleme inzwischen behoben, oder zumindest verbessert werden konnten. Dies hat zum einen mit einem zunehmenden Verständnis auf beiden Seiten zu tun. So ist inzwischen beispielsweise auch der Umgang mit den Folgen einer Beschneidung deutlich verbessert (Interview 20). Zum anderen haben sich auch erste Strukturen verfestigt, um die medizinische Versorgung von Geflüchteten zu verbessern.

Insgesamt können die Herausforderungen bei den Kompetenzen auf Seiten der Leistungserbringer als gering beschrieben werden. Vorrangig werden die Relevanz sowie die positiven Folgen einer kulturellen Offenheit von den Befragten als Optimierungsmöglichkeiten beschrieben. „Kultursensibilität ist etwas ganz ganz Wichtiges. Das ist immer wichtiger in unserer Gesellschaft, weil wir so bunt werden. Und ich denke mal, ja das ist wichtig, dieses für uns auch befremdliche Verhalten nicht zu bewerten, sondern erstmal wahrzunehmen und Geduld zu entwickeln, sich auch zu, ja vielleicht von Leuten, die einem das erklären können, damit man es einordnen kann. Weil unser Verhalten ist ja für die genauso befremdlich. Da braucht es auf beiden Seiten Geduld, aber diese Kompetenzen sind ganz ganz wichtig“ (Interview 14).

4.1.3.2. Kompetenzen auf Seiten der Geflüchteten

Neben einer kulturellen Sensibilität auf Seiten der Leistungserbringer ist auch auf Seiten der Geflüchteten eine gewisse kulturelle Aufklärung von Bedeutung. So wird von den Interviewten berichtet, dass beispielsweise Frauen nicht von männlichen Leistungserbringern oder Männer nicht von weiblichen Leistungserbringern behandelt werden möchten (Interviews 6, 7, 15, 17, 20). Weiterhin berichten die Befragten davon, dass bei einer Entscheidung für oder gegen eine gewisse medizinische Behandlung die Familie des Erkrankten oftmals stark involviert ist bzw. die Entscheidung für den Erkrankten treffen möchte. Hier ist insbesondere auf die bestehende Aufklärungspflicht des zu Behandelnden zu verweisen (Interviews 4, 6).

Weiterhin fehlt bei einigen Geflüchteten ein grundlegendes Verständnis des deutschen Gesundheitssystems, insbesondere auch hinsichtlich der Systemkenntnis. Ebenso ist ihnen die Aufgabenabgrenzung zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung sowie des Konzepts des niedergelassenen Facharztes nicht immer bekannt (Interview 2, 3, 4, 5, 14). In diesem Zusammenhang wird auch von der Problematik berichtet, dass Geflüchtete häufig die Notaufnahme aufsuchen, obwohl dies medizinisch nicht immer indiziert ist (Interview 5, 10). Diese Aussage wird jedoch dadurch relativiert, dass diese Problematik nicht nur bei Geflüchteten besteht, sondern auch bei der deutschen Wohnbevölkerung auftritt (Interview 5, 17, 18). Ferner mangelt es meist an konkreten Kenntnissen zum eigentlich beanspruchbaren Umfang an Leistungen (Interviews 3, 14). Dies wird durch unterschiedliche Regelungen zwischen den einzelnen Bundesländern zusätzlich erschwert (Interview 7). Zugleich wird regelmäßig berichtet, dass auch die Mitwirkungspflichten, sei es ganz allgemein hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens, aber auch hinsichtlich von Aspekten wie die Einhaltung von Terminen, nicht hinreichend bekannt und im Bewusstsein verankert sind (Interviews 14, 19). In diesem Zusammenhang scheinen auch kulturelle Unterschiede konkrete Auswirkungen zu besitzen, für die alle Beteiligten weiter zu sensibilisieren sind. Klare Defizite bestehen auch hinsichtlich der Sprachkompetenz (Interviews 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9). In diesem Kontext wird auch der Zielkonflikt thematisiert, dass einerseits Dolmetscher zwingend notwendig sind, darin aber auch die Gefahr gesehen wird, dass dies als Standard angesehen wird und der Anreiz eigene Sprachkompetenz in diesem Bereich aufzubauen reduziert wird (Interview 4).

- Neben spezifischen Herausforderungen, die mit der medizinischen Versorgung einhergehen, existieren auch einige grundlegende Herausforderungen. So können zum Beispiel „Flüchtlinge aus Afghanistan überwiegend nicht lesen und schreiben“ (Interview 1).

Insgesamt können die Herausforderungen bei den Kompetenzen auf Seiten der Geflüchteten als vorhanden, jedoch als teilweise einfach zu verbessern angesehen werden. Empfehlungen zur Verbesserung der Kenntnisse bei den Geflüchteten werden durch die Befragten vor allem in Form von Aufklärung, durch beispielsweise Gesundheits-Lotsen, auf die in Kapitel 5 noch näher eingegangen wird, beschrieben (Interview 12, 14). Hierbei wird auch auf den verhältnismäßig geringen Aufwand und die einfache Umsetzbarkeit verwiesen (Interview 19, 20). Hierdurch können neben primär medizinischer Aufklärung auch weitere Grundlagen für eine grundsätzlich erfolgreiche Integration gelegt werden. Zusätzlich wird die Bedeutung der Sprachkenntnisse von nahezu allen Befragten betont, die eine Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung darstellt.

4.1.3.3. Sonstige Kompetenzen und Herausforderungen

- Eine weitere Herausforderung, die sowohl die Leistungserbringer als auch die Geflüchteten betrifft und systembedingt ist, ist der aufwändige Prozess für Personen, deren Asylantrag noch nicht gewährt ist. Der verwaltungstechnische Vorgang mittels Behandlungsschein, der vom Sozialamt ausgestellt wird, wird von vielen Befragten als bürokratisch und unangemessen empfunden (Interviews 2, 13, 20).
- Zusätzliche Herausforderungen bestehen bei der Behandlung von Personen mit unvollständigen bzw. gar keinen Dokumenten (Interviews 2, 4, 11). In diesem Zusammenhang wird von vielen Befragten auch die mangelnde und nicht einheitlich gestaltete Datenerfassung erwähnt. Dies erschwert den Leistungserbringern eine angemessene Anamnese zu stellen und dementsprechend eine adäquate medizinische Versorgung zu gewährleisten (Interview 19). Eine Möglichkeit für eine einheitliche Datenerfassung wird im Rahmen des TeleView-Projekts geschaffen und wird im Rahmen von Kapitel 5 näher vorgestellt.
- Als weitere Herausforderung wird die sich wandelnde Zusammensetzung der zuziehenden Population erwähnt, da Personen aus bestimmten Regionen spezifischen Besonderheiten und Erfahrungen aufweisen. Durch eine Veränderung der Herkunftsländer fällt es unter anderem den Leistungserbringern schwerer, die Geflüchteten angemessen zu versorgen und Kenntnisse über deren Vergangenheit zu erlangen (Interviews 2, 5, 6, 15).

Eine weitere Herausforderung bei der Versorgung von ausländischen Patienten stellen sogenannte Medizintouristen dar. Diese kommen gezielt wegen der medizinische Behandlung nach Deutschland, weil eine Behandlung im Heimatland beispielsweise nicht übernommen wird (Interviews 2, 4, 19).

4.2. Stationäre somatische Versorgung

4.2.1. Verwendete Methodik

4.2.1.1. Berechnung der Auslastungen

Grundlagen

Ziel ist es zu ermitteln, in welchem Umfang sich der Zuzug von Geflüchteten auf die Auslastung in bayerischen Krankenhäusern auswirkt und ob die vorhandenen Kapazitäten ausreichen. Grundlage der Analyse bildet die amtliche Krankenhausstatistik für das Jahr 2014.⁵² Sie enthält alle stationären Krankenhaufälle. Der Zugang erfolgt über das Bayerische Landesamt für Statistik am Standort Fürth (FDZ) in Kooperation mit dem Standort Kamenz (Sachsen), der die federführende Verantwortung für diesen Teil der amtlichen Statistik trägt. Nach Vorliegen der Ergebnisse der Migrationsstudie wurden diese den Daten der amtlichen Statistik zugeführt. Aus Datenschutzgründen erhält der Wissenschaftler hier keinen direkten Zugang zu den Daten, sondern schickt eine Auswertungssyntax, die von einem Mitarbeiter vor Ort angewandt wird, der dann ggf. in Absprache mit der zuständigen Fachabteilung die Prüfung der Ergebnisse auf datenschutzrechtlich relevante Informationen vornimmt und dementsprechend zensiert. Zwar sind somit Berechnungen auf Ebene einzelner Krankenhäuser oder Kommunen möglich, eine Darstellung der Ergebnisse auf dieser differenzierten Ebene ist jedoch aus Gründen des Datenschutzes nicht gestattet.

Datensatzaufbereitung und Berechnung

Der Datensatz wird zunächst auf bayerische Krankenhäuser eingeschränkt. Anschließend werden psychiatrische Einrichtungen identifiziert und ausgeschlossen. Es verblieben 299 Einrichtungen.

Die Analyse erfolgt in 3 Schritten:

- 1) Ermittlung des **Einzugsgebiets** für jedes einzelne Krankenhaus und Berechnung der Marktanteile je Landkreis und kreisfreier Stadt.
- 2) Berechnung der **Inanspruchnahme** basierend auf der Zahl der Krankenhaufälle je Kreis in Relation zur Wohnbevölkerung differenziert nach Alterskategorien und Geschlecht.
- 3) Berechnung der krankenhausspezifischen durchschnittlichen **Verweildauer** differenziert nach Alterskategorien und Geschlecht.

⁵² Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Amtliche Krankenhausstatistik Teil 1 und Teil 2, 2014, eigene Berechnungen.

- 4) Berechnung der **Auslastung** (Belegungstage/Betten/365) ohne und mit Zuzug von Flüchtlingen je nach Szenario unter Berücksichtigung der Alters- und Geschlechtsstruktur.

Für diesen Teil der Analyse wird nicht zwischen Nationalitäten differenziert. Vereinfachend wird ferner angenommen, dass alle Geflüchteten in vollem Umfang Anspruch auf alle stationären Leistungen analog zur Wohnbevölkerung haben. Die Nachfrage wird damit in der Tendenz eher überschätzt. Für jeden Kreis wird ermittelt, wie sich die Patienten dieses Kreises auf die bayerischen Krankenhäuser verteilen. Es wird angenommen, dass sich die Flüchtlingspopulation ebenso verhält.

Für jedes der vier Zuwanderungsszenarien (19.000 - Kontrollszenario, 110.000, 200.000 und 890.000 Personen) werden die geschätzten Zahlen (Status quo laut Zensus 2011 plus Geflüchtete) auf Kreisebene zugespielt. Mit Hilfe des Auszugs aus dem Ausländerzentralregister vom 30.09.2016 wird der auf insgesamt acht Alters- und Geschlechtskategorien (siehe Kapitel 2.5) entfallende Anteil geschätzt.

Auf Basis des Zensus 2011 sowie der in der amtlichen Statistik vorliegenden Fallzahlen wird auf Kreisebene eine geschlechts- und altersspezifische Inanspruchnahmequote der Wohnbevölkerung errechnet. Ebenso wird für jedes Krankenhaus eine geschlechts- und altersspezifische Verweildauer berechnet. Die Kombination aus kreisspezifischer Bevölkerungszahl plus Flüchtlinge je nach Szenario, Verteilung der Einwohner eines Kreises auf die Krankenhäuser, sowie Bettenzahl eines Krankenhauses und die Verweildauer, erlaubt eine Berechnung der Auslastung.

4.2.1.2. Validierung der Ergebnisse anhand von Experteninterviews

Die verwendete Methodik der semistrukturierten Leitfadeninterviews gilt gleichermaßen für den ambulanten sowie stationären Bereich und wurde bereits in Kapitel 4.1.1 beschrieben.

4.2.2. Zusätzliche Kapazitäten

4.2.2.1. Ausgangslage

Wesentliches Element zur Planung der stationären Versorgung bildet der Krankenhausplan des Freistaats Bayern. Dieser verfolgt zum einen das Ziel, den konkreten Bedarf an Kapazitäten zur Erbringung von voll- und teilstationären Krankenhausbehandlungen zu ermitteln. Zum anderen bestimmt der Krankenhausplan, welche Krankenhäuser zur bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung notwendig sind und damit nach dem KHG/BayKrG gefördert werden (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2017 Teil 1). Der vorliegende Bericht soll mit der Prognose der Auswirkungen des Zustroms

von Asylsuchenden auf die stationäre Versorgung in Bayern einen Beitrag zu dieser Planung liefern.

Der bayerische Krankenhausmarkt ist seit 2000 von kontinuierlichen Konsolidierungstendenzen gekennzeichnet. Die Zahl der Krankenhäuser (Somatik und psych.) hat sich dabei von 2000 bis 2014 von 406 auf 364 reduziert (Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung 2015). Seit 2007 bleiben jedoch sowohl die Zahl der aufgestellten Betten als auch die Auslastung im Rahmen der üblichen Schwankungen weitgehend stabil. So liegt die Auslastung in diesem Zeitraum stets zwischen 76,4 % und 77,4 %.

4.2.2.2. Berechnungen

Auf Basis der vorliegenden Daten lässt sich der Nutzungsgrad bzw. die Auslastung der in Bayern aufgestellten Betten im Bereich der Allgemeinkrankenhäuser berechnen. Der errechnete Wert liegt mit 77,6 % leicht über den im Krankenhausbericht des Statistischen Landesamtes für 2014 veröffentlichten 75,2 %.⁵³ Die kleine Differenz lässt sich auf leicht unterschiedliche Abgrenzungen⁵⁴ des Datensatzes zurückführen und spielt für die weiteren Ausführungen keine entscheidende Rolle.

Tabelle 79 zeigt die Auslastung gemittelt über die bayerischen Krankenhäuser. Der so ermittelte Wert ist niedriger als der Mittelwert auf Basis der aggregierten Bettenkapazitäten, da kleine Krankenhäuser (die in der Tendenz eine geringere Auslastung aufweisen) mit dem gleichen Gewicht eingehen wie Krankenhäuser mit vielen Betten. Der gewählte Ansatz ist im vorliegenden Fall jedoch sinnvoll, da sich hieraus ablesen lässt, wie viele Prozent der Krankenhäuser mit welcher Auslastungssituation konfrontiert sind.

Tabelle 79: Ergebnisse der Berechnungen der Auswirkungen auf den stationären Sektor

Variable	Mittelwert	P5	P25	Median	P75	P95
Auslastung Status quo	67 %	16 %	61 %	73 %	81 %	93 %
Auslastung Szenario 1	68 %	16 %	62 %	73 %	81 %	93 %
Auslastung Szenario 2	68 %	16 %	62 %	73 %	81 %	93 %
Auslastung Szenario 3	70 %	16 %	62 %	75 %	84 %	97 %
Auslastung Kontrollscenario	67 %	16 %	61 %	73 %	81 %	93 %

Quelle: Eigene Darstellung

⁵³ Wert des Bayerischen Landesamts für Statistik für Allgemeine Krankenhäuser (ohne Psychiatrische- und Bundeswehrkrankenhäuser und ohne reine Tages- und Nachtkliniken).

⁵⁴ So musste die Identifikation von somatischen Einrichtungen anhand des Anteils der F-Diagnosen nach ICD-10 erfolgen, während in den Publikationen des Statistischen Landesamtes auf das Vorhandensein bestimmter Fachabteilungskombinationen abgestellt wird.

Die für die Szenarien ermittelten Ergebnisse stellen die Situation im Jahr 2022 dar. Geht man davon aus, dass sich bis dahin weder die Versorgungskapazitäten noch die Nachfrage ändern (Status quo) liegt die gemittelte Auslastung bei 67 %. Mindestens ein Viertel der Krankenhäuser hat eine Auslastung kleiner oder gleich 61 %. Am oberen Ende ist mindestens ein Viertel der Krankenhäuser mit 81 % oder mehr ausgelastet, mindestens 5 % mit 93 % oder mehr.

Für die beiden Szenarien 1 und 2 ergibt sich lediglich beim 25.-Percentil eine Erhöhung der Auslastung um einen Prozentpunkt. Im Szenario 4 liegt der Anstieg im Mittel bei drei Prozentpunkten, wobei ohnehin schon stark ausgelastete Krankenhäuser in der Tendenz einen etwas stärkeren Anstieg der Auslastung zu verzeichnen haben.

Es kann davon ausgegangen werden, dass in der Summe die in Bayern vorhandenen Krankenhauskapazitäten ausreichen. Da aus datenschutzrechtlichen Gründen keine Ergebnisse für einzelne Krankenhäuser ausgegeben werden können, kann allerdings nicht ausgeschlossen werden, dass sich über dem 95.-Percentil einzelne Krankenhäuser befinden, die eine deutlich höhere Auslastung erfahren. Die äußerst kleinen Effekte in Szenario 1 und 2 machen aber deutlich, dass in diesen Fällen die von Geflüchteten ausgehende zusätzliche Nachfrage nur einen minimalen Effekt haben dürfte. Sollte es bis 2022 jährlich zu einem Zuzug von jährlich 890.000 Personen kommen (Szenario 3), wäre der Effekt spürbar, zumindest für 75 % der Krankenhäuser jedoch ohne gravierende Implikationen. Für das am stärksten ausgelastete Viertel der Krankenhäuser wäre im Einzelfall zu prüfen, inwiefern hier kritische Kapazitätsgrenzen erreicht werden. Es ist jedoch auch davon auszugehen, dass sich bei der zunehmenden Auslastung einzelner Krankenhäuser Ausweichreaktionen einstellen und ein Teil, der eher mobilen Patientenpopulation, auch auf alternative Anbieter ausweicht.

Differenziert man die Auswertung nach Krankenhausgröße ändert sich diese Grundaussage nicht. Kleinere Krankenhäuser haben im Mittel eine geringere Auslastung als große Krankenhäuser. Der Effekt (insbesondere für die Szenarien 1 und 2) ist kaum beobachtbar. Auch eine Analyse getrennt nach Siedlungsstrukturen (ländlich versus urban in vier Stufen nach den Siedlungsstrukturellen Kreistypen des BBSR) führen zu keinen nennenswerten Erkenntnissen.

Abschließend werden auch einzelne Fachabteilungen einzeln ausgewertet, wobei der Schwerpunkt auf dem Bereich Geburtshilfe und Frauenheilkunde liegt. Auch hier können jedoch auf Basis der dargelegten Methodik keine offensichtlichen Engpässe identifiziert werden. Insbesondere im Bereich der Frauenheilkunde ist die Auslastung im Mittel bei deutlich unter 50 %.

4.2.3. Validierung der Ergebnisse anhand der Experteninterviews

Die Beschreibung der Ergebnisse der semistrukturierten Leitfadeninterviews hat zu großen Teilen bereits in Kapitel 4.1.2.2 stattgefunden. **Insgesamt zeigen die Ergebnisse der Interviews, dass aktuell kein oder nur sehr geringer Handlungsbedarf in den Kliniken besteht.** Teilweise wird zusätzliches Personal in den Kliniken eingestellt, insbesondere während des Gipfels des Zustroms im Jahr 2015 (Interviews 4, 5, 15). Dieses ist jedoch inzwischen weitestgehend wieder abgebaut. Begründung für den Abbau dieser Kapazitäten ist, dass die Belastung der Einrichtungen seit dem Herbst 2015 deutlich rückläufig in Hinblick auf die Versorgung von Geflüchteten ist. Zudem werden viele medizinische Bedarfe inzwischen durch gezielte Sprechstunden in Asylbewerberunterkünften vor Ort versorgt. Umfang, Einrichtung und anwesendes Personal unterscheiden sich dabei deutlich, je nach Lage und Größe der Einrichtung (Interviews 15, 16).

Abgesehen von wenigen Einzelfällen, die beispielsweise einen starken interdisziplinären Austausch erfordern, bewegen sich die Herausforderungen in Hinblick auf zusätzlich benötigte Kapazitäten und Kompetenzen auf geringem Niveau. Viele der Befragten verweisen jedoch auf den besonderen Bedarf im Bereich der psychischen Versorgung von Geflüchteten, auf die im weiteren Verlauf genauer eingegangen wird (Interviews 4, 16, 18).

4.3. Ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung

4.3.1. Verwendete Methodik

Um die für die ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung zusätzlich benötigten Kapazitäten und Kompetenzen zu eruieren werden zuerst die Bedarfszahlen der KVB für den Psychotherapeutischen und Kinder- und Jugendpsychiatrischen Bereich beschrieben. Die nervenärztliche Versorgung, welche die Psychiater beinhaltet, ist in Kapitel 4.1.1 analysiert, so dass diese im folgenden Abschnitt nicht mehr bezüglich ihrer Bedarfszahlen und Versorgungsgrade beschrieben wird. Im Anschluss werden die analysierten Ergebnisse der Leitfaden basierten Experteninterviews dargestellt.

Experteninterviews werden in der empirischen Sozialforschung verwendet, um spezifisches Wissen von Fachexperten zu einem Themenbereich zu erfassen. Diese können als Beteiligte und Sachkundige des jeweiligen Themenfeldes eine Erweiterung spezifischer Inhalte durch Wiedergabe ihres Erfahrungs- und Fachwissens beitragen. Der Leitfaden strukturiert den Ablauf und ermöglicht eine Fokussierung auf bestimmte Gesprächsinhalte. Für die durchgeführten Interviews wird ein semistrukturierter Leitfaden (Anhang 20) gewählt, der in der Abfolge variabel ist und zusätzlich auch sequenzielle narrative Passagen zulässt (Kohli 1978). Somit werden zusätzliche Informationen und Kontextwissen mit aufgenommen und

präzisieren den Zugang zu wichtigen Kategorien, welche der Erfassung des Forschungszieles dienen. Die angewandte Methodik gleicht der des Kapitels 4.1 (Tabelle 61).

Der Leitfaden gliedert sich in fünf übergeordnete Themenbereiche:

- Aktuelle Versorgungssituation und Auslastung in Bayern
- Die Versorgungsentwicklung unter besonderer Berücksichtigung des Einflussfaktors ‚Flüchtlinge‘
- Einschätzungen des Verhältnisses zwischen ambulanter und stationärer Behandlung bezüglich der Inanspruchnahme durch Flüchtlinge
- Die am häufigsten auftretenden psychischen Krankheitsbilder
- Einschätzung der Herausforderungen, der benötigten Kompetenzen und den auftretenden Hindernissen, welche durch Flüchtlinge entstehen

Die Interviewpartner sind bezüglich ihrer Expertise ausgewählt. Dies umfasst eine langjährige Erfahrung im Bereich der psychiatrischen und/oder psychotherapeutischen ambulanten Versorgung von Kindern und Jugendlichen oder Erwachsenen sowie Positionen mit weitreichender Kompetenz und Verantwortung sowie Aktivitäten in flüchtlingsrelevanten Bereichen. Um die Expertise und das Arbeitsfeld der Experten darzustellen dient im Folgenden eine Kurzbeschreibung der ausgewählten Gesprächspartner.

Interviewpartner A ist Vizepräsident des Vorstandes der Bundespsychotherapeutenkammer, sowie Vizepräsident der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten. Zusätzlich hat er nach dem Balkankrieg eine Flüchtlingsinitiative gegründet und Flüchtlinge selbst behandelt.

Interviewpartner B ist Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Vorsitzende in Bayern des Berufsverbandes BKJPP (Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V.) und hat selbst aktuell über 50 Flüchtlinge in ihrer Praxis in Behandlung.

Interviewpartner C ist Psychotherapeutin und Ergotherapeutin. Sie arbeitet als Psychologin bei Refugio München, einem Beratungs- und Behandlungszentrum für traumatisierte Flüchtlinge und Folteropfer. Sie behandelt ausschließlich Flüchtlinge.

Zwei der drei Expertengespräche werden persönlich geführt. Das Expertengespräch mit Interviewpartner A fand in den Räumlichkeiten der Ernst & Young GmbH in Berlin mit einer Dauer von 1,05 Stunden, das zweite Expertengespräch mit Interview Partner B in den Praxisräumen in Landshut mit einer Dauer von 44 Minuten statt. Das Dritte und somit letzte Gespräch hat eine Dauer von 48 Minuten und wird telefonisch durchgeführt.

4.3.2. Berechnung der Versorgungsgrade

Die Kennzahlen der psychotherapeutischen und psychiatrischen medizinischen Versorgung in Bayern basieren auf dem Bedarfsplan der KVB (vgl. Kapitel 4.1.1.1). Die Planungsregionen weichen in den drei relevanten Bereichen der Psychiater, Kinder- und Jugendpsychiater und Psychotherapeuten voneinander ab. Die Psychotherapeuten und Psychiater (aufgeführt in Kapitel 4.1.1.1 unter Nervenärzte) werden in 79 Kreisen aufgeteilt betrachtet. Die Kinder- und Jugendpsychiater werden 18 Raumordnungsregionen zugeordnet.

Im Bereich der Psychotherapie weisen alle Kreise Bayerns eine gute Abdeckung mit Psychotherapeuten aus. Sowohl der Durchschnittswert des Ausgangsszenarios mit 148,5 % als auch die beschriebenen Zukunftsszenarien zeigen eine Überversorgung an. Im Ausgangsszenario liegt der Versorgungsgrad aller 79 Kreise über dem Zielwert von 100 %. 68 Kreise weisen mit einem Wert von über 110 % eine Überversorgung aus. Dabei weisen der Landkreis Dachau und der Stadtkreis Fürth die höchsten Versorgungsgrade in Höhe von 466,8 % und 308,0 % auf.

Künftig ist mit einem leichten Rückgang der Überversorgung zu rechnen. Die aufgezeigten Szenarien gehen dabei von einer durchschnittlichen Verminderung des durchschnittlichen Versorgungsgrades um 1,8 % im KontrollszENARIO und bis 10,7 % in Szenario 3 aus. Eine Unterschreitung des als ideal angenommenen Versorgungsgrades von 100 % würde sich lediglich für den Landkreis Eichstätt in Szenario 3 ergeben.

Tabelle 80: Übersicht der Veränderung für die jeweiligen Szenarien Psychotherapeuten

Parameter	Ausgangs-szenario	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3	Kontroll-szenario
Durchschn. Versorgungsgrad	148,5 %	145,7 %	144,8 %	137,9 %	146,7 %
Durchschn. Abweichung		2,8 %	3,8 %	10,7 %	1,8 %
Minimale Abweichung		0,3 %	0,3 %	0,6 %	0,3 %
Maximale Abweichung		12,1 %	16,9 %	50,4 %	7,1 %
Versorgungsgrad >140 %	29	28	25	20	28
Versorgungsgrad >110 %	68	62	61	53	64
Versorgungsgrad 100-110 %	11	17	17	22	15
Versorgungsgrad 90-100 %	0	0	1	3	0
Versorgungsgrad <90 %	0	0	0	1	0
Versorgungsgrad <75 %	0	0	0	0	0
Versorgungsgrad <50 %	0	0	0	0	0

Quelle: Eigene Darstellung

Im Ausgangsszenario beträgt der durchschnittliche Versorgungsgrad der Kinder- und Jugendpsychiatrie 123,5 %, sodass von einer Überversorgung auszugehen ist. Die Planungsregion für die Kinder- und Jugendpsychiatrie werden nach den 18 Raumordnungsregionen eingeteilt (vgl. Kapitel 4.1.1). In 10 dieser 18 Raumordnungsregionen wurde für den Status quo mit einem Versorgungsgrad von über 110 % eine Überversorgung ermittelt. Besonders auffällig ist eine starke Überversorgung in der Raumordnungsregion Würzburg, in welcher der Versorgungsgrad über 400 % liegt. Ebenfalls sind mit Versorgungsgraden zwischen 140 % und 170 % die Regionen Main-Rhön, Regensburg und Landshut als deutliche überversorgt zu beschreiben. In den drei Raumordnungsregionen Ingolstadt, Oberfranken-Ost und Donau-Wald sind hingegen mit einem Versorgungsgrad unter 75 % verhältnismäßig wenig Kinder- und Jugendpsychiater tätig. Die Raumordnungsregion Oberpfalz-Nord ist mit dem niedrigsten Versorgungsgrad in Höhe von 42,3 % unterversorgt.

Bei Betrachtung des Durchschnittwertes der Raumordnungsregionen Bayerns weisen alle analysierten Szenarien für das Jahr 2022 eine Überversorgung bezüglich der Abdeckung mit Kinder- und Jugendpsychiatern aus. Die durchschnittliche negative Abweichung vom Status quo Wert beträgt zwischen 2,4 % und 12,8 %. Entsprechend verringert sich, wie in **Fehler! Ungültiger Eigenverweis auf Textmarke.** dargestellt, die Anzahl der überversorgten Raumordnungsregionen in allen Szenarien, wohingegen zunehmend Regionen den als ideal angenommenen Versorgungsgrad von 100 % unterschreiten. Für alle Zukunftsszenarien zeichnet sich eine Unterversorgung in den Regionen Ingolstadt und Oberpfalz-Nord ab.

Tabelle 81: Übersicht der Veränderung für die jeweiligen Szenarien Kinder- und Jugendpsychiatrie

Parameter	Ausgangs-szenario	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3	Kontroll-szenario
Durchschn. Versorgungsgrad	123,5 %	119,8 %	118,7 %	110,7 %	121,2 %
Durchschn. Abweichung		3,7 %	4,9 %	12,8 %	2,4 %
Minimale Abweichung		1,2 %	1,6 %	4,5 %	0,8 %
Maximale Abweichung		8,9 %	10,8 %	24,8 %	7,0 %
Versorgungsgrad >140 %	4	4	4	3	4
Versorgungsgrad >110 %	10	8	8	5	9
Versorgungsgrad 100-110 %	3	4	4	4	4
Versorgungsgrad 90-100 %	1	1	1	4	1
Versorgungsgrad <90 %	4	5	5	5	4
Versorgungsgrad <75 %	4	4	4	4	4
Versorgungsgrad <50 %	1	2	2	2	2

Quelle: Eigene Darstellung

4.3.3. Validierung der Ergebnisse anhand von Experteninterviews

Das angewendete Vorgehen zur Ermittlung zusätzlich benötigter Kapazitäten im Bereich der ambulanten psychischen Versorgung unterscheidet sich vom Vorgehen im Bereich der somatischen Versorgung. Ausschlaggebend dafür ist der gravierende Unterschied zwischen der, mit Hilfe der Versorgungsgrade der KVB (Tabelle 80, Im Ausgangsszenario beträgt der durchschnittliche Versorgungsgrad der Kinder- und Jugendpsychiatrie 123,5 %, sodass von einer Überversorgung auszugehen ist. Die Planungsregion für die Kinder- und Jugendpsychiatrie werden nach den 18 Raumordnungsregionen eingeteilt (vgl. Kapitel 4.1.1). In 10 dieser 18 Raumordnungsregionen wurde für den Status quo mit einem Versorgungsgrad von über 110 % eine Überversorgung ermittelt. Besonders auffällig ist eine starke Überversorgung in der Raumordnungsregion Würzburg, in welcher der Versorgungsgrad über 400 % liegt. Ebenfalls sind mit Versorgungsgraden zwischen 140 % und 170 % die Regionen Main-Rhön, Regensburg und Landshut als deutliche überversorgt zu beschreiben. In den drei Raumordnungsregionen Ingolstadt, Oberfranken-Ost und Donau-Wald sind hingegen mit einem Versorgungsgrad unter 75 % verhältnismäßig wenig Kinder- und Jugendpsychiater tätig. Die Raumordnungsregion Oberpfalz-Nord ist mit dem niedrigsten Versorgungsgrad in Höhe von 42,3 % unterversorgt.

Bei Betrachtung des Durchschnittwertes der Raumordnungsregionen Bayerns weisen alle analysierten Szenarien für das Jahr 2022 eine Überversorgung bezüglich der Abdeckung mit Kinder- und Jugendpsychiatern aus. Die durchschnittliche negative Abweichung vom Status quo Wert beträgt zwischen 2,4 % und 12,8 %. Entsprechend verringert sich, wie in **Fehler! Ungültiger Eigenverweis auf Textmarke.** dargestellt, die Anzahl der überversorgten Raumordnungsregionen in allen Szenarien, wohingegen zunehmend Regionen den als ideal angenommenen Versorgungsgrad von 100 % unterschreiten. Für alle Zukunftsszenarien zeichnet sich eine Unterversorgung in den Regionen Ingolstadt und Oberpfalz-Nord ab.

Tabelle 81) ermittelten, Ausgangssituation und der Situationsbeschreibung der interviewten Experten, die die aktuelle Diskussion in den entsprechenden Fachkreisen widerspiegeln soll.

Im Folgenden wird auf Basis der Expertengespräche eine qualitative Einschätzung des aktuellen Versorgungsstandes sowie der Versorgungsentwicklung gegeben. Als weitere Datengrundlage werden die Ergebnisse einer ausführlichen Literaturrecherche sowie die Prävalenz-Daten aus den Kapiteln 3 und 2 berücksichtigt.

Aufgezeigt wird wie viele Geflüchtete Behandlungen benötigen und welche Einflussfaktoren und Hindernisse bei der Behandlung bestehen. Um eine Priorisierung zu ermöglichen werden die nach Experteneinschätzung häufigsten Krankheitsbilder benannt. Abschließend werden auf Grundlage der beschriebenen Ergebnisse die zusätzlichen Kapazitäten qualitativ

abgeleitet, kritisch reflektiert und die Abweichungen zu der Einschätzung nach Versorgungsgraden plausibilisiert.

4.3.3.1. Ausgangslage der ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung in Bayern

Nach einer bundesweiten Umfrage der BPTK (Bundespsychotherapeutenkammer) warten psychisch erkrankte Menschen rund 12,5 Wochen auf ein ambulantes Erstgespräch. Die Wartezeit auf einen Therapieplatz beträgt bundesweit im Durchschnitt 17 Wochen. Es bestehen jedoch große regionale Unterschiede. In ländlich geprägten Regionen ist die Wartezeit länger als in urbanen Regionen (BPTK – Bundespsychotherapeutenkammer 2011). Dies wird durch die Einschätzung der Experten bestätigt (Interviewpartner A, B und C). Übereinstimmend geben diese an, dass die Bedarfsplanung verändert werden soll und der Bedarf angepasst werden müsse. Die Planung entspreche nicht dem Therapiebedarf der psychisch kranken Menschen. Die Versorgungszahlen beziehungsweise Planzahlen, die analog der bereits früher bedarfsbeplanten Arztgruppen ermittelt wurden, sind für Psychotherapeuten seit 1999 festgelegt. Aus der Anzahl an Psychotherapeuten, die zu dem Zeitpunkt ambulant tätig waren wurden für bestimmte Raumordnungskategorien Durchschnittswerte gebildet. Fortan galten diese als Referenzwert für die jeweilige Raumordnungskategorie (Interviewpartner A). Dementsprechend orientiert sich das Angebot nicht an der Nachfrage, sondern an einem Bestandwert der Vergangenheit. Beispielsweise wurde festgelegt, dass in München auf einen Psychotherapeuten etwa 2.000 Einwohner kommen und in ländlichen Regionen das Verhältnis von Psychotherapeuten zu Einwohnern 1:22.000 ist. Laut Expertenmeinung sei durch dieses Vorgehen die Unterversorgung auf dem Land festgeschrieben worden (Interviewpartner A). Vor vier Jahren wurde die Bedarfsplanung der ländlichen Regionen optimiert, so dass dort aktuell auf einen Psychotherapeuten 7.000 Einwohner kommen. An der grundsätzlichen Systematik der Bedarfsplanung wurde jedoch nichts verändert.

Im Zuge des am 1. August 2015 in Kraft getretenen „Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-VSG) hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) den Auftrag erhalten, mit Wirkung zum 01.01.2017 die Bedarfsplanung bedarfsgerechter und insbesondere kleinräumiger neu zu regeln. Diese Entscheidung bestärkt die Meinung der Experten, dass die Bedarfsplanung der Psychotherapeuten angepasst werden müsse (Interviewpartner A, B und C).

4.3.3.2. Einschätzungen zur Versorgungs- und Bedarfslage der Flüchtlinge

Da keine belastbaren Zahlen dazu vorliegen, wie viele Flüchtlinge sich aktuell innerhalb Bayerns in ambulanter psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung befinden

wurden die Schätzwerte der befragten Experten als Basisdaten für dieses Gutachten herangezogen. Die Datenerhebung wird dadurch erschwert, dass in Abhängigkeit des Aufenthaltsstatus der Flüchtlinge unterschiedliche Kostenträger zuständig sind. Innerhalb der ersten 15 Monate des Aufenthalts, bzw. in dem der Asylstatus noch ungeklärt ist, greife das Asylbewerberleistungsgesetz. Dieses sieht nur die Finanzierung von medizinisch „notwendigen“ Grundleitungen vor. Im Rahmen dessen zählt die psychiatrische Versorgung zur Akutversorgung. Die Psychotherapie gehört hingegen nicht zu den Grundleitungen. Nur ein gesonderter Antrag bei der zuständigen Behörde kann den Zugang zu einer Psychotherapie ermöglichen. Die behördliche Bearbeitungszeit beträgt in der Regel 3 bis 6 Monate (Interviewpartner A und Interviewpartner B). Die Geflüchteten befänden sich dann häufig bereits an einem anderen Ort, was die Versorgung zusätzlich erschweren würde, weil in Abhängigkeit des Aufenthaltsortes ein anderes Sozialamt für den Geflüchteten verantwortlich sein könnte. Die psychiatrische Versorgung wird während des Asylprozesses nach § 6 AsylbLG nur gewährt, wenn der Geflüchtete sich oder Andere gefährdet, wie beispielsweise bei einer suizidalen Störung. In einem solchen Fall ist eine Kurzzeittherapie möglich.

Bei geflüchteten Kindern und Jugendlichen gilt eine andere Versorgungsregelung. Kinder und Jugendliche erhalten die benötigte psychotherapeutische Versorgung analog der Regelung für GKV-Patienten bereits während des Asylverfahrens. Die Vermittlung von Leistungen im Gesundheitsbereich und z.T. die Vorfinanzierung wird vom zuständigen Jugendamt übernommen (Witt et al. 2015).

Nach den ersten 15 Monaten des Aufenthaltes oder nach Gewährung des Asyls gelten die Regelungen analog des regulären gesetzlichen Krankenkassensystems auch für Erwachsene. Im psychotherapeutischen und psychiatrischen ambulanten Bereich sind längere Wartezeiten, auch bei der deutschen Wohnbevölkerung, die Regel (Witt et al. 2015). Nach Einschätzung der Experten birgt die lange Wartezeit die Gefahr einer Chronifizierung⁵⁵ der Erkrankungen und einer Verschlechterung des Zustandes.

4.3.3.3. Verhältnis ambulanter und stationärer Versorgung

Die stationären Einrichtungen, die zum größeren Teil psychiatrisch behandeln, nehmen zu einem großen Anteil Geflüchtete auf, da diese Art der Versorgung bei Gefährdung nach § 6 AsylbLG unter das Asylbewerberleistungsgesetz fällt und somit als notwendig betrachtet wird. Interviewpartner B berichtet auch, dass sie Patienten behandelt, die zwischenzeitlich in akuter stationärer psychiatrischer Behandlung waren, dann jedoch wieder in die ambulante Behandlung gewechselt sind. Die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung erfolgt in

⁵⁵ Unter einer Chronifizierung versteht der Befragte den Übergang einer vorübergehenden Erkrankung in eine dauerhafte Präsenz der Erkrankung.

der Regel sowohl stationär als auch ambulant. In den meisten Fällen ist es jedoch zwingend notwendig die psychiatrische medikamentöse Behandlung mit einer Psychotherapie zu kombinieren (Interviewpartner B).

4.3.3.4. Herausforderungen

Eine weitere Problematik der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen ist die sprachliche Barriere. Die Sprache ist in der Psychotherapie ein wichtiges Mittel der Versorgung (Interviewpartner A, B und C). Laut der BPtK (2015) ist das jeweilige Sozialamt während der ersten 15 Monate oder während der Asylphase für die Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung nach Asylbewerberleistungsgesetz verantwortlich. Die Geflüchteten können eine Übernahme der Leistungen für Sprachmittlung nach § 4 und § 6 AsylbLG über das Sozialamt beantragen.

Nach den ersten 15 Monaten des Aufenthaltes oder der Bewilligung einer Aufenthaltsgenehmigung und somit dem Recht auf Leistungen auf Basis der gesetzlichen Krankenkassen werden Sprachmittlung nur selten erstattet. Deutsch ist laut Sozialgesetzbuch als Amtssprache festgelegt, somit ist die Übernahme von Übersetzungskosten für die Krankenkassen nicht in den Leistungen enthalten. Die Übernahme der Dolmetscherkosten kann allerdings nach den ersten 15 Monaten bzw. nach Bewilligung des Aufenthaltes nach § 73 SGB XII oder ggf. nach § 53 SGB XII beim zuständigen Sozialamt beantragt werden.

Laut einer Studie von Mall und Hennigsen (2015) leiden circa 63 % der Geflüchteten an einer oder mehreren psychischen Störungen. Allerdings ist die Schätzung nicht übertragbar auf die tatsächliche Inanspruchnahme, da eine Psychotherapie oftmals nicht direkt möglich ist. Laut der KiGGS Studie des RKIs benötigen circa 15-20 % der psychisch Erkrankten einen Behandlungsplatz. Diese Studie bezieht sich hierbei auf die deutsche Wohnbevölkerung. Die Ergebnisse der Experteninterviews bestätigen, dass der Bedarf an Gesundheitsleistungen bei psychischen Erkrankungen der Geflüchteten deutlich höher liege als der der deutschen Wohnbevölkerung und somit nicht direkt übertragbar sei.

Die Auswertung der drei Interviews zeigt, dass sich die von den Experten benannte Versorgung in den drei Fachgebieten der psychiatrischen, Kinder- und Jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung aufgrund der Geflüchteten verschlechtern könnte. Die Versorgungsgrade der Fachgruppen, sowie ihre Entwicklung innerhalb der drei Szenarien zeigen hingegen keine Verschlechterung der Versorgung oder gar einer Unterversorgung.

Unabhängig von den widersprüchlichen Aussagen der Versorgungssituation, wenn man die Meinung der Experten mit den Versorgungsgraden vergleicht, ist das Fehlen der notwendigen Sprachmittler in ländlichen Regionen ein grundsätzliches Problem, was zu einer unzureichenden und nicht adäquaten Versorgung der Geflüchteten führen kann (Interviewpartner A, B und C).

Bei der Einschätzung des Bedarfs kommt bei psychischen Erkrankungen noch der Faktor der Zeitverzögerung des Ausbruchs einer Erkrankung hinzu. Anders als bei physischen Erkrankungen kann eine psychische Erkrankung, wie beispielsweise eine Depression oder eine PTBS oft auch Jahre später nach dem Erlebten auftreten (Nandi 2014). Des Weiteren haben die betroffenen Menschen nach dem Eintreffen in die Asylbewerberunterkünfte keine reflexiven Kapazitäten um sich mit ihrer Psyche auseinanderzusetzen. Die psychischen Auswirkungen treten zeitnah ein, jedoch sind die Menschen oft erst nach einem unbestimmten Zeitraum für eine kognitive Behandlung zugänglich (Interviewpartner A).

4.3.3.5. Krankheitsbilder

Bezugnehmend auf die Studie von Mall und Henningsen (2015; United Nations Office on Drugs and Crime 2012) und durch Interviewpartner A bestätigt leiden circa 33 % aller geflüchteten Kinder und Jugendlichen an einer PTBS. Eine weitere Studie von Witt et al. (2015) geht davon aus, dass circa 50 bis 60 % der geflüchteten Kinder und Jugendlichen psychische Belastungen erlebt haben und in Folge an einer psychischen Störung leiden, insbesondere Angststörungen, posttraumatische Störungen und Störungen des Sozialverhaltens.⁵⁶

Interviewpartnerin B, die Kinder und Jugendliche Flüchtlinge behandelt, weist darauf hin, dass wesentlich weniger Flüchtlinge an PTBS leiden würden, als die Darstellung in den Medien suggerieren. Die meisten Ihrer Patienten leiden unter Schlaf- und Angststörungen. Häufig fördern die Sorgen über den unsicheren Aufenthaltsstatus und die Angst vor einer möglichen Abschiebung die Symptome (Interviewpartner B). So beurteilt Interviewpartnerin C, welche ausschließlich Erwachsene Flüchtlinge behandelt, dass circa 40 % oder 60 % an einer PTBS litten. Auch Depressionen und generalisierte Angststörungen, welche in Folge eines Traumas entstanden sind treten häufig und kombiniert auf. Durch die daraus entwickelten somatoformen Störungen können auch Alkohol- oder Drogensucht hinzukommen um Traumata zu verdrängen (Interviewpartner B).

Ein weiterer wesentlicher Faktor, der im Rahmen der Analyse psychischer Erkrankung betrachtet wird, ist das Herkunftsland der Geflüchteten (Interviewpartner A, B und C). Geflüchtete aus weiter entfernten Ländern mit einem entsprechenden längeren und beschwerlicheren Fluchtweg sind anfälliger für psychische Erkrankungen (Interviewpartner B und C). Auch traumatische Erfahrungen, wie beispielsweise Kriegserlebnisse, können die psychische Gesundheit maßgeblich beeinflussen. Zudem besteht ein Zusammenhang

⁵⁶ Die Diagnosen sind Teil der ICD-10 Systematik, die internationale Klassifizierung psychischer Störungen und Krankheiten.

zwischen dem länderspezifischen kulturellen Hintergrund und dem Umgang mit psychischen Belastungen.

Zusammenfassend zeigt die vorangegangene quantitative Morbiditätserhebung, dass die Wahrscheinlichkeit einer psychiatrischen Erkrankung bei Geflüchteten im Vergleich zur deutschen Wohnbevölkerung höher ist. Insbesondere bei Depressionen und dem PTBS zeigen sich immense Unterschiede (siehe Kapitel 3.7).

4.3.4. Ableitung der zusätzlichen Kapazitäten

Der Expertenaussage folgend ist zu erkennen, dass ein erhöhter Bedarf an psychotherapeutischer und psychiatrischer Versorgung bestehe. Dies lasse sich auch durch die längeren Wartezeiten schlussfolgern. Die zeitliche Verzögerung des Therapiebeginns birgt zudem auch die Gefahr einer daraus resultierenden Chronifizierung der Erkrankung. Ausgehend von den derzeitigen Versorgungsgraden der KVB und den Berechnungen der betrachteten Szenarien ist kein Versorgungsengpass in Bayern zu erkennen bzw. zukünftig zu erwarten.

Dennoch lässt die Implementierung einer neuen Systematik zur Ermächtigung bei Psychotherapeuten und die Anpassung der Anzahl der niedergelassenen Psychotherapeuten in ländlichen Regionen erkennen, dass trotz der suggerierten guten Versorgung (ausgehend von den Daten der KVB) weitere Psychotherapeuten notwendig sind. Laut BPtK (2015) hat die Bundesregierung die Möglichkeit geschaffen Psychotherapeuten und Psychiatern, die keine Kassenärztliche Zulassung haben, eine Ermächtigung für 2 Jahre zu erteilen. Diese zusätzlich „Ermächtigten“ dürfen Leistungen erbringen, für die in einer Region nicht genug Behandler vorhanden sind oder bislang nicht angeboten werden. In dem freigegebenen Zeitraum dürfen die Behandler regulär mit den Kassen abrechnen. Diese „Ermächtigten“ sind dabei aber auf die Behandlung von Flüchtlingen beschränkt. Dennoch werden laut einem Experten (Interviewpartner A) trotz bestehender Nachfrage kaum Ermächtigungen durch den entsprechenden Zulassungsausschuss erteilt.

Dies liege daran, dass die „Ermächtigten“ nur Patienten behandeln dürfen, die in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthaltes bereits psychotherapeutisch behandelt wurden. Sobald deren Behandlung durch das gesetzliche Krankenkassensystem abgedeckt wird ist eine Weiterbehandlung durch den „Ermächtigten“ nur möglich, wenn die Therapie bereits begonnen hat. Dies schränke die Möglichkeit Kapazitäten zu schaffen weiter ein. Möglichkeiten zur Erhöhung der Kapazität bilde demnach eine Anpassung der Reglementierung der Ermächtigten, welche ebenso eine höhere Anzahl an Ermächtigungen zur Folge hätte (Interviewpartner A). Durch die mangelnde Datengrundlage bezüglich der Anzahl der Ermächtigungen und zusätzlich eingesetzten Psychotherapeuten ist dieser Befund jedoch nicht direkt quantifizierbar. Es muss darauf hingewiesen werden, dass die vorliegenden

Auswertungen nicht ausreichen, um detaillierte Kapazitäten abzuleiten. Lediglich die Angaben und Daten zu Wartezeiten, Ermächtigungen und Meinungen der Experten können darauf schließen lassen, dass zusätzliche Behandlungsplätze im Bereich der Psychotherapie benötigt werden. Dies widerspricht jedoch den Berechnungen zu den Versorgungsgraden des KVB.

4.3.4.1. Empfehlungen

In einem ersten Schritt wäre es laut der Experten wichtig zu quantifizieren, wie viele zusätzliche Psychotherapeuten benötigt werden, um die Wartezeiten, die aktuell bereits unabhängig vom Flüchtlingszuzug eine vorhandene Versorgungsproblematik der Psychotherapie darstellen, zu reduzieren. Durch die entstehende Verkürzung der Wartezeiten könnte einer Chronifizierung bereits früher entgegen gewirkt werden. Insgesamt zeigt sich eine übereinstimmende Perspektive aller abgefragten Expertenmeinungen in Bezug auf eine zu geringe Anzahl der behandelnden Psychotherapeuten in Bayern, die den vorhandenen Versorgungsgraden der KVB widersprechen (Interviewpartner A, B und C).

Zusätzlich sei die Bereitstellung und Finanzierung von Sprachmittlung elementar, um Flüchtlinge psychiatrisch oder psychotherapeutisch versorgen zu können (Interviewpartner A, B und C). In der ambulanten Psychotherapie ist der Einsatz der Sprache das entscheidende Mittel der Versorgung (Interviewpartner A, B und C). Innerhalb der Therapie ist es allen drei Experten zufolge nötig einen Sprachmittler oder Dolmetscher dabei zu haben, der wörtlich übersetzt und gegebenenfalls kulturspezifische Missverständnisse klärt (Interviewpartner B). Dieser solle im besten Fall im Laufe der Therapie nicht ausgetauscht werden, sondern dem jeweiligen Patienten fest zugewiesen werden. Eine zusätzliche Verbesserung der Kapazität und Qualität der Behandlungen sei demnach eine höhere Anzahl von Dolmetschern und Sprachmittlern, die den ambulanten Psychotherapeuten und Psychiatern zur Verfügung stünden (Interviewpartner A, B und C). Die Anzahl müsse sich an den Behandlungsstunden orientieren, so dass in jeder Therapiesitzung und Sprechstunde ein Sprachmittler oder Dolmetscher anwesend ist (Interviewpartner A).

Ebenso scheint ein Mangel an Erstscreening auf psychische Erkrankungen in Aufnahmeeinrichtung vorhanden, welcher dazu führe, dass diese erst spät erkannt und behandelt werden könne (Interviewpartner A). Daher erscheint die Implementierung eines Screeningverfahrens auf psychische Erkrankungen in Aufnahmeeinrichtung, das in begründeten Fällen eingesetzt werden kann, erforderlich.

4.3.5. Ableitung zusätzlicher Kompetenzen

Der skizzierte methodische Ansatz zur Ermittlung zusätzlicher Kompetenzen sieht vor, zunächst die Einschätzung der Experten zu den Herausforderungen und den Ihrer Meinung

nach benötigten Kompetenzen wiederzugeben. Folgend werden die Ergebnisse zusammengefasst und bewertet. Es ist darauf hinzuweisen, dass es in einigen Themenbereichen zusätzlich benötigte Kapazitäten gibt, die auch zeitgleich zusätzliche Kompetenz abbilden, sodass in den folgenden Themen aufgegriffen werden, die bereits in den abgeleiteten Kapazitäten aufgeführt sind.

Innerhalb des Gutachter- und Bewilligungsverfahrens im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes werden laut eines befragten Experten (Interviewpartner A) häufig fachfremde Gutachter eingesetzt, die nicht ausreichend qualifiziert sind, um psychische Erkrankungen eines Flüchtlings zu diagnostizieren.

Durch herkunftsspezifische kulturelle Unterschiede des Verständnisses für psychische Krankheiten und der Vermittlung konkreter Diagnosen und Behandlungen werden interkulturelle Kompetenzen unabdingbar. Viele Psychologen, Psychiater und Psychotherapeuten sind nach Einschätzungen der Befragten für diese Herausforderung nicht ausreichend ausgebildet. Durch fehlendes Wissen über die verschiedenen Herkunftsländer, ihre Kulturen und die daraus abgeleiteten Fluchthintergründe sei innerhalb der Therapie auf dieser Ebene mit Verständnisproblemen zu rechnen. Dadurch fühlen sich die Psychotherapeuten, Psychiater und Psychologen oft nicht hinreichend vorbereitet. Interkulturelle Weiterbildungsprogramme für diese Spezialisten ist als Zusatzkompetenz unumgänglich.

Die sprachliche Barriere bringt verschiedene Herausforderungen mit sich. Zum einen ist ein Dialog zu zweit nicht möglich, da man sich gegenseitig nicht versteht. Ein Sprachmittler muss hinzugezogen werden, der in vielen Regionen Bayerns nicht zur Verfügung steht. Wenn ein Sprachmittler gefunden ist, bleibt es jedoch eine Herausforderung zu klären, wer die Kosten übernimmt. Zusätzlich gehen durch das Gespräch zu dritt häufig wichtige Informationen verloren. Das Gespräch dauert durch die Sprachmittlung länger und ist aufwändiger. Außerdem ist der Ausdruck von Leid in anderen Sprachen und Kulturen häufig sehr unterschiedlich. Beispielsweise werden in bestimmten Sprachen unterschiedliche Metaphern für medizinische Problematiken verwendet, die im neuen Kontext die Interpretation erschweren. Beispielhaft seien hier die beiden Ausdrücke „eingefallener Nabel“ oder „Meine Leber blutet“ angeführt. Dies kann ohne Sprach- und Kulturmittlung zu Fehldiagnosen führen, wenn die Ärzte und Therapeuten mit diesen entsprechenden Organmetaphern nicht vertraut sind. Die benötigte zusätzliche Kompetenz, die sich aus der Sprachproblematik ergibt, ist sich kulturelles Wissen sowie, länderspezifisches Kontextwissen anzueignen, um die Einordnung psychischer Störungen zu verbessern oder generell zu ermöglichen. Darüber hinaus sollen Sprachmittler und Dolmetscher auf das Therapiesgespräch vorbereitet werden und auch die Möglichkeit haben, mit den Psychotherapeuten über die belastenden Erlebnisse der

Geflüchteten zu sprechen, da diese auch einen Dolmetscher oder Sprachmittler persönlich belasten können.

Eine zusätzliche notwendige Kompetenz ist nach Ansicht aller drei befragten Experten über verschiedene Kommunikationskanäle Aufklärung zu psychischen Krankheiten zu vermitteln. Um den Geflüchteten die Möglichkeit zu geben psychische Störungen und Erkrankungen leichter zu erkennen und zu behandeln sei demnach eine differenzierte Aufklärung durch eine Vielzahl von Institutionen zu begrüßen. Dazu gehöre ebenso die Identifizierung von Schnittstellen, die eine solche Aufgabe übernehmen können.

Es werden bereits Broschüren gestaltet, die Informationen für geflüchtete Eltern enthalten und zeigen wie mit auffälligen Kindern umgegangen werden soll und wo die benötigte Hilfe zu finden ist. Äquivalent gibt es auch für ehrenamtliche Helfer Broschüren, welche beschreiben, wie sie einen psychisch kranken Flüchtling erkennen können und welche Anlaufstellen es gibt. Ähnliches gibt es für Fachbetreuer in Kindergärten und Schulen. Die Experten sind sich einig, dass dennoch mehr Aufklärungsarbeit flächendeckend geleistet werden muss. Das Verständnis und die Behandlungsweise psychischer Erkrankungen unterscheiden sich in den Herkunftsländern z.T. fundamental zu der hier bestehenden Sicht- und Behandlungsweise. Es wird durch die Experten für wichtig erachtet, die Menschen zu informieren und aufzuklären, wie in Deutschland mit solchen Erkrankungen umgegangen wird.

4.3.6. Zusammenfassung

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass die Versorgungsgrade der KVB und die Meinung der drei befragten Experten sich widersprechen. Die aktuelle Versorgungssituation sowie die drei Zukunftsszenarien zeigen flächendeckend eine gute Versorgung in den drei Facharztgruppen innerhalb Bayerns. Die Analyse der KVB Daten und der Szenarien Berechnung lassen demnach keine Gefahr der Unterversorgung erkennen. Dennoch geben die befragten Experten in ihren Interviews mehrere Argumente und Hinweise, welche dennoch für eine mögliche Unterversorgung in Einzelbereichen, aber auch generell bestehen könne. Die bereits als systematisches Problem erkannten Wartezeiten auf Therapieplätze sowie der Einsatz von Ermächtigten im Bereich der Psychotherapie dafür, dass in einzelnen Regionen Bayerns eine Unterversorgung besteht. Die Experten sind einheitlich jedoch der Meinung, dass einerseits auf Grund der in einzelnen Regionen vermeintlich vorkommenden ungenügenden Versorgungssituation, aber auch durch die Problematik der vorhandenen Dolmetscher und Sprachmittler eine zusätzliche Belastung der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung durch den Zuzug entstehen könne.

4.4. Stationäre psychiatrische und psychosomatische Versorgung

4.4.1. Skizze des Methodischen Ansatzes für den psychiatrischen und psychosomatischen Versorgungsbereich

Zur Ermittlung der benötigten Kapazitäten und Kompetenzen im Bereich der **psychiatrischen stationären Versorgung** wird eine schriftliche Befragung bei psychosomatischen und psychiatrischen Kliniken in Bayern, jeweils für Kinder und Jugendpsychiatrie sowie für Erwachsenenpsychiatrie durchgeführt. Als Erhebungsinstrument wird ein Online-Fragebogen gewählt, der sich an die ärztlichen Direktoren der Einrichtungen richtet (siehe Anhang 21) Die ärztlichen Direktoren werden als Zielgruppe ausgewählt, da sie einen umfangreichen Überblick über ihre Klinik haben und somit zu diversen relevanten Themen Stellung beziehen können. Insgesamt werden 116 Kliniken befragt.

Der Befragungszeitraum erstreckt sich vom 7.12.2016 bis zum 13.1.2017. Im Zuge der Analyse der beantworteten Online-Fragebögen ist festzustellen, dass trotz intensiver Kontaktaufnahme und mehrerer Nacherhebungen nur ein geringer Rücklauf erzielt werden kann. Der Rücklauf der Fragebögen, die für die Auswertung hinsichtlich ihrer Vollständigkeit berücksichtigt werden, beläuft sich auf 11,2 %. Eine Übersicht über die Kliniken, die an der Befragung teilgenommen haben, zeigt nachfolgende Tabelle.

Tabelle 82: Übersicht über die an der Befragung teilgenommenen Kliniken

Name der Klinik	Regierungs- bezirk	Leistungsumfang			Betten- anzahl
		ambulant	stationär	teil- stationär	
Klinik für Psychiatrie, Psycho- therapie und Psychosomatik am Bezirksklinikum Ansbach	Mittelfranken	x	x	x	358
Klinik für Psychiatrie, Psycho- therapie und Psychosomatik (Bezirksklinikum Mainkofen)	Niederbayern	x	x	x	500
kbo-Inn-Salzach-Klinikum (Wasserburg a. Inn)	Oberbayern	x	x	x	761
kbo-Heckscher-Klinikum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie (München)	Oberbayern	x	x	x	221
kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost, Haar	Oberbayer	x	x	x	853 ⁵⁷
kbo-Isar-Amper-Klinikum Atriumhaus (München)	Oberbayern	x	x	x	15 ¹
kbo-Isar-Amper-Klinikum Taufkirchen	Oberbayern	x	x	x	192 ¹
Bezirksklinik Rehau	Oberfranken	x	x	x	152
Klinik für Psychiatrie, Psycho- therapie und Psychosomatik (Bezirkskrankenhaus Bayreuth)	Oberfranken	x	x	x	256
Bezirksklinikum Wöllershof	Oberpfalz	x	x	x	165
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Regensburg am Bezirksklinikum	Oberpfalz	x	x	x	475
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (Bezirkskrankenhaus Günzburg)	Schwaben	x	x	x	314
Klinik für Psychiatrie und Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Universitätsklinikum Würzburg)	Unterfranken	x	x	x	174

Quelle: Eigene Darstellung

⁵⁷ Belegte Ist-Betten vollstationär ohne forensischen und Reha-Bereich.

Die Befragung unterteilt sich in folgende Hauptbereiche:

- Allgemeine Angaben zur Klinik
- Allgemeine Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden durch die Klinik
 - Aktuelle Versorgungssituation (November 2016)
 - Versorgungsentwicklung (3. und 4. Quartal 2015 / 1. und 2. Quartal 2016)
- Benötigte Kompetenzen/Herausforderungen bei der Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden durch die jeweilige Klinik

4.4.2. Zusätzliche Kapazitäten

Aus zwei Gründen unterscheidet sich das Vorgehen zur Ermittlung der zusätzlichen Kapazitäten im Bereich der psychiatrischen stationären Versorgung zum Bereich der somatischen Versorgung:

1. Es liegen keine belastbaren Planzahlen zu den Versorgungsgraden für den Bereich der psychiatrischen stationären Versorgung in Bayern vor.
2. Die Datengrundlage der Online-Befragung der Kliniken ist aufgrund des geringen Rücklaufs für umfassende quantitative Auswertungsverfahren nicht ausreichend.

Eine Ermittlung der zusätzlichen Kapazitäten auf Ebene der bayerischen Landkreise ist somit nicht möglich. Stattdessen soll im Folgenden auf Basis ausgewählter statistisch-deskriptiver Ergebnisse der Online-Befragung eine allgemeine qualitative Einordnung der zusätzlich benötigten Kapazitäten im Bereich der psychiatrischen stationären Versorgung in Bayern vorgenommen werden. Als ergänzende Datengrundlage werden die Ergebnisse aus der existierenden Literatur sowie der Prävalenz-Daten aus dem Kapitel 3.7 berücksichtigt.

Zunächst folgt eine kurze Beschreibung der Ausgangslage der aktuellen medizinischen Versorgungssituation für den Bereich der psychiatrischen stationären Versorgung in Bayern. Anschließend wird die Entwicklung der Versorgung von Geflüchteten in den befragten psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken in den Jahren 2015 und 2016 dargestellt. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf den behandelten Krankheitsbildern. Auf Grundlage der beschriebenen Ergebnisse werden abschließend die zusätzlich benötigten Kapazitäten abgeleitet und kritisch reflektiert.

4.4.2.1. Ausgangslage der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung in Bayern

Um ein Bild der aktuellen stationären psychiatrischen Versorgungssituation skizzieren zu können, werden die Kliniken nach ihrer Bettenauslastung für die Jahre 2014 und 2015 befragt. Da Daten aus Kliniken aller sieben Regierungsbezirke vorliegen, können diese näherungsweise als Stichprobe für die Versorgungssituation herangezogen werden. Es zeigt

sich, dass alle befragten Kliniken eine durchschnittliche Bettenauslastung von mindestens 90 % für die Jahre 2014 und 2015 aufweisen und diese somit als sehr hoch einzustufen ist. Der Gesamtdurchschnitt für alle Kliniken über beide Jahre liegt bei 95,3 %. Damit befinden sich die Kliniken in allen Regierungsbezirken nahe ihrer Kapazitätsgrenze. Beim Vergleich der Jahre 2014 und 2015 zeigt sich zudem eine durchschnittlich konstante Entwicklung der sehr hohen Bettenauslastung. Ein Abgleich mit den Belegungsdaten aller psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken in Bayern für das Jahr 2015 ergibt ein ähnliches Ergebnis. Die durchschnittliche Bettennutzung der betriebenen Betten aller spezifischen Einrichtungen (Psychiatrie und Psychotherapie, psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) liegt bei 93,0 %⁵⁸.

4.4.2.2. Versorgungsentwicklung

In der Online-Befragung wird die Versorgungssituation von Geflüchteten in psychiatrischen stationären Einrichtungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten abgefragt, um daraus eventuelle Muster und Entwicklungen der Versorgungslage ableiten zu können. Die Anzahl der behandelten Geflüchteten ist für folgende drei Zeitpunkte jeweils unterteilt in teilstationäre, ambulante und stationäre Versorgung.

- 3. Quartal / 4. Quartal 2015
- 1. Quartal / 2. Quartal 2016
- November 2016

Die Bandbreite der durch eine Klinik in den benannten Quartalen stationär behandelten Geflüchteten reicht von zwei bis 54 Geflüchteten (n=13). Die Bandbreite der durchschnittlich durch eine Klinik in den vier Quartalen ambulant behandelten Geflüchteten von zwei bis 38 Geflüchteten.

Hervorzuheben ist die Anzahl der Behandlungen im **kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost (Haar)**. Bei dem Klinikum handelt es sich um das größte Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie in Bayern. Mit Blick auf die erhobene Gesamtanzahl an behandelten Geflüchteten war ein gutes Drittel in den betrachteten Quartalen beim Isar-Amper-Klinikums Haar in Behandlung. Das gilt sowohl für die stationäre, als auch für die ambulante Behandlung. Für die ambulante Behandlung liegen jedoch lediglich Zahlen für das 3. und 4. Quartal 2016 vor. Die hohe Behandlungsanzahl des Klinikums hat aufgrund der geringen Fallzahl der Erhebung einen nicht unerheblichen Effekt auf die oben dargestellten durchschnittlichen Behandlungstage pro Klinik je Quartal. Es handelt sich unter statistischen Gesichtspunkten dabei um einen Ausreißer, der einen erheblichen Anstieg der Durchschnittswerte verursacht. Um diese Verzerrung zu umgehen, wird die durchschnittliche

⁵⁸ Die Belegungsdaten wurden der Forschungsgruppe vom Referat 25 des StMGP zur Verfügung gestellt.

Behandlungsanzahl pro Quartal am Isar-Amper-Klinikum Haar bei den im Folgenden dargestellten Durchschnittswerten nicht berücksichtigt. Diese werden in der Tabelle 83 gesondert aufgeführt, um einen Eindruck der relationalen Verteilung der behandelten Geflüchteten herzustellen.

Die Betrachtung des Gesamtdurchschnitts (n=12) der stationär behandelten Geflüchteten pro Quartal ergibt folgendes Bild: Im 3. Quartal 2015 werden durchschnittlich 6,0, im 4. Quartal 2015 7,4, im 1. Quartal 2016 8,3 und im 2. Quartal 2016 7,8 Geflüchtete pro Klinik stationär behandelt. Für den November 2016 ergibt sich ein Durchschnittswert von 7,8 stationär behandelten Geflüchteten pro Klinik (n=10). Zwischen dem 3. Quartal 2015 und dem 1. Quartal 2016 ist somit ein leichter Anstieg bei den stationär behandelten Geflüchteten erkennbar, der im dem 2. Quartal 2016 nur marginal abfällt. Einen konstanten Verlauf zeigen die durchschnittlichen Behandlungstage, die sich über alle vier Quartale auf monatlich durchschnittlich 15 Tage pro Patient (n=9) je Klinik belaufen.

Die Berechnung des Gesamtdurchschnitts der ambulant behandelten Geflüchteten pro Quartal führt zu folgendem Ergebnis: Im 3. Quartal 2015 werden durchschnittlich 3,5, im 4. Quartal 2015 4,3 (n=9), im 1. Quartal 2016 10,7 und im 2. Quartal 8,2 (n=7) Geflüchtete pro Klinik ambulant behandelt. Der monatliche Durchschnittswert der ambulant behandelten Geflüchteten pro Klinik liegt für November 2016 bei 9,6. Ähnlich wie im stationären Bereich ist auch in der ambulanten Behandlung von Geflüchteten durch die Kliniken ein Anstieg zwischen den Jahren 2015 und 2016 erkennbar, der zum 2. Quartal 2016 jedoch wieder etwas abfällt. Die aktuellen Zahlen der durchschnittlichen ambulanten Behandlungen spiegeln wiederum einen Versorgungsanstieg wider.

Tabelle 83: Durchschnittliche Anzahl an stationären Behandlungsfällen pro Quartal

Quartal	Durchschn. Anzahl stationär behandelte Geflüchtete pro Quartal		Durchschn. Anzahl ambulant behandelte Geflüchtete pro Quartal	
	Pro Klinik	kbo-Isar-Amper-Klinikum Haar ⁵⁹	Pro Klinik	kbo-Isar-Amper-Klinikum Haar
3. Quartal 2015	6,0	36	3,5	20
4. Quartal 2015	7,4	46	4,3	20
1. Quartal 2016	8,3	53	10,7	<i>Keine Angaben</i>
2. Quartal 2016	7,8	54	8,2	<i>Keine Angaben</i>

Quelle: Eigene Darstellung

Im teilstationären Bereich behandeln nur sehr wenige der befragten Kliniken Geflüchtete. Einzelne nehmen diese im Ausnahmefall allerdings nur in sehr geringen Fallzahl auf. Von einer gesonderten Auswertung dieser Ergebnisse wird daher abgesehen.

⁵⁹ Der Fragebogen ist für drei Betriebsstätten des kbo-Isar-Amper-Klinikum als Ganzes ausgefüllt (München-Ost, Haar, Atrium Haus München, Taufkirchen). Die Verteilung der Anzahl der behandelten Geflüchteten erfolgt aufgrund einer prozentualen Verteilung, die von der Stabstelle Controlling und Dokumentation des kbo-Isar-Amper-Klinikum vorgegeben wurde.

Setzt man die ambulante und stationäre Versorgung der Geflüchteten ins Verhältnis zueinander, so zeigt sich, dass von den insgesamt durch eine Klinik behandelten Geflüchteten im 3. und 4. Quartal 2015 sowie im 1. und 2. Quartal 2016 durchschnittlich ca. zwei Drittel der Geflüchteten stationär und ca. ein Drittel ambulant behandelt werden.

4.4.2.3. Krankheitsbilder

In einem weiteren Abschnitt werden die Kliniken zu psychischen Erkrankungen oder Störungen befragt, die bei Geflüchteten aufgetreten sind und auch von ihnen behandelt worden sind. Die Kliniken werden gebeten, die durchschnittlichen Fallzahlen pro Erkrankung/Störung für die Halbjahre Juli 2015 bis Dezember 2015 sowie Januar 2016 bis Juni 2016 zu benennen. Aus den Ergebnissen lassen sich folgende drei häufig auftretende Krankheitsbilder identifizieren.

- Anpassungsstörungen
- Depressive Störungen
- Posttraumatische Belastungsstörungen

Die Extremwerte der absoluten Häufigkeiten der auftretenden Krankheitsbilder reichen im Gesamtzeitraum für Anpassungsstörungen von 0 bis 156 Behandlungsfälle, für depressive Störungen von 2 bis 82 Behandlungsfälle und für posttraumatische Behandlungsfälle von 2 bis 53 Behandlungsfälle. Die durchschnittliche Gesamtanzahl der durchschnittlichen Behandlungsfälle im zweiten Halbjahr 2015 und im ersten Halbjahr 2016 ist in nachfolgender Tabelle ersichtlich. Bei der Berechnung der Durchschnittswerte wird das **kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost (Haar)** aufgrund der hohen Anzahl an Behandlungsfällen und den daraus resultierenden Verzerrungseffekten erneut nicht berücksichtigt. In Tabelle 84 sind die entsprechenden Werte den gemittelten Behandlungsfällen der übrigen Kliniken gegenübergestellt.

Tabelle 84: Durchschnittliche Anzahl an Behandlungsfällen pro Krankheitsbild

Krankheitsbild	Durchschn. Anzahl an Behandlungsfällen Juli 2015 – Dezember 2015		Durchschn. Anzahl an Behandlungsfällen Januar 2016 – Juni 2016	
	Pro Klinik	kbo-Isar-Amper-Klinikum Haar	Pro Klinik	kbo-Isar-Amper-Klinikum Haar
Anpassungsstörungen	8,3 n = 10	53,4	10,2 n = 11	155,7
Depressive Störungen	7,3 n = 11	42,7	7,9 n = 11	81,8
Posttraumatische Belastungsstörungen	7,7 n = 11	31,2	7,9 n = 11	52,21
Weiter Diagnosen	8,3 n = 6	118,4	28,1 n = 5	314,1

Quelle: Eigene Darstellung

Die Krankheitsbilder treten gemessen an den durchschnittlichen Behandlungsfällen in den befragten Kliniken ähnlich häufig auf. Es ist für alle drei Krankheitsbilder ein Anstieg der durchschnittlichen Behandlungsfälle zwischen dem zweiten Halbjahr 2015 und dem ersten Halbjahr 2016 erkennbar. Diese Entwicklung ist auch bei der Anzahl weiterer Diagnosen, die von den Kliniken gestellt wurden, erkennbar. Hier lässt sich ein Anstieg der durchschnittlichen Gesamtanzahl der durchschnittlichen Behandlungsfälle für die benannten Zeiträume von 8,3 auf 28,1 feststellen. Diese Durchschnittswerte sind im Vergleich zu den identifizierten drei Krankheitsbildern sehr hoch, was die Vermutung nahelegt, dass häufig weitere Krankheiten vorliegen, die in der Befragung nicht explizit als häufig auftretende psychische Erkrankungen oder Störungen aufgeführt werden.

Für das **kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost (Haar)** ist eine eindeutige Rangfolge der diagnostizierten Krankheiten erkennbar. Es dominieren Anpassungsstörungen, gefolgt von depressiven Störungen und posttraumatischen Belastungsstörungen. Bemerkenswert ist der starke Anstieg der durchschnittlichen Behandlungsfälle zwischen dem zweiten Halbjahr 2015 und dem ersten Halbjahr 2016. So steigen zwischen den beiden Halbjahren die Behandlungsfälle von Anpassungsstörungen von 53,4 auf 155,7 um 191,6 %, von depressiven Störungen von 42,7 auf 81,8 um 91,6 % und von PTBs von 31,2 auf 53,0 um 69,9 %. Ein erheblicher Anstieg um 165,5 % ist auch bei den weiteren Diagnosen zu verzeichnen. Diese erhöhen sich von 118,4 auf 314,3 Behandlungsfälle.

Beim Abgleich der dargestellten Krankheitsbilder mit empirischen Erkenntnissen aus der Literatur ist zunächst festzuhalten, dass bislang lediglich eine Studie der Bundesdirektorenkonferenz (BDK) existiert, die die stationäre Versorgung von Geflüchteten in psychiatrischen Kliniken in Deutschland untersucht. In der Befragung von 67 Mitgliedseinrichtungen der BDK werden als häufigste gestellte Diagnosen affektive Störungen (25,5 % Erstnennung), Anpassungsstörungen (18,2 % Erstnennung), Abhängigkeits-erkrankungen (16,4 % Erstnennungen), Psychosen und posttraumatische Störungen (jeweils 10,9 % Erstnennungen) sowie akute Belastungsstörungen (9,1 %) identifiziert (Gouzoulis-Mayfrank et al. 2017b). In weiteren Studien, die sich mit dem psychischen Gesundheitszustand von Geflüchteten in Deutschland befassen, sind vor allem Depressionen und posttraumatische Belastungsstörungen häufig identifizierte und untersuchte Krankheitsbilder. In ihrem sehr umfassenden Literaturüberblick kommen Bozorgmehr et al. (2016) zu dem Ergebnis, dass bei insgesamt 14 untersuchten Studien die Prävalenz einer posttraumatischen Belastungsstörung bei Geflüchteten bei mindestens 16,0 % liegt. Bei den berücksichtigten Studien, die die Prävalenz von Depressionen bei Geflüchteten untersuchen, liegt der Wert bei mindestens 14,0 %.

Teil des Literaturüberblicks sind auch zwei Berichte aus dem Jahr 2012, die sich mit der Erkennung von psychischen Störungen bei Asylbewerbern in Bayern auseinandersetzen. In

einer Asylbewerberunterkunft in Zirndorf lag zum Untersuchungszeitpunkt die Prävalenz einer relevanten psychiatrischen Symptomatik bei den Asylbewerbern bei 45,0 % (Niklewski et al. 2012). Die am häufigsten auftretende Einzeldiagnose war eine PTBS (17,0 %). In dem Parallelprojekt in München ermitteln Butollo et al. (2012) bei Asylbewerbern aus unterschiedlichen Unterkünften eine Prävalenz psychischer Störungen von 68,8 % mit den Hauptdiagnosen PTBS (27,3 %) und Depression (14,3 %).

Auch die Ergebnisse der Morbiditätserhebung weisen für den Bereich der psychischen Erkrankungen Ähnlichkeiten und Übereinstimmungen mit den Prävalenzdaten aus der Literatur und der Online-Befragung auf. Diese zeigen bei Geflüchteten aus den fünf Herkunftsländern eine Prävalenz von ca. 30,0 % für eine depressive Symptomatik sowie für posttraumatische Belastungsstörungen.

4.4.2.4. Ableitung der zusätzlichen Kapazitäten

Wie bereits erläutert, ist die Ermittlung der zusätzlich benötigten Kapazitäten auf Ebene der bayerischen Landkreise und auf Basis der existierenden Datenlage nicht möglich. Dennoch kann anhand der Befragungsergebnisse und der Prävalenzdaten aus dem Kapitel 3.7 eine allgemeine Einschätzung zum zusätzlichen Bedarf von Kapazitäten für den Bereich der psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten vorgenommen werden.

Um eine Grundtendenz der Effekte zu erhalten, die aus der Behandlung von Geflüchteten resultieren und mögliche Auswirkungen auf die Kapazitätsplanung von Kliniken haben könnten, werden den Kliniken mit Bezug auf die Zeiträume zweites Halbjahr 2015 und erstes Halbjahr 2016 folgende zwei Fragen gestellt.

- Hat die Dauer der Behandlung durchschnittlich länger gedauert als die Therapie von Patienten, die keine Flüchtlinge und Asylsuchende waren?
- Hat sich die Bettenauslastung durch neu behandelte Flüchtlinge und Asylsuchende in den Monaten (...) im Vergleich zur Bettenauslastung zu den jeweiligen Vorjahresmonaten erhöht?

Im Hinblick auf die Dauer der Behandlung geben für beide Zeiträume 46,2 % (n=13) der Kliniken an, dass die Therapie von Geflüchteten durchschnittlich nicht länger gedauert habe als bei anderen Patienten. 83,3 % dieser Kliniken geben sogar an, dass die Therapie von Geflüchteten in der Regel kürzer gedauert habe. Ebenfalls 46,2 % der befragten Kliniken beurteilen die Behandlungsdauer als sehr unterschiedlich. Lediglich bei einer Klinik dauerte die Therapie bei Geflüchteten länger als bei anderen Patienten.

Die Behandlung von Geflüchteten wirkt sich wie folgt auf die Bettenauslastung aus: Für das zweite Halbjahr 2015 geben 61,5 % (n=13) der Kliniken an, dass sich die Bettenauslastung durch neu behandelte Geflüchtete nicht erhöht habe. Eine Erhöhung der Bettenauslastung

stellen 38,5 % im benannten Zeitraum fest. Im ersten Halbjahr 2016 reduziert sich dieser Anteil weiter, so dass für diesen Zeitraum nur noch eine Klinik eine entsprechend erhöhte Bettenauslastung angibt. Bei 92,3 % der Kliniken führt die Behandlung von Geflüchteten hingegen nicht zu einer Erhöhung der Bettenauslastung. Diese Ergebnisse spiegeln auch die Entwicklung der Bettenauslastung der Kliniken für den Zeitraum 2014 bis 2016 wider, die sich für alle Kliniken als konstant erweist.⁶⁰

Die Ergebnisse zur Behandlungsdauer und Bettenauslastung zeigen keinen unmittelbaren Effekt, der zusätzlich benötigte Kapazitäten für die stationäre psychiatrische Versorgung von Flüchtlingen implizieren würde. Ein solcher Effekt ist auch aus der Entwicklung der durchschnittlich durch eine Klinik stationär und ambulant behandelten Geflüchteten für die Halbjahre 2015 und 2016 nicht ableitbar. Bis auf einen leichten Anstieg der durchschnittlichen Behandlungsfälle zwischen den Jahren 2015 und 2016 lässt sich, bis auf einzelne Ausreißer, eine relativ konstante Entwicklung in den vier Quartalen konstatieren.

Die erläuterte, nahezu konstante, Entwicklung der Anzahl der behandelten Geflüchteten steht zunächst in einem gewissen Gegensatz zum Anstieg der durchschnittlichen stationären Behandlungsfälle der einzelnen Krankheitsbilder. Dies ist jedoch vermutlich darauf zurückzuführen, dass Mehrfachnennungen bei den Krankheitsbildern einzelner Patienten im Rahmen der Befragung möglich waren.

Auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung sind somit für den betrachteten Zeitraum keine Tendenzen hinsichtlich zusätzlich benötigter Kapazitäten bei der psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten direkt ableitbar. Diese allgemeine Einschätzung weist allerdings zwei Limitationen auf. Zum einen wurde in der Befragung lediglich ein relativ kurzer Versorgungszeitraum abgefragt. Zum anderen basiert die Befragung auf einer sehr geringen Fallzahl, die keine generalisierbaren Aussagen für die stationäre psychiatrische Versorgungssituation in Bayern zulässt.

In einem weiteren Schritt soll daher nun kurz erläutert werden, welche Gründe dafürsprechen, dass mittelfristig von zusätzlich benötigten Kapazitäten in der psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten auszugehen ist. Wie aus den Ergebnissen des Kapitels 3.7 hervorgeht, sind bei der Prävalenz von psychischen Erkrankungen erhebliche Unterschiede zwischen der deutschen Wohnbevölkerung und der befragten Population von Geflüchteten erkennbar. Während die deutsche Wohnbevölkerung eine Prävalenz von ca. acht % für eine depressive Symptomatik aufweist, konnte für die Geflüchteten der fünf Herkunftsländer eine durchschnittliche Prävalenz von ca. 30,0 % ermittelt werden. Ungefähr ebenso hoch fällt die

⁶⁰ Bei der großen Mehrheit der Kliniken handelt es sich dabei um Schätzungen.

durchschnittliche Prävalenz bei den Geflüchteten für posttraumatische Belastungsstörungen aus, die bei deutschen Wohnbevölkerung bei 2,3 % liegt.

Die dargestellten Unterschiede zwischen den Prävalenzdaten der deutschen Wohnbevölkerung und der Geflüchteten bei den psychischen Erkrankungen und Störungen können als eindeutiger Hinweis gesehen werden, dass mittelfristig ein erhöhter Bedarf an psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung für Geflüchtete zu erwarten ist. Inwiefern dieser Bedarf tatsächlich im stationären psychiatrischen Bereich entsteht, lässt sich aus den Daten jedoch nicht direkt ablesen, da es sich bei den Daten des Kapitels 3.7 lediglich um eine allgemeine Ermittlung des Gesundheitszustandes von Geflüchteten handelt. Es ist vielmehr davon auszugehen, dass sich daraus auch ein erhöhter Bedarf an ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Leistungen ergibt. Wie im Kapitel 4.3 dargestellt, besteht bereits heute ein Ungleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage bei der psychotherapeutischen Behandlung von Geflüchteten (vgl. Baron und Schriefers 2015). Bleibt dieses Ungleichgewicht bestehen, besteht die Gefahr der Chronifizierung. Das kann wiederum unmittelbare Auswirkungen auf die stationäre Versorgung haben und den Bedarf an stationären Behandlungskapazitäten erhöhen (vgl. Baron et al. 2014).

Es gibt zudem eine Reihe weiterer Gründe, die dafürsprechen, dass mittelfristig der Bedarf nach psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen im stationären Bereich zunehmen wird. Dies liegt darin begründet, dass eine psychische Erkrankung zum Teil erst zeitverzögert auftreten kann (Nandi 2014). Hinzukommt, dass bei Geflüchteten, beispielsweise aufgrund ihres kulturellen Hintergrunds und damit verbundener Hemmnisse, eine Sensibilisierung für den Bedarf nach psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung durch Aufklärung erst während eines dauerhaften Aufenthalts zu entwickeln ist. Darauf weisen wiederum die Ergebnisse aus der Befragung zum Zugang der behandelten Geflüchteten zur stationären psychiatrischen Versorgung hin. Die Mehrzahl der Kliniken gibt demnach an, dass der entsprechende Zugang über die Ordnungsbehörden erfolgt sei, was eine unfreiwillige Einweisung der Geflüchteten in die jeweiligen Einrichtungen vermuten lässt.

Als weiteren Grund für eine zeitlich verzögerte Versorgung ist die Sprachbarriere anzuführen. So wird die Psychiatrie und Psychotherapie von einigen Einrichtungen als „sprechende Medizin“ bezeichnet. Für eine adäquate Versorgung werden demzufolge sprachliche Kenntnisse vorausgesetzt, die jedoch bei einer großen Anzahl von Geflüchteten bislang noch nicht vorhanden sind. Es ist davon auszugehen, dass mittelfristig mit zunehmenden Sprachkenntnissen der Geflüchteten die Voraussetzung für eine Behandlung vorhanden sein wird.

Dass aufgrund des zu erwarteten Mehrbedarfs nach psychiatrischer Versorgung durch Geflüchtete auch mit zusätzlich benötigten Kapazitäten zu rechnen ist, lässt sich aus der

derzeitigen stationären psychiatrischen Versorgungssituation schließen. Wie zuvor dargestellt, bewegen sich die Kliniken durchschnittlich mit Blick auf die hohe Bettenauslastung nahe ihrer Kapazitätsgrenze. Es ist anzunehmen, dass bereits durch einen leichten Anstieg des Bedarfs zusätzliche Kapazitäten benötigt werden. Hinzu kommt die Herausforderung, dass die psychotherapeutisch und psychiatrische Versorgung von Geflüchteten mit einem Bedarf nach speziellen Angeboten (Assion et al. 2016) und speziell geschultem und entsprechend weitergebildeten Fachpersonal einhergeht (Metzner et al. 2016). Böttche et al. (2016) empfehlen zudem eine traumaadaptierte, psychotherapeutische Behandlung in eine sozialarbeiterische Begleitung und aufenthaltsrechtliche Beratung einzubetten, was den Aufwand der Therapie und damit die Bindung von Kapazitäten zusätzlich erhöhen würde. In diesem Zusammenhang wird deutlich, wie eng der Bedarf an zusätzlichen Kapazitäten mit den zusätzlich benötigten Kompetenzen in Verbindung stehen.

4.4.3. Zusätzliche Kompetenzen

Zur Identifikation der zusätzlich benötigten Kompetenzen im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung werden die Kliniken gefragt, welche Kompetenzen bei der Behandlung von Geflüchteten besonders notwendig sind oder bislang nicht vorhanden sind.

Bei den besonders benötigten Kompetenzen lassen sich drei Kompetenzbereiche identifizieren:

- Sprachliche Kompetenzen und Fähigkeiten
- Interkulturelle Kompetenzen
- Netzwerke bei der Versorgung

Die beiden erst genannten Kompetenzbereiche werden wiederholt als fehlende Kompetenzen benannt. Auf die Notwendigkeit diese beiden Kompetenzen verstärkt auf- und auszubauen wird auch in der Literatur wiederholt hingewiesen (Assion et al. 2016; Baron et al. 2014). Wie entscheidend sprachliche Kompetenzen und Fähigkeiten bei der psychiatrischen und psychosomatischen Behandlung von Geflüchteten sind, wird auch bei den erfragten Behandlungshemmnissen erkennbar. So gibt ein Großteil der ärztlichen Direktoren, die ihre Kliniken mit Behandlungshemmnissen konfrontiert sehen (insgesamt 80,0 %), die Sprachbarriere als das zentrale Hemmnis an. Aus Sicht mehrerer Kliniken könne diese Sprachbarriere aufgrund eines Mangels an schnell verfügbaren Dolmetschern nicht überwunden werden. Vereinzelt wurde in diesem Zusammenhang aber auch darauf hingewiesen, dass eine Psychotherapie und Krisenintervention ausschließlich beziehungsweise überwiegend über Dolmetscher kaum möglich sei.

Daraus lässt sich schließen, dass die sprachlichen Kompetenzen und Fähigkeiten neben einem verstärkten Einsatz von Dolmetschern, ebenfalls von dem behandelnden ärztlichen

Personal selbst abgedeckt werden sollte. Hierfür spricht auch die Verortung der Psychiatrie und Psychotherapie als „sprechende Medizin“. Ärztliches Personal mit den entsprechenden sprachlichen Kompetenzen kann daher im Bereich der Flüchtlingsversorgung schwerpunktmäßig zum Einsatz kommen.

4.5. Öffentlicher Gesundheitsdienst

4.5.1. Verwendete Methodik

Zur Ermittlung der benötigten Kapazitäten und Kompetenzen im Bereich des **öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)** werden alle Gesundheitsämter in Bayern schriftlich befragt. Als zentrales Erhebungsinstrument dient ein Online-Fragebogen, der sich an die Leiter der Gesundheitsämter richtet (siehe Anhang 22). Insgesamt werden 76 Gesundheitsämter befragt.

Der Befragungszeitraum erstreckt sich vom 19.12.2016 bis 31.1.2017. Der Rücklauf der Fragebögen aus allen Regierungsbezirken, die für die Auswertung hinsichtlich ihrer Vollständigkeit berücksichtigt werden können, beläuft sich auf 43,4 %.

Ziel der Befragung

Die Befragung zielt darauf ab die Organisation und den Vollzug der Dienstaufgaben, die von öffentlichen Gesundheitsämtern bei der Betreuung von Geflüchteten wahrgenommen werden, zu untersuchen. Dabei soll eine Einschätzung zur aktuellen Situation sowie zu Herausforderungen für die Gesundheitsämter, welche durch die Betreuung der Geflüchteten entstanden sind, gewonnen werden.

Die Befragung setzt sich aus folgenden Teilen zusammen:

- Allgemeine Angaben zum Gesundheitsamt
- Entwicklung des Vollzugs von Dienstaufgaben in Bezug auf Geflüchtete durch das Gesundheitsamt
 - Aktuelle Situation (November 2016)
 - Entwicklung im Jahr 2015
 - Entwicklung im Jahr 2016
- Benötigte Kapazitäten und Kompetenzen bei der Organisation und dem Vollzug von Gesundheitsschutzmaßnahmen bei Geflüchteten durch das Gesundheitsamt

Methodische Limitationen

Der Betrachtungszeitraum bezieht sich auf Zeitpunkte und -intervalle, die zum Zeitpunkt der Erhebung bereits in der Vergangenheit liegen. Dadurch besteht die Möglichkeit, dass bei den Befragten ein sogenannter recall bias auftritt. Dieser bias wird durch eine verzerrte, das heißt eine unvollständige und ungenaue Erinnerung der Befragten hervorgerufen (Coughlin 1990).

Bei der Interpretation der folgenden Ergebnisse, insbesondere bei den Zeitintervallen, die sich auf die beiden Jahre 2015 und 2016 beziehen, ist diese methodische Limitation zu berücksichtigen.

4.5.2. Ermittlung von zusätzlichen Kapazitäten

Wie auch für die Bereiche der stationären psychiatrischen sowie psychotherapeutischen Versorgung unterscheidet sich das Vorgehen zur Ermittlung der zusätzlichen Kapazitäten für den ÖGD von dem im somatischen Bereich. Das ist vor allem auf zwei Gründe zurückzuführen:

1. Für den ÖGD existieren nach aktuellem Kenntnisstand keine vergleichbaren Kennzahlen zur Auslastung im Hinblick auf den Vollzug von Dienstaufgaben in Bezug auf die Betreuung von Geflüchteten
2. Aufgrund des besonderen Aufgabenportfolios der Gesundheitsämter bei der Betreuung von Geflüchteten ist ein Vergleich zu Prävalenzdaten der deutschen Wohnbevölkerung nicht möglich.

Die im Rahmen der Online-Befragung erhobenen Daten stellen somit die zentrale Datengrundlage zur Ermittlung der benötigten Kapazitäten dar. Auf Basis des zufriedenstellenden Rücklaufs können fundierte Erkenntnisse über die benötigten Kapazitäten für den öffentlichen Gesundheitsdienst in Bayern ermittelt werden.

Dabei wird zunächst die Bedarfsentwicklung des Vollzugs der spezifischen Dienstaufgaben durch die Gesundheitsämter in den Jahren 2015 und 2016 fokussiert betrachtet. Anhand einer Längsschnittanalyse soll die Bedarfsdeckung im Zeitverlauf nachvollzogen werden. Darauf folgt eine Gegenüberstellung der Bedarfsentwicklung mit dem aktuellen Stand im November 2016. Auf Grundlage der beschriebenen Ergebnisse werden abschließend die zusätzlich benötigten Kapazitäten abgeleitet und kritisch reflektiert.

4.5.2.1. Entwicklung der Bedarfsdeckung in den Jahren 2015 und 2016

In diesem Abschnitt wird ein Überblick über die Entwicklung des Vollzugs der Dienstaufgaben in Bezug auf die Betreuung von Flüchtlingen durch die Gesundheitsämter gegeben. Die Dienstaufgaben der Gesundheitsämter umfassen folgende Bereiche:

- Gesundheitsuntersuchungen nach § 62 AsylG
- Kurzscreenings nach Ankunft der Asylsuchenden
- Infektionsschutzmaßnahmen nach IfSG
- Infektionshygienische Überwachungen der Gemeinschaftsunterkünfte nach § 36 IfSG
- Schuleingangsuntersuchungen
- Subsidiäre Impfungen

Aufgaben in Amtshilfe:

- Untersuchung der Reisefähigkeit in Einzelfällen
- Begutachtung nach §§ 4,6 AsylbLG

Um eine grundsätzliche Einordnung abschätzen zu können, inwiefern der Bedarf nach diesen Leistungen in den einzelnen Kalendermonaten der Jahre 2015 und 2016 gedeckt werden konnte, werden die Gesundheitsämter gebeten, ihrerseits eine Einschätzung zur Bedarfsdeckung entlang einer vorgegeben Skala von 0 % (Bedarf kann nicht gedeckt werden) bis 100 % (Bedarf kann vollständig gedeckt werden) je Kalendermonat vorzunehmen. Das Ergebnis ist in Abbildung 74 ersichtlich.

Bei der erläuterten Bedarfsentwicklung handelt es sich um eine grobe Einschätzung der Gesundheitsämter, inwieweit die Dienstaufgaben durch das eigene Stammpersonal in den einzelnen Monaten erbracht werden kann. Zusätzliches Personal wird dabei nicht berücksichtigt. Die Notwendigkeit von zusätzlichem Personal bei der Erbringung der Dienstaufgaben wird weiter unten gesondert behandelt.

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Bedarfsdeckung je Dienstaufgabe teilweise sehr unterschiedlich ausfällt, auch wenn ein Gesundheitsamt die allgemeine Bedarfsdeckung im Bereich von 80-99 % verortet. So gibt die prozentuale Bedarfseinschätzung keinen Aufschluss darüber, welche Dienstaufgaben im Zeitverlauf unter Umständen priorisiert werden und wie deren Bedarfsdeckung insgesamt zueinander im Verhältnis steht. Beispielsweise ist es durchaus möglich, dass bei einer Einschätzung von 80 % die Bedarfe nach hoch priorisierten Dienstaufgaben, wie zum Beispiel nach der Gesundheitsuntersuchung nach § 62 AsylG dauerhaft gedeckt werden konnten, die nach weniger hoch priorisierten Dienstaufgaben, wie beispielsweise nach subsidiären Impfungen, jedoch nicht. Welche Dienstaufgabe, gesondert betrachtet, temporär oder dauerhaft nicht durch ein Gesundheitsamt erbracht werden konnte, ist weiter unten dargestellt.

Zeitlicher Verlauf 2015 – 2016

Abbildung 74 zeigt die Verteilung der Einschätzung der Gesundheitsämter zur prozentualen Bedarfsdeckung für die Jahre 2015 und 2016.

2015

Im Zeitverlauf ist eine eindeutige Entwicklung erkennbar. So gibt eine deutliche Mehrheit der Gesundheitsämter für den Zeitraum Januar bis Juni 2015 eine Bedarfsdeckung von 80-99 % beziehungsweise 100 % an.

Im Juli 2015 fällt der Anteil an Gesundheitsämtern mit einer entsprechenden hohen Bedarfsdeckung erstmals unter 50 %. Gleichzeitig ist erkennbar, dass der Anteil der Gesundheitsämter mit einer unzureichenden Bedarfsdeckung (0 4,3is 19 %) ab Juli steigt und

in den Monaten Oktober bis Dezember 2015 den höchsten Stand erreicht. Für diese drei Monate geben 17,2 % der Gesundheitsämter an, dass der Bedarf nach ihren Leistungen nur unzureichend oder überhaupt nicht gedeckt werden konnte.

2016

Für den Januar 2016 liegt der Anteil der Gesundheitsämter mit einer Bedarfsdeckung von 80-99 % bzw. 100 % bereits wieder bei 64,3 %. Für den Februar 2016 steigert sich dieser Anteil weiter und erreicht ab dem März 2016 bis zum Dezember 2016 ein konstantes Niveau zwischen 80,0 % und 86,7 %. Ein Großteil der Gesundheitsämter schätzt folglich ein, dass der Bedarf nach identifizierten Dienstaufgaben seit dem März 2016 nahezu vollständig bzw. vollständig gedeckt werden konnte.

Die in der Abbildung 74 dargestellte absolute Verteilung der Bedarfsdeckung entlang der sechs verschiedenen Abstufungen (0-19 %, 20-39 %, 40-59 %, 60-79 %, 80-99 % und 100 %) je Kalendermonate ist in der Tabelle 85 und Tabelle 86 noch einmal mit den entsprechenden relativen Häufigkeiten abgebildet.

Der Bedarf nach Dienstaufgaben konnte durch unser Gesundheitsamt in den folgenden Monaten gedeckt werden (Angabe von 1-100%; 100% = voll und ganz)

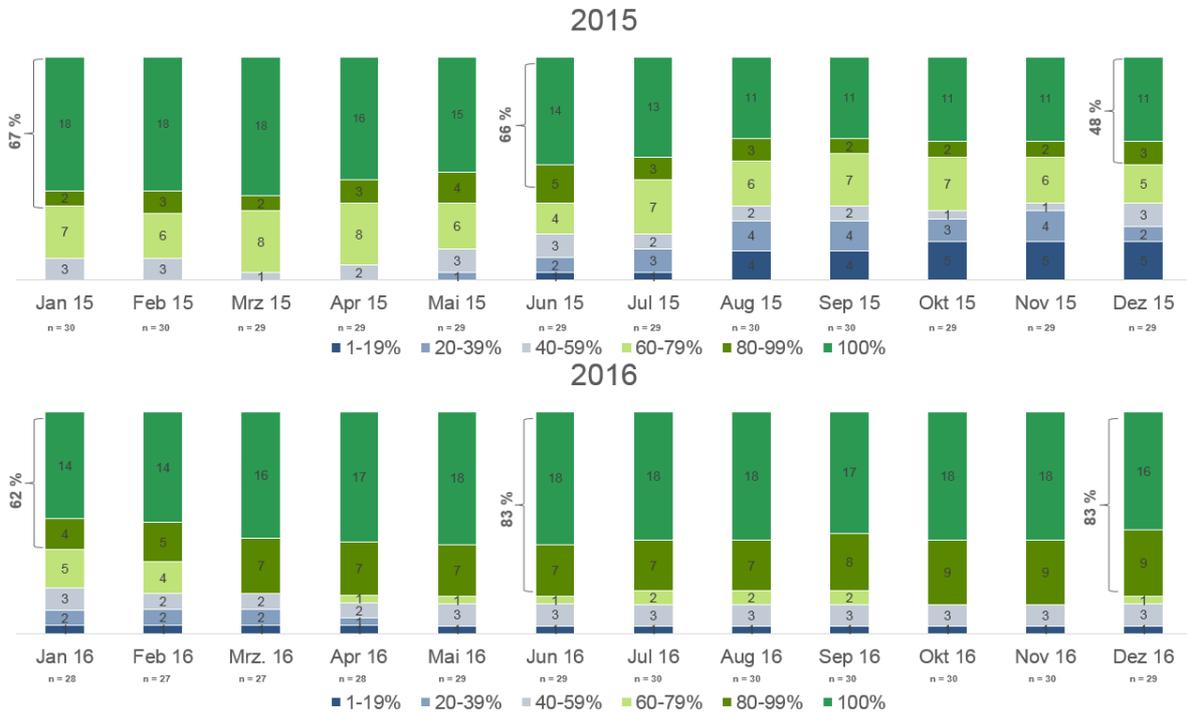


Abbildung 74: Entwicklung der Bedarfsentwicklung beim Vollzug von Gesundheitsschutzmaßnahmen in den Jahre 2015 und 2016 (absolute Häufigkeit)
Quelle: Eigene Darstellung

Differenzierte Betrachtung der Bedarfsdeckung

Um eine differenzierte Betrachtung der Bedarfsdeckung zu erhalten, wird den Gesundheitsämtern folgende Frage vorgelegt:

Sie haben angegeben, dass der Bedarf in mindestens einem Monat nicht gedeckt werden konnte, welche Gesundheitsschutzmaßnahmen mit welchen konkreten Leistungen waren davon betroffen und wie häufig traten Engpässe beim Vollzug der Dienstaufgaben auf?

Die Tabelle 87 und Tabelle 88 zeigen die Ergebnisse zur Anzahl der Dienstaufgaben, bei denen es in den Jahren 2015 und 2016 zu dauerhaften oder temporären Engpässen bei deren Erfüllung durch das Stammpersonal der Gesundheitsämter kam. Welche Auswirkungen sich daraus auf die konkrete Aufgabenerfüllung ergeben, das heißt, in welchem Umfang diese aufgrund der Engpässe in den jeweiligen Zeiträumen noch erbracht werden konnten, ist anhand der Ergebnisse nicht exakt zu ermitteln. Bei den folgenden Erläuterungen dienen Durchschnittswerte der oben aufgeführten prozentualen Einschätzungen zur Bedarfsdeckung als Orientierungswert, um die Engpässe einzelner Dienstaufgaben zu bestimmten Zeitpunkten mit der allgemeinen Bedarfsdeckung abzugleichen.

Zudem wird die Dauer der Engpässe in den Jahren 2015 und 2016 zeitlich verortet und anschließend auf Maßnahmen der Gesundheitsämter zur Bewältigung der Engpässe, vor allem durch Hinzuziehen zusätzlichen Personals, eingegangen.

Tabelle 85: Bedarfsdeckung beim Vollzug der Dienstaufgaben und Aufgaben in Amtshilfe je Monat im Jahr 2015 (relative Häufigkeit je Bedarfsabstufung)

Bedarfsdeckung	Jan. 15	Feb. 15	Mrz. 15	Apr. 15	Mai 15	Jun. 15	Jul. 15	Aug. 15	Sept. 15	Okt. 15	Nov. 15	Dez. 15
100 %	60,0 %	60,0 %	62,1 %	55,2 %	51,7 %	48,3 %	44,8 %	36,7 %	36,7 %	37,9 %	37,9 %	37,9 %
80-99 %	6,7 %	10,0 %	6,9 %	10,3 %	13,8 %	17,2 %	10,3 %	10,0 %	6,7 %	6,9 %	6,9 %	10,3 %
60-79 %	23,3 %	20,0 %	27,6 %	27,6 %	20,7 %	13,8 %	24,1 %	20,0 %	23,3 %	24,1 %	20,7 %	17,2 %
40-59 %	10,0 %	10,0 %	3,4 %	6,9 %	10,3 %	10,3 %	6,9 %	6,7 %	6,7 %	3,4 %	3,4 %	10,3 %
20-39 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	3,4 %	6,9 %	10,3 %	13,3 %	13,3 %	10,3 %	13,8 %	6,9 %
0-19 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	3,4 %	3,4 %	13,3 %	13,3 %	17,2 %	17,2 %	17,2 %

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 86: Bedarfsdeckung beim Vollzug der Dienstaufgaben und Aufgaben in Amtshilfe je Monat im Jahr 2016 (relative Häufigkeit je Bedarfsabstufung)

Bedarfsdeckung	Jan. 16	Feb.16	Mrz. 16	Apr. 16	Mai 16	Jun. 16	Jul.16	Aug. 16	Sept. 16	Okt. 16	Nov. 16	Dez.16
100 %	46,4 %	48,1 %	55,6 %	57,1 %	58,6 %	58,6 %	56,7 %	56,7 %	56,7 %	60,0 %	60,0 %	55,2 %
80-100 %	17,9 %	22,2 %	25,9 %	25,0 %	24,1 %	24,1 %	23,3 %	23,3 %	23,3 %	26,7 %	26,7 %	27,6 %
60-79 %	14,3 %	11,1 %	0,0 %	3,6 %	3,4 %	3,4 %	6,7 %	6,7 %	6,7 %	0,0 %	0,0 %	3,4 %
40-59 %	10,7 %	7,4 %	7,4 %	7,1 %	10,3 %	10,3 %	10,0 %	10,0 %	10,0 %	10,0 %	10,0 %	10,3 %
20-39 %	7,1 %	7,4 %	7,4 %	3,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
0-19 %	3,6 %	3,7 %	3,7 %	3,6 %	3,4 %	3,4 %	3,3 %	3,3 %	3,3 %	3,3 %	3,3 %	3,4 %

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 87: Anzahl an Gesundheitsschutzmaßnahmen für die der Bedarf durch eigenes Personal nicht gedeckt werden konnte (Jahr 2015)

Anzahl Dienstaufgaben mit Engpässen	Art des Engpasses			
	dauerhaft (über mehrere Wochen)		temporär (an mehreren Tagen/ Monat)	
1	16	53,3 %	1	3,3 %
2	10	33,3 %	3	10,0 %
3	4	13,3 %	3	10,0 %
4	3	10,0 %	1	3,3 %

Quelle: Eigene Darstellung

Bedarfsdeckung 2015

Aus Tabelle 87 geht hervor, dass für das Jahr 2015 53,3 % der Gesundheitsämter angeben beim Bedarf nach einer der oben genannten Dienstaufgaben dauerhaft, das heißt über mehrere Wochen hinweg, Engpässe bei der Bedarfsdeckung zu haben. Für die Monate in denen bei diesen Gesundheitsämtern Engpässe bei der Bedarfsdeckung auftreten, liegt die Einschätzung der durchschnittlichen Bedarfsdeckung bei 48,2 %. Zu dauerhaften Engpässen beim Vollzug von mindestens zwei der genannten Dienstaufgaben kommt es im Jahr 2015 bei 33,3 % der Gesundheitsämter. Der Durchschnittswert der Bedarfsdeckung liegt in diesen Monaten bei den betroffenen Gesundheitsämtern bei 31,6 %. Der Anteil der Gesundheitsämter, welcher den Bedarf nach insgesamt drei bis vier Dienstaufgaben dauerhaft nicht decken kann, fällt mit 13,3 beziehungsweise 10,0 % bereits deutlich niedriger aus. Die betroffenen Gesundheitsämter verzeichnen in den entsprechenden Monaten eine durchschnittliche Bedarfsdeckung von jeweils 34,9 %.

Das Auftreten von dauerhaften Engpässen scheint sich in der Einschätzung der Gesundheitsämter zur allgemeinen Bedarfsdeckung für die betroffenen Monate niederzuschlagen. So liegt der Durchschnittswert der Bedarfsdeckung eines dauerhaften Engpasses bei einer Dienstaufgabe bereits bei unter 50 %. Kommen dauerhafte Engpässe beim Vollzug weiterer Dienstaufgaben hinzu, nimmt die Einschätzung der prozentualen Bedarfsdeckung weiter ab.

Die Dauer der Engpässe erstreckt sich unabhängig von den jeweiligen Maßnahmen bei nahezu allen Gesundheitsämtern über mehrere Monate. Bei der großen Mehrheit der Gesundheitsämter treten die dauerhaften Engpässe im zweiten Halbjahr des Jahres 2015 auf. Dieses Ergebnis spiegelt sich auch in den oben dargestellten Einschätzungen zur Entwicklung der allgemeinen Bedarfsentwicklung wider.

Für folgende nach Priorität aufgelisteten Dienstaufgaben kann der Bedarf am häufigsten dauerhaft beziehungsweise temporär nicht gedeckt werden (absolute Häufigkeit in Klammern).

1. Gesundheitsuntersuchungen nach § 62 AsylG (12) und Kurzscreenings nach Ankunft der Asylsuchenden (5)
2. Infektionsschutzmaßnahmen nach IfSG (5)
3. Infektionshygienische Überwachungen/Hygienebegehung Gemeinschaftsunterkünfte (5)
4. (Subsidiäre) Impfungen (8)

Zusätzliches Personal zur Bewältigung der Engpässe:

Um die dauerhaften Engpässe beim Vollzug der genannten Dienstaufgaben auszugleichen, setzen 15 der 17 oben identifizierten Gesundheitsämter und damit mindestens die Hälfte aller Gesundheitsämter zusätzliches Personal beim Vollzug mindestens einer Dienstaufgabe ein. Als Unterstützung bei der Erbringung einer zweiten Dienstaufgabe greifen insgesamt sechs Gesundheitsämter auf zusätzliches Personal zurück. Mit Abstand am häufigsten wird dabei auf Personal auf Honorarbasis zurückgegriffen. Die Bandbreite der zusätzlich eingesetzten Personen pro Dienstaufgabe bewegt sich zwischen einer und 20 Personen. Für die durchschnittliche Arbeitszeit, die das Personal im Einsatz ist, ergibt sich ein Durchschnittswert von 16 Stunden pro Woche. Insgesamt kommt das zusätzliche Personal mehrheitlich im zweiten Halbjahr 2015 und über mehrere Monate bei den Gesundheitsämtern zum Einsatz. Drei Gesundheitsämter geben an über das komplette Jahr 2015 zusätzliches Personal zum Ausgleich von Bedarfsengpässen einzusetzen.

Am häufigsten kommt dieses bei der Durchführung der Gesundheitsuntersuchungen nach § 62 AsylG zum Einsatz (insgesamt bei neun Gesundheitsämtern). Jeweils sechs Gesundheitsämter geben an bei der Durchführung von Kurzscreenings und Impfungen zusätzliches Personal in Anspruch zu nehmen.

Die Durchschnittswerte des zusätzlich eingesetzten Personals pro Dienstaufgabe liegen sehr eng beieinander. Bei der Durchführung der Gesundheitsuntersuchungen nach § 62 AsylG liegt der Durchschnitt des zusätzlich eingesetzten Personals bei 4,5 Personen (bei durchschnittlich 13 Stunden pro Woche), bei der Durchführung von Kurzscreenings bei 5,5 Personen (bei durchschnittlich 11 Stunden pro Woche) und bei der Durchführung von Impfungen bei 3,5 Personen (bei durchschnittlich 4 Stunden pro Woche).

Inwiefern das zusätzlich eingesetzte Personal eine Bedarfsdeckung bei der Erbringung der jeweiligen Dienstaufgaben herbeigeführt hat, kann auf Basis der erhobenen Daten nicht abschließend geklärt werden. Zur Einordnung der Ergebnisse soll darauf hingewiesen werden, dass von Seiten der Gesundheitsämter bei bestimmten Dienstaufgaben, die weniger stark priorisiert werden, ganz bewusst auf zusätzliches, externes Personal gesetzt wird, um die

Bedarfe nach den höher priorisierten Aufgaben decken zu können. Die Ergebnisse für das Jahr 2015 bestätigen diese strategische Priorisierung allerdings nur in Teilen, da insbesondere bei hoch priorisierten Dienstaufgaben, wie der Gesundheitsuntersuchungen nach § 62 AsylG und der Durchführung von Kurzscreenings mit am umfangreichsten auf zusätzliches Personal zurückgegriffen wird.

Hervorzuheben ist, dass der mit großem Abstand höchste Personalbedarf bei einem Gesundheitsamt eines kleinen Landkreises ganz in der Nähe der deutsch-österreichischen Grenze auftritt. Das zeigt, wie unterschiedlich die Bedarfe nach einzelnen Dienstaufgaben in Bezug auf Geflüchtete bei den Gesundheitsämtern sein können und dass dabei nicht unbedingt die Größe eines Landkreises entscheidend ist, sondern vielmehr die Zuständigkeit für Gemeinschaftsunterkünfte, in diesem konkreten Fall zu einer Aufnahmeeinrichtung und der Höhe des Zustroms von Asylbewerbern, z.B. in Grenznähe.

Bedarfsdeckung 2016

Tabelle 88 zeigt, so geben für das Jahr 2016 36,7 % der Gesundheitsämter an, dass der Bedarf nach mindestens einer Dienstaufgabe dauerhaft nicht gedeckt werden kann. Für die Monate in denen bei diesen Gesundheitsämtern Engpässe bei der Bedarfsdeckung auftreten, liegt die Einschätzung der durchschnittlichen Bedarfsdeckung bei 60,6 %. Dauerhafte Engpässen beim Vollzug von mindestens zwei Dienstaufgaben geben 13,3 % der Gesundheitsämter an. Der Durchschnittswert der Bedarfsdeckung liegt in diesen Monaten bei den betroffenen Gesundheitsämtern bei 43,7 %.

Eine dauerhafte unzureichende Bedarfsdeckung bei drei beziehungsweise vier Dienstaufgaben tritt bei lediglich zwei Gesundheitsämtern beziehungsweise einem Gesundheitsamt auf.

Tabelle 88: Anzahl an Gesundheitsschutzmaßnahmen für die der Bedarf nicht gedeckt werden konnte (Jahr 2016)

Anzahl Dienstaufgaben mit Engpässen	Art des Engpasses			
	dauerhaft (über mehrere Wochen)		temporär (an mehreren Tagen/ Monat)	
1	11	36,7 %	2	6,7 %
2	4	13,3 %	3	10,0 %
3	2	7 %	0	0,0 %
4	1	3,3 %	0	0,0 %

Quelle: Eigene Darstellung

Im Vergleich zum Jahr 2015 liegt der Durchschnittswert der Bedarfsdeckung eines dauerhaften Engpasses bei einer Dienstaufgabe mit 60,6 % etwa 10 % höher. Bei einem Engpass bei der Erbringung einer weiteren Dienstaufgabe nimmt die Einschätzung der prozentualen Bedarfsdeckung ebenfalls ab, liegt mit 43,7 % aber erneut 10 % über dem Vergleichswert aus dem Jahr 2015.

Beim Blick auf die genaue Dauer der Engpässe wird in Zusammenhang mit dem Jahr 2015 deutlich, dass die zahlreichen dauerhaften Engpässe im zweiten Halbjahr 2015 teilweise auch zu Beginn des Jahres 2016 noch erkennbar sind und dann im weiteren Zeitverlauf weiter zurückgehen. Lediglich zwei Gesundheitsämter weisen bei der Erbringung einer Dienstaufgabe für 2016 einen ganzjährigen Engpass auf.

Für folgende nach Priorität aufgelisteten Dienstaufgaben kann der Bedarf am häufigsten dauerhaft oder temporär nicht gedeckt werden (absolute Häufigkeit in Klammern):

1. Gesundheitsuntersuchungen nach § 62 AsylG (4) und Kurzscreenings nach Ankunft der Asylsuchenden (2)
2. Infektionsschutzmaßnahmen nach IfSG (3)
3. (Subsidiäre) Impfungen (5)

Zusätzliches Personal zur Bewältigung der Engpässe:

Um die Engpässe beim Vollzug der genannten Dienstaufgaben auszugleichen, setzten im Jahr 2016 zehn der 13 oben identifizierten Gesundheitsämter (ca. ein Drittel aller Gesundheitsämter) zusätzliches Personal beim Vollzug mindestens einer Dienstaufgabe ein. Mit Abstand am häufigsten, wie auch im Jahr 2015, wird dabei auf Personal auf Honorarbasis zurückgegriffen. Die Bandbreite der zusätzlich eingesetzten Personen pro Dienstaufgaben bewegt sich zwischen einer und 25 Personen. Für die durchschnittliche Arbeitszeit, die das Personal im Einsatz ist, ergibt sich ein Durchschnittswert von acht Stunden pro Woche. Insgesamt kommt das zusätzliche Personal erneut über mehrere Monate bei den Gesundheitsämtern zum Einsatz. Bei drei Gesundheitsämtern zu Beginn des Jahres 2016, bei weiteren drei im gesamten Jahr 2016.

Bei der Durchführung der Gesundheitsuntersuchungen nach § 62 AsylG sowie bei (subsidiären) Impfungen kommt bei jeweils vier Gesundheitsämtern zusätzliches Personal zum Einsatz. Für Kurzscreenings nahmen zwei Gesundheitsdienste und für Infektionsschutzmaßnahmen nach IfSG ein Gesundheitsamt die Dienste externen Personals in Anspruch. Durchschnittswerte für das zusätzlich eingesetzte Personal pro Dienstaufgabe können aufgrund der wenigen Angaben nicht ermittelt werden.

Inwiefern das zusätzlich eingesetzte Personal eine Bedarfsdeckung bei der Erbringung der jeweiligen Dienstaufgaben herbeigeführt hat, kann, wie auch für das Jahr 2015, auf Basis der erhobenen Daten nicht abschließend geklärt werden.

Bei dem Gesundheitsamt in dem kleinen Landkreis an der deutsch-österreichischen Grenze ist auch im Jahr 2016 der mit großem Abstand größte Einsatz von zusätzlichem Personal zu verzeichnen.

Eine ähnliche Entwicklung ist auch bei den **extern bezogenen Leistungen** erkennbar. 38,7 % der Gesundheitsämter geben an, im **Jahr 2015** dauerhaft Leistungen zur Erfüllung der Dienstaufgaben zu beziehen. Für das **Jahr 2016** liegt dieser Anteil nur noch bei 23,3 %. In beiden Jahren werden fast ausschließlich Röntgenuntersuchungen als externe Leistung in Anspruch genommen (91,7 % im Jahr 2015 und 85,7 % im Jahr 2016).

Um ein vollständigeres Bild der Kapazitäten der Gesundheitsämter zu erhalten, werden die im folgenden Unterkapitel dargestellten Ergebnisse zur Entwicklung der Bedarfsdeckung bei der Erfüllung der Dienstaufgaben mit den Ergebnissen der aktuellen Kapazitäten der Gesundheitsämter zum Zeitpunkt der Befragung gegenübergestellt.

4.5.2.2. Aktuelle Situation der Bedarfsdeckung beim Vollzug von Dienstaufgaben bei der Betreuung von Flüchtlingen (November 2016)

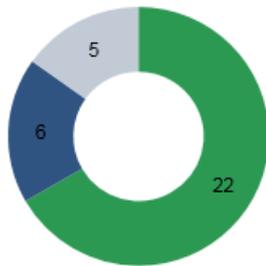
Zur Ermittlung des aktuellen Standes des Vollzugs der Dienstaufgaben werden die Gesundheitsämter gebeten, für jede Gesundheitsschutzmaßnahme anzugeben, ob der Bedarf aktuell durch das jeweilige Gesundheitsamt abgedeckt werden kann oder nicht.

Wie in Abbildung 75 und Abbildung 76 ersichtlich, können mindestens zwei Drittel der Gesundheitsämter den Bedarf nach sieben der acht aufgeführten Dienstaufgaben beziehungsweise Aufgaben im Rahmen der Amtshilfe decken.

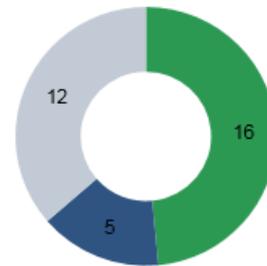
Die Gesundheitsämter sind am häufigsten in der Lage den Bedarf nach Begutachtung gemäß §§ 4, 6 AsylG zu decken (insgesamt 87,9 % der Gesundheitsämter). Bei den Infektionsschutzmaßnahmen nach IfSG sowie den Gesundheitsuntersuchungen nach § 62 AsylG fällt der Anteil der Gesundheitsämter, die in der Lage sind die entsprechende Bedarfe zu decken ebenfalls mit 81,8 % beziehungsweise 78,6 % hoch aus. Der Bedarf nach Kurzscreenings und Schuleingangsuntersuchungen wird von drei Viertel der Gesundheitsämter gedeckt. Bereits etwas geringer ist der Anteil der Gesundheitsämter, die angeben den Bedarf nach infektionshygienischen Überwachungen der Gemeinschaftsunterkünfte (65,6 %) decken zu können. Mit Abstand die geringste Bedarfsdeckung besteht bei subsidiären Impfungen. Diese können nach Einschätzung der Gesundheitsämter lediglich 35,7 % vollständig leisten. Grundsätzlich erfolgen Impfungen durch Gesundheitsämter nur subsidiär im Rahmen ihrer Möglichkeiten und erfahren dementsprechend keine hohe Priorität.

Wird der Bedarf nach folgenden Gesundheitsschutzmaßnahmen derzeit von ihrem Gesundheitsamt gedeckt (Stand Nov. 2016)?

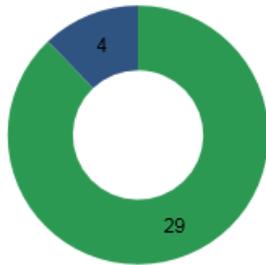
Gesundheitsuntersuchungen nach § 62 AsylbLG



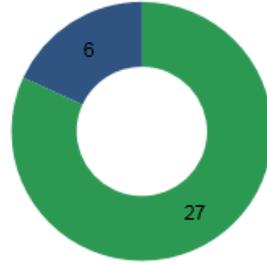
Kurzscreening nach Ankunft der Asylsuchenden



Begutachtung nach §§ 4,6 AsylbLG



Infektionsschutzmaßnahmen nach IfSG

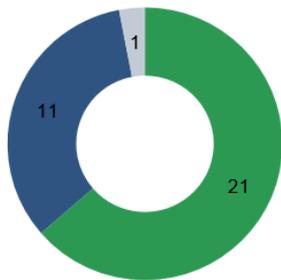


■ Nein
■ ja
■ Keine Angaben

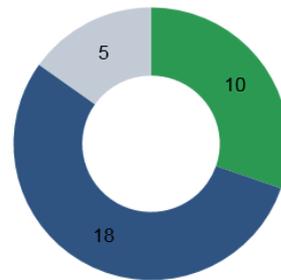
Abbildung 75: Bedarfsdeckung je Gesundheitsschutzmaßnahme
Quelle: Eigene Darstellung

Wird der Bedarf nach folgenden Gesundheitsschutzmaßnahmen derzeit von ihrem Gesundheitsamt gedeckt (Stand Nov. 2016)?

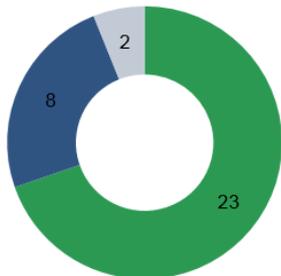
infektionshygienische Überwachungen der Gemeinschaftsunterkünfte



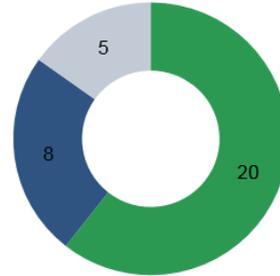
subsidiäre Impfungen



Schuleingangsuntersuchungen



Untersuchung der Reisefähigkeit



■ Nein
■ ja
■ Keine Angaben

Abbildung 76: Bedarfsdeckung je Gesundheitsschutzmaßnahmen
Quelle: Eigene Darstellung

Gründe für Engpässe:

Auch wenn insgesamt ein großer Anteil an Gesundheitsämtern den Bedarf nach den meisten Dienstaufgaben beziehungsweise Aufgaben in Amtshilfe decken kann, sind nach wie vor Bedarfsengpässe identifizierbar. Folgende Gründe werden von den Gesundheitsämtern angegeben, warum mindestens eine Dienstaufgabe nicht ausreichend erfüllt werden kann⁶¹

- Zu wenig ärztliches Personal (54,8 %)
- Zu wenige Dolmetscher (40,6 %)
- Zu wenige private Sprachmittler (28,1 %)
- Zu wenig Verwaltungspersonal (15,6 %)
- Zu hohe Nachfrage nach Gesundheitsuntersuchungen (12,1 %)
- Zu hohe Materialkosten (6,1 %)

Einsatz von Dolmetschern und privaten Sprachmittlern

Innerhalb des Online-Fragebogens werden die Gesundheitsämter spezifisch zum **Einsatz von Dolmetschern und privaten Sprachmittlern** beim Vollzug der Dienstaufgaben befragt. Insgesamt 69,0 % der Gesundheitsämter geben an für diesen Zweck Dolmetscher und private Sprachmittler einzusetzen. Davon geben wiederum 37,9 % an, dass der Bedarf an benötigten Dolmetschern und privaten Sprachmittlern nicht gedeckt werde könne. Eine Bedarfsdeckung an Dolmetschern und privaten Sprachmittlern bejahten hingegen nur 27,6 % der Gesundheitsämter.

Folgen der unzureichenden Bedarfsdeckung aus der Sicht der Gesundheitsämter:

Nach Einschätzung der Gesundheitsämter ergeben sich aus der unzureichenden Bedarfsdeckung unter anderem diese Folgen.

- Überstunden werden aufgebaut (46,9 %)
- Zusätzliche Honorarverträge/ Kooperationsverträge oder andere Verträge werden geschlossen (25,8 %)
- Notwendige Untersuchungen unterbleiben (9,4 %)

4.5.2.3. Ableitung der zusätzlichen Kapazitäten

Im diesem Unterkapitel erfolgt die Ableitung der zusätzlich benötigten Kapazitäten bei der Erfüllung der Dienstaufgaben. Als Grundlage hierfür dienen die oben dargestellten Ergebnisse.

Ursachen für die verbesserte Bedarfsdeckung ab 2016

Die unterschiedlichen Einschätzungen sowie die Beurteilung der Bedarfsdeckung zu den unterschiedlichen Zeitpunkten lassen sich auf Basis der erhobenen Daten wie folgt

⁶¹ Mehrfachnennungen sind möglich.

interpretieren. Im Verlauf des erfassten Zeitraums kann eine große Mehrheit der Gesundheitsämter den Bedarf nach den Dienstaufgaben bei der Betreuung der Flüchtlinge nach dem hohen Zustrom an Geflüchteten im 3. und 4. Quartal 2015, wieder zunehmend decken. Hierfür sind vermutlich drei Gründe ausschlaggebend.

- Der Zustrom an Geflüchteten geht im Jahr 2016 deutlich zurück
- Es wird zusätzliches, vor allem ärztliches, Personal zur Verfügung gestellt (Breu et al. 2016)
- Prozess und Abläufe beim Vollzug der einzelnen Dienstaufgaben werden verstärkt standardisiert und optimiert.

Für den zuletzt angeführten Punkt geben für das Jahr 2015 80,6 % der Gesundheitsämter an, ihre Abläufe zur Bewältigung der Aufgaben verstärkt standardisiert zu haben. Für das Jahr 2016 liegt dieser Anteil nach wie vor auf einem hohen Niveau von 73,3 %.

Benötigte Kapazitäten:

Dennoch können die Gesundheitsämter die Bedingungen der Leistungserbringung teilweise nur punktuell und nicht über das komplette Leistungsspektrum der Dienstaufgaben hinweg verbessern. Daraus ergeben sich folgende drei zusätzlich benötigte Kapazitäten.

- Mehr Amtspersonal.
- Mehr Dolmetscher.
- Mehr Sprachmittler.

Beim zusätzlich benötigten Amtspersonal dominiert die Nachfrage nach Ärzten. Die Ergebnisse zeigen, dass aufgrund eines Mangels an Ärzten besonders häufig Impfungen nicht durchgeführt werden können. Im Zuge der zu diesem Zeitpunkt ebenso nicht ausreichend erfüllbaren Dienstaufgabe der infektionshygienischen Überwachungen der Gemeinschaftsunterkünfte, gibt eine Reihe von Gesundheitsämtern an, Hygienekontrolleure zu benötigen. Mehr als 10,0 % der Gesundheitsämter benötigt nach eigenen Einschätzungen zudem zusätzliches Verwaltungspersonal zur Koordination ihrer Dienstaufgaben.

Rund ein Drittel der Gesundheitsämter benötigt zusätzliche Kapazitäten in Form von Dolmetschern und Sprachmittlern. Die Notwendigkeit der Sprachvermittlung durch ausgebildetes Personal betonen die Gesundheitsämter auch bei der Abfrage der benötigten Kompetenzen. Am häufigsten werden hier Sprachkenntnisse als zusätzlich benötigte Kompetenzen genannt (40,0 % der Gesundheitsämter).

4.5.3. Zusätzliche Kompetenzen

Zur Identifikation von zusätzlichen Kompetenzen bei der Erfüllung ihrer Dienstaufgaben in Bezug zu flüchtlingsspezifischer Versorgung werden die Gesundheitsämter gefragt, welche Kompetenzen bei der Betreuung von Geflüchteten besonders notwendig sind oder fehlen.

Die dazu vorliegenden Ergebnisse stehen in engem Zusammenhang mit den oben identifizierten benötigten Kapazitäten. Zum einen werden häufig Sprachkompetenzen und -fähigkeiten als zusätzlich benötigte Kompetenzen benannt und zum anderen spezielle Fachkompetenzen, die auf das benötigte zusätzliche, als auch auf das bereits vorhandene Personal übertragen werden können.

- Medizinische Fachkenntnisse (18)

Unter die benötigten medizinischen Fachkenntnisse fallen laut Nennungen der Befragten vor allem spezielle Fachkenntnisse bei Infektionserkrankungen sowie Kenntnisse zur Hygiene. Des Weiteren werden allgemeine medizinische Erfahrungen, sowie psychiatrische und tropenmedizinische Kenntnisse genannt.

- Kompetenzen im Projektmanagement (10)

Unter dem Kompetenzbereich des Projektmanagements können benötigte Fähigkeiten, wie die Bearbeitung einer großen Anzahl von Fällen, Organisationsgeschick, Verwaltung sowie strategisches Denken und Krisenmanagement subsumiert werden.

- Interkulturelle Kompetenzen (7)

Die Interkulturelle Kompetenz kann als Kernkompetenz des Umgangs mit Geflüchteten betrachtet werden, wobei hierunter auch Nennungen wie Gelassenheit und Einfühlvermögen gefasst werden.

- Flexibilität und Engagement (6)

Die benötigte Kompetenzen Flexibilität und Engagement beziehen sich auf relevante Eigenschaften wie Motivation, ständige Bereitschaft und schnelle Reaktionsfähigkeit.

Die dargestellten Kompetenzen sollten bei der Auswahl und Suche nach dem zusätzlich benötigten Personal berücksichtigt werden. Die medizinischen Fachkenntnisse sind eindeutig beim ärztlichen Personal zu verorten, während die Fähigkeiten im Projektmanagement vor allem dem Verwaltungspersonal zuzuordnen sind. Interkulturelle Kompetenzen sowie Flexibilität und Engagement können als generell benötigte Kompetenzen für das Personal der Gesundheitsämter gewertet werden. Für das bereits vorhandene Personal bieten sich Schulungen und Fortbildungen an, um die identifizierten Kompetenzen zu vermitteln und weiter auszubilden. Laut dem Referat 46 des StMGP gibt es bereits entsprechende Angebote im Rahmen existierender Fortbildung.

Die abgefragten fehlenden Kompetenzen spiegeln die benötigten Kompetenzen in etwa wieder. Die Gesundheitsämter wiesen in diesem Zusammenhang noch einmal vermehrt auf das fehlende Personal und die fehlenden Dolmetscher beim Vollzug von Gesundheitsschutzmaßnahmen hin.

4.6. Arzneimittel, Impfstoffe, Heil- und Hilfsmittel

Die verwendete Methodik, die zu den Ergebnissen dieses Unterkapitels geführt hat, entspricht den in Kapitel 4.1 dargestellten Ausführungen. Insgesamt werden die Bereiche der Arznei-, Heil- und Hilfsmittel sowie Impfstoffe nicht mit der gleichen Detailtiefe wie die vorhergehenden Kapitel dargestellt, da die Ergebnisse der Befragungen nur auf einen sehr geringfügigen Bedarf für Anpassungen hindeuten.

Im Bereich der Arzneimittel sowie der Impfstoffe berichten die Befragten von keinen ihnen bekannten Engpässen (Interviews 2, 10, 11, 15). Lediglich in Hinblick auf eine rechtzeitige Bestellung einer ausreichenden Menge an Präparaten sollte nach den Ausführungen der Experten gedacht werden (Interviews 2, 10). Lediglich ein Fall ist bekannt, in dem ein Befragter von einem Lieferengpass bei dem Hauttest für TBC berichtet (Interview 2).

Bezüglich der Impfungen berichten die Interviewpartner, dass die große Mehrheit der Geflüchteten dankbar für die angebotenen Impfungen ist und diese gerne in Anspruch nehmen (Interviews 8, 11). Zudem wird berichtet, dass insbesondere Personen aus Syrien, die älter als zehn Jahre sind, einen guten Impfstatus aufweisen (Interviews 11, 15). Besonderheiten im Zusammenhang mit Impfungen ergeben sich lediglich in speziellen Situation wie beispielsweise während des Ramadans (Interview 11).

Im Bereich der Arzneimittel werden von den Befragten keine Besonderheiten berichtet. Weder wäre die Nachfrage besonders groß, noch würden besonders seltene Präparate nachgefragt. Der Umgang mit den Geflüchteten laufe ebenfalls in den allermeisten Fällen reibungslos ab, auch wenn aufgrund der sprachlichen Barriere meistens mehr Zeit eingeplant werden muss (Interviews 13, 20).

Besonderheiten ergeben sich bei besonders teuren Arzneimitteln, die beispielsweise in der Tumorthherapie eingesetzt werden. Hier berichtet ein Befragter von Unklarheiten, ob die Erstattung des Präparats übernommen wird (Interview 10). Eine weitere Schwierigkeit bei der Versorgung von Geflüchteten mit Arzneimitteln ergibt sich aus der mangelnden Dokumentation der in der Vergangenheit verschriebenen bzw. eingenommen Medikamenten und der damit einhergehenden Unsicherheit der Patienten, aufgrund der sich ändernden Medikation (Interview 19).

Im Bereich der Hilfsmittel berichten die Befragten, dass so gut wie keine Fälle bekannt sind (Interviews 13, 20). In den Fällen, in denen Hilfsmittel benötigt werden, kann der Bedarf weitgehend gedeckt werden. Teilweise wurde dies jedoch durch die Zusammenarbeit mit Stiftungen wie der Krönerstiftung in München ermöglicht (Interview 20). Ein Experte berichtet jedoch von gravierenden Schwierigkeiten bei der Beschaffung von Brillen, Gehstützen und Rollstühlen (Interview 14).

Im Zusammenhang mit der Versorgung von Heil- und Hilfsmittel wird von einem Befragten berichtet, dass eine Apotheke stark von der Nachfrage durch Geflüchtete betroffen war. Die Erklärung für dieses Einzelphänomen wird durch die unmittelbare geografische Nähe dieser Apotheke zu einer Asylunterkunft geliefert (Interview 13). Weitere Apotheken haben keinen spürbaren Einfluss durch die Nachfrage von Geflüchteten auf ihren Alltag (Interviews 3, 13, 20). Auch bei der Einnahme der Medikamente berichten die Befragten von keinen besonders gravierenden Schwierigkeiten. Zwar müsse manchen die Einnahme mehrmals erklärt werden, dann funktioniere dies jedoch angemessen (Interviews 13, 20).

4.7. Generelle Limitationen

4.7.1. Auswahl der Interviewpartner

Die Auswahl der Interviewpartner wird nicht nach dem Zufallsprinzip durchgeführt, sondern folgte gezielt auf Basis der für die Fragestellung relevanten Expertise. Hierbei wird der Fokus auf Personen gelegt, die verstärkt mit der Versorgung von Geflüchteten und Asylsuchenden konfrontiert sind. Durch das gewählte Verfahren wird versucht die Informationsdichte pro Gespräch zu maximieren und möglichst viele und wertvolle Erfahrungen erfragen zu können, die mit der medizinischen Versorgung von Geflüchteten im Zusammenhang stehen.

4.7.2. Ungenauigkeit der Ausgangsdaten

4.7.2.1. Stichtage der unterschiedlichen Datenquellen

In die Zuzugsprognose (LB 1.1) sind die Daten des Ausländerzentralregisters (AZR) zum Stichtag des 30.09.2016 eingeflossen. Die Planungsblätter der KVB und somit auch die berechneten Versorgungsgrade wurden auf Basis der Daten des Bayerischen Landesamts für Statistik zum Stand des 31.12.2015 berechnet. Somit ergibt sich hier eine Ungenauigkeit der verwendeten Daten durch eine nicht abgebildete Lücke von drei Monaten. Dies war jedoch unumgänglich, um die jeweils aktuellsten Zahlen in die Berechnungen einfließen zu lassen. Die vorherigen Berechnungen der Planungsblätter und somit der Versorgungsgrade basierten auf den Einwohnerzahlen zum Stand des 31.12.2014 und kamen somit als Berechnungsgrundlage nicht in Frage, da der unberücksichtigte Zeitraum dadurch nur noch größer gewesen wäre. Im Ergebnis werden somit die Einwohnerzahlen tendenziell unterschätzt, da ein Zeitraum von drei Monaten, in denen weiter Geflüchtete und Asylsuchende in die jeweiligen Landkreise gezogen sind, nicht berücksichtigt wird.

4.7.2.2. Berechnung der Versorgungsgrade bei Kinder- und Jugendärzten und Frauenärzten

Die Berechnungen der Versorgungsgrade bei Kinder- und Jugendärzten sowie bei Kinder- und Jugendpsychiatern weisen eine gewisse Ungenauigkeit auf, da die Daten der Zuzugsprognose auf Kreisebene keine dezidierten Aussagen über die Altersstruktur der in die jeweiligen Kreise zuziehenden Bevölkerung erlaubt. Als Ausweg wurde daher die Annahme getroffen, dass die Altersstruktur der aktuellen Flüchtlingspopulation der künftigen Flüchtlingspopulation auf der jeweiligen Kreisebene entspricht. Zur Berechnung der Kinder und Jugendlichen in einem Kreis wurde die Altersstruktur (Personen zwischen 0 und 18 Jahren) als Faktor für die jeweiligen Zuzüge auf Kreisebene angewendet. Laut Daten des AZR mit Stichtag zum 30.09.2016 waren 30 % der Zuziehenden aus den fünf relevanten Herkunftsländern 18 Jahre oder jünger. Aus dieser Einteilung der Alterskategorien ergibt sich eine weitere Ungenauigkeit, da für die Berechnungen der Versorgungsgrade die Anzahl der 0 bis 17-Jährigen ausschlaggebend ist. Diese Daten können den Auszügen des AZR jedoch nicht entnommen werden. Im Ergebnis ergibt sich daraus eine leichte Überschätzung der Anzahl von Kindern- und Jugendlichen.

Analoges gilt für die Berechnung der Kopffzahlen bei den Frauenärzten. Auch hier ist auf Kreisebene keine Unterscheidung zwischen den Geschlechtern auf Basis der Zuzugsprognose möglich. Deswegen wurde hier ebenfalls die Zusammensetzung der aktuellen Flüchtlingspopulation als Faktor mit den jeweiligen Zuzügen auf Kreisebene multipliziert. Laut den Daten des AZR zum Stichtag des 30.09.2016 waren 32 % der Flüchtlingspopulation weiblich.

4.7.2.3. Berechnung der Versorgungsgrade der hausärztlichen Versorgung

Die Zuzugsprognose wurde auf Kreisebene erstellt. Ausschlaggebende Planungsgröße für die hausärztliche Versorgung ist jedoch der Mittelbereich. Diese Planungsgröße ist deutlich kleiner als die entsprechenden Kreise und lässt sich nicht eindeutig einem Kreis zuordnen.⁶² Als Ausweg wurden die prognostizierten Zuzugszahlen auf Kreisebene anhand des Verhältnisses von Einwohnern des jeweiligen hausärztlichen Planungsbereichs zu Einwohner des betreffenden Kreises proportional dem Planungsgebiet als zuziehende Population zugeordnet. Auch dieses Vorgehen enthält weitere Ungenauigkeiten, da die hausärztlichen Planungsbereiche, wie bereits erwähnt, nicht immer eindeutig einem Kreis zugeordnet werden können. Jedoch erschien das gewählte Vorgehen als die beste und praktikabelste Lösung. Im Ergebnis kommt es zu einer Unterschätzung der zuziehenden Population, da im Extremszenario bei einem gesamten Zuzug nach Bayern von etwa einer Million Menschen,

⁶² Die Grundlagen der Mittelbereiche bilden die Abgrenzungen des Bundesinstituts für Bau, Stadt- und Raumforschung (BBSR) und sind in § 11 (3) der Richtlinie zur Bedarfsplanung des G-BA geregelt.

knapp 40.000 Personen durch die ungenaue Zuschlüsselung auf die hausärztlichen Versorgungsbereiche nicht berücksichtigt werden können.

4.7.2.4. Bedarfsplanerische Grundlagen

Die Diskussion über die Restriktionen der aktuellen bedarfsplanerischen Grundlagen ist bereits in Kapitel 4.1.2.2 erfolgt.

4.8. Voraussichtlich entstehende zusätzliche Ausgaben für die Haushalte des Freistaats Bayern bzw. der bayerischen Kommunen und die Gesetzliche Krankenversicherung

4.8.1. Problemstellung

Der wachsende Zustrom von Flüchtlingen bzw. Asylbewerbern nach Deutschland im Jahre 2015 erregte großes Aufsehen in Gesellschaft und Politik. Das Phänomen der zunehmenden Migration nach Deutschland wurde neben seinen humanitären Aspekten auch vor dem Hintergrund verschiedener ökonomischer Fragestellungen thematisiert. Neben grundlegenden Fragen der Integration, etwa im Bereich der Arbeitsmärkte und allgemeinen sozialen Aspekten stehen dabei vor allem finanzielle Überlegungen im Vordergrund der Diskussion. Fragen der mit dem Zustrom verbundenen Ausgaben sind aufgrund der Planung im staatlichen und parafiskalischen Bereich und der damit einhergehenden Finanzierung von essentieller Bedeutung. Öffentlich gewährte soziale Leistungen, insbesondere im Kontext der Gesundheitsversorgung, spielen eine wichtige Rolle. Die Ausgaben, die durch die Aufnahme von Flüchtlingen für die öffentliche Hand entstehen, sind darüber hinaus in politischer Hinsicht ein brisantes Thema und werden kontrovers diskutiert.

Das vorliegende Kapitel fokussiert auf die zu erwartenden zusätzlichen Ausgaben⁶³ für die Haushalte des Freistaats Bayern und die Krankenkassen im Bereich der gesundheitlichen Versorgung aufgrund des Zustroms von Asylbewerbern. Der nachfolgende zweite Teil zeigt den Hintergrund und die Bezüge der Thematik. Der dritte Abschnitt widmet sich der Methodik. Im vierten Teil des Kapitels werden die wesentlichen Ergebnisse der Erfassung und Auswertung der verfügbaren Daten vorgestellt und nachfolgend im fünften Abschnitt diskutiert. Abschließend werden Folgerungen präsentiert.

4.8.2. Hintergrund und Bezüge

Die Migrationsforschung analysiert seit längerem die vielfältigen Implikationen von Wanderungsbewegungen, insbesondere der Zuwanderung nach Deutschland. Zahlreiche Publikationen beschäftigen sich mit der Integration von Zuwanderern vor allem in Hinblick auf den Arbeitsmarkt. Die Fähigkeit, selbst Einkommen zu generieren steht in unmittelbarer Verbindung zu den fiskalischen Implikationen der Zuwanderung. Hentze und Schäfer (2016) berechnen auf der Grundlage verschiedener Prämissen die Folgen des Flüchtlingszustroms für Arbeitsmarkt und Staatsfinanzen. Die Schätzungen beinhalten dabei Unterbringungs- und Integrationskurse, wobei diesbezüglich Gesundheitsausgaben nicht explizit dargestellt werden. Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Gesamtwirtschaftlichen

⁶³ Im Unterkapitel 4.8 wird der Begriff „Ausgaben“ an Stelle von „Kosten“ verwendet. Ausgaben sind das Produkt aus Menge (Qualität) und Preis, wobei der Preis den durchschnittlichen Kosten der Versorgung entspricht.

Entwicklung legte in seinem Jahresgutachten (2015) Schätzungen auf Basis verschiedener Szenarien für die mit der Bewältigung der Flüchtlingsmigration einhergehenden budgetären Mehrausgaben für 2015 und 2016 sowie für das Erwerbspersonen- und Produktionspotenzial vor. Die Sachverständigen argumentierten, dass diese Ausgaben für die öffentliche Hand zwar tragbar seien, aber deren Höhe wesentlich von der Dauer der Asylverfahren und der Arbeitsmarktintegration abhängen.

Hummel und Thöne (2016) stellen in ihrer Studie zur Finanzierung der Flüchtlingshilfe eine Übersicht verschiedener Schätzungen der Flüchtlingsausgaben dar. Die – in Abbildung 77 dargestellten – vor allem über die Tagespresse kommunizierten Angaben fokussieren besonders auf die angenommenen Gesamtausgaben der Betreuung von Flüchtlingen oder auf Forderungen nach Ausgleichszahlungen oder Ausgabenerstattungen für die relevanten Ausgabenträger.

Ein besonderes Problem bereitet die Abschätzung künftiger Entwicklungsmuster. Da sich die weitere Entwicklung des Flüchtlingsstroms sowie die längerfristigen Bleiberaten der bereits aufgenommenen Asylsuchenden kaum vorhersagen lassen, liegen den Analysen bestimmte Szenarien zugrunde. Wichtige diesbezügliche Einflussfaktoren sind in Abbildung 78 dargestellt.

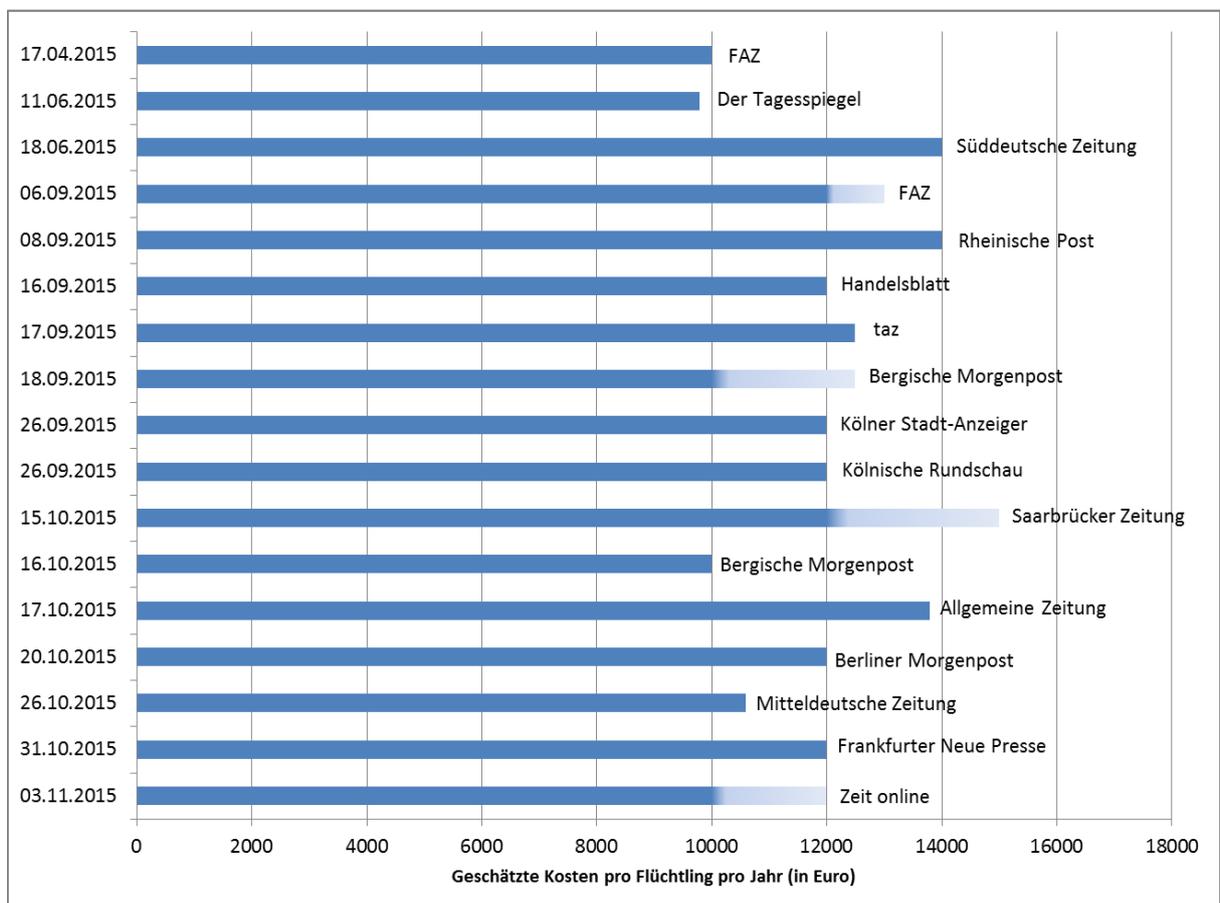


Abbildung 77: Flüchtlingsausgabenschätzungen in der Presse (April bis November 2015)
Quelle: Hummel und Thöne (2016)

Ermittlung der Zusätzlichen Kapazitäten und Kompetenzen

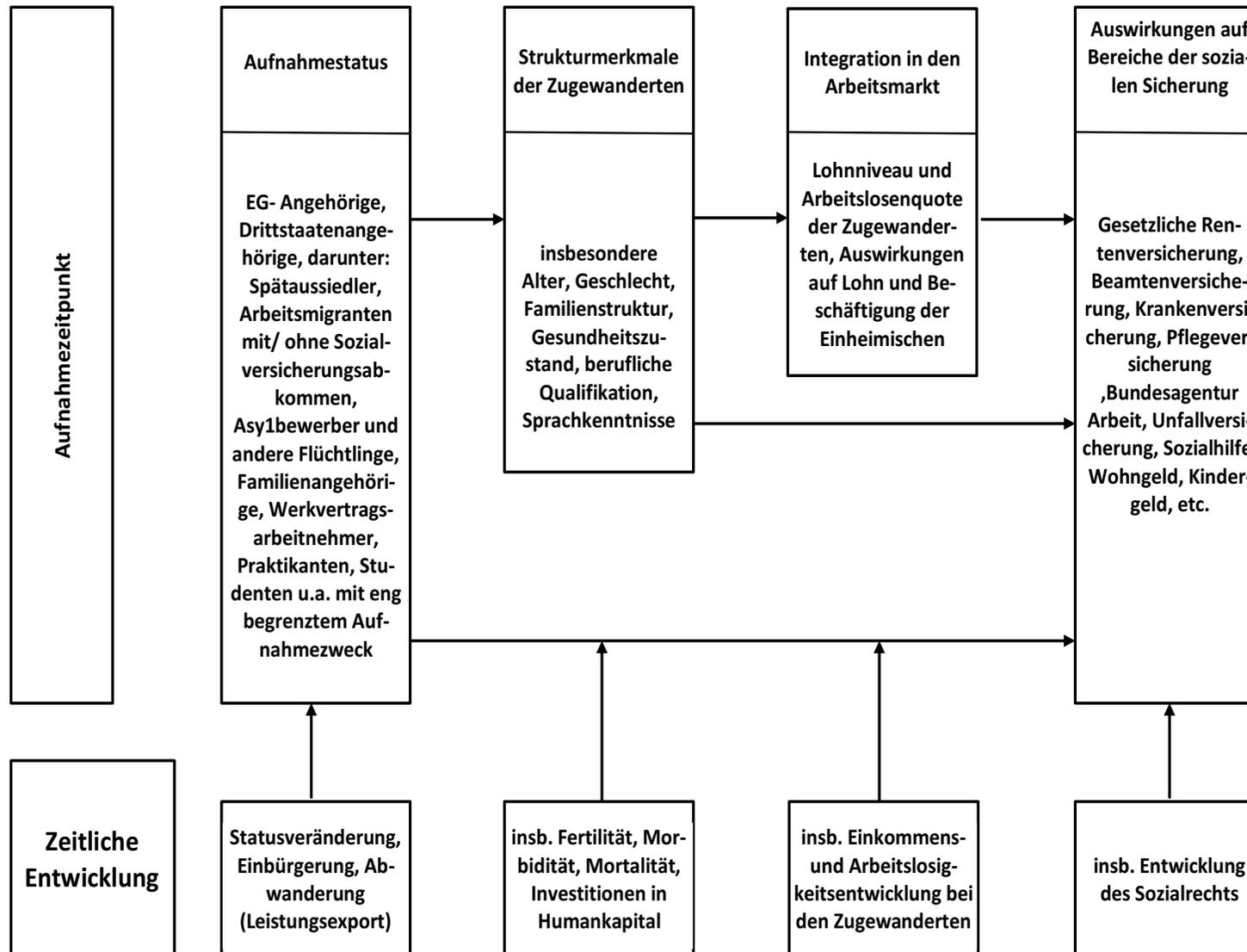


Abbildung 78 Wichtige Einflussfaktoren für die ökonomischen Auswirkungen von Zuwanderung im Bereich der sozialen Sicherung
Quelle: Auf der Grundlage von Schmähl (2009)

Auch in Hinblick auf Österreich existieren Arbeiten, deren Ziel die Ermittlung der fiskalischen Belastungen und der ökonomischen Effekte der jüngsten Fluchtmigration nach Österreich ist. Berger et al. (2016) berechnen auf der Grundlage von Annahmen über die Wanderungsdynamik bestimmte volkswirtschaftliche Implikationen, wie zum Beispiel Auswirkungen auf das BIP. Die budgetären Effekte der Zuwanderung werden auf Grundlage der Ergebnisse einer makroökonomischen Simulation unter Berücksichtigung der besonderen Ausgaben berechnet, die mit der Versorgung von Asylwerbern einhergehen. Bei der Analyse werden die zusätzlichen Ausgaben für Grundversorgung, Asylwesen, Mindestsicherung, Bildung, Familienförderung, Integration und aktive Arbeitsmarktpolitik und Gesundheitswesen sowie sonstige Ausgaben im Zusammenhang mit Flüchtlingstransport, Assistenzeinsatz, Verpflegung der durchreisenden Flüchtlinge etc. berücksichtigt. Holler und Schuster (2016) ermittelten die langfristigen budgetären Effekte der Flüchtlingszuwanderung für die öffentlichen Haushalte in Österreich mit Hilfe eines überlappenden Generationen-Modells.

In den vergangenen beiden Jahren entstanden zahlreiche Arbeiten, die sich mit dem Gesundheitszustand der Flüchtlinge und deren Versorgungsbedarf in Verbindung mit einem eingeschränkten Zugang zum deutschen Gesundheitswesen auseinandersetzen. Die bestehenden unterschiedlichen Regelungen in den Bundesländern und deren Implikationen waren bereits mehrfach Gegenstand von Analysen. Dazu zählen die Unterbringung von Flüchtlingen, die damit verbundene Leistungserbringung und die diesbezüglichen Verantwortlichkeiten. Unterschiede bestehen auch in Hinblick auf die Erstattungsregelungen. Es lassen sich im Wesentlichen zwei Erstattungssysteme unterscheiden: ein Pauschalensystem, bei dem die Kommunen eine monatliche, vierteljährliche oder jährliche Pauschale pro aufgenommenen Flüchtling erhalten, sowie die Spitzabrechnung, bei der das betreffende Bundesland alle tatsächlichen Auslagen der Kommunen bei einem entsprechenden Nachweis übernimmt. Daneben existiert noch ein Mischsystem aus beiden Erstattungssystemen für unterschiedliche Ausgabenpositionen (Lenk et al. 2016). Im Zusammenhang mit der zunehmenden Belastung der Kommunen in Folge der steigenden Flüchtlings- bzw. Asylbewerberzahlen rückt dieser Sachverhalt in das mediale Interesse.

In Hinblick auf Asylsuchende und Geduldete gilt in Bayern die Regelung der Spitzabrechnung. Mehrere der zahlreichen empirischen Arbeiten zur Versorgungssituation und Leistungsanspruchnahme von Flüchtlingen in Deutschland seit 1990 (Bozorgmehr et al. 2016) thematisieren auch Ausgabenaspekte, jedoch meistens vor dem Hintergrund spezifischer Versorgungskonstellationen (Jung 2011; Takla et al. 2012; Sabes-Figuera et al. 2012; Wolf 1995), die keine allgemeine Übertragung der Ergebnisse auf konkrete Ausgaben in Hinblick auf die gegenwärtige Situation der Gebietskörperschaften in Bayern erlauben.

Die bestehenden Ungleichheiten zwischen den Bundesländern mit Blick auf die Gewährung medizinischer Leistungen haben in den vergangenen Jahren zu verschiedenen Diskussionen geführt. Die Ungleichheit gegenüber der deutschen Bevölkerung wurde dabei so interpretiert, dass Flüchtlinge als „Menschen dritter Klasse“ (Klinkhammer und Korzilius 2014) anzusehen sind, da durch eine zwischengeschaltete Genehmigungsinstanz eine Hürde errichtet wird, auf Grund derer die Inanspruchnahme verzögert oder unterbunden wird. Als vorteilhaft wurde dabei das „Bremer Modell“ thematisiert, wonach die Übertragung der Betreuung von Ausländerinnen und Ausländern über eine Krankenkasse (AOK) gemäß § 264 Abs. 1 SGB V und die Ausgabe von Versichertenkarten (seit 2005) zu einem verbesserten Zugang zur Regelversorgung führt, da die Flüchtlinge direkt den Arzt aufsuchen können. Der Erhalt der Gesundheitskarte entspricht aber nicht einer GKV-Mitgliedschaft. Das Sozialamt erstattet der Krankenkasse nach § 264 Abs. 2 SGB V die Behandlungsausgaben plus eine 5-8-%ige Verwaltungspauschale, teilweise (zusätzlich) eine Pauschalzahlungen pro Flüchtling.

Das „Bremer Modell“ wird seit Juli 2012 auch in Hamburg angewandt. Auch dort ist die AOK Bremen/Bremerhaven Vertragspartner der Sozialbehörde. Mit nur wenigen in den Vereinbarungen mit der AOK ausdrücklich benannten Ausnahmen (künstliche Befruchtung, DMP, Zahnersatz, Leistungen im Ausland) erhalten Leistungsberechtigte in beiden Bundesländern nach §§ 4 und 6 AsylbLG faktisch den gleichen Leistungsumfang wie gesetzlich Versicherte (Burmeister 2014). Im Unterschied dazu wird der „überzogene Bürokratismus“ bezüglich der Regelung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in den anderen Bundesländern kritisiert (Bozorgmehr und Razum 2015a). Insgesamt gibt es Hinweise, auf eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung durch das „Bremer Modell“ (Jung 2011). Im Laufe des Jahres 2016 wurde die Gesundheitskarte in weiteren Bundesländern beschlossen beziehungsweise eingeführt. In Bayern bestehen derzeit noch keine Überlegungen, die Gesundheitskarte einzuführen (Wächter-Raquet 2016).

Für mehrere zurückliegende Jahre liegen für norddeutsche Bundesländer Angaben zu den abgerechneten durchschnittlichen jährlichen Behandlungsausgaben vor, die jedoch teilweise nur auf Hochrechnungen beruhen beziehungsweise nur Ausgaben auf Grundlage von §4 AsylbLG (Niedersachsen) beinhalten. Die Grundgesamtheit der entsprechenden Größen sind die Flüchtlinge, die Gesundheitsleistungen in Anspruch nahmen und nicht die Gesamtzahl der Personen, die Leistungen nach dem AsylbLG bezogen.

Die aus Niedersachsen gemeldeten Zahlen stellen keine durchschnittlichen Behandlungsausgaben dar. Eine Vergleichbarkeit dieser Ausgaben mit den durchschnittlichen Behandlungsausgaben in Bremen ist somit nicht gegeben.

Tabelle 89: Durchschnittliche Behandlungsausgaben von Flüchtlingen

Bundesland	Bremen	Hamburg	Niedersachsen
Jahr			
2009	€ 2.391,77		€ 1.189,--
2011	€ 2.264,35	€ 3.607,32	€ 1.209,--
2012	€ 2.158,51	€ 3.579,60	€ 1.322,--

Quelle: Die Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen Bremen (2014).

Eine Analyse der Leistungsanspruchnahme durch Flüchtlinge in den Jahren 2009-13 zeigt, dass rund 46 % der Leistungsausgaben auf den Leistungsbereich „Krankenhaus“ entfallen. Es folgen mit knapp 19 % der Leistungsbereich „ärztliche Behandlung“ und mit jeweils knapp 10 % die Leistungsbereiche „Arzneimittel“ und „sonstige Sachleistungen“. Im Vergleich zu gesetzlich Krankenversicherten entfallen prozentual mehr Ausgaben auf den Leistungsbereich „Krankenhaus“ und weniger Ausgaben auf den Leistungsbereich „Arzneimittel“. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass bestimmte Leistungen – wie zum Beispiel Krankengeld – nicht in Anspruch genommen werden können. Insgesamt liegt das Ausgabenniveau unter dem Niveau der gesetzlich Krankenversicherten (Die Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen Bremen 2014).

Nach einer im April 2016 veröffentlichten Recherche des Westdeutschen Rundfunks in Nordrhein-Westfalen, bei der von den 400 befragten Kommunen 203 antworteten, beliefen sich die durchschnittlichen jährlichen Gesundheitsausgaben der Kommunen im Jahr 2015 auf 660 Euro je Flüchtling. Dieser Betrag ist nur geringfügig niedriger als der Durchschnittswert je Asylbewerber nach dem AsylbLG für das Jahr 2014, der 670 Euro betrug und dem Betrag entspricht, die die Bundesregierung den Bundesländern ab dem 1.1.2016 erstattete. Die Ausgaben zwischen den einzelnen Kommunen in Nordrhein-Westfalen streuten stark. So betragen in Rheinberg im Jahr 2015 die Gesundheitsausgaben je Flüchtling 120 Euro. In Unna waren es dagegen 3.360 Euro. Die meisten Kommunen haben Ausgaben zwischen 500 und 800 Euro pro Jahr und Flüchtling. Die Relevanz dieser Angaben wird beim Vergleich der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung je Kassenpatient deutlich. Dieser belief sich bei rund 2.800 Euro (WDR 2016).

Repschläger et al. (2015) untersuchen auf der Grundlage von Simulationen die Auswirkungen von Zuwanderung auf das Krankenversicherungssystem in Deutschland bis zum Jahr 2040 unter Berücksichtigung der Alters- und Geschlechtsstruktur. Den Autoren zufolge ist diesbezüglich der Zugang zum GKV-System entscheidend und nicht die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und das Management der Gesundheitsversorgung. Ein wesentlicher Zugang stellt die Aufnahme einer Beschäftigung dar. In mehreren Bundesländern wird die Gesundheitsversorgung bereits während der ersten 15 Monate durch Krankenkassen organisiert und unter Verwendung einer Gesundheitskarte durchgeführt. Faktische Auswirkungen auf die Ausgabenposition der Krankenkassen entstehen aber auch dann

zunächst nicht, wenn Asylbewerber nach der Wartezeit die gleichen Leistungen wie GKV-Versicherte beanspruchen können, wenn die korrespondierenden Ausgaben von den Gebietskörperschaften getragen werden. Auch nach ihrer Anerkennung werden die Asylbewerber nicht unmittelbar in den Arbeitsmarkt eintreten können und daher typischerweise zunächst in den Leistungsbereich des SGB II fallen. Die Ausgaben dafür tragen der Bund sowie die Kommunen. Repschläger et al. (2015) legen ihrer Analyse die Ausgabenstruktur der Versicherten der Barmer GEK zu Grunde. Die Autoren zeigten, dass die Zuwanderung durch die Verjüngung der Altersstruktur einen positiven Effekt auf die Ausgabenentwicklung hat.

Von einigen Krankenkassen und anderen Einrichtungen im Gesundheitswesen wurden Analysen vorgenommen, in denen die Leistungsausgaben zwischen Asylbewerbern und regulären deutschen GKV-Versicherten miteinander verglichen wurden. So belaufen sich nach Angaben der Bundesärztekammer die durchschnittlichen Krankheitsausgaben eines Asylbewerbers bei 2.300 Euro, 600 Euro weniger als bei einem Deutschen (Borstel 2015).

4.8.3. Methodik

4.8.3.1. Ansatz

Im Fokus steht die Verknüpfung aggregierter Ausgabenschätzungen mit strukturellen Merkmalen der Asylbewerber. Daraus werden Implikationen für die Ausgabenentwicklung aufgezeigt. Die auf Grundlage des so genannten „Sandwich-Approachs“ (Abbildung 79) ermittelten Werte können als Referenzgrößen verstanden werden, um den voraussichtlichen Ausgabenbedarf für die künftige gesundheitliche Versorgung von Asylbewerbern vor und nach der Anerkennung abschätzen zu können.

Ausgaben sind stets das Produkt aus Menge (Qualität) und Preis, wobei der Preis den durchschnittlichen Kosten der Versorgung entspricht. Das Mengengerüst der **aggregierten Ausgabenschätzungen** beruht auf den Ergebnissen des zweiten Kapitels. Die Preiskomponente kann auf der Grundlage historischer Durchschnittskosten bezüglich in Anspruch genommener Leistungen durch Asylbewerber und Personen, die zwar aus einem Hauptherkunftsland der Asylbewerber stammen, aber keine Asylbewerber sind, abgebildet werden.

Aufgrund der Unsicherheiten in der empirischen Analyse bedient sich die Studie verschiedener Szenarien. Die zentrale These lautet dabei, dass neben der Zahl künftiger Flüchtlinge und der allgemeinen Preisentwicklung von Gesundheitsleistungen demographische und sozioökonomische Merkmale der Asylbewerber für die Ausgabenentwicklung maßgeblich sind. Variablen wie Alter und Geschlecht beeinflussen die Höhe der Durchschnittskosten erheblich. Für die aggregierten Schätzungen wird dies durch entsprechende **Modellannahmen** abgebildet.

Detaillierte Informationen in Hinblick auf Strukturmerkmale der Asylbewerber (Alter, Geschlecht, Herkunftsland, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nach Leistungsarten, Versicherungsstatus) liefern wichtige erklärende Größen für die zu erwartenden Gesundheitsausgaben der Asylbewerber. Ändern sich Zahl und Zusammensetzung der Asylbewerber kann dies gravierende Folgen für den voraussichtlichen Ausgabenbedarf haben. Die **Analyse struktureller Komponenten** liefert damit wichtige Anhaltspunkte für die zu erwartende Ausgabenentwicklung.

Da die verwendeten Datengrundlagen auf unterschiedlichen Erhebungsmethoden und (zeitlichen) Abgrenzungen beruhen, ist zusätzlich ein Abgleich erforderlich, der auch der Validierung der verwendeten Daten dient.

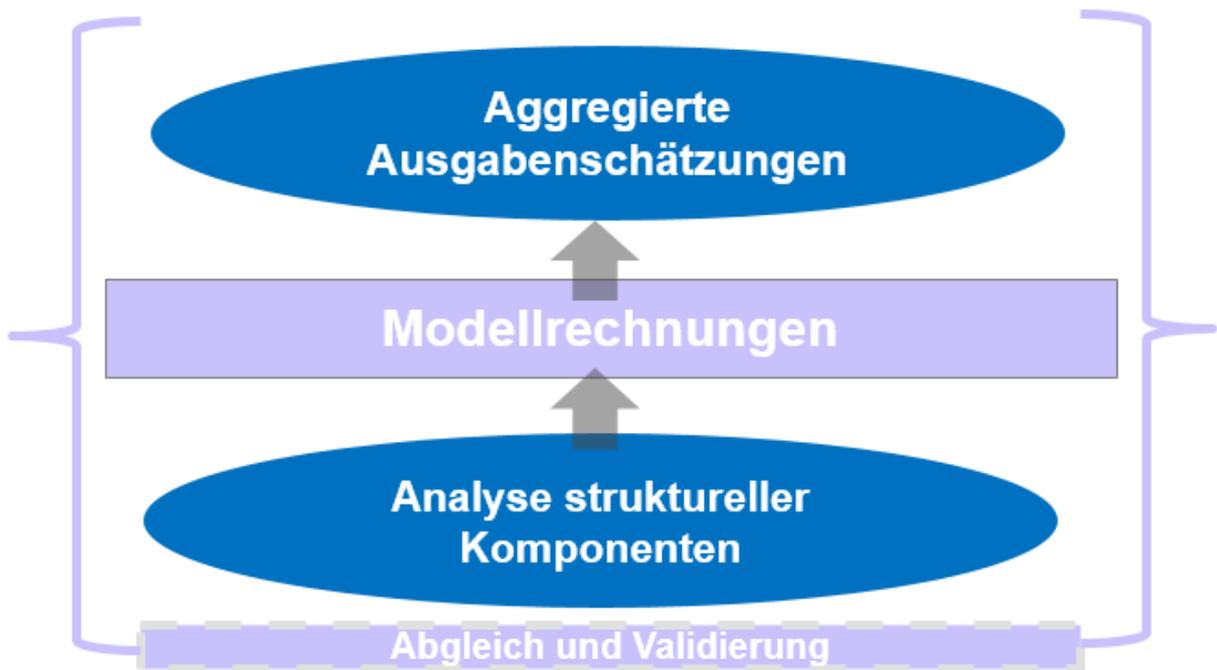


Abbildung 79: Sandwich Approach
Quelle: Eigene Darstellung

4.8.3.2. Datengrundlagen

Diesem Teil der Studie liegen quartalsbezogene Daten der Asylbewerberleistungsstatistik auf Ebene der kreisfreien Städte und Landkreise von 2014 (Quartal I) bis 2016 (Quartal III) zugrunde, die von den sieben bayerischen Bezirksregierungen abgefragt wurden. Die Meldebögen („Vollzug des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG); Kostenerstattung nach Art. 8 AufnG für nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) für Personen im Sinn von Art. 1 AufnG erbrachte Leistungen“) beziehen sich direkt auf die Paragraphen des AsylbLG, die in Verbindung mit Ausgaben für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen stehen. Die Zahlen stellen Aggregate für Leistungsausgaben bei Krankheit, Schwangerschaft und

Geburt dar. Ergänzend dazu werden – zur Schließung von Datenlücken und einer Validierung - entsprechende Angaben der Asylbewerberleistungsstatistik des Bayerischen Landesamtes für Statistik (LfStat) genutzt.

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) stellt Abrechnungsdaten auf anonymer Basis bereit, die bis zum 3. Quartal des Jahres 2014 zurückreichen, sowie darauf basierende Auswertungen. Die Datengrundlage schließt alle Patienten, die mit Asylbewerbern assoziiert werden können, ein (n = 218.522) und beinhaltet ebenfalls Angaben zu GKV-Patienten mit gleichem Alter, Geschlecht und Wohnortkreis.

Von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns (KZVB) können aggregierte Daten und Auswertungen zur zahnärztlichen Behandlung von Asylbewerbern in den Jahren 2013 (Quartal I) bis 2016 (Quartal III; Schätzung für Quartal IV) auf Ebene des Bundeslandes genutzt werden. Sie umfassen die Anzahl und die Bewertung der Fälle mit Hilfe des Bewertungsmaßstabs zahnärztlicher Leistungen (Bema).

Umfassende bundesweite Individualdaten zur Gesundheitsversorgung der Asylbewerber mit eingeschränktem Leistungsanspruch und GKV-analogen Versicherten wurden von der DAK Gesundheit und der Siemens Betriebskrankenkasse (SBK) zur Verfügung gestellt.⁶⁴ Entsprechende Informationen für Bayern konnten von der AOK Bayern genutzt werden. Darüber hinaus stehen umfangreiche bundesweite GKV-Individualdaten für Personen, die aus einem gegenwärtigen Hauptherkunftsland von Flüchtlingen und Asylbewerber stammen, aber selbst nicht (mehr) Asylbewerber sind mit Angabe des jeweiligen Versichertenstatus zur Verfügung. Ergänzend dazu konnten Daten zu regulären GKV-Versicherten verwendet werden.

Für die Analyse der zusätzlichen Ausgaben aufgrund des Zustroms von Flüchtlingen im Bereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes stehen Angaben der kreisfreien Städte und Landkreise, die gegenüber den Bezirksregierungen gemacht wurden, zur Verfügung. Weiterhin werden Ergebnisse der vorliegenden Studie zur Betreuung von Geflüchteten durch die staatlichen Gesundheitsämter in Bayern genutzt (vgl. Kapitel 4.5).

Als Mengengerüst für die Berücksichtigung des Zustroms von Flüchtlingen nach Bayern dienen die Ergebnisse des zweiten Kapitels dieser Studie.

⁶⁴ Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2016 und beinhalten die Leistungsausgaben für 2416 von 22.003 von der DAK Gesundheit und 2417 von der SBK in 16 Bundesländern sowie 36.640 von der AOK Bayern versorgte Asylbewerber.

4.8.3.3. Datenauswertung

4.8.3.3.1. Aggregierte Ausgabenschätzungen

In der Asylbewerberleistungsstatistik sind Gesundheitsausgaben nur unscharf dargestellt. Mit Ausnahmen von §4 AsylbLG (Ausgaben für Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt) ist auf der Grundlage der bestehenden Datenbasis der direkte Bezug zu gesundheitsbezogenen Leistungen nicht unmittelbar gegeben. Auch andere Paragraphen des AsylbLG beinhalten weitere mögliche Ausgabenkomponenten im Kontext der Gesundheitsversorgung. Deshalb wird angenommen, dass durch zusätzliche Berücksichtigung von §6 AsylbLG – worunter beispielsweise Notfallhilfe- und Dolmetscherausgaben fallen - die Leistungen weiterer Ausgabenbereiche abgedeckt werden (siehe ähnlich Bozorgmehr und Razum 2015a).

Während die Angaben zur Anzahl der Empfänger besonderer Leistungen für die laufenden Jahre 2014 und 2015 vorliegen, stehen die Informationen über die Zahl der Leistungsempfänger gemäß § 1 AsylbLG, die in staatlichen Unterkünften leben - ohne so genannte Fehlbeleger und unbegleitete Minderjährige – nur als stichtagsbezogene Größen zur Verfügung. Im integrierten Migrantensverwaltungssystem (iMVS) des Freistaats Bayern wird diese Zahl zum jeweiligen Quartalsende erfasst. Für die Berechnung der Ausgaben je Leistungsempfänger ist jedoch eine stichtagsbezogene Bestimmung ungeeignet, da die Ausgaben je Leistungsempfänger bei einem über das Quartal hinweg sehr starken Anstieg (Absinken) der Asylbewerberzahlen zu niedrig (hoch) ausgewiesen werden. Dieses Problem tritt insbesondere dann auf, wenn die Entwicklung der Zahl der Leistungsempfänger im Quartalsverlauf nicht gleichmäßig, sondern steigend verläuft – wie es im Beobachtungszeitraum 2013 bis 2015 der Fall war. Die gegebene Quartalsumme der Ausgaben könnte dann fälschlicherweise durch eine Zahl der Leistungsempfänger geteilt werden, die am Quartalsende nicht repräsentativ für das Gesamtquartal ist, sondern zu hoch liegt. Daraus resultieren rechnerisch niedrigere Durchschnitts- oder Fallkosten, als sie tatsächlich vorgelegen haben. Stark sinkende Durchschnitts- oder Fallzahlen bewirken analog zu hohe Kosten je Fall. Eine einfache Annäherung bildet die Berechnung von Mittelwerten über korrespondierende Anfangs- und Endwerte. Entsprechende quartalsbezogene Durchschnitte für die Anzahl der Leistungsempfänger werden berechnet.

Auf der Grundlage der quartalsbezogenen Angaben der kreisfreien Städte und Landkreise, Regierungsbezirke und des Bundeslands für die Jahre 2014, 2015 und 2016 werden die Gesamtausgaben für § 4, 6 AsylbLG Leistungen für diese Gebietskörperschaften berechnet, getrennt nach ambulanter und stationärer Krankenhilfe sowie die Durchschnittskosten per Leistungsempfänger gemäß § 1 AsylbLG bzw. § 4 AsylbLG.

Die vorliegenden Informationen zum Öffentlichen Gesundheitsdienst in bayerischen Kommunen werden zur Berechnung von Durchschnittskosten für die Durchführung der Gesundheitsuntersuchung nach § 62 AsylG je Leistungsempfänger für die Ausgangssituation 2016 verwendet. Da die erforderlichen Angaben nur für einige kreisfreie Städte und Landkreise vorliegen wird angenommen, dass das vorhandene Datenmaterial in repräsentativer Weise die Situation in Bayern darstellt.

Der bundesweite Datensatz zu Personen, die aus einem Hauptherkunftsland der Asylbewerber stammen, aber (derzeit) keine Asylbewerber sind, wird verwendet, um die Durchschnittskosten der vollständigen GKV-Gesundheitsversorgung zu berechnen. Da sich die Daten nicht nur auf Personen, die in Bayern wohnhaft sind, beziehen, wird unterstellt, dass die korrespondierende Zusammensetzung repräsentativ für den Freistaat ist.

Unsicherheiten in Hinblick auf künftige Ausgaben resultieren aus verschiedenen Quellen. Dazu zählen:

1. Mengenkompente: Gesamtpopulation aller zu versorgender Menschen mit Asylhintergrund: umfasst einerseits die Asylbewerber, die sich noch im Verfahren befinden, andererseits die Menschen, die das Verfahren bereits beendet haben und Gesundheitsleistungen in der Regelversorgung oder nach § 2 AsylbLG in Verbindung mit dem SGB XII erhalten. Die erste Gruppe besteht aus Asylbewerbern, die in der entsprechenden Zeitperiode nach Bayern gekommen sind. Die zweite Gruppe umfasst die Zahl der Menschen, die bereits in der Vergangenheit über diesen Status verfügten, diejenigen, die in der betrachteten Gebietskörperschaft verbleiben und Familienangehörige, die nachziehen. Rückkehrer in die Heimatländer vermindern die Bestandsgröße.
2. Strukturkomponente: Die Durchschnittskosten pro Leistungsempfänger werden maßgeblich von demographischen und sozioökonomischen Merkmalen der entsprechenden Bevölkerung (z. B. Alter, Geschlecht) beeinflusst, wie sie etwa in Abbildung 78 dargestellt wird. Diese Merkmale stehen in Verbindung mit der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Eine Population mit umfassender Inanspruchnahme impliziert deshalb ceteris paribus höhere Durchschnittskosten.
3. Preiskomponente: Analog zu anderen Sektoren sind auch die Preise und ihre zeitliche Veränderung eine wichtige Bestimmungsgröße der Ausgabenentwicklung.

Alle Komponenten werden bei sämtlichen Berechnungen künftiger Ausgaben für Asylbewerber mit eingeschränktem und vollem Leistungsanspruch sowie nach der Anerkennung in gleicher Weise durch Szenarien berücksichtigt.

Die Mengenkomponte wird durch drei Szenarien⁶⁵ abgebildet:

- Unteres Szenario: 110.000 Menschen
- Mittleres Szenario: 200.000 Menschen
- Oberes Szenario: 890.000 Menschen

Dabei ist der Anteil an Personen maßgebend, die auf Grundlage des Königsteiner Schlüssels Bayern beziehungsweise nachfolgend den kreisfreien Städten beziehungsweise Landkreisen zugewiesen wird.

Im besonderen Fokus steht die Strukturkomponente. In Hinblick auf Asylbewerber vor der Anerkennung (verminderter und analoger Versorgungsanspruch) werden für die einzelnen kreisfreien Städte beziehungsweise Landkreise die Durchschnittskosten je Leistungsempfänger mit Blick auf die ambulante und stationäre sowie Gesundheitsleistungen sowie sonstige Leistungen nach AsylbLG für die Jahre 2014-2016 ermittelt. Diese Bezugsgrößen sind einer starken Streuung unterworfen. Es wird angenommen, dass diese Variation durch die unterschiedliche Struktur der Flüchtlinge bedingt wird. Die untere beziehungsweise obere Ausprägung dienen im Rahmen der Berechnung als Extremszenario. Referenz für das mittlere Szenario bildet der für Bayern berechnete Durchschnitt der Ausgaben je Leistungsempfänger für die Jahre 2014-2016. Weiterhin werden untere beziehungsweise obere Durchschnittskosten der Gesundheitsämter sowie der Durchschnittswert für Bayern insgesamt als Basiswert für das mittlere Szenario berechnet. Analog berechnet werden die Durchschnittskosten von Personen, die aus einem Hauptherkunftsland der Flüchtlinge stammen, aber keine Asylbewerber sind.

Werden die verschiedenen Szenarien bezüglich der Mengen- und Strukturkomponente miteinander verbunden, so ergeben sich die in Tabelle 90 enthaltenen neun Varianten als Basis für die Ausgabenschätzungen für die Jahre 2017-2022.

Tabelle 90: Varianten für die Ausgabenschätzungen 2017-2022

		Mengenkomponente		
Strukturkomponente		Unteres Szenario	Mittleres Szenario	Oberes Szenario
	Unteres Szenario	1	2	3
	Mittleres Szenario	4	5	6
	Oberes Szenario	7	8	9

Quelle: Eigene Darstellung

⁶⁵ Um Verwechslungen zwischen der numerischen Bezeichnung der Varianten und Szenarien sowie Inkonsistenzen zwischen der Bezeichnung der Ausprägungen von Struktur- und Mengenkomponte zu vermeiden werden im vorliegenden Teil der Arbeit die Kategorien „unteres Szenario“, „mittleres Szenario“ und „oberes Szenario“ verwendet.

Die Referenzwerte aus Tabelle 90 werden um einen den Preiseffekt in Höhe von 3 % ergänzt (Preiskomponente). Basis ist das Inflationsziel der Europäischen Zentralbank (EZB) in Höhe von 2 % sowie ein Aufschlag zur Abbildung der Ausgabeneffekte des medizinisch-technischen Fortschritts (vgl. Breyer und Ulrich 2000). Der Preiseffekt liegt mit insgesamt 3 % etwas unter dem Anstieg der Gesundheitsausgaben in Deutschland im Jahre 2015 in Höhe von 4,5 %. (Statistisches Bundesamt 2017b).

Bei den Schätzungen werden zwei weitere Faktoren berücksichtigt.

- a. Integrationsfaktor: Nicht notwendigerweise alle Personen, die als Asylbewerber anerkannt werden, werden durch die Krankenkassen regelversorgt, da sie als Selbstständige beispielsweise privat versichert sind.
- b. Statusfaktor: Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen kann sich aufgrund dem korrespondierenden Leistungsanspruch beziehungsweise der Leistungsgewährung ändern.

Die Integrationskomponente wird durch verschiedene Szenarien in Hinblick auf den Anteil anerkannter Flüchtlinge abgebildet, die Gesundheitsleistungen nach der GKV-Regelversorgung beanspruchen. Der untere (obere) Wert wird dabei mit 80 % (100 %) festgelegt. Das mittlere Szenario beruht auf einem Anteil von 90 %, der näherungsweise dem Anteil der GKV-Versicherten in der deutschen Bevölkerung entspricht. Der obere Referenzwert entspricht dem extremen Fall, dass alle Flüchtlinge mit analogem Leistungsanspruch nach dem AsylbL nach der Anerkennung in die GKV-Regelversorgung wechseln. Der untere Referenzwert wurde ermittelt, indem zehn Prozentpunkte vom mittleren Referenzwert abgezogen wurden.

Die Statuskomponente wird im Rahmen der „Diskussion“ untersucht.

4.8.3.3.2. Strukturkomponentenanalyse

Die vorhandenen bundesweiten Krankenkassen-Daten von Asylbewerbern mit eingeschränktem Leistungsanspruch, von GKV-Analogversicherten und von Personen, die aus einem Staat stammen, welcher derzeit mit einem Hauptherkunftsland der Asylbewerber assoziiert werden kann sowie bundesweite Referenzdaten zu GKV-Versicherten mit Anspruch auf Regelleistungen werden dazu genutzt, um die Ausgabenstruktur für die die Leistungsarten zu bestimmen. Dazu werden die Gesamtausgaben der einzelnen Personen entsprechend dieser Kategorien gebildet und die entsprechenden Anteile ermittelt.

Verschiedene Berechnungen der Durchschnittskosten werden vorgenommen, um zu eruieren, welche Faktoren das Niveau der Durchschnittskosten bestimmen. Folgende Merkmale werden berücksichtigt:

- Leistungsarten
- Alter bzw. Altersgruppe
- Geschlecht
- Morbidität

Zur Schätzung der Jahresausgaben je Versichertem wird eine Hochrechnung auf Grundlage der Versichertentage vorgenommen. Da nicht nur Daten in Hinblick auf Personen, die in Bayern wohnhaft sind, verwendet werden, wird angenommen, dass die Daten aus anderen Bundesländern auch repräsentativ für Bayern sind.

Die Dauer des Aufenthalts in Deutschland bestimmt letztlich die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Es wird angenommen, dass die Dauer der Mitgliedschaft in einer Krankenkasse ein geeigneter Indikator für die Aufenthaltsdauer in Deutschland ist und kein Versicherungswechsel stattgefunden hat.

Die Daten der KVB werden zusätzlich genutzt, um Unterschiede bezüglich der Durchschnittskosten mit Blick auf die Fachgruppen zu untersuchen.

4.8.4. Ergebnisse

4.8.4.1. Globale Schätzungen

4.8.4.1.1. Zusätzliche Ausgaben für die Haushalte des Freistaats Bayern bzw. der bayerischen Kommunen

4.8.4.1.1.1. Ausgangslage

Asylbewerberleistungsgesetz

Abbildung 80 zeigt die Struktur der Ausgaben auf Grundlage der Umsetzung des AsylbLG in Bayern im Jahr 2015. Von den Gesamtleistungen in Höhe von 969,1 Mio. Euro entfallen 80,5 % auf Grundleistungen nach §3 AsylbLG, 14,0 % auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt (§ 4 AsylbLG), 3,4 % auf Leistungen in besonderen Fälle (§ 2 AsylbLG), 1,8 % auf sonstige Leistungen (§ 6 AsylbLG) sowie 0,3 % auf Arbeitsgelegenheiten (§ 5 AsylbLG).

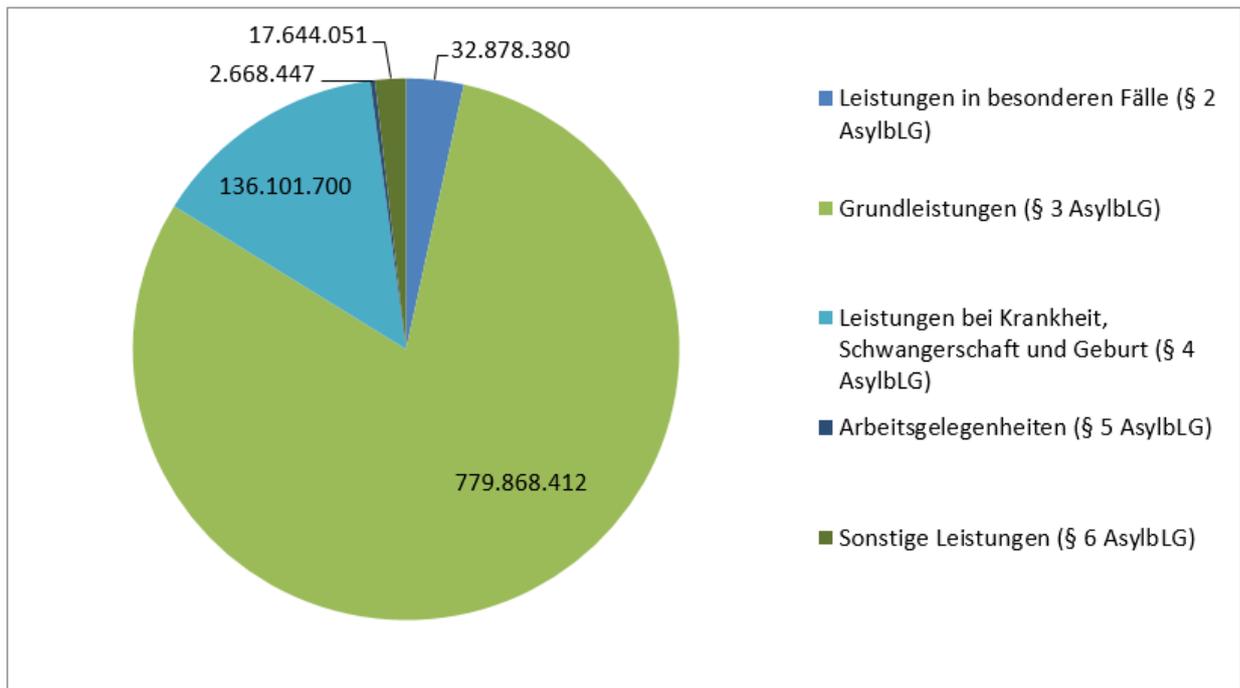


Abbildung 80: Struktur der Ausgaben auf Grundlage des AsylbLG in Bayern im Jahr 2015 (in Euro)
 Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der AsylbLG Statistik

Tabelle 23.1 im Anhang zeigt die Gesamtausgaben für Leistungen gemäß §§ 4 und 6 AsylbLG für Bayern insgesamt, die Bezirke, Landkreise und kreisfreien Städte für die Jahre 2014 bis 2016.

Aus dem Zahlenmaterial zu den Ausgaben für §4 Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt im Bereich ambulanter Krankenhilfe für die Jahre 2014-2016 geht der Anstieg im Zeitablauf hervor. So betragen die Ausgaben 2014, 1. Quartal, für Bayern insgesamt 7,4 Mio. Euro. Das 1. Quartal 2016 verzeichnet die höchsten Werte (27, 5 Mio. Euro). Die Schwankungen zwischen den absoluten Zahlen mit Blick auf die Landkreise und kreisfreien Städte sind beträchtlich. Die größten Anteile der Ausgaben entfallen dabei auf die Landeshauptstadt München sowie die kreisfreie Stadt Nürnberg.

Einen ähnlichen Verlauf nehmen die stationären Ausgaben, die sich im 1. Quartal 2014 auf 8,9 Mio. Euro belaufen und im 1. Quartal 2016 27,5 Mio. Euro betragen. Die höchsten Ausgaben finden sich im Regierungsbezirk Oberbayern, die niedrigsten in den Regierungsbezirken Oberfranken beziehungsweise Niederbayern.

Die Gesamtausgaben für gewährte Leistungen gemäß §4 AsylbLG mit Blick auf Bayern belaufen sich auf 76,0 Mio. Euro (2014), 135,4 Mio. Euro (2015) sowie 175,2 Mio. Euro (2016).

In Hinblick auf den gesamten Freistaat steigt die Anzahl der Leistungsempfänger gemäß § 1 AsylbLG von 35.320 Personen (31.3.2014) auf 131.861 Personen (31.3.2016) an, um danach bis zum 31.12.2016 auf 97.189 Personen zu sinken.

Die durchschnittlichen Ausgaben bezüglich der Asylbewerberleistungen unterscheiden sich deutlich zwischen den Kommunen. Das zeigt sich beispielsweise auf Ebene der

Regierungsbezirke für den Zeitraum 2014-2016. Während die §4 AsylbLG-Ausgaben im 1. Quartal 2014 in Schwaben durchschnittlich pro Leistungsempfänger 350 Euro betragen, belaufen sie sich in Mittelfranken auf 880 Euro. Der entsprechende Durchschnittswert für Bayern beträgt in jenem Quartal 630 Euro. Dabei ist insgesamt ein rückläufiger Trend zu beobachten.

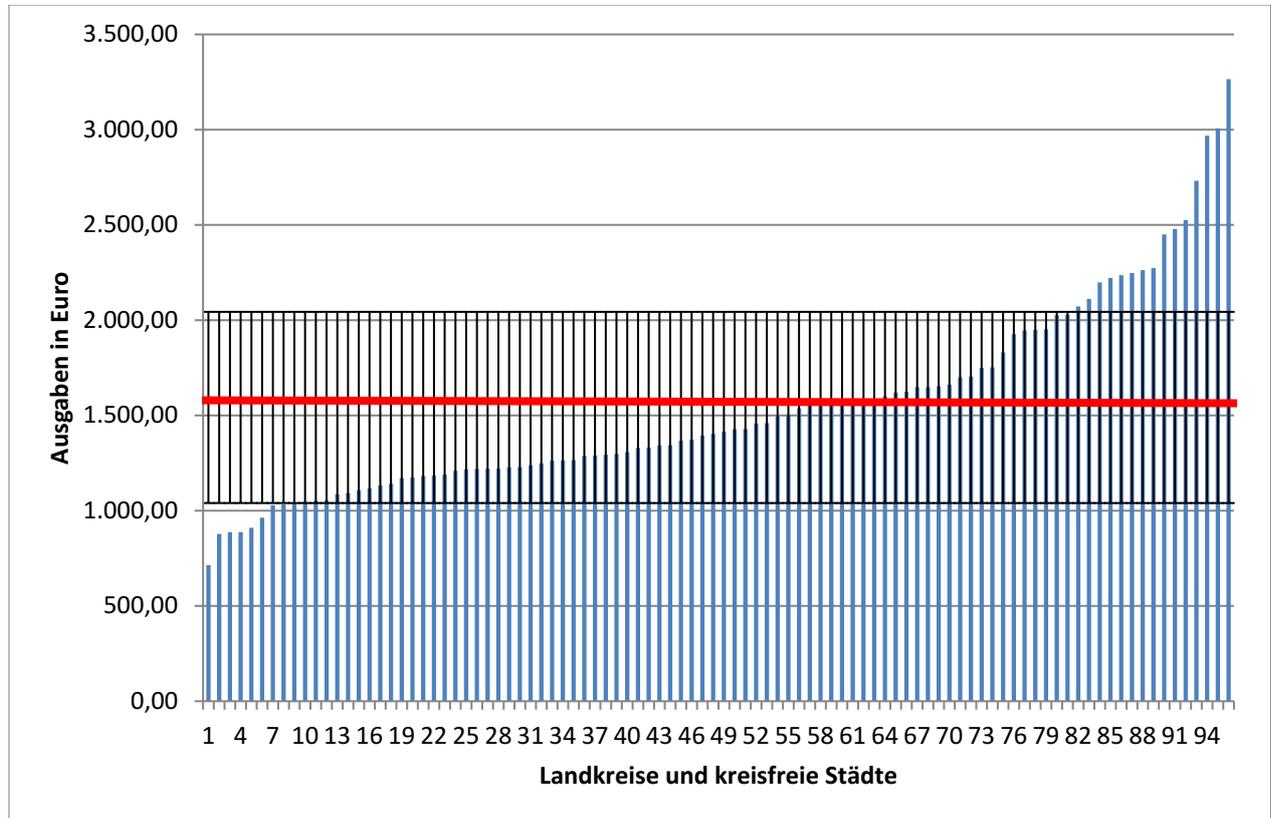


Abbildung 81: Durchschnittskosten für Krankenhilfe insgesamt und sonstige Leistungen je § 1 AsylbLG-Leistungsempfänger (Quartalsdurchschnitt) im Durchschnitt der Jahre 2014-2016 in Euro
Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Asylbewerberleistungsstatistik und kommunaler Meldedaten

Auch mit Blick auf die Sektoren liegen umfangreiche Auswertungen bezüglich der Ausgabenentwicklung und der Durchschnittskosten vor.

Tabelle 91 zeigt exemplarisch die wesentlichen Ergebnisse der Auswertungen zu den Fallzahlen und der Vergütung zahnmedizinischer Leistungen 2013-2016 in Bayern. Es ist ersichtlich, dass mit 25.217 Behandlungsfällen im 1. Quartal 2016 das Maximum erreicht ist (Spalte 1). Bis dato nimmt die Anzahl der Fälle stetig zu, danach wieder ab. Zwar folgt die Gesamtvergütung ebenfalls diesem Trend, jedoch ist die Zunahme nicht kontinuierlich (Spalte 2). Die durchschnittliche Vergütung pro Fall schwankt im Zeitablauf zwischen 164,86 Euro (2013, 4. Quartal) und 212,40 Euro (2016, 1. Quartal). Wird die Vergütung in Relation zur gesamten Anzahl von Leistungsempfängern gemäß § 1 AsylbLG gesetzt (Spalte 6), so ist keine klare Tendenz erkennbar. Erstaunlich ist, dass vor dem Hintergrund der für das IV. Quartal 2016 geschätzten Gesamtvergütung und der Anzahl der Leistungsempfänger gemäß § 1 AsylbLG die Durchschnittsausgaben stark sinken. Spalte 8 zeigt den Anteil der Zahnarztausgaben an den Gesamtausgaben für die Ambulante Krankenhilfe für die Quartale

seit 2014. Die entsprechenden Werte ergeben sich aus der Gesamtvergütung für die Behandlung von Asylbewerbern und dem Gesamtvolumen der Ausgaben für Ambulante Krankenhilfe, bezogen auf Bayern insgesamt (Spalte 7). Den vorliegenden Informationen zufolge schwankt der Anteil zahnmedizinischer Gesundheitsleistungen am Gesamtvolumen des ambulanten Sektors – in Hinblick auf die Versorgung von Asylbewerbern - zwischen ca. 10,01 % (2016, 4. Quartal) und 23,00 % (2015, 4. Quartal). Die letzten beiden Spalten verdeutlichen die Entwicklung der Fallzahlen.

Tabelle 91: Leistungsdaten und Vergütung der zahnmedizinischen Versorgung in Bayern 2013-2016

Quartal	Fälle	Vergütung [Euro]	Verg./ [Euro]	Fall	LE AsylbLG	Verg./LE [Euro]	AUSG §4 AsylbLG AS	SANT [%]	▲ VorQ	▲ VorJ
2013_1	2.953	510.033,18	172,72							
2013_2	2.984	508.478,74	170,40						1	
2013_3	3.460	581.783,43	168,15						16	
2013_4	4.256	701.664,79	164,86						23	
2014_1	5.078	874.538,76	172,22		30.260	28,90	7.410.465,87	11,8	19	72
2014_2	4.925	816.023,53	165,69		35.975	22,68	7.198.467,81	11,3	-3	65
2014_3	6.347	1.096.255,29	172,72		39.725	27,60	10.150.360,52	10,8	29	83
2014_4	8.109	1.338.839,64	165,11		38.176	35,07	8.962.860,84	14,9	28	91
2015_1	9.654	1.788.699,11	185,28		49.717	35,98	12.468.298,46	14,4	19	90
2015_2	11.657	2.041.999,70	175,17		65.884	30,99	14.000.198,10	14,6	21	137
2015_3	15.826	2.893.437,03	182,83		84.651	34,18	18.829.237,20	15,4	36	149
2015_4	21.751	4.221.936,02	194,10		109.281	38,63	18.353.434,32	23,0	37	168
2016_1	25.217	5.356.104,86	212,40		125.816	42,57	27.476.331,00	19,5	16	161
2016_2	19.615	4.076.426,39	207,82		123.929	32,89	23.538.156,08	17,3	-22	68
2016_3	14.845	2.926.285,34	197,12		110.542	26,47	15.919.286,48	18,4	-24	-6
2016_4	11.000	2.134.000,00	194,00		101.138	21,10	21.315.616,00	10,0	-26	-49

Quelle: KZVB (2017)

Fälle: Fallzahl insgesamt; **Vergütung [Euro]:** Vergütung der zahnmedizinischen Versorgung durch Sozialämter; **Verg./Fall [Euro]:** Vergütung pro Fall; **LE AsylbLG:** Leistungsempfänger gem. § 1 AsylbLG (Quartalsdurchschnitt); **Verg./LE [Euro]:** Vergütung pro Leistungsempfänger gem. § 1 AsylbLG (Quartalsdurchschnitt); **AUSG § 4 AsylbLG AS:** Ausgaben pro Quartal im Bereich ambulante Krankenhilfe (§4 AsylbLG); **SANT [%]** = Anteil der Ausgaben der zahnmedizinischen Versorgung an den Ausgaben pro Quartal im Bereich ambulante Krankenhilfe; **▲ VorQ:** proz. Zuwachs der Fälle zum Vorquartal; **▲ VorJ:** proz. Zuwachs der Fälle zum Vorjahresquartal.

In Hinblick auf die BEMA Gebührenposition von 2013 (Quartal I) bis 2016 (Quartal III) ist die Infiltrationsanästhesie (BEMA Nr. 40) mit 22.834 Fällen im gesamten Betrachtungszeitraum die am häufigsten abgerechnete Leistung, gefolgt von der Sensibilitätsprüfung der Zähne (BEMA Nr. 8) mit 19.092 Fällen sowie der Position „Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen (Separieren, Beseitigen störenden Zahnfleisches, Anlegen von Spanngummi, Stillung einer übermäßigen Papillenblutung), je Sitzung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich“ (BEMA Nr. 12) mit 18.933 Fällen.

Öffentlicher Gesundheitsdienst

Auf Ebene der Bayerischen Landkreise und kreisfreien Städte liegen nur sehr wenige Informationen in Hinblick auf die Ausgaben des Vollzugs der Gesundheitsuntersuchung nach § 62 AsylG vor. In einem konkreten mittelfränkischen Landkreis belaufen sie sich im ersten Quartal 2015 auf insgesamt 33.800 Euro, steigen bis zum vierten Quartal 2015 auf 109.000 Euro an und sinken bis zum dritten Quartal 2016 auf 6.400 Euro ab. Die Durchschnittskosten pro Asylbewerber schwanken zwischen 3,48 Euro (2016, 2. Quartal) und 53,06 Euro (2015, 4. Quartal).

Im Rahmen der Befragung zur Gesundheitsversorgung durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Bayern liegen 19 verwertbaren Angaben zu den Gesamtausgaben für den Vollzug der Gesundheitsuntersuchung nach § 62 AsylG für die Jahre 2015 und 2016 vor. Im Durchschnitt belaufen sich die Sachausgaben (u.a. Röntgen-Pauschale, Stuhluntersuchungen, Fahrtausgaben, Transportausgaben, Material für Blutuntersuchungen), die dem Gesundheitsamt pro Asylbewerber im Jahr 2015 (2016) entstanden sind, auf 97,30 (100, 86) Euro, wobei die Werte zwischen 22,00 und 300,00 Euro schwanken. Die angegebenen Gesamtbeträge, der von den Kommunen gezahlten Honorare oder Vergütungen im Rahmen anderer Verträge an zusätzlichem Personal im Jahr 2015 (2016) fluktuieren deutlich. Es sind Unterschiede mit Blick auf die Größe der Gebietskörperschaft und die vorhandene Kapazität erkennbar. Sie belaufen die sich zum Beispiel in zwei konkreten Landkreisen in Unterfranken beziehungsweise in Mittelfranken auf 0 (0) Euro. Dagegen betragen sie in einem bestimmten Landkreis in Oberbayern 129.380 (2015) beziehungsweise in einem anderen bestimmten Landkreis in Oberbayern 30.000 (2016) Euro. In korrespondierender Weise schwankt die Höhe der Ausgaben der insgesamt durch die Einrichtung im Jahr 2015 (2016) extern bezogenen Leistungen zwischen 0,00 (0,00) Euro in

einem bestimmten oberpfälzischen Landkreis oder in einem bestimmten oberfränkischen Landkreis und 77.300 (26.000) Euro in einer konkreten kreisfreien Stadt in Niederbayern.

4.8.4.1.1.2. Künftige Ausgaben

Asylbewerberleistungsgesetz

Gesamtausgaben

Basierend auf den Ergebnissen des letzten Abschnitts und der angenommenen Preisentwicklung im Gesundheitswesen werden für die Ausgabenschätzung für Asylsuchende mit eingeschränktem und vollem Leistungsanspruch die in Tabelle 92 enthaltenen Durchschnittskosten als Bezugsgröße gewählt.

Tabelle 92: Annahmen bezüglich der Durchschnittskosten für Asylsuchende gemäß Asylbewerberleistungsgesetz, 2017-22, in Euro

Jahr \ Szenario	Unteres Szenario	Mittleres Szenario	Oberes Szenario
2017	735,73	1.471,83	3.363,02
2018	757,80	1.515,98	3.463,91
2019	780,53	1.561,43	3.567,83
2020	803,95	1.608,27	3.674,86
2021	828,07	1.656,52	3.785,11
2022	852,91	1.706,42	3.898,66

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 23.2 im Anhang zeigt exemplarische Ausgabenschätzungen für Bayern, die Regierungsbezirke, die kreisfreien Städte und Landkreise. Die Tabelle beinhaltet die Ausgaben für Krankenhilfe und sonstige Leistungen mit Blick auf die Jahre 2017-2022 und Variante 4 (mittleres Ausgabenszenario und unteres Bevölkerungsszenario).

Sämtliche Analysen zeigen einen sehr deutlichen Anstieg. In Variante 1 (vgl. Abbildung 82 – Darstellung auf Ebene der Bezirke) – mit niedrigen Durchschnittskosten und geringer Zuwanderung - fallen die Ausgabensteigerungen im Zeitablauf erwartungsgemäß noch am geringsten aus. So erhöhen sich beispielsweise in der Landeshauptstadt München die Ausgaben von 2,1 Mio. Euro (2017) auf 2,4 Mio. Euro (2022). Vor dem Hintergrund der Annahme des höchsten Zustroms an Asylbewerbern nach Deutschland (890.000) sowie moderaten Durchschnittskosten würde dies in Schweinfurt zu zusätzlichen Ausgaben von 4,2 Mio. Euro (2017) beziehungsweise 4,8 Mio. Euro (2022) führen.

Unterstellt man ein mittleres Durchschnittkostenniveau und einen Zustrom an Asylbewerbern nach Deutschland in Höhe von 200.000 Personen (Variante 5), würden die Ausgaben im Landkreis Freyung-Grafenau von 340.000 Euro im Jahr 2017 auf 394.000 Euro im Jahr 2022 ansteigen.

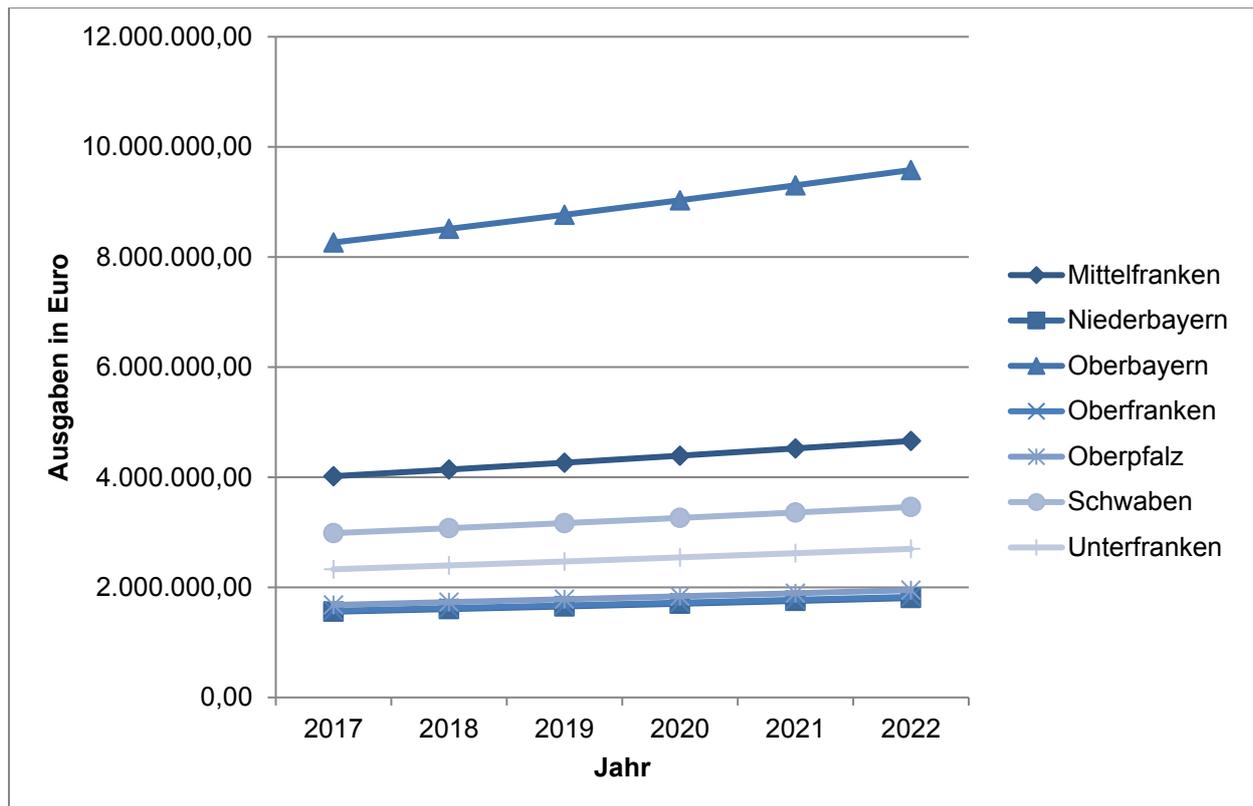


Abbildung 82: Ausgaben der Krankenhilfe insgesamt und sonstige Leistungen in Euro nach Regierungsbezirken - Variante
 Quelle: Eigene Darstellung

1

Variante1: Bevölkerung: Unteres Szenario: 110.000 Menschen/Jahr; Durchschnittskosten: 735,73 Euro/LE (2017), 757,80 Euro/LE (2018), 780,53 Euro/LE (2019), 803,95 Euro/LE (2020) und 828,07 Euro/LE (2022).

Der höchste Zustrom von Asylbewerbern nach Deutschland (890.000 Menschen pro Jahr) in Verbindung mit dem höchsten Niveau an Durchschnittskosten würde in Nürnberg zu voraussichtlichen Ausgaben pro Jahr in Höhe von 26,6 Mio. Euro führen. Unter sonst gleichen Bedingungen wären dies im Jahr 2022 30,8 Mio. Euro.

Abbildung 83 zeigt die aggregierten zusätzlichen Ausgaben aufgrund der Gewährung von Leistungen gemäß AsylbLG vor dem Hintergrund der neun Varianten für Bayern.

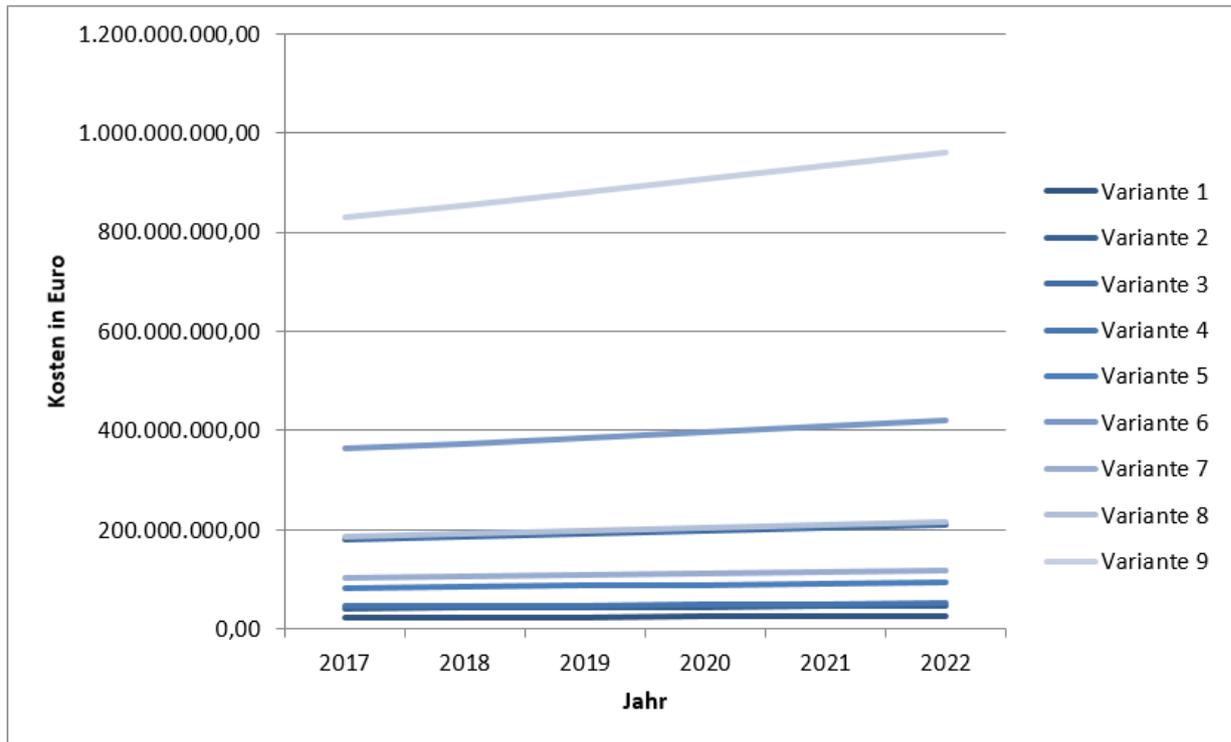


Abbildung 83: Ausgaben der Krankenhilfe insgesamt und sonstige Leistungen in Euro- Bayern- Modelle 1-9
Quelle: Eigene Darstellung

Variante 1: Population: Unteres Szenario: 110.000 Menschen/Jahr; Durchschnittskosten: 735,73 Euro/LE (2017), 757,80 Euro/LE (2018), 780,53 Euro/LE (2019), 803,95 Euro/LE (2020), 828,07 Euro/LE (2021), 852,91 Euro/LE (2022); **Variante 2:** Population: Mittleres Szenario: 200.000 Menschen/Jahr; Durchschnittskosten: 735,73 Euro/LE (2017), 757,80 Euro/LE (2018), 780,53 Euro/LE (2019), 803,95 Euro/LE (2020), 828,07 Euro/LE (2021), 852,91 Euro/LE (2022); **Variante 3:** Population: Oberes Szenario: 890.000 Menschen/Jahr; Durchschnittskosten: 735,73 Euro/LE (2017), 757,80 Euro/LE (2018), 780,53 Euro/LE (2019), 803,95 Euro/LE (2020), 828,07 Euro/LE (2021), 852,91 Euro/LE (2022); **Variante 4:** Population: Unteres Szenario: 110.000 Menschen/Jahr; Durchschnittskosten: 1.471,83 Euro/LE (2017), 1.515,98 Euro/LE (2018), 1.561,43 Euro/LE (2019), 1.608,27 Euro/LE (2020), 1.656,52 Euro/LE (2021), 1.706,42 Euro/LE (2022); **Variante 5:** Population: Mittleres Szenario: 200.000 Menschen/Jahr; Durchschnittskosten: 1.471,83 Euro/LE (2017), 1.515,98 Euro/LE (2018), 1.561,43 Euro/LE (2019), 1.608,27 Euro/LE (2020), 1.656,52 Euro/LE (2021), 1.706,42 Euro/LE (2022); **Variante 6:** Population: Oberes Szenario: 890.000 Menschen/Jahr; Durchschnittskosten: 1.471,83 Euro/LE (2017), 1.515,98 Euro/LE (2018), 1.561,43 Euro/LE (2019), 1.608,27 Euro/LE (2020), 1.656,52 Euro/LE (2021), 1.706,42 Euro/LE (2022); **Variante 7:** Population: Unteres Szenario: 110.000 Menschen/Jahr; Durchschnittskosten: 3.363,02 Euro/LE (2017), 3.463,91 Euro/LE (2018), 3.567,83 Euro/LE (2019), 3.674,86 Euro/LE (2020), 3.785,11 Euro/LE (2021), 3.898,66 Euro/LE (2022); **Variante 8:** Population: Mittleres Szenario: 200.000 Menschen/Jahr; Durchschnittskosten: 3.363,02 Euro/LE (2017), 3.463,91 Euro/LE (2018), 3.567,83 Euro/LE (2019), 3.674,86 Euro/LE (2020), 3.785,11 Euro/LE (2021), 3.898,66 Euro/LE (2022); **Variante 9:** Population: Oberes Szenario: 890.000 Menschen/Jahr; Durchschnittskosten: 3.363,02 Euro/LE (2017), 3.463,91 Euro/LE (2018), 3.567,83 Euro/LE (2019), 3.674,86 Euro/LE (2020), 3.785,11 Euro/LE (2021), 3.898,66 Euro/LE (2022).

Stationäre Krankenhilfe

Als Bezugsgrößen für die Berechnung der zeitlichen Entwicklung der Ausgaben stationärer Krankenhilfe werden die in Tabelle 93 aufgeführten Durchschnittskosten verwendet.

Ermittlung der Zusätzlichen Kapazitäten und Kompetenzen

Tabelle 93: Annahmen bezüglich der Durchschnittskosten für Asylsuchende gemäß Asylbewerberleistungsgesetz, stationäre Krankenhilfe 2017-22, in Euro

Jahr \ Szenario	Unteres Szenario	Mittleres Szenario	Oberes Szenario
2017	234,53	745,69	1.670,02
2018	241,57	768,08	1.720,01
2019	248,82	791,12	1.771,61
2020	256,28	814,85	1.824,76
2021	263,97	839,30	1.879,50
2022	271,89	864,48	1.935,89

Quelle: Eigene Darstellung

Basierend auf den Annahmen des unteren Szenarios zum Zustrom von Asylbewerbern sowie dem mittleren Szenario der Durchschnittskosten können beispielsweise im Landkreis Eichstätt Ausgaben der stationären Krankenpflege im Jahr 2017 in Höhe von 287.000 Euro erwartet werden. Im Jahr 2022 beläuft sich der voraussichtliche Wert auf 333.000 Euro.

Im Fall von Variante 5 (mittleres Niveau der Durchschnittskosten und Zustrom von 200.000 Personen/Jahr) belaufen sich die voraussichtlichen Ausgaben pro Jahr im Landkreis Neu-Ulm auf 499.000 Euro (2017) und 570.000 Euro (2022).

Gemäß Variante 6 resultieren im Landkreis Neustadt a.d. Aisch-Bad Windsheim 2017 stationäre Ausgaben in Höhe von 729.000 Euro, die bis zum Jahr 2022 auf 845.000 Euro ansteigen. Im Fall von Szenario 7 belaufen sie sich in Schwandorf auf 454.000 Euro (2017) und betragen im Jahr 2022 526.000 Euro.

Abbildung 84 zeigt die aggregierten zusätzlichen Ausgaben für Bayern insgesamt 2017-22 aufgrund der Gewährung von stationärer Krankenhilfe gemäß AsylbLG vor dem Hintergrund der neun Varianten.

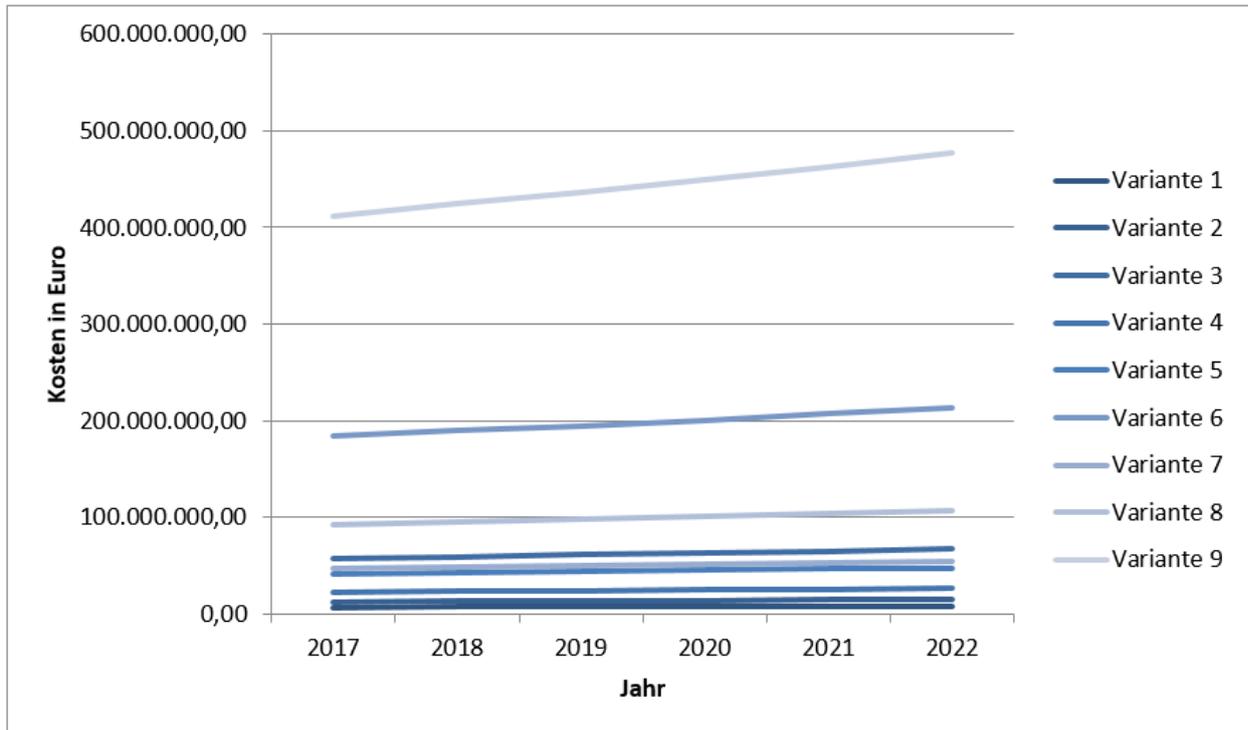


Abbildung 84: Ausgaben der stationären Krankenhilfe in Euro- Bayern- Varianten 1-9
Quelle: Eigene Darstellung

Variante 1: Population: Unteres Szenario: 110.000 Menschen/Jahr; Durchschnittskosten: 234,53 Euro/LE (2017), 241,57 Euro/LE (2018), 248,82 Euro/LE (2019), 256,28 Euro/LE (2020), 263,97 Euro/LE (2021), 271,89 Euro/LE (2022); **Variante 2:** Population: Mittleres Szenario: 200.000 Menschen/Jahr; Durchschnittskosten: 234,53 Euro/LE (2017), 241,57 Euro/LE (2018), 248,82 Euro/LE (2019), 256,28 Euro/LE (2020), 263,97 Euro/LE (2021), 271,89 Euro/LE (2022); **Variante 3:** Population: Oberes Szenario: 890.000 Menschen/Jahr; Durchschnittskosten: 234,53 Euro/LE (2017), 241,57 Euro/LE (2018), 248,82 Euro/LE (2019), 256,28 Euro/LE (2020), 263,97 Euro/LE (2021), 271,89 Euro/LE (2022); **Variante 4:** Population: Unteres Szenario: 110.000 Menschen/Jahr; Durchschnittskosten: 745,69 Euro/LE (2017), 768,08 Euro/LE (2018), 791,12 Euro/LE (2019), 814,85 Euro/LE (2020), 839,30 Euro/LE (2021), 864,48 Euro/LE (2022); **Variante 5:** Population: Mittleres Szenario: 200.000 Menschen/Jahr; Durchschnittskosten: 745,69 Euro/LE (2017), 768,08 Euro/LE (2018), 791,12 Euro/LE (2019), 814,85 Euro/LE (2020), 839,30 Euro/LE (2021), 864,48 Euro/LE (2022); **Variante 6:** Population: Oberes Szenario: 890.000 Menschen/Jahr; Durchschnittskosten: 745,69 Euro/LE (2017), 768,08 Euro/LE (2018), 791,12 Euro/LE (2019), 814,85 Euro/LE (2020), 839,30 Euro/LE (2021), 864,48 Euro/LE (2022); **Variante 7:** Population: Unteres Szenario: 110.000 Menschen/Jahr; Durchschnittskosten: 1.558,27 Euro/LE (2017), 1.605,02 Euro/LE (2018), 1.653,17 Euro/LE (2019), 1.702,77 Euro/LE (2020), 1.753,85 Euro/LE (2021), 1.806,47 Euro/LE (2022); **Variante 8:** Population: Mittleres Szenario: 200.000 Menschen/Jahr; Durchschnittskosten: 1.558,27 Euro/LE (2017), 1.605,02 Euro/LE (2018), 1.653,17 Euro/LE (2019), 1.702,77 Euro/LE (2020), 1.753,85 Euro/LE (2021), 1.806,47 Euro/LE (2022); **Variante 9:** Population: Oberes Szenario: 890.000 Menschen/Jahr; Durchschnittskosten: 1.558,27 Euro/LE (2017), 1.605,02 Euro/LE (2018), 1.653,17 Euro/LE (2019), 1.702,77 Euro/LE (2020), 1.753,85 Euro/LE (2021), 1.806,47 Euro/LE (2022).

Ambulante Krankenhilfe

Tabelle 94 zeigt die Durchschnittskosten ambulanter Krankenhilfe pro Asylbewerber für die Jahre 2017 bis 2022, die der Schätzung zu Grunde gelegt werden und auf den Ergebnissen des Abschnitts 4.8.4.1.1.1 sowie der unterstellten Preissteigerung beruhen.

Ermittlung der Zusätzlichen Kapazitäten und Kompetenzen

Tabelle 94: Annahmen bezüglich der Durchschnittskosten für Asylsuchende gemäß Asylbewerberleistungsgesetz, ambulante Krankenhilfe, 2017-22, in Euro

Jahr	Szenario	Unteres Szenario	Mittleres Szenario	Oberes Szenario
2017		323,40	735,19	1.558,27
2018		333,10	757,26	1.605,02
2019		343,09	779,98	1.653,17
2020		353,38	803,38	1.702,77
2021		363,98	827,48	1.753,85
2022		374,90	852,30	1.806,47

Quelle: Eigene Darstellung

Wird Variante 1 mit dem niedrigsten Durchschnittskostenniveau und dem geringsten Zustrom an Asylbewerbern unterstellt, kommt es zu einem Anstieg der Jahresausgaben ambulanter Krankenhilfe in Mülheim am Inn von rund 101.000 Euro (2017) auf 117.000 Euro (2022).

Werden die Annahmen der 5. Variante zu Grunde gelegt (Zustrom: 200.000 Personen/Jahr; mittlere Durchschnittskosten), steigen im Landkreis Günzburg die mit der Inanspruchnahme der ambulanten Krankenhilfe verbundenen Ausgaben in Höhe von 323.000 Euro (2017) auf 375.000 Euro (2022). Abbildung 85 zeigt die entsprechende Entwicklung für die bayerischen Regierungsbezirke.

Die Folgen des jährlichen Zustroms von 200.000 Menschen nach Deutschland in Verbindung mit einem hohen Ausgabenniveau (Variante 8) würden zu einem Anstieg der Ausgaben der ambulanten Krankenhilfe in Würzburg von 626.000 Euro (2017) auf 726.000 Euro (2022) führen.

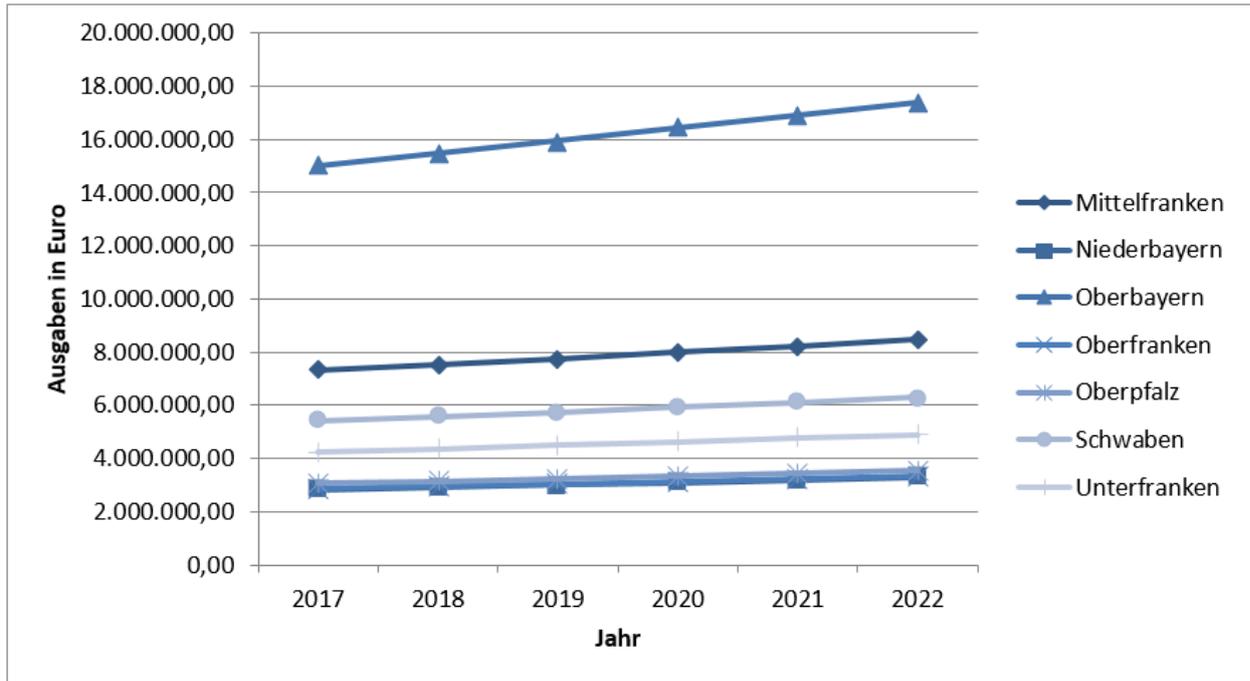


Abbildung 85: Ausgaben der ambulanten Krankenhilfe in Euro - Regierungsbezirke - Variante 5
 Quelle: Eigene Darstellung

Variante 5: Population: Mittleres Szenario: 200.000 Menschen/Jahr; Durchschnittskosten: 735,19 Euro/LE (2017), 757,26 Euro/LE (2018), 779,98 Euro/LE (2019), 803,38 Euro/LE (2020), 827,48 Euro/LE (2021), 852,30 Euro/LE (2022).

Abbildung 86 zeigt die aggregierten zusätzlichen Ausgaben aufgrund der Gewährung von ambulanter Krankenhilfe gemäß AsylbLG vor dem Hintergrund der neun Varianten für den Freistaat Bayern.

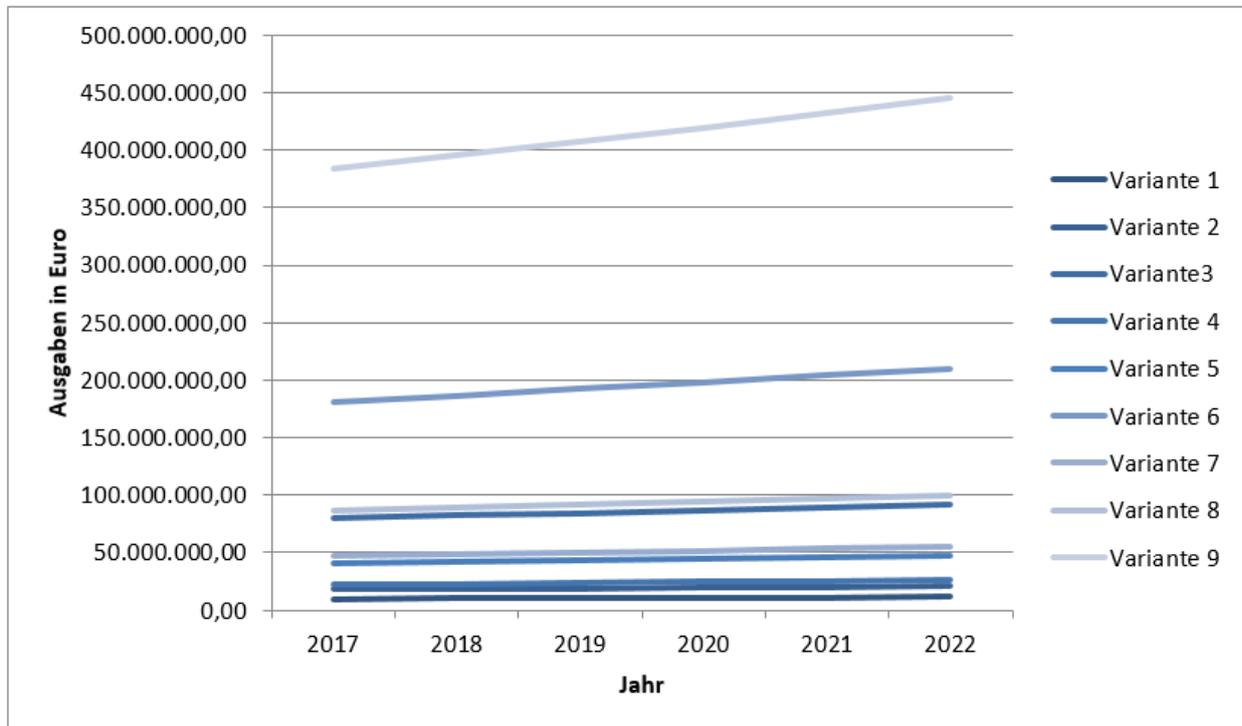


Abbildung 86: Ausgaben der ambulanten Krankenhilfe in Euro- Bayern- Varianten 1-9
Quelle: Eigene Darstellung

Variante 1: Population: Unteres Szenario: 110.000 Menschen/Jahr; Durchschnittskosten: 323,40Euro/LE (2017), 333,10 Euro/LE (2018), 343,09 Euro/LE (2019), 353,38 Euro/LE (2020), 363,98 Euro/LE (2021), 374,90 Euro/LE (2022); **Variante 2:** Population: Mittleres Szenario: 200.000 Menschen/Jahr; Durchschnittskosten: 323,40Euro/LE (2017), 333,10 Euro/LE (2018), 343,09 Euro/LE (2019), 353,38 Euro/LE (2020), 363,98 Euro/LE (2021), 374,90 Euro/LE (2022); **Variante 3:** Population: Oberes Szenario: 890.000 Menschen/Jahr; Durchschnittskosten: 323,40Euro/LE (2017), 333,10 Euro/LE (2018), 343,09 Euro/LE (2019), 353,38 Euro/LE (2020), 363,98 Euro/LE (2021), 374,90 Euro/LE (2022); **Variante 4:** Population: Unteres Szenario: 110.000 Menschen/Jahr; Durchschnittskosten: 735,19 Euro/LE (2017), 757,26 Euro/LE (2018), 779,98 Euro/LE (2019), 803,38 Euro/LE (2020), 827,48 Euro/LE (2021), 852,30 Euro/LE (2022); **Variante 5:** Population: Mittleres Szenario: 200.000 Menschen/Jahr; Durchschnittskosten: 735,19 Euro/LE (2017), 757,26 Euro/LE (2018), 779,98 Euro/LE (2019), 803,38 Euro/LE (2020), 827,48 Euro/LE (2021), 852,30 Euro/LE (2022); **Variante 6:** Population: Oberes Szenario: 890.000 Menschen/Jahr; Durchschnittskosten: 735,19 Euro/LE (2017), 757,26 Euro/LE (2018), 779,98 Euro/LE (2019), 803,38 Euro/LE (2020), 827,48 Euro/LE (2021), 852,30 Euro/LE (2022); **Variante 7:** Population: Minimales Szenario: 110.000 Menschen/Jahr; Durchschnittskosten: 1.558,27 Euro/LE (2017), 1.605,02 Euro/LE (2018), 1.653,17 Euro/LE (2019), 1.702,77 Euro/LE (2020), 1.753,85 Euro/LE (2021), 1.806,47/LE (2022); **Variante 8:** Population: Mittleres Szenario: 220.000 Menschen/Jahr; Durchschnittskosten: 1.558,27 Euro/LE (2017), 1.605,02 Euro/LE (2018), 1.653,17 Euro/LE (2019), 1.702,77 Euro/LE (2020), 1.753,85 Euro/LE (2021), 1.806,47/LE (2022); **Variante 9:** Population: Oberes Szenario: 890.00.000 Menschen/Jahr; Durchschnittskosten: 1.558,27 Euro/LE (2017), 1.605,02 Euro/LE (2018), 1.653,17 Euro/LE (2019), 1.702,77 Euro/LE (2020), 1.753,85 Euro/LE (2021), 1.806,47/LE (2022).

Wird der durchschnittliche Sektoranteil von 15,1 % im ambulanten Sektor zu Grunde gelegt, dann belaufen sich die künftigen Ausgaben der zahnmedizinischen Versorgung in Bayern angesichts der beschriebenen neun Varianten mit Blick auf die Jahre 2017 bis 2022 wie in Abbildung 87 dargestellt.

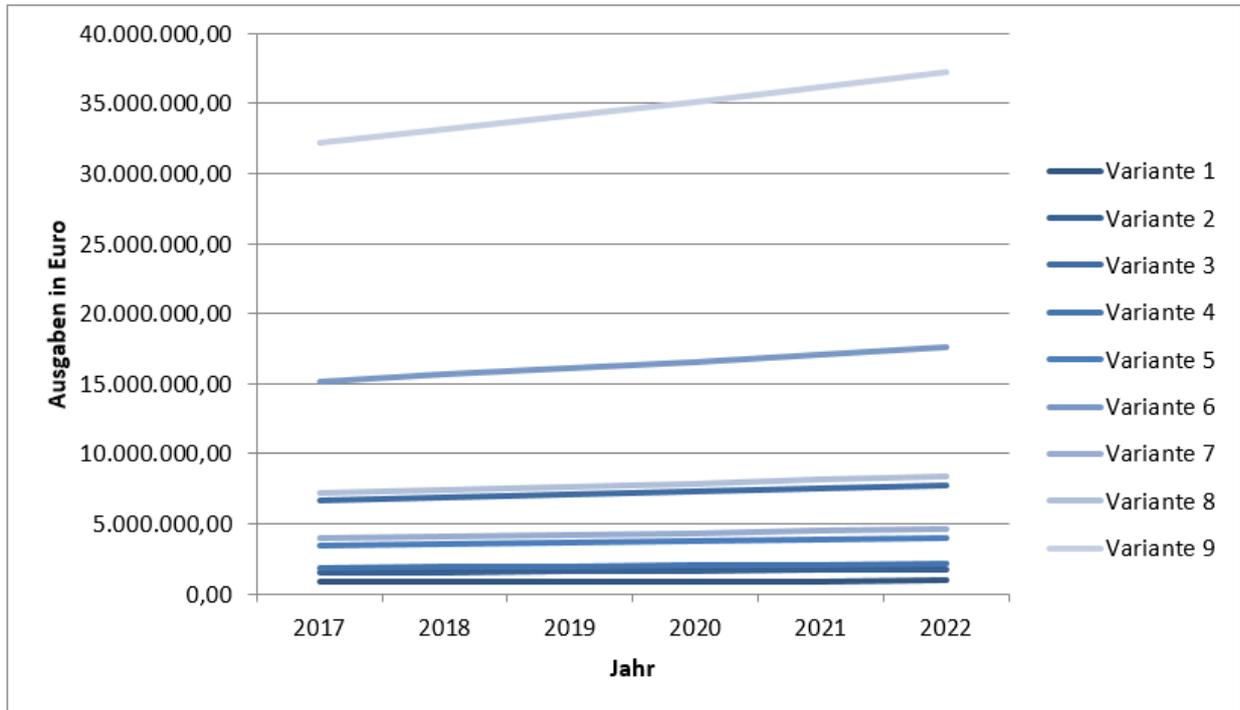


Abbildung 87: Ausgaben der zahnmedizinischen Versorgung in Bayern, 2017-2022, in Euro
Quelle: Eigene Darstellung

Variante 1: Population: Minimales Szenario: 110.000 Menschen/ Jahr; Durchschnittskosten: 48,90 Euro/ LE (2017), 50,36/ LE (2018), 51,88 Euro/ LE (2019), 53,43 Euro/ LE (2020), 55,03 Euro/ LE (2021), 56,68Euro/ LE (2022); **Variante 2:** Population: Mittleres Szenario: 200.000 Menschen/ Jahr; Durchschnittskosten: 48,90 Euro/ LE (2017), 50,36/ LE (2018), 51,88 Euro/ LE (2019), 53,43 Euro/ LE (2020), 55,03 Euro/ LE (2021), 56,68Euro/ LE (2022); **Variante 3:** Population: Maximales Szenario: 890.000 Menschen/ Jahr; Durchschnittskosten: Durchschnittskosten: 48,90 Euro/ LE (2017), 50,36/ LE (2018), 51,88 Euro/ LE (2019), 53,43 Euro/ LE (2020), 55,03 Euro/ LE (2021), 56,68Euro/ LE (2022); **Variante 4:** Population: Minimales Szenario: 110.000 Menschen/ Jahr; Durchschnittskosten: 111,16 Euro/ LE (2017), 114,50 Euro/ LE (2018), 117,93 Euro/ LE (2019), 121,47 Euro/ LE (2020), 125,11 Euro/ LE (2021), 128,87/ LE (2022); **Variante 5:** Population: Mittleres Szenario: 200.000 Menschen/ Jahr; Durchschnittskosten: 111,16 Euro/ LE (2017), 114,50 Euro/ LE (2018), 117,93 Euro/ LE (2019), 121,47 Euro/ LE (2020), 125,11 Euro/ LE (2021), 128,87/ LE (2022); **Variante 6:** Population: Maximales Szenario: 890.000 Menschen/ Jahr; Durchschnittskosten: 111,16 Euro/ LE (2017), 114,50 Euro/ LE (2018), 117,93 Euro/ LE (2019), 121,47 Euro/ LE (2020), 125,11 Euro/ LE (2021), 128,87/ LE (2022); **Variante 7:** Population: Minimales Szenario: 110.000 Menschen/ Jahr; Durchschnittskosten: 235,61 Euro/ LE (2017), 242,68 Euro/ LE (2018), 249,96 Euro/ LE (2019), 257,46 Euro/ LE (2020), 265,18 Euro/ LE (2021), 273,14 Euro/ LE (2022); **Variante 8:** Population: Mittleres Szenario: 200.000 Menschen/ Jahr; Durchschnittskosten: 235,61 Euro/ LE (2017), 242,68 Euro/ LE (2018), 249,96 Euro/ LE (2019), 257,46 Euro/ LE (2020), 265,18 Euro/ LE (2021), 273,14 Euro/ LE (2022); **Variante 9:** Population: Maximales Szenario: 890.000 Menschen/ Jahr; Durchschnittskosten: 235,61 Euro/ LE (2017), 242,68 Euro/ LE (2018), 249,96 Euro/ LE (2019), 257,46 Euro/ LE (2020), 265,18 Euro/ LE (2021), 273,14 Euro/ LE (2022).

Im Fall von Variante 1 steigen die Ausgaben von 825.00 Euro (2017) auf 956.000 Euro (2017) an. Gemäß Variante 9 wachsen die Ausgaben von 32.160.000 Euro (2017) auf 37.300.000 Euro (2022) an. Dadurch wird die Bandbreite als möglich erachtet Entwicklungsmuster dargestellt.

Öffentlicher Gesundheitsdienst

Tabelle 95 zeigt die der Analyse zu Grunde gelegten Durchschnittskosten.

Tabelle 95: Annahmen bezüglich der Durchschnittskosten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, 2017-22 in Euro

Jahr \ Szenario	Unteres Szenario	Mittleres Szenario	Oberes Szenario
2017	21,71	64,41	102,05
2018	22,36	66,35	105,11
2019	23,03	68,34	108,27
2020	23,73	70,39	111,52
2021	24,44	72,50	114,86
2022	25,17	74,67	118,31

Quelle: Eigene Darstellung

Basierend auf diesen Annahmen belaufen sich die Gesamtausgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Bayern im Szenario mit einem Zustrom von 110.000 Personen/Jahr und Ausgaben entsprechend dem mittleren Durchschnittskosten-Szenario (Variante 4) auf ca. 1,09 Mio. Euro (2017) und 1,26 Mio. (2022). In der extremen Variante 9 steigen die Ausgaben – bezogen auf den gesamten Freistaat – auf ca. 16,15 Mio. (2022) an. Die Implikationen bezüglich der neun Varianten sind in Abbildung 88 dargestellt.

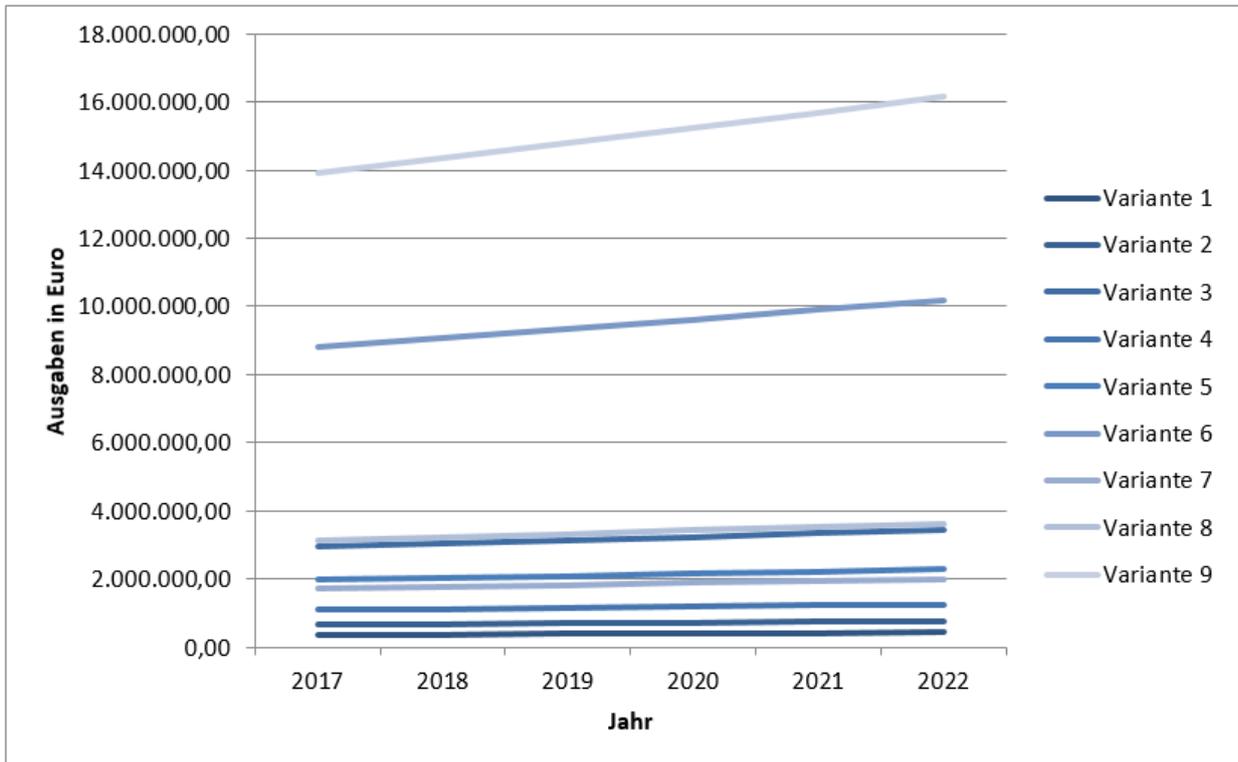


Abbildung 88: Ausgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Bayern in Euro, 2017-2022
Quelle: Eigene Darstellung

Variante 1: Population: Minimales Szenario: 110.000 Menschen/ Jahr; Durchschnittsausgaben: 21,71 Euro/ LE (2017), 22,36/ LE (2018), 23,03 Euro/ LE (2019), 23,73 Euro/ LE (2020), 24,44 Euro/ LE (2021), 25,17 Euro/ LE (2022); **Variante 2:** Population: Mittleres Szenario: 200.000 Menschen/ Jahr; Durchschnittsausgaben: 21,71 Euro/ LE (2017), 22,36/ LE (2018), 23,03 Euro/ LE (2019), 23,73 Euro/ LE (2020), 24,44 Euro/ LE (2021), 25,17 Euro/ LE (2022); **Variante 3:** Population: Maximales Szenario: 890.000 Menschen/ Jahr; Durchschnittsausgaben: 21,71 Euro/ LE (2017), 22,36/ LE (2018), 23,03 Euro/ LE (2019), 23,73 Euro/ LE (2020), 24,44 Euro/ LE (2021), 25,17 Euro/ LE (2022); **Variante 4:** Population: Minimales Szenario: 110.000 Menschen/ Jahr; Durchschnittsausgaben: 64,41 Euro/ LE (2017), 66,35 Euro/ LE (2018), 68,34 Euro/ LE (2019), 70,39 Euro/ LE (2020), 72,50 Euro/ LE (2021), 74,67/ LE (2022); **Variante 5:** Population: Mittleres Szenario: 200.000 Menschen/ Jahr; Durchschnittsausgaben: 64,41 Euro/ LE (2017), 66,35 Euro/ LE (2018), 68,34 Euro/ LE (2019), 70,39 Euro/ LE (2020), 72,50 Euro/ LE (2021), 74,67/ LE (2022); **Variante 6:** Population: Maximales Szenario: 890.000 Menschen/ Jahr; Durchschnittsausgaben: 64,41 Euro/ LE (2017), 66,35 Euro/ LE (2018), 68,34 Euro/ LE (2019), 70,39 Euro/ LE (2020), 72,50 Euro/ LE (2021), 74,67/ LE (2022); **Variante 7:** Population: Minimales Szenario: 110.000 Menschen/ Jahr; Durchschnittsausgaben: 102,05 Euro/ LE (2017), 105,11 Euro/ LE (2018), 108,27 Euro/ LE (2019), 111,52 Euro/ LE (2020), 114,86 Euro/ LE (2021), 118,31 Euro/ LE (2022); **Variante 8:** Population: Mittleres Szenario: 200.000 Menschen/ Jahr; Durchschnittsausgaben: 102,05 Euro/ LE (2017), 105,11 Euro/ LE (2018), 108,27 Euro/ LE (2019), 111,52 Euro/ LE (2020), 114,86 Euro/ LE (2021), 118,31 Euro/ LE (2022); **Variante 9:** Population: Maximales Szenario: 890.000 Menschen/ Jahr; Durchschnittsausgaben: 102,05 Euro/ LE (2017), 105,11 Euro/ LE (2018), 108,27 Euro/ LE (2019), 111,52 Euro/ LE (2020), 114,86 Euro/ LE (2021), 118,31 Euro/ LE (2022).

4.8.4.1.2. Zusätzliche Ausgaben für die Gesetzliche Krankenversicherung

4.8.4.1.2.1. Ausgangssituation

Auf Grundlage bundesweiter Krankenkassen-Daten zur Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern können die Durchschnittskosten von Flüchtlingen mit abgeschlossenem Asylverfahren (= mit Statuswechsel) und ohne Asylverfahren (= ohne Statuswechsel) ermittelt werden. Tabelle 96 zeigt, dass die Durchschnittskosten in sämtlichen Altersklassen im Fall des Übergangs in die Regelversorgung geringer ausfallen.

Tabelle 96: Durchschnittskosten je Versichertem pro Jahr mit und ohne Wechsel des Versichertenstatus in Euro

Altersgruppe	Ohne Statuswechsel (n = 13.558)	Mit Statuswechsel (n = 4.629)
< 18 Jahre	649,99	402,65
18 – 39 Jahre	1.394,01	1.228,35
40 – 64 Jahre	2.737,12	2.075,03
> 64 Jahre	5.094,10	4.314,29

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 97 zeigt die Durchschnittskosten für Versicherte, die aus einem Hauptherkunftsland der Asylbewerber stammen in Bezug auf den gesamten Datensatz sowie nach der Zugehörigkeit zu den Personengruppen sozialversicherungspflichtig beschäftigt, ALG II Empfänger und familienversicherter Ehegatte sowie in Hinblick auf verschiedene Leistungsbereiche. Es ist ersichtlich, dass die Unterschiede mit Blick auf die Durchschnittskosten beträchtlich sind.

Tabelle 97: Durchschnittskosten je Person für verschiedene Personengruppen, in Euro

Leistungsbereich	Personengruppen			
	Gesamter Datensatz (n = 1.623)	Sozialversicherungspflichtig (n = 841)	Arbeitslosengeld II Pflichtversicherte (n = 321)	Familienversicherter Ehegatte (n = 83)
Ärztliche Leistungen	428,46	323,70	485,86	759,46
Arzneimittel	377,63	289,26	489,60	338,70
Dialyse	14,41	0	0	0
Krankenhaus	555,65	288,03	575,38	1.798,20
Krankengeld	89,84	85,30	78,49	
Zahnmedizin	134,77	91,42	141,73	25,62
Sonstige Sachleistungen	188,85	166,93	176,86	19,79
Alle Bereiche	1.789,61	1.244,63	1.947,58	3.356,51

Daten: Eigene Darstellung

4.8.4.1.2.2. Künftige Ausgaben

Die Schätzung der künftigen Ausgaben der Krankenkassen basiert auf den in Tabelle 94 enthaltenen Durchschnittskosten der GKV-Versicherten, die aus den Hauptherkunftsländern der Asylbewerber stammen. Die Szenarien basieren auf der Annahme minimaler (mittlerer; maximaler) Zuströme nach Bayern in den Varianten 1,4 und 7 (2, 5 und 8; 3; 6 und 9) sowie einem Integrationsfaktor von 80 % (1-3), 90 % (4-6) bzw. 100 % (7-9). Die Preisentwicklung wird ebenfalls berücksichtigt.

Basierend auf diesen Annahmen belaufen sich die Gesamtausgaben im Szenario mit einem Zustrom von 110.000 Personen/Jahr und dem mittleren Integrations-Szenario (Variante 4) auf 311,1 Mio. Euro (2017) und 502,6 Mio. Euro (2022). In Variante 9 steigen die Ausgaben – bezogen auf den gesamten Freistaat – auf 2,1 Mrd. Euro (2022) an. Die Implikationen der weiteren Varianten sind in Abbildung 89 zu erkennen.

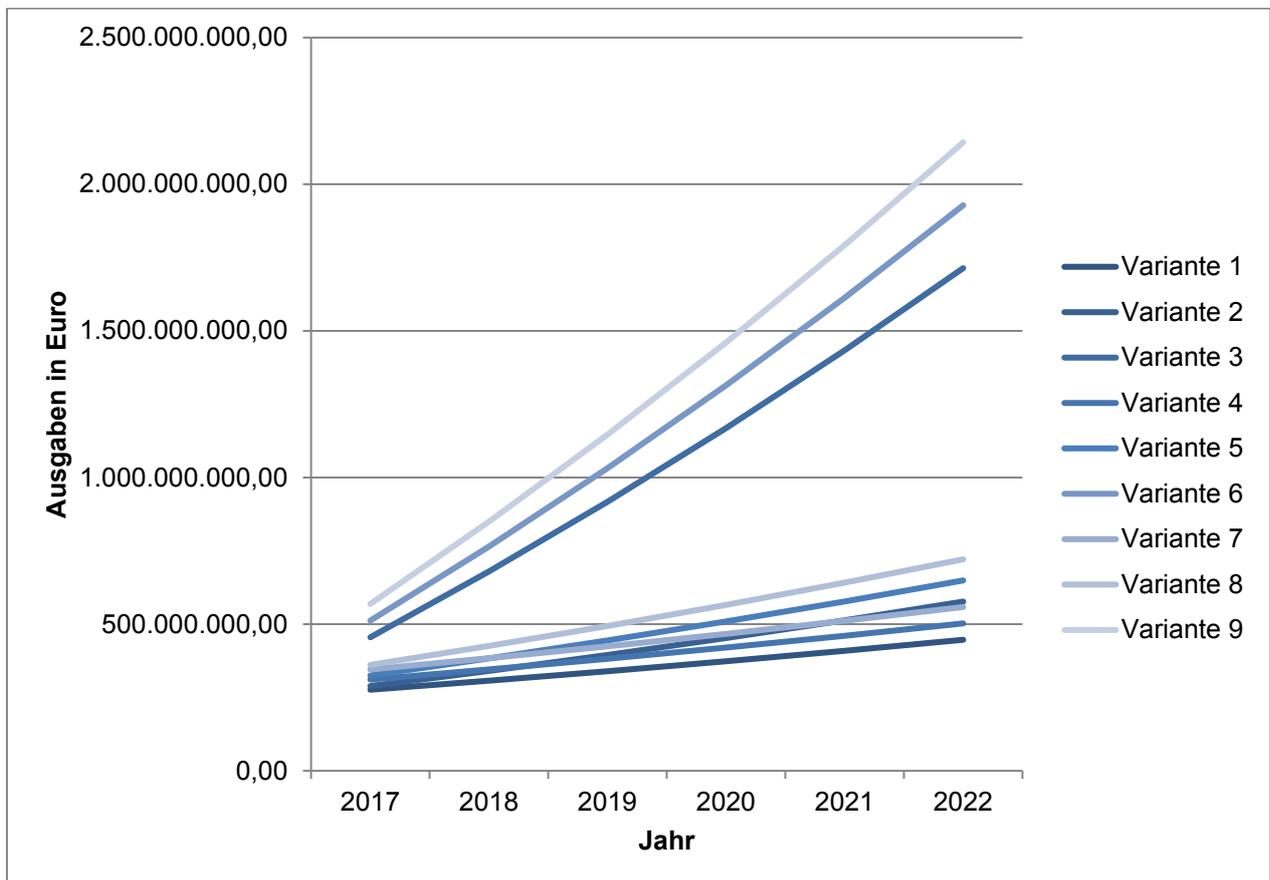


Abbildung 89: Ausgaben der Gesundheitsversorgung von Personen, die das Asylverfahren beendet haben und Gesundheitsleistungen beanspruchen können in Bayern in Euro, 2017-2022

Quelle: Eigene Darstellung

Annahme für alle Varianten: Durchschnittskosten pro Person: 1.843,30 Euro (2017), 1.898,60 Euro (2018), 1.955,56 Euro (2019), 2.014,22 Euro (2020), 2.074,65 Euro (2021), 2.136,89 Euro (2022); **Variante 1:** Population: Unteres Szenario: 110.000 Menschen/ Jahr; Integrationsfaktor: 80 %; **Variante 2:** Population: Mittleres Szenario: 200.000 Menschen/ Jahr; Integrationsfaktor: 80 %; **Variante 3:** Population: Oberes Szenario: 890.000 Menschen/ Jahr; Integrationsfaktor: 80 %; **Variante 4:** Population: Unteres Szenario: 110.000 Menschen/ Jahr; Integrationsfaktor: 90 %; **Variante 5:** Population: Mittleres Szenario: 200.000 Menschen/ Jahr; Integrationsfaktor: 90 %; **Variante 6:** Population: Oberes Szenario: 890.000 Menschen/ Jahr;

Integrationsfaktor: 90 %; **Variante 7:** Population: Unteres Szenario: 110.000 Menschen/ Jahr; Integrationsfaktor: 100 %; **Variante 8:** Population: Mittleres Szenario: 200.000 Menschen/ Jahr; Integrationsfaktor: 100 %; **Variante 9:** Population: Oberes Szenario: 890.000 Menschen/ Jahr; Integrationsfaktor: 100 %.

4.8.4.2. Strukturkomponentenanalyse

Individualdaten zu Asylbewerbern, deren Gesundheitsversorgung von Beginn an durch Krankenkassen organisiert wird, zeigen, inwiefern Durchschnittskosten mit Blick auf bestimmte Teilpopulationen und deren Merkmalsausprägungen schwanken.

Tabelle 98 zeigt die durchschnittlichen Kosten des vollständigen Datensatzes basierend auf vier Altersgruppen und fünf Leistungsbereichen. Es ist ersichtlich, dass die aggregierten Durchschnittskosten je Versichertem mit steigender Altersgruppe zunehmen.

Tabelle 98: Durchschnittskosten je Versichertem nach Altersgruppen und Leistungsbereichen, in Euro

Altersgruppe	Anzahl	Arzt	Arznei- mittel	Kranken- haus	Sonstiges	Summe
< 18 Jahre	545	74,17	58,72	385,09	75,56	593,54
18 – 39 Jahre	14.996	67,95	88,47	1083,58	110,05	1.350,06
40 – 64 Jahre	3.159	119,76	243,11	1959,49	221,16	2.543,52
> 64Jahre	374	335,57	585,62	3512,00	500,37	4.933,55

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 99 zeigt die zu Tabelle 98 korrespondierende Ausgabenstruktur, aus der zum Beispiel die relative Bedeutung ärztlicher Leistungen für junge Asylbewerber und die besondere Relevanz von Krankenhausleistungen für Personen zwischen 18 und 39 Jahren deutlich wird.

Tabelle 99: Ausgabenstruktur nach Altersgruppen in Prozent

Altersgruppe	Arzt	Arzneimittel	Krankenhaus	Sonstiges
< 18 Jahre	12,5	9,9	64,9	12,7
18 – 39 Jahre	5,0	6,6	80,3	8,2
40 – 64 Jahre	4,7	9,6	77,0	8,7
> 64Jahre	6,8	11,9	71,2	10,1

Quelle: Eigene Darstellung

In Tabelle 100 werden zusätzliche Implikationen in Hinblick auf das Geschlecht ersichtlich.

Tabelle 100: Durchschnittskosten je Versichertem nach Geschlecht, Altersgruppen und Leistungsbereichen, in Euro

Alters- gruppe	Anzahl	Geschlecht	Arzt	Arznei- mittel	Kranken- haus	Sonstiges	Summe
< 18 Jahre	416	männlich	61,02	23,64	274,61	61,32	420,58
	129	weiblich	55,57	148,24	466,74	60,16	730,72
18 – 39 Jahre	12.719	männlich	45,51	78,49	888,20	84,64	1.096,84
	2.277	weiblich	147,79	65,74	1.286,78	167,37	1.667,68
40 – 64 Jahre	2.278	männlich	76,31	142,48	1.556,65	118,65	1.894,09
	881	weiblich	155,77	360,83	1.444,47	367,58	2.328,64
> 64Jahre	174	männlich	219,29	309,90	1.930,06	208,48	2.667,72
	200	weiblich	217,45	515,60	2.958,23	545,84	4.237,11

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 101 zeigt die zu Tabelle 97 korrespondierende Ausgabenstruktur für männliche, Tabelle 102 für weibliche Asylbewerber.

Tabelle 101: Ausgabenstruktur männliche Asylbewerber nach Altersgruppen in Prozent

Altersgruppe	Arzt	Arzneimittel	Krankenhaus	Sonstiges
< 18 Jahre	14,5	5,6	65,3	14,6
18 – 39 Jahre	4,2	7,2	81,0	7,7
40 – 64 Jahre	4,0	7,5	82,2	6,3
> 64 Jahre	8,2	11,6	72,4	7,8

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 102: Ausgabenstruktur weibliche Asylbewerber nach Altersgruppen in Prozent

Altersgruppe	Arzt	Arzneimittel	Krankenhaus	Sonstiges
< 18 Jahre	7,6	20,3	63,9	8,2
18 – 39 Jahre	8,9	3,9	77,2	10,0
40 – 64 Jahre	6,7	15,5	62,0	15,8
> 64 Jahre	5,1	12,2	69,8	12,9

Quelle: Eigene Darstellung

Die im Rahmen der Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen in Berlin mit einer Aufenthaltsdauer von weniger als 16 Monaten in Deutschland entstandenen Gesamtausgaben pro Patient in den ersten drei Quartalen 2016 sind in Abbildung 90 in aufsteigender Reihenfolge von links nach rechts dargestellt. Es ist ersichtlich, dass die Ausgaben für einen Großteil der versorgten Asylbewerber sehr gering sind. Jedoch gibt es einige Fälle mit sehr hohen Ausgaben.

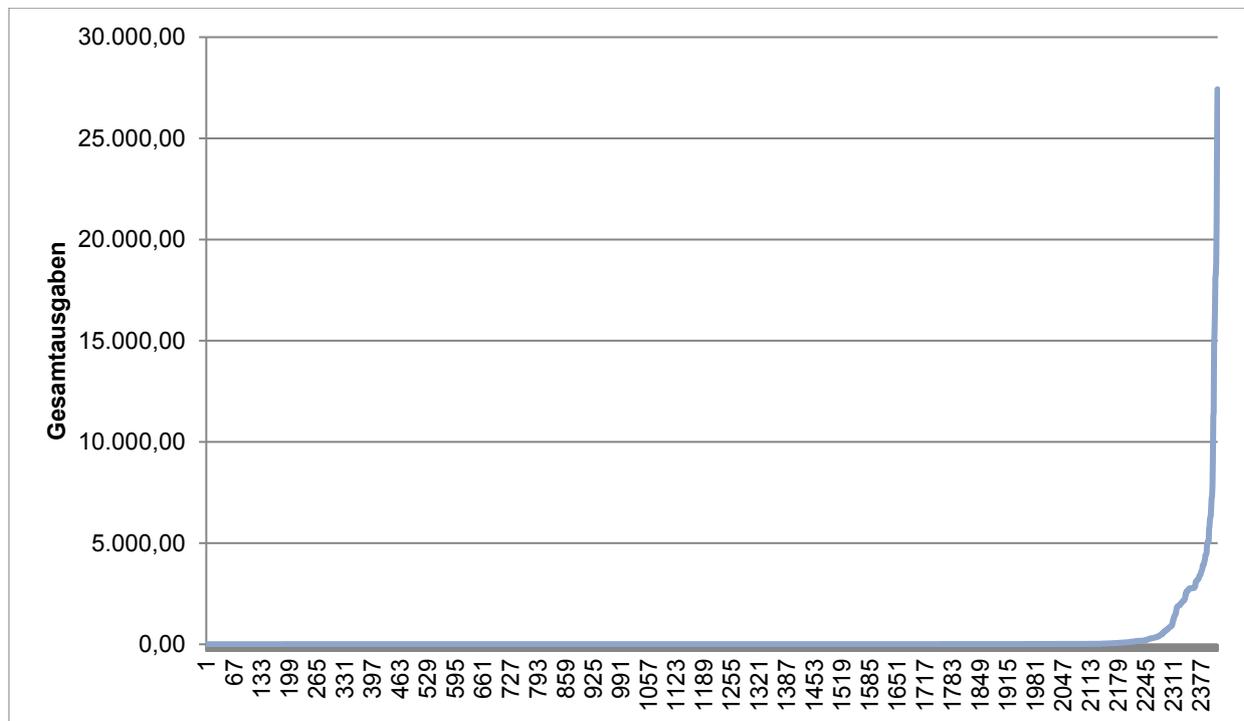


Abbildung 90 Gesamtausgaben pro Asylbewerber in Berlin in den Quartalen 2016 I-III
 Daten: SBK (2017)

In der nachfolgenden Tabelle 103 sind die Ausgabenstrukturen von Personen mit den Herkunftsländern Afghanistan, Irak und Syrien im Vergleich zum kompletten Datensatz dargestellt. Aufgrund der teilweise geringen Anzahl der Beobachtungen (n) enthalten die Zellen zusätzliche Angaben zur Streuung (Standardabweichung).

Tabelle 103: Ausgabenstruktur bezüglich verschiedener Personengruppen aus wichtigen Herkunftsländern, in Prozent

Leistungsbereich	Herkunftsländer			
	Gesamter Datensatz (n = 1.623)	Afghanistan (n = 92)	Irak (n = 136)	Syrien (n = 102)
Ärztliche Leistungen	23,9 (1,9)	30,4 (5,3)	19,9 (4,8)	29,6 (4,2)
Arzneimittel	21,1 (2,9)	22,6 (9,4)	34,9 (9,4)	13,0 (4,4)
Dialyse	0,8 (0,4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Krankenhaus	31,1 (4,8)	23,5 (7,2)	22,4 (8,2)	24,6 (16,2)
Krankengeld	5,0 (1,3)	0,5 (0,2)	3,3 (8,6)	1,1 (0,9)
Zahnmedizin	10,6 (2,4)	11,0 (7,2)	6,4 (3,7)	6,4 (2,0)
Sonstige Sachleistungen	7,5 (1,2)	12,0 (3,0)	13,1 (2,2)	25,3 (11,6)

Daten: SBK (2017), Standardabweichung in Klammern.

Tabelle 104 zeigt auf Grundlage der Daten der KVB die Durchschnittskosten je behandeltem Patienten über die Quartale 2014/III bis 2016/III hinweg. Die Darstellung zeigt Unterschiede zwischen den medizinischen Fachbereichen. So sind die Durchschnittskosten von Hautärzten vergleichsweise gering, die Ausgaben der Dialyseeinrichtungen hoch. Darüber hinaus sind auch Unterschiede mit Blick auf die Behandlung der Geschlechter erkennbar.

Tabelle 104: Durchschnittliche Quartalskosten je behandeltem Patient nach Fachbereich und Geschlecht, Quartal 2014 III – 2016 III in Euro

Fachbereich	Geschlecht	
	Männer	Frauen
Anästhesisten	201,32	175,18
Augenärzte	37,87	35,89
Chirurgen	74,86	64,45
Frauenärzte	46,71	136,43
HNO-Ärzte	58,63	47,72
Hautärzte	26,70	24,65
Kinder- und Jugendärzte	78,96	72,42
MKG-Chirurgen	216,10	155,08
Nervenärzte und Neurologen	87,79	82,05
Neurologen	71,82	70,71
Psychiater	137,79	129,41
Kinder- und Jugendpsychiater	246,25	218,85
Neurochirurgen	80,30	73,78

Fachbereich	Geschlecht	
	Männer	Frauen
Orthopäden	53,96	48,57
Pathologen/ Neuropathologen	36,02	18,03
Psychotherapeutisch tätige Ärzte	173,48	156,20
Radiologen	88,69	86,84
Urologen	69,59	59,85
Nuklearmediziner	155,80	98,83
FA Physikalische und Rehabilitative Medizin	52,65	49,13
sonstige Ärzte	13,37	0,00
berechtigter Arzt in Einrichtung	227,93	0,00
ärztlich geleitete Einrichtungen	43,03	38,82
Dialyse Einrichtungen	3.913,03	4.635,92
Notärzte	98,85	82,36
Humangenetiker	929,96	544,81
Transfusionsmediziner	59,95	17,30
fachärztliche Internisten ohne SP	80,97	80,97
fachärztliche Internisten mit SP Angiologie	90,70	68,84
fachärztliche Internisten mit SP Endokrinologie	65,36	62,11
fachärztliche Internisten mit SP Gastroenterologie	81,06	77,70
fachärztliche Internisten mit SP Hämatologie/Onkologie	213,72	204,98
fachärztliche Internisten mit SP Kardiologie	98,59	83,09
fachärztliche Internisten mit SP Nephrologie	642,33	705,91
fachärztliche Internisten mit SP Pneumologie	62,44	54,57
fachärztliche Internisten mit SP Rheumatologie	75,45	84,08
Laborärzte	36,51	31,33
Strahlentherapeuten	1.145,98	1.451,32
Psychotherapeuten	423,67	277,10
Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten	477,35	398,92
Hausärzte	54,91	51,38

Daten: KVB (2017a)

Tabelle 105 zeigt eine Gegenüberstellung der Durchschnittskosten je behandeltem Patient bezüglich siedlungsstruktureller Kreistypen. Es ist ersichtlich, dass sich die Ausgaben über die vier Kreistypen hinweg in der gleichen Größenordnung bewegen. Jedoch sind in Hinblick auf die abgerechneten Ausgaben je Fachbereich Unterschiede zu erkennen.

Tabelle 105: Durchschnittliche Quartalsausgaben je behandeltem Patient nach Fachbereich und Kreistyp, Quartal 2014 III – 2016 III in Euro

Fachbereich	Kreistypen			
	1	2	3	4
Anästhesisten	188,93	208,70	201,44	204,70
Augenärzte	40,21	38,18	37,52	38,84
Chirurgen	77,06	73,01	72,75	74,69

Ermittlung der Zusätzlichen Kapazitäten und Kompetenzen

Fachbereich	Kreistypen			
	1	2	3	4
Frauenärzte	155,65	151,08	158,37	157,56
HNO-Ärzte	58,02	55,51	57,03	59,70
Hautärzte	29,70	26,17	24,24	28,17
Kinder- und Jugendärzte	81,05	77,78	80,64	81,51
MKG-Chirurgen	153,75	189,54	232,21	202,92
Nervenärzte und Neurologen	96,17	92,20	80,42	82,83
Neurologen	82,19	74,83	67,05	71,56
Psychiater	153,73	129,27	120,94	112,54
Kinder- und Jugendpsychiater	264,32	210,60	262,41	260,44
Neurochirurgen	80,79	77,98	73,42	81,65
Orthopäden	54,53	55,33	52,89	55,05
Pathologen/ Neuropathologen	24,44	29,66	25,25	26,27
Psychotherapeutisch tätige Ärzte	149,62	168,97	208,58	131,35
Radiologen	103,97	85,28	89,51	88,01
Urologen	61,03	64,37	71,79	80,60
Nuklearmediziner	149,51	146,32	117,98	131,94
FA Physikalische und Rehabilitative Medizin	59,96	51,44	44,34	47,78
sonstige Ärzte	0,00	7,08	4,27	0,00
berechtigter Arzt in Einrichtung	217,87	0,00	10,05	0,00
ärztlich geleitete Einrichtungen	44,89	42,55	40,76	44,86
Dialyse Einrichtungen	5.242,30	4.171,90	3.780,85	4.005,33
Notärzte	77,54	104,90	77,55	99,70
Humangenetiker	510,39	1.199,74	456,79	281,01
Transfusionsmediziner	118,62	32,17	13,23	26,32
fachärztliche Internisten ohne SP	84,36	74,22	79,49	94,79
fachärztliche Internisten mit SP Angiologie	93,37	56,59	63,76	50,28
fachärztliche Internisten mit SP Endokrinologie	64,27	44,51	71,01	59,21
fachärztliche Internisten mit SP Gastroenterologie	98,70	74,00	77,30	83,50
fachärztliche Internisten mit SP Hämatologie/Onkologie	175,67	234,52	134,32	204,66

Fachbereich	Kreistypen			
	1	2	3	4
fachärztliche Internisten mit SP Kardiologie	107,17	90,82	93,16	97,08
fachärztliche Internisten mit SP Nephrologie	635,44	747,12	1.722,43	139,33
fachärztliche Internisten mit SP Pneumologie	64,48	57,68	67,02	61,32
fachärztliche Internisten mit SP Rheumatologie	64,61	89,94	94,19	76,37
Laborärzte	1.612,51	1.407,03	820,43	1.126,16
Strahlentherapeuten	40,66	38,10	31,27	30,86
Psychotherapeuten	327,13	437,12	379,10	323,51
Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten	500,96	420,72	407,78	385,93
Hausärzte	61,13	54,63	53,36	54,42

Daten: KVB (2017a)

Siedlungsstrukturelle Kreistypen: 1= Kreisfreie Großstädte; 2= Städtische Kreise; 3= Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen; 4= Dünn besiedelte ländliche Kreise

Tabelle 106 präsentiert Angaben zur Krankheitslast der zehn Patienten im Bereich der KVB, die im Zeitraum 2014, 3. Quartal bis zu 2016, 3. Quartal, die höchsten Ausgaben verursachen. Ein detaillierter Blick auf die korrespondierende Morbidität zeigt, dass die Betroffenen an zahlreichen (chronischen) Krankheiten leiden. Diese zehn Personen verursachen in neun Quartalen Ausgaben im Umfang von insgesamt 689.785,45 Euro, wobei Ausgaben in anderen Leistungsbereichen außerhalb der Zuständigkeit der KVB (z.B. Krankenhaus) nicht berücksichtigt sind.

Tabelle 106: Krankheitslast der 10 Patienten mit den höchsten Gesamtausgaben 2014/III – 2016/III in Euro

PatientenID	Gesamtausgaben	Geschlecht	Altersgruppe
A1	124.077,60	weiblich	0-18 Jahre
A2	65.445,63	weiblich	18-39 Jahre
A3	65.421,25	männlich	18-39 Jahre
A4	65177,62	weiblich	über 64Jahre
A5	65.134,82	männlich	40-64 Jahre
A6	62.917,98	männlich	40-64 Jahre
A7	62.788,61	weiblich	18-39 Jahre
A8	61.054,20	männlich	40-64 Jahre
A9	59.196,35	männlich	40-64 Jahre
A10	58.571,39	männlich	18-39 Jahre

Daten: KVB (2017)

4.8.5. Diskussion

4.8.5.1. Ausgangssituation

4.8.5.1.1. Ausgaben für die Haushalte des Freistaats und die Kommunen

Aufgrund fehlender umfassender Informationen bezüglich der Ausgaben der Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern in Bayern sind Angaben aus der Asylbewerberleistungsstatistik als Näherungsgrößen gewählt. Die auf dieser Grundlage ermittelten Durchschnittskosten für Personen mit vermindertem und analogen Leistungsanspruch nach dem AsylbLG streuen insgesamt zwischen 714,43 Euro und 3.265,06 Euro (Mittelwert: 1.541,88 Euro) und sind vergleichbar mit den bundesweiten Referenzwerten (2016) für Flüchtlinge, die von den Krankenkassen betreut werden. Die in elf Bundesländern ermittelten Durchschnittskosten schwanken zwischen 837,27 Euro und 3.738,07 Euro.

Die Auswertung der Ausgabendaten zu in Anspruch genommenen Leistungen der Krankenhilfe sowie sonstiger Leistungen der Jahre 2013 bis 2016 zeigt, dass sich das Volumen der Gesamtausgaben in Übereinstimmung mit der Zahl der Empfänger entwickelt hat. Bezogen auf Leistungen gemäß §§ 4 und 6 AsylbLG steigen die aggregierten Gesamtausgaben auf der Ebene des Freistaats von 88,0 Mio. Euro (2014) auf 184,4 Mio. Euro (2016) deutlich an.

Dabei übersteigen die durchschnittlichen Ausgaben im Bereich stationärer Krankenhilfe diejenigen der ambulanten Krankenhilfe im vergleichsweise geringen Ausmaß, wobei die Ausgaben mit Blick auf Leistungen im stationären Sektor jedoch stärker streuen. Die sonstigen Leistungen gemäß § 6 AsylbLG werden in der Analyse mit berücksichtigt, um weitere gesundheitsbezogenen Ausgaben, für die keine konkreten Informationen vorliegen, zu erfassen. Die Auswertung zeigt, dass die Höhe dieser Leistungen sehr stark variiert. Für den Zeitraum 2014-2016 ist erkennbar, dass deren Umfang beziehungsweise die damit einhergehenden Durchschnittskosten im Zeitablauf je Leistungsempfänger gesunken sind. Dies kann daran liegen, dass entsprechende Leistungen mit zunehmender Anzahl der Asylbewerber selektiver gewährt werden.

Die ermittelte **starke Streuung der Durchschnittskosten** steht im Einklang mit anderen Analysen, beispielsweise den in einer Umfrage bei den Kommunen in Nordrhein-Westfalen durch den Westdeutschen Rundfunk ermittelten Gesundheitsausgaben pro Flüchtling (WDR 2016). Wie die Analyse bezüglich Bayern zeigt, sind die Durchschnittskosten mit der Referenzgröße „Leistungsempfänger von §4 Leistungen“ wesentlich höher im Vergleich zur Zahl der „Leistungsempfänger gemäß § 1 AsylbLG“. Es kann davon ausgegangen werden, dass **besondere Charakteristika der Asylbewerber**, wie etwa deren **Alter, Geschlecht und Krankheitslast** diese **Unterschiede erklären können**.

Die Auswertungen auf Grundlage detaillierter Daten von Krankenkassen, die Asylbewerber in anderen Bundesländern von Anfang an betreuen, zeigen, dass

- die Durchschnittskosten im Trend mit zunehmender Altersgruppe ansteigen,
- die Durchschnittskosten der Gesundheitsversorgung für männliche Flüchtlinge in allen Altersgruppen unterhalb derer weiblicher Personen liegen,
- die Bedeutung der Krankenhauskosten mit zunehmendem Alter zunächst ansteigt, im Alter jedoch wieder etwas an Relevanz einbüßt,
- in Hinblick auf die Ausgabenstruktur bei Frauen tendenziell die Krankenhauskosten gegenüber Männern weniger stark ins Gewicht fallen. Bei Frauen findet sich eine vergleichsweise höhere Relevanz von Arzneimittelausgaben – und vor allem sonstiger Leistungen, zu denen auch Hilfe für werdende Mütter und Wöchnerinnen (stationär) zählt,
- die Gesundheitsversorgung zahlreicher Asylbewerber mit sehr geringen Ausgaben einhergeht. Sprechstundenbedarf ist die am häufigsten in Anspruch genommene Form,
- es einen geringen Anteil an Asylbewerber gibt, deren Gesundheitsversorgung mit hohen Ausgaben in Verbindung steht.

Krankenkassendaten Berliner Asylbewerber mit einer Aufenthaltsdauer in Deutschland von weniger als 16 Monaten zeigen, dass 20 (von 2.416) Personen mit der umfangreichsten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (= 0,8 %) für 45,6 % der Ausgaben in Höhe von insgesamt 572.000 Euro verantwortlich sind. Tabelle 107 verdeutlicht im Vergleich mit regulären SBK Versicherten die Ausgabenunterschiede bezüglich Patienten, die im Krankenhaus behandelt wurden. Dazu wurden die Ausgaben in Hinblick auf ein Versichertenjahr standardisiert.

Tabelle 107: Ausgaben der Krankenhausbehandlung von SBK-Asylbewerbern vs. regulären SBK Versicherten in Euro

SBK Versicherte			SBK-Asylbewerber		
Ausgabengruppe	Verteilung (Fälle)	Verteilung (%)	Ausgabengruppe	Verteilung (Fälle)	Verteilung (%)
1) bis 1.000 €	24.833	13 %	1) bis 1.000 €	8	6 %
2) 1.000 bis 1.999€	47.419	24 %	2) 1.000 bis 1.999€	3	2 %
3) 2.000 bis 2.999€	72.501	37 %	3) 2.000 bis 2.999€	13	10 %
4) 3.000 bis 2.999€	33.896	17 %	4) 3.000 bis 2.999€	26	21 %
5) 4.000 bis 2.999€	13.161	7 %	5) 4.000 bis 2.999€	36	29 %
6) 5.000 bis 2.999€	2.688	1 %	6) 5.000 bis 2.999€	13	10 %
7) > 20.000€	3.921	2 %	7) > 20.000€	26	21 %
Gesamt	198.419	100 %	Gesamt	125	100 %

Daten: SBK (2017)

Analog zur Abbildung 90 sind in Abbildung 91 die Gesamtausgaben pro Asylbewerber in den ersten 15 Monaten dargestellt, jedoch ohne die Ausgaben-intensiven Patienten. Die Kurve verläuft relativ flach und steigt auch weniger stark an.

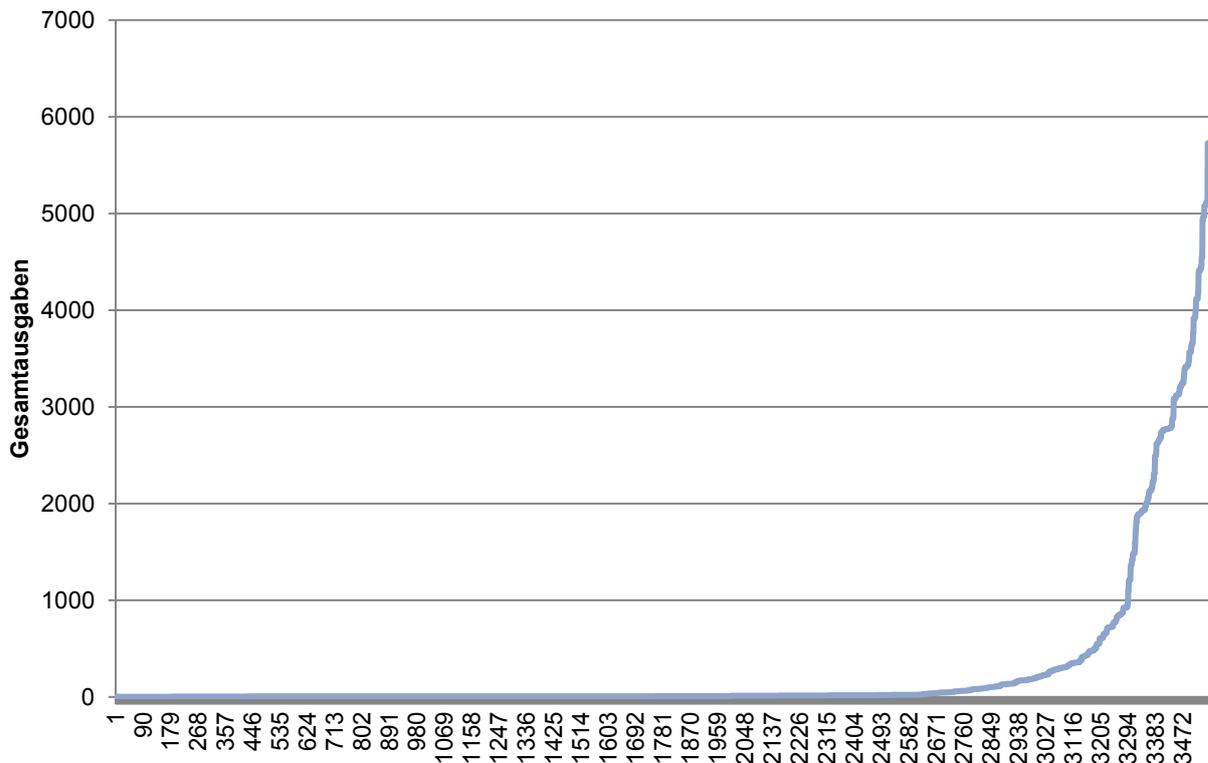


Abbildung 91 Gesamtausgaben pro Asylbewerber in Berlin in den Quartalen 2016 I-III in Euro

Daten: SBK (2017)

Werden die Gesamtausgaben vor diesem Hintergrund bereinigt, so zeigt sich, dass dies wesentliche Auswirkungen auf die Ausgabenstruktur in den einzelnen Leistungsbereichen hat. Der Ausgabenblock „Krankenhausbehandlung“ sinkt von 75,7 % auf 59,3 %. Der Anteil der stationären Krankenbehandlung nähert sich damit dem Wert an, den auch die Asylbewerberleistungsstatistik ausweist.

Die **Mengenentwicklung in den untersuchten Leistungsbereichen bewegt sich weitgehend gleichförmig**. Dazu zählt auch die zahnmedizinische Versorgung. Aus den Berechnungen wird deutlich, dass die Positionen, die nicht mit Punkten, sondern mit festen Euro-Beträgen vergütet werden, wie beispielsweise Wegegelder und Reiseentschädigungen, stark angestiegen sind. Während die Vergütung pro Fall seit 2013 etwa um 25 Euro/Quartal angestiegen ist, zeichnet sich in Hinblick auf Leistungsempfänger nach dem AsylbLG eine höhere Schwankungsbreite ab. Bedeutende Mengensteigerungen zwischen dem 1.Quartal 2013 und dem 1.Quartal 2016 finden sich bei der BEMA Geb. Nr. 28 (Exstirpation der vitalen Pulpa, je Kanal) um 1.192 %, Nr. 45 (Entfernen eines tieffrakturierten Zahnes einschließlich Wundversorgung) um 1.085 % und Nr. 32 (Aufbereiten des Wurzelkanalsystems, je Kanal) um 1.073 %.

Ein zusätzlicher wichtiger Bereich bezüglich der Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern ist der Öffentliche Gesundheitsdienst. Diesbezüglich ist die Ausgangssituation in den verschiedenen Landkreisen sehr unterschiedlich. So verfügen Landkreise mit vorhandenen Aufnahmeeinrichtungen über bessere Strukturen und Organisationen, und haben deshalb vermutlich geringere Kosten. Landkreise, die Notaufnahmeeinrichtungen betreiben, müssen sich zusätzliche Leistungen kurzfristig einkaufen.

ÖGD-Mitarbeiter werden für zahlreiche Aufgaben eingesetzt. Die verfügbaren Informationen zeigen, dass bei angenommenen mittleren Durchschnittskosten von etwa 64 Euro pro Asylbewerber sich die Gesamtausgaben in Bayern insgesamt auf etwa 700.00 bis 800.000 Euro (2016) belaufen. Diesbezügliche Ausgaben müssen budgetär mitberücksichtigt werden.

4.8.5.1.2. Ausgaben für die Gesetzliche Krankenversicherung

Die Auswertungen auf Grundlage von Krankenkassen, die Asylbewerber in anderen Bundesländern von Anfang an betreuen, liefern Hinweise auf Unterschiede bezüglich der Durchschnittskosten von Asylbewerber vor und nach der Anerkennung.

- Personen mit Wechsel des Versichertenstatus (nach Abschluss des Verfahrens) induzieren im Durchschnitt in allen Altersgruppen geringere Ausgaben als Personen, die über die gesamte Beobachtungszeit als Asylbewerber geführt werden. Es bestehen Hinweise darauf, dass **Flüchtlinge nach dem Eintreffen in Deutschland durchaus** zunächst, trotz des eingeschränkten Versorgungsanspruchs, **höhere Ausgaben verursachen**. Dabei implizieren **schwere Einzelfälle** hohe Ausgaben, die zu einem Anstieg der Durchschnittskosten führen. Dennoch fragt ein Großteil der Flüchtlinge nur in sehr geringem Umfang Gesundheitsleistungen nach.
- Im Fall von Personen ohne Wechsel im Versichertenstatus zeigen sich Unterschiede zwischen Männern und Frauen, die teilweise vom oben dargestellten Trend abweichen. Insgesamt induzieren im Durchschnitt nur Männer in den beiden unteren Altersgruppen geringere Ausgaben. Im Durchschnitt betrachtet verursachen Frauen ab 40 Jahre geringere Ausgaben. Die höheren Kosten werden im jungen Alter von deutlich höheren durchschnittlichen Ausgaben für Arzneimittel beziehungsweise der Krankenhausbehandlung verursacht, in der zweiten Altersgruppe vor allem durch bedeutend höhere sonstige Leistungen, was auf die Implikationen von Schwangerschaft und Geburt hinweist. In Hinblick auf die Ausgabenstruktur fällt für junge weibliche Personen der übermäßig hohe Anteil der Arzneimittelausgaben auf, wobei die höheren Durchschnittskosten im Krankenhaus aufgrund einer geringeren Anzahl der Behandlungen nicht durchschlagen.

- Auch in Hinblick auf Personen mit einem Wechsel im Versichertenstatus sind Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Versicherten erkennbar, die sich vom allgemeinen Trend absetzen. Zwar sind die durchschnittlichen Kosten pro Jahr von Männern deutlich unterhalb der von Frauen, doch ist dieses Verhältnis im hohen Alter umgekehrt. Dieser Effekt ist vergleichbar mit Analysen bezüglich regulärer GKV-Versicherter in Deutschland (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009). Die gesamten Durchschnittskosten von Männer im Alter von mehr als 64 Jahren ist mit 5.469,33 EUR über 2.000 Euro pro Jahr höher als die von Frauen in derselben Altersgruppe (3.401,00 EUR). Der Ausgabeneffekt im hohen Alter wird dabei vor allem durch teure Krankenhausbehandlungen verursacht. In Hinblick auf die Ausgabenstruktur ist die besondere Bedeutung von Arzneimittel für Frauen im höheren Alter erkennbar.

Bei der Analyse der Bedeutung der Herkunftsländer für die korrespondierenden Durchschnittskosten sowie deren aggregierten Ausgaben wird ebenfalls deutlich, dass diese von den spezifischen Merkmalen und Charakteristika abhängen. Die Daten über Menschen aus Syrien (n = 102) beziehen sich vor allem auf Männer (60,8 %) mit einer Mitgliedschaft in einer Krankenkasse von 1-2 Jahren (50,9 %), die zwischen 18 und 39 Jahren alt sind (58,9 %). Bei Personen mit dem Herkunftsland Afghanistan dominiert noch stärker das männliche Geschlecht (73,9 %), wobei auch hier die Versicherten vorrangig der Altersgruppe 18-39 Jahre angehören (65,2 %), jedoch die Dauer der Mitgliedschaft in den Krankenkassen nicht auf die beiden letzten Jahre (insgesamt 25 %) konzentriert ist. 48,9 % (36,3 %) der Afghanen (Syrier) sind sozialversicherungspflichtig beschäftigt, 13,0 % (43,1 %) ALG II Pflichtversicherte und 3,3 % (2,9 %) Bezieher von Arbeitslosengeld.

4.8.5.2. Künftige Ausgabenentwicklung

Im Vergleich zur Ausgangssituation 2016 mit einem Ausgabenvolumen von 184,4 Mio. Euro für Leistungen gemäß §§ 4 und 6 AsylbLG sinkt das voraussichtliche Ausgabenniveau in Variante [1] auf Ebene des Freistaats infolge deutlich niedriger Durchschnittskosten als im Vorjahr im Jahr 2017 auf 22,4 Mio. Euro ab um bis 2022 wieder auf 26,0 Mio. Euro anzusteigen. Dagegen ist in Variante [9] mit den oberen Szenarien mit einem Ausgabenanstieg auf 828,8 Mio. Euro (2017) zu rechnen, deren Zuwachs vor allem auf die hohe unterstellte Zuwanderung zurückzuführen ist. Werden diese Prämissen für die Folgejahre fortgeschrieben, dann muss 2022 mit gesundheitsbezogenen Ausgaben auf Ebene des Freistaats in Höhe von 960,9 Mio. Euro gerechnet werden.

Werden diese Werte mit den geschätzten Ausgaben für den Öffentlichen Gesundheitsdienst verbunden, so variiert der **mögliche Korridor bezüglich der Gesamtausgaben**. Demzufolge steigen die Gesamtausgaben basierend auf den **kombinierten unteren Szenarien** von **22,7**

Millionen Euro (2017) auf 26,4 Millionen Euro (2022) an. Im Fall der **kombinierten oberen Szenarien** betragen die **voraussichtlichen Gesamtausgaben 842,8 Millionen Euro (2017)** beziehungsweise **977,0 Millionen Euro (2022)**. Werden Durchschnittskosten auf dem Niveau des bayerischen Durchschnitts sowie ein kontinuierlicher Zustrom von **200.000 Flüchtlingen** nach Deutschland angenommen, so erhöhen sich die voraussichtlichen Gesamtausgaben im Freistaat von **83,5 Millionen Euro (2017) auf 96,8 Millionen Euro (2022)**.

Die Analysen haben gezeigt, dass die Höhe der Durchschnittskosten und die Zahl der zu versorgenden Menschen mit Asylhintergrund die Höhe der Gesamtausgaben bestimmen. Allerdings lohnt es sich, die verschiedenen Komponenten zu disaggregieren, da dadurch zentrale Mechanismen offenkundig werden, die für die Politikgestaltung genutzt werden können.

Hinter der Mengenentwicklung verbergen sich komplexe Prozesse, die im zu Grunde liegenden Modell bis zu einem bestimmten Grad abgebildet werden können. Neben dem Bestand an Personen, die bisher bereits Leistungen nach dem AsylbLG beanspruchen und weiterhin versorgt werden, wird die Mengenentwicklung auch von Personen bestimmt, die neu hinzukommen. Im dynamischen Kontext spielt die Dauer, die Menschen im System verbleiben, ebenfalls eine Rolle. Zahlreiche der genannten Faktoren sind politische Einflussgrößen, etwa die Zahl der aufgenommenen Flüchtlinge oder die Abschiebung von Flüchtlingen, die nicht anerkannt werden. Wichtig ist dabei auch, wie schnell Menschen in die Lage versetzt werden, sich vom Status eines Versorgungsempfängers zu lösen. In sekundärer Hinsicht kann dabei danach unterschieden werden, ob es sich um einen verminderten Leistungsanspruch auf Gesundheitsleistungen oder um den GKV-analogen Fall handelt, bei dem Personen zwar Anspruch auf den vollen GKV-Leistungsumfang haben, die entsprechenden Ausgaben jedoch von den Kommunen erstattet werden müssen.

Die Gesamtausgaben für die Gesundheitsversorgung der Flüchtlinge entsprechen dem Produkt von Menge (Qualität) und Preis, wobei die Menge der Zahl der Leistungsempfänger entspricht und der Preis mit Hilfe der Durchschnittskosten dargestellt wird. Letztere werden maßgeblich durch die persönlichen Merkmale der betrachteten Personen bestimmt. Es ist bekannt, dass Menschen aufgrund persönlicher Charakteristika Gesundheitsleistungen in unterschiedlichem Umfang in Anspruch nehmen (Marschall 2004). Der Leistungsanspruch ist dabei maßgeblich vom Alter und Geschlecht abhängig (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009). Daten der Asylbewerberleistungsstatistik zeigen, dass es sich bei den Asylbewerbern, die in den letzten beiden Jahren nach Deutschland gekommen sind, vor allem um jüngere Männer handelt, die vergleichsweise wenig Gesundheitsleistungen beanspruchen. Dies hat einen dämpfenden Effekt auf die Höhe der Durchschnittsausgaben. Ändert sich die Zusammensetzung der zuwandernden Asylbewerber, so beeinflusst dies ebenfalls die Höhe der

Durchschnittsausgaben. Ein höherer Anteil von Frauen, die möglicherweise schwanger werden, kann zu einem deutlichen Anstieg der Ausgaben führen.

Alter und Geschlecht haben auch Folgen für die Wahrnehmung der eigenen Gesundheit und stellen deshalb maßgebliche Kriterien dar, ob ein Mangel an Gesundheit sich zum Bedarf entwickelt, der eine entsprechende Nachfrage nach sich zieht. An dieser Stelle kann Gesundheitsbildung und Aufklärung ansetzen, insbesondere dann, wenn dadurch das Volumen an künftiger Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen reduziert wird. Ob der damit einhergehende Gewinn, also die Verminderung künftiger Krankheitsausgaben, auch wirklich realisiert wird, ist abhängig davon, ob die betrachteten Personen in Deutschland verbleiben. Der Gesetzgeber hat in der Vergangenheit beschlossen, den Leistungsanspruch in der ersten Zeit (gegenwärtig 15 Monate) zu reduzieren, um dadurch keine Fehlanreize zu setzen. Im Hinblick auf das „Bremer Modell“ hat sich gezeigt, dass die Versorgung der Patienten über die AOK zu Ausgabeneinsparungen gegenüber der Administrierung über die Sozialämter führt (Bozorgmehr und Razum 2015a). Werden die Durchschnittskosten der Krankenhilfe ermittelt, so muss in diesem Fall aber auch die Verwaltungskostenpauschale und die konkrete Ausgestaltung des Leistungspakets, das unter Umständen vom Leistungsumfang nach §4 AsylbLG abweichen kann, erfasst werden.

Preis- und Mengeneffekte, die über unterschiedliche Vorzeichen verfügen, können sich kompensieren. So ist es möglich, dass ein höherer Zustrom an Asylbewerbern, die jung und gesund sind, geringere Auswirkungen auf die Gesamtausgaben hat als ein niedrigerer Zustrom an Asylbewerbern, die über einen schlechteren Gesundheitszustand verfügen.

Die bisherigen Überlegungen fokussieren auf die Ausgaben der Gesundheitsversorgung. Ökonomisch gesehen können Asylbewerber zumindest temporär zu einer finanziellen Belastung der öffentlichen Haushalte beitragen.

In Hinblick auf Asylbewerber mit vermindertem Leistungsanspruch und Personen nach Ende der Wartezeit, also GKV-analogen Fällen, entsprechen die ermittelten Ausgaben den korrespondierenden Ausgaben der öffentlichen Haushalte. Werden diese Personen reguläres Mitglied einer Krankenkasse, so ist ohne zusätzliche Hintergrundinformationen nicht klar, ob und in welchem Umfang sie zusätzliche Ausgaben für das die Krankenkassen induzieren. Im Bereich der ambulanten Versorgung ist die Gesamtvergütung, die zwischen den Krankenkassen und der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung vereinbart wird, die maßgebliche Bezugsgröße. Durch die Gesamtvergütung werden die planbaren Leistungen abgegolten. Bezugsgröße hierfür ist der Behandlungsbedarf, der sich aus dem Leistungsvolumen des Vorjahres ergibt, der mit Hilfe einer morbiditätsbedingten und einer demographischen Veränderungsrate fortgeschrieben wird. Vor dem Hintergrund der gegenwärtigen Profile der Asylbewerber kann ceteris paribus eine Entlastung erwartet werden. Bedeutsam ist dabei, ob

und inwiefern Asylbewerber im Rahmen der Vergütungsvereinbarung adäquat berücksichtigt werden.

Bezüglich der Ermittlung künftiger Ausgaben spielt der mögliche Familiennachzug eine bedeutende Rolle. Die Auswertungen haben gezeigt, dass die Ausgabenstruktur und –höhe maßgeblich von bestimmten Merkmalen der Flüchtlinge abhängen. Die Analyse der Ausgaben von Krankenhausbehandlungen hat deutlich gemacht, dass Einzelfälle für die Gesamtausgaben durchaus bedeutend sein können. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt kann über den Gesundheitszustand potenziell nachziehender Familienangehörigen nur spekuliert werden. Die Szenarien zeigen, dass es bei bestimmten Fällen, trotz eines eingeschränkten Leistungsanspruchs durchaus zu deutlichen Erhöhungen der Gesamtausgaben kommen kann. Es bedarf weiterer Studien, welche die Ursachen für die hohe Krankheitslast der skizzierten Einzelfälle analysieren. Zwar ist es denkbar, dass die Erkrankungen unabhängig vom Flüchtlingsstatus sind, jedoch besteht auch die Möglichkeit, dass die hohe Krankheitslast durch die Flucht bedingt ist. Es gibt viele Hinweise auf die Relevanz seelischer Erkrankungen. Darüber hinaus bestehen Unschärfen, die mit dem verfügbaren Datenmaterial nicht aufgeklärt werden können. So gibt es Hinweise darauf, dass sich durchschnittlichen Ausgaben von Asylbewerbern in Hinblick auf ihre Anwesenheit in Deutschland unterscheiden können. Demnach können Neuankömmlinge kränker sein als Personen, die sich bereits länger in Deutschland aufhalten. Der entsprechende Effekt kommt in Daten nicht vom Vorschein, in denen weder nach der Aufenthaltsdauer noch nach dem Status (GKV analoger Fall oder nicht) differenziert wird.

4.8.5.3. Limitationen

Das verwendete Datenmaterial besitzt Schwachpunkte. Deshalb müssen die Aussagen mit Vorsicht interpretiert werden und können nicht notwendigerweise verallgemeinert werden.

So beschränken sich die hier dargestellten Ausgaben auf die laufenden Ausgaben. Investive Ausgaben werden ausgeblendet. Der Informationsgehalt der Angaben zu den gewährten Leistungen nach AsylbLG ist sehr gering. Die Meldedaten der Kommunen wie auch die Asylbewerberleistungsstatistik ermöglichen nur sehr grob die Identifikation von Ausgaben für Gesundheitsleistungen. Die Daten klassifizieren Gesundheitsleistungen, die von Asylbewerbern in Anspruch genommen werden, auch nicht vor dem Hintergrund des reduzierten Leistungsanspruchs gemäß § 4 AsylbLG beziehungsweise in Anspruch genommener Leistungen im GKV-analogen Fall gemäß § 2 AsylbLG. Demzufolge kann anhand dieser Daten keine Aussage abgeleitet werden, ob ein verbesserter Zugang zum deutschen Gesundheitswesen zu einer höheren Inanspruchnahme führt. Diesbezüglich sind auch die Daten der Leistungserbringung nur wenig aussagekräftig, da Asylbewerber noch bis unlängst nicht umfassend erfasst wurden.

Die vorhandenen Daten der Leistungen für Asylbewerber sind zudem nicht immer trennscharf. So findet sich in mehreren ausgefüllten Erfassungsbögen bei der Unterscheidung nach ambulanter oder stationärer Krankenhilfe der Hinweis „kann nicht zugeordnet werden“. In Hinblick auf manche Kommunen ist auch erkennbar, dass der vollständige Betrag entweder dem ambulanten oder stationären Bereich zugeordnet ist. Weitere Einschränkungen betreffen die zeitliche Darstellung und Zuordnung von Ausgaben zu Quartalen oder Jahren. Meldedaten der Kommunen müssen sich nicht notwendigerweise auf die Abrechnungszeiträume der Krankenkassen beziehen. In der Praxis treten häufig Verzögerungen bei der Erfassung auf oder die Rechnungssumme wird erst in der Folgeperiode verbucht.

Weiterhin entstanden bei der Zusammenführung verschiedener Bereiche der amtlichen Asylbewerberleistungsstatistik Ergebnisse, die nicht immer plausibel sind. Dies betrifft etwa die Verknüpfung der Angaben zu "Ausgaben und Einnahmen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz in Bayern im Berichtsjahr 201x nach Art des Trägers und regionaler Gliederung" mit den Empfängerzahlen auf Landkreisebene“. In der amtlichen Empfängerstatistik werden beispielsweise in der kreisfreien Stadt Passau sieben Empfänger ambulanter und zwei Empfänger stationärer Leistungen im gesamten Jahr 2014 aufgeführt. Nach den Angaben der Ausgabenstatistik sind diese neun Empfänger für Ausgaben in Höhe von mehr als 317.000 Euro verantwortlich. In mehreren Fällen wird eine beträchtliche Summe in der Ausgabenstatistik aufgeführt, wobei in der entsprechenden Empfängerstatistik die „0“ aufgeführt ist.

Die Krankenkassendaten beschränken sich nur auf einen relativ kurzen Zeitraum und verfügen über eine vergleichsweise geringe Anzahl an Beobachtungen. Teilweise decken die vorliegenden Angaben nicht die kompletten Jahresausgaben ab. Die vorgenommenen Hochrechnungen sind volatil. Ebenso beruhen die durchgeführten Auswertungen zum Öffentlichen Gesundheitsdienst auf wenigen Angaben. Ausreißer können deshalb deutliche Auswirkungen auf die ermittelten Ergebnisse haben.

Auch die Auswertung der Daten zur Inanspruchnahme zahnmedizinischer Leistungen ist mit Limitationen behaftet. So liegen die Angaben nur für die aggregierte Ebene des Freistaats vor und enthalten keine Angaben zu Alter und Geschlecht beziehungsweise zur Alters- und Geschlechterverteilung. In Hinblick auf die Daten der Leistungserbringer besteht darüber hinaus ein generelles Identifikationsproblem mit Blick auf Asylbewerber. Vor dem Jahr 2016 wurde Asylbewerbern keine besondere Aufmerksamkeit bezüglich der Leistungserfassung geschenkt, so dass diese Personengruppe nur bedingt von anderen Leistungsempfängern, die über „besondere Ausgabenträger“ abgerechnet wurden, separiert werden kann.

4.8.6. Folgerungen

Ziel der vorliegenden Analyse ist die Abschätzung der voraussichtlich entstehenden zusätzlichen Ausgaben für die Haushalte des Freistaats, der bayerischen Kommunen und der gesetzlichen Krankenkassen in Folge des Zustroms von Asylbewerbern nach Bayern.

Methodisch wurden Modellrechnungen durchgeführt, die aggregierte Ausgabenschätzungen mit demographischen und soziodemographischen Merkmalen der Asylbewerber verknüpfen (so genannter „Sandwich-Approach“).

Daten der Asylbewerberleistungsstatistik, weitere Melde- und Krankenkassendaten werden genutzt, um die Durchschnittskosten pro Leistungsempfänger zu ermitteln. Die Durchschnittskosten dienen als Bezugsgröße zur Berechnung der zusätzlichen gesundheitsbezogenen Leistungsausgaben der Gebietskörperschaften sowie der Krankenkassen in Bayern. Zur Überprüfung der Robustheit der Ergebnisse berechnet die Studie für die Feststellung der Ausgabenentwicklung verschiedene Szenarien, mit denen die Unsicherheit, welche in den Berechnungen enthalten ist, aufgefangen werden soll. Ein Ergebnis der Berechnungen ist, dass die Zahl künftiger Flüchtlinge, ihre demographischen Merkmale und die Preisentwicklung im Gesundheitswesen die zentralen Treiber für die künftige Ausgabenentwicklung bilden.

Detaillierte Individualdaten der Krankenkassen sowie der KVB in Hinblick auf die Charakteristika der Asylbewerber (Alter, Geschlecht, Herkunftsland, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nach Arten, Versicherungsstatus) ermöglichen das Aufzeigen von Entwicklungspfaden für die künftige Ausgabenentwicklung. Ändert sich die Zusammensetzung der Asylbewerber und damit auch die Preiskomponente der Gesundheitsversorgung, kann dies gravierende Folgen für den voraussichtlichen Ausgabenbedarf haben.

Im Vergleich zur Ausgangssituation 2016 mit einem Ausgabenvolumen von 184,4 Mio. Euro für Leistungen gemäß §§ 4 und 6 AsylbLG sinkt das voraussichtliche Ausgabenniveau in der Variante mit niedrigen Durchschnittskosten und geringem kontinuierlicher Zustrom von Asylbewerbern auf 22,4 Mio. Euro (2017). In dieser Modellrechnung resultieren für das Jahr 2022 Ausgaben in Höhe von 26,0 Mio. Euro. Dagegen ist in der Variante mit den oberen Szenarien für Durchschnittskosten und Zustrom von Asylbewerbern mit einem Ausgabenanstieg auf 828,8 Mio. Euro (2017) zu rechnen. Werden diese Prämissen für die Folgejahre fortgeschrieben, dann muss 2022 mit gesundheitsbezogenen Ausgaben auf Ebene des Freistaats in Höhe von 960,9 Mio. Euro gerechnet werden.

Werden diese Werte mit den geschätzten Ausgaben für den Öffentlichen Gesundheitsdienst verbunden, resultieren Gesamtausgaben, die in den verschiedenen Szenarien zwischen 26,4 Mio. Euro (2022) und 977,0 Mio. Euro (2022) liegen. Um diese erhebliche Bandbreite einzugrenzen, werden die Durchschnittskosten auf das Niveau des bayerischen Durchschnitts

fixiert und ein kontinuierlicher Zustrom von 200.000 Flüchtlingen nach Deutschland unterstellt. In diesem Fall ergeben sich Gesamtausgaben in Bayern für die Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern in Höhe von 83,5 Mio. Euro im Jahr 2017 und 96,8 Mio. Euro im Jahr 2022.

Die Ausgaben der Krankenkassen sind maßgeblich davon abhängig, in welchem Umfang die in Bayern ankommenden Flüchtlinge anerkannt werden. Entsprechend der getroffenen Annahmen können im Jahr 2017 zusätzliche Ausgaben in Höhe von 276,5 Mio. Euro im unteren Szenario und bis zu 2,1 Mrd. Euro im oberen Szenario im Jahr 2022 entstehen. Im Fall von 200.000 Flüchtlingen, die nach Deutschland kommen sind diesbezüglich Gesamtausgaben in Höhe von 288,9 Mio. Euro (2017) bis zu 1,8 Mrd. Euro (2022) möglich.

Im Rahmen der Analyse der Strukturmerkmale wird deutlich, welche Bedeutung das Geschlecht oder das Alter für die Inanspruchnahme von Leistungen haben. Der derzeitige Zustrom speist sich vor allem aus jungen Männern, die Gesundheitsleistungen vergleichsweise in geringem Umfang nachfragen. Verändert sich die Struktur in Hinblick auf Alter und Geschlecht, so kann dies erhebliche Folgen für die Ausgabenentwicklung haben. Das Gleiche gilt für den Fall des Familienzuzugs. Zwar verursachen junge Menschen im Durchschnitt geringere Ausgaben, dennoch können die Ausgaben für Schwangerschaft und Geburt beträchtlich sein. Die Daten deuten darauf hin, dass ein vergleichsweise geringer Anteil sehr hohe Ausgaben verursacht.

Darüber hinaus werden die Ausgaben davon beeinflusst, wie lange Asylbewerber in Bayern bleiben, in welchem Umfang sie Anspruch auf Leistungen haben sowie wie effizient das System arbeitet.

Ausgaben, die im Rahmen der Gewährung von Asylbewerberleistungen gemäß §§ 4 und 6 des AsylbLG entstehen sowie „Analogleistungen“ nach § 2 AsylbLG implizieren im gleichen Umfang Ausgaben für die Öffentlichen Haushalte in Bayern. Ob und in welchem Umfang für die Krankenkassen zusätzliche Ausgaben beim Übergang zum Status als reguläres Mitglied entstehen, kann nicht pauschal beantwortet werden. Maßgeblich hierfür sind die Vereinbarungen bei der Vergütung der vereinbarten Leistungsmengen und bei den extrabudgetären Leistungen. Tendenziell kann aber erwartet werden, dass Krankenkassen von einem Beitritt überwiegend junger Flüchtlinge nicht notwendigerweise zusätzlich belastet werden

Grundsätzlich erfordert die empirische Analyse belastbares Zahlenmaterial. Damit künftige Studien über eine solidere Datengrundlage verfügen ist es wichtig, dass auf Ebene der Gebietskörperschaften Leistungen und damit einhergehende Ausgaben umfassender dokumentiert und schneller weitergegeben werden. Auch in Hinblick auf die Asylbewerberleistungsstatistik gibt es Verbesserungspotenzial, etwa in Hinblick auf die

Erfassung und Darstellung von Statistiken, die Kompatibilität und vor allem eine bessere Plausibilitätsprüfung vor der Veröffentlichung von Daten.

5. Ableitung der Handlungsempfehlungen

Aus den in Kapitel 5.1 stichpunktartig dargestellten Ergebnissen lassen sich im Wesentlichen fünf zentrale Handlungsempfehlungen ableiten. Diese werden anschließend im Einzelnen benannt und ihre Herleitung beschrieben. Die Handlungsempfehlungen wurden im Rahmen eines zweitägigen, Workshops mit Wissenschaftlern unterschiedlicher Provenienzen gefestigt und geschärft. Das Vorgehen war mehrstufig und konsensorientiert angelegt und wurde in wechselnder Besetzung moderiert. Ausarbeitungen der Gesamtgruppe wurden durch Fachgruppen vorbereitet. Im Rahmen des Workshops und im Nachgang wurden die Handlungsempfehlungen auch einer interdisziplinären, insbesondere ethischen, gesundheitsökonomischen und rechtlichen Bewertung sowie einer auf mögliche systemimmanente Hürden rekurrierenden Reflexion unterzogen. Auch diese Bewertungen sind nachstehend beschrieben. Die Ausführungen beschränken sich dabei auf die für die jeweilige Handlungsempfehlung substanziellen Aspekte bzw. Perspektiven.

Die drei wesentlichen Aspekte der ethischen Bewertung sind dabei Fürsorge und Nichtschaden, Respekt vor der Autonomie des Individuums und Gerechtigkeit (Beauchamp und Childress 2009). Aus gesundheitsökonomischer Sicht sollte darauf geachtet werden, dass Handlungsvorschläge nicht zu überbordenden Kosten führen. Aus rechtlicher Sicht spielt vor allem die notwendige Abwägung zwischen den Interessen von Individuen (Geflüchtete und Mitarbeiter im Gesundheitswesen) und einer effektiven Verwaltungstätigkeit eine wesentliche Rolle. Darüber hinaus berühren einzelne Handlungsempfehlungen auch systemische Fragen, wie z.B. institutionelle Widerstände, Verfahrensabläufe, Wissensungleichgewichte.

5.1. Übersicht über die zentralen Ergebnisse

- Eine Prognose zukünftiger Zuwanderung ist weder in Bezug auf die Anzahl von Zuwanderern noch in Bezug auf die demografische und ethnische Zusammensetzung der Gruppe der Geflüchteten möglich, sodass bei der Entwicklung von Lösungen für einzelne Probleme auf ein hohes Maß an Flexibilität geachtet werden sollte. Die empirische Studie zeigt, dass die auf Grund verschiedener externer Faktoren hohe Variabilität in der Population des Zustroms im Zeitverlauf eine entscheidende Determinante für die wissenschaftliche Bearbeitung der Fragestellung, wie für eine adäquate Planung z. B. der Gesundheitsversorgung, darstellt.
- Es entstehen keine spezifischen Gesundheitsrisiken für die deutsche Wohnbevölkerung (in Bezug auf die Nationalitäten der betrachteten fünf Herkunftsländer) durch Geflüchtete im Hinblick auf die medizinische Versorgung, verglichen mit der deutschen Wohnbevölkerung. Morbiditätsrisiken beziehen sich besonders auf akute Erkrankungen von Menschen (in Asylbewerberunterkünften).

- Morbiditätsrisiken bestehen vor allem bei psychischen Erkrankungen.
- Es treten keine (regionalen) Versorgungsengpässe für Bayern für die Behandlung somatischer Erkrankungen in allen Szenarien bis 2022 auf. Lediglich im Bereich der hausärztlichen Versorgung kommt es in Szenario 3 in drei Planungsbereichen zu einer definitorischen Unterversorgung.
- Es gibt Wartezeiten bei der ambulanten Versorgung psychischer Erkrankungen, die sich durch den Zuzug noch verschärfen.
- Es gibt trotz durchgeführter Anpassungen einen Personalmangel im Bereich des ÖGD.
- Kosten im Vergleich zur deutschen Wohnbevölkerung: Wie auch bei der deutschen Wohnbevölkerung zu beobachten, verursacht eine kleine Gruppe der Population der Geflüchteten einen Großteil der Kosten (Quantifizierung).
- Es gibt spezifische kultursensible Bereiche sowie Unterschiede im Krankheits- und Gesundheitsverständnis verschiedener Kulturen.
- Dolmetscher und Kulturmittler (differenziert) sind Grundvoraussetzung für eine adäquate medizinische Versorgung vor allem bei Anamnese und Psychotherapie.
- Die Zugänglichkeit von morbiditätsorientierten (anonymen) Daten zur wissenschaftlichen Verwendung und zur Vorbereitung planerischer Entscheidungen der Verwaltung ist unzureichend.
- Für die Arzneimittelversorgung, Impfstoffe, Heil- und Hilfsmittel ergeben sich keine Versorgungslücken. In Apotheken besteht lediglich ein Übersetzungsproblem bei der Inanspruchnahme von Beratung.

5.2. Ausgewogenes Maß an Flexibilität der Strukturen und Standardisierung

Sowohl die Strukturen zum Schutz der Gesundheit der Bevölkerung (insbesondere durch den ÖGD), als auch zur individuellen medizinischen Versorgung von Geflüchteten sollten flexibel ausgestaltet sein und gelegentlich daraufhin untersucht werden, ob sie vorzugsweise lokal, landesweit oder bundesweit ausgerichtet werden sollten. Lösungen müssen häufig „vor Ort“ (in den Gemeinden und Landkreisen) funktionieren und können mitunter nur in begrenztem Maße bayernweit oder deutschlandweit geregelt werden. Den lokalen Behörden und Leistungserbringern sollte daher ein möglichst breites Instrumentarium zur Verfügung stehen, um die an sie gestellten Aufgaben lösen zu können. Dies gilt insbesondere für steigende oder sinkende Asylbewerberzahlen oder eine geänderte demografische, ethnische oder nationale Zusammensetzung der Gruppe der Zuwanderer und die daraus resultierenden Probleme, um kurzfristig reagieren zu können. Eine hohe Flexibilität sichert sowohl die effiziente Lösung der

an die lokalen Stellen gestellten Aufgaben der Sicherung der öffentlichen Gesundheit als auch die Wahrung der Rechte der Geflüchteten selbst.

Neben den Optimierungen im öffentlichen Gesundheitsdienst könnte zudem geprüft werden, ob eine logistische Bündelung der medizinischen Leistungen mit spezieller Fokussierung auf vulnerable Gruppen mit speziellen Bedarfen (bspw. Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status, geriatrische Patienten oder Menschen mit Migrationshintergrund) zielführend ist beziehungsweise ausgebaut werden sollte (vgl. Schwienhorst und Stich 2015). Dies könnte zu einer Entlastung der Allgemeinmediziner und weiterer Fachärzte führen. Das Vorhandensein eines zum Teil sehr spezifischen Praxiswissens, beispielsweise kultursensibler Expertise, an einem zentralen Ort, könnte insbesondere in ländlichen Regionen Bayerns zu Entlastungen der niedergelassenen Ärzte führen. Zudem kann angenommen werden, dass auch die Qualität des gesamten Versorgungsangebotes steigt. Dies könnte beispielsweise mithilfe von Erfassungen der Zufriedenheit der betreffenden Leistungsnehmer eruiert und Auswirkungen auf die Compliance der Behandelten analysiert werden. Generell gilt, dass im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung spezialisierte Angebote ausgebaut werden können.

5.2.1. Hintergrund

Dieses zentrale Ergebnis speist sich aus Erkenntnissen aller im Gutachten aufgeführten Teilbereiche. Aus der Analyse des Zuzugs sowie den Erfahrungen während Erhebung in den Asylbewerberunterkünften ergibt sich die Einsicht, dass aufgrund des kaum abschätzbaren Zustroms die Population der geflüchteten Menschen einer hohen Variabilität unterworfen ist. Darüber hinaus ist die Zusammensetzung der untersuchten Populationen nicht an allen Orten gleich, sodass es auch in Zukunft weiterhin ausreichende Möglichkeiten braucht, um örtliche oder populationsbezogene Besonderheiten vor Ort berücksichtigen zu können. Somit werden langfristige und gebietsübergreifende Planungen teilweise erschwert und dies stellt die Organisation einer adäquaten Gesundheitsversorgung vor eine enorme Herausforderung.

Die Erkenntnis der Morbiditätsstudie, dass die untersuchten erwachsenen Geflüchteten im Allgemeinen keine herkunftsspezifischen Prävalenzen von Erkrankungen aufweisen, sollte nicht zu dem Schluss verleiten, dass standardisierte Lösungen immer zu hinreichend guten Ergebnissen führen. Auf der anderen Seite ergeben sich einige Spezifika der Gesamtheit der geflüchteten Menschen aus den ähnlichen Erfahrungen und Lebensumständen, beispielsweise durch Flucht und der Unterbringung in Deutschland. Diese sind unabhängig vom Herkunftsland. So ergeben sich erhöhte Prävalenzen für psychische Erkrankungen, vor allem im Bereich der posttraumatischen Belastungsstörungen, Depressionen oder Angststörungen sowie Erkrankungen, die sich mutmaßlich größtenteils aus Hygienemängeln im Herkunftsland, auf der Flucht und in den Asylbewerberunterkünften resultieren. Namentlich

sind das Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes und der Zähne. Aufgrund der Ergebnisse weiterer Studien ist anzunehmen, dass es sich bei diesen Erkrankungen im Wesentlichen um akute Erkrankungen handelt (Alberer et al. 2016). Darüber hinaus können anhand des Vergleichs ausgewählter Erkrankungen im somatischen Bereich keine bedeutsamen Unterschiede der Krankheitslast zur deutschen Wohnbevölkerung festgestellt werden, sodass diese als Maßstab für die Versorgungsplanung der Kapazitäten und Kompetenzen herangezogen werden kann. Dies erfolgt unbeachtet des bis dato nicht hinreichend erforschten Inanspruchnahmeverhaltens von Gesundheitsleistungen durch die spezifische Gruppe der Geflüchteten.

Im Bereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes wird deutlich, dass Lösungen lokal voneinander abweichen können und eine Standardisierung auf lokaler Ebene sinnvoll ist, um Probleme zu lösen und zudem die nötige Flexibilität zu gewährleisten, um bei starken Änderungen der Zusammensetzung der Gruppe der Geflüchteten gute Ergebnisse zu erzielen. Insbesondere hat eine deutliche Mehrheit der Gesundheitsämter Prozesse und Abläufe zur Erbringung der Dienstleistungen in Bezug auf Geflüchtete in den vergangenen eineinhalb Jahren verbessert und zunehmend standardisiert. Leider existiert weiterhin bei vielen Gesundheitsämtern ein Personalmangel, insbesondere beim ärztlichen Personal.

5.2.2. Sonstige Fragen

Für die Gesundheitsversorgung in Bayern bedeutet der Zustrom geflüchteter Menschen, dass eine höhere Belastung vorrangig durch eine größere Anzahl an Menschen entsteht. Da der durchschnittliche Grad der ambulanten somatischen Versorgung in Bayern in allen Landkreisen bei ca. 140 % liegt, würde auch durch das Szenario 3 (Zuzug von 890.000 Menschen pro Jahr) bis zum Jahr 2022 rechnerisch keine Unterversorgung entstehen. Die Ausnahme bilden hierbei drei Planungsbereiche der hausärztlichen Versorgung, in denen durch den Zuzug eine definitorische Unterversorgung und daraus resultierender Handlungsbedarf entsteht. Diese Schlussfolgerung basiert auf den vorliegenden Kapazitätsberechnungen zur allgemein- und fachärztlichen Versorgung der KV Bayern und thematisiert nicht, inwieweit diese Zahlen alle Versorgungsaspekte, inklusive zum Beispiel der Altersstruktur der niedergelassenen Ärzte, für Zukunftsbewertungen ausreichend abbilden. Die Ergebnisse der Interviews zeigen jedoch, dass es situativ zu einer Auslastung der vorhandenen Kapazitäten kommt. Dies betrifft insbesondere die Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Insgesamt bleibt fraglich, wie adäquat die aktuelle Bedarfsplanung die Realität abbildet.

Ein ähnliches Bild ergibt sich aus den Ergebnissen im stationären somatischen Bereich. Allerdings könnte der Zuzug geflüchteter Menschen mit erwartungsgemäß erhöhten Prävalenzen psychischer Erkrankungen, einen bestehenden möglichen Engpass verschärfen.

Im Bereich der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung liegt der durchschnittliche Versorgungsgrad aktuell in allen Landkreisen bei 148,5 % und es würde auch durch das Szenario 3 (Zuzug von 890.000 Menschen pro Jahr) bis zum Jahr 2022 rechnerisch keine Unterversorgung entstehen, sondern lediglich bei 137,9 % liegen. Bei den Kinder- und Jugendpsychiatern liegt der aktuelle durchschnittliche Versorgungsgrad in allen Landkreisen bei 123,5 % und selbst in Szenario 3 bis 2022 noch bei 110,7 %. Die Ergebnisse der Interviews weisen jedoch ein gegensätzliches Bild auf. Die drei befragten Experten des psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereichs sprechen von Wartezeiten auch bei der Wohnbevölkerung, die im Gegensatz zu den Versorgungsgraden stehen. Die Meinung der Experten ist, dass durch den Zustrom der Geflüchteten (noch) höhere Wartezeiten entstehen könnten. Die Dolmetscher und Sprachmittler spielen in diesem Bereich eine besonders relevante Rolle, da die Sprache, insbesondere in der Psychotherapie, das Mittel der Heilung ist.

5.3. Verbesserung der Verfügbarkeit von Dolmetschern und Kulturmittlern

Ein zentrales Ergebnis der mit Experten unterschiedlicher Fachdisziplinen geführten Gespräche ist der akute Bedarf an Kulturmittlern und Dolmetschern. Eine niedrigschwellige und kosteneffiziente Lösung könnte der technische Einsatz von Videodolmetschern sein. Denkbar wäre auch eine zentrale Organisation, bei der Angebote für Patienten mit seltenen Sprachen bereitgehalten werden.

5.3.1. Hintergrund

Es ist eine verlässliche kulturwissenschaftliche Einsicht, dass die Wahrnehmung des Körpers sowie der Umgang mit Krankheit und Schmerz in höchstem Maße kulturspezifisch sind. Die Ausgestaltung der Beziehung zwischen Körper und Psyche spiegelt sich beispielsweise auf sprachlicher Ebene in Idiomen⁶⁶ wider. Es wird akzeptiert, dass es sich in körperlichen Beschwerden ausdrückende psychische Belastungen gibt, zudem werden im Allgemeinen psychische Erkrankungen gleichwertig zu somatischen Erkrankungen angesehen und nicht getrennt voneinander betrachtet.⁶⁷ Darüber hinaus fehlen bei Geflüchteten häufig grundlegende anatomische und medizinische Kenntnisse, die in Deutschland bei Patienten vorausgesetzt werden. Dieser Umstand führt zu Aussagen, die aus Perspektive eines deutschen Arztes nicht nachvollziehbar sein können. Ein Beispiel hierfür ist die Aussage eines Bewohners einer Unterkunft für unbegleitete Minderjährige, der berichtet ihm „laufe der Krebs aus der Nase“. Solche Kulturspezifika stellen in erster Linie deswegen eine Herausforderung

⁶⁶ Vgl. auch „Herzschmerz“ oder „mir ist eine Laus über die Leber gelaufen“.

⁶⁷ In vielen traditionellen Gesellschaften und häufig auch bei Patienten, die einen muslimischen Hintergrund haben, wird im Krankheitsfall beispielsweise nach Kausalitäten zu Erlebnissen und situativem Verhalten gesucht. Erkrankungen sind stets ganzheitlich und betreffen somit eine gesamtkörpergeistliche Einheit. Eine spezifische Lokalisation der Krankheit oder des Schmerzes ist für sie kaum vorstellbar (Yildirim-Fahlbusch 2003).

dar, da sie häufig als Tatsache wahrgenommenen und nicht hinterfragt werden (Loenhoff 2011). Somit kann es bei Anamnesegesprächen selbst bei Migranten mit guten Deutschkenntnissen zu schwerwiegenden Missverständnissen und Fehldiagnosen kommen (Yildirim-Fahlbusch 2003). Neben den Verständigungsschwierigkeiten in der Anamnese ist die Sprache in der Versorgung und Therapie psychischer Erkrankungen das zentrale Medium. Diese Erfahrungen und Überlegungen zeigen die Bedeutung, welche Kulturmittlern und Dolmetschern zukommt. Diese müssen nicht nur befähigt sein eine Übersetzung auf semantischer Ebene zu vollziehen, sondern auch den Bogen zwischen deutscher und der Kultur des betreffenden Patienten zu schlagen.

Besonders im Bereich der psychischen Gesundheitsversorgung spielt die Sprache als Therapiemedium eine zentrale Rolle. Dabei kann auf die adäquate Verfügbarkeit von Kulturmittlern fokussiert werden, da für Therapiegespräche zertifizierte Dolmetscher nicht zwingend notwendig sind (anderes gilt eventuell für ärztliche Aufklärungsgespräche). Dennoch ist es wichtig auch Kulturmittler entsprechend zu schulen und vor allem ihre Diskretion sicherzustellen. Die Verfügbarkeit geeigneter, qualifizierter Kulturmittler kann dezentral durch Personen vor Ort oder zentral durch telemedizinische Lösungen sichergestellt werden.

Bei der Frage, wie die Ausgaben von Dolmetscher- und/oder Kulturmittlerleistungen organisiert wird, ist zu bedenken, dass es um eine Fragestellung geht, die nicht nur für Geflüchtete⁶⁸ relevant ist. Nach dem geltenden Recht ist die Gewährleistung von Übersetzungen, von wenigen Ausnahmen abgesehen, der Verantwortungssphäre des Patienten zugeordnet. Insoweit muss eine Lösung gefunden werden, die gleiche Bedingungen für alle kranken Menschen in Deutschland sicherstellt. Generell ist zu bedenken, dass der Dolmetscher alle wesentlichen Aussagen des medizinischen Personals und des Patienten sprachlich genau und kontextbezogen wiedergeben können muss. Hierzu ist es notwendig medizinspezifische Schulungen sowie Fort- und Weiterbildungen anzubieten. Weniger sensitive, aber nicht weniger wichtige Gespräche – zum Beispiel in Form von Aufklärung über das Funktionieren des Gesundheitssystems oder Ernährungshinweise – könnten hingegen von Kulturmittlern übernommen werden. Auch für diese Kontexte ist ein medizinspezifisches Fort- und Weiterbildungsangebot sinnvoll. Aufgrund der sich ständig wandelnden Zusammensetzung der Population geflüchteter Menschen sollte ein bundesweiter Pool an Dolmetschern und Kulturmittlern mit einschlägigen Qualifikationen aufgebaut werden. Im öffentlichen Gesundheitsdienst werden ebenfalls Übersetzungsleistungen erforderlich sein, da hier vor allem Informationsmaterialien zur Verhaltensprävention erstellt und übersetzt werden

⁶⁸ Gemeint sind hier sowohl die Bezieher von Leistungen nach dem AsylbLG, als auch Anerkannte, die bereits in die Versorgung nach dem SGB übergegangen sind.

sollten. Die staatliche Gesundheitsaufklärung wird in vielen Herkunftsländern der Geflüchteten unzureichend ausgeführt (Wright 2015).

Insgesamt ist festzuhalten, dass eine Verständigung über die medizinische Versorgung von Geflüchteten, die typischerweise der deutschen Sprache nicht mächtig sind, nur gelingt, wenn Dolmetscher und Kulturmittler mitwirken. Der Erwerb der Amtssprache ist eine der zentralen Erwartungen, die an Geflüchtete gestellt werden. Zumindest nach einer gewissen Aufenthaltsdauer sollte deshalb auch ohne Dolmetscher eine hürdenlose und adäquate Gesundheitsversorgung möglich sein.

Zudem sollte auch sichergestellt werden, dass die Dolmetscher und Kulturmittler, die während der psychischen Behandlung eingesetzt werden, selbst die Möglichkeit erhalten die traumatischen Erfahrungen des Patienten zu verarbeiten.

5.3.2. Ethische Fragen

Aus ethischer Perspektive kann der Einsatz von Dolmetschern und Kulturmittlern eine Stärkung des Prinzips der Fürsorge bedeuten, wenn dadurch eine nahezu vollständige Informationsübermittlung sichergestellt wird. Sowohl die Aufklärungsgespräche beim Arzt als auch die Durchführung von Anamnesegegesprächen sowie die therapeutischen Sitzungen zur Behandlung von psychischen Erkrankungen sind obligatorische Maßnahmen zur Sicherstellung einer adäquaten Gesundheitsversorgung. Darüber hinaus wird Schaden für den Betroffenen vermieden, der durch Missverständnisse und Fehldiagnosen durch Kommunikationsprobleme entstehen könnte. Zudem ist die umfängliche Aufklärung nach geltendem Deutschen Recht zwingende Voraussetzung für die informierte Einwilligung.

Der Forderung nach einer besseren Versorgung mit Sprachmittlern liegt zudem die Vorstellung zugrunde, dass nur ein umfassend informierter Patient autonome Entscheidungen über Zustimmung oder Ablehnung bestimmter Maßnahmen treffen kann. Andererseits kann der Einsatz von vermittelnden Personen die Hoheit über die eigenen gesundheitsbezogenen Daten schwächen und den Datenschutz verletzen. Somit ist aus ethischer und rechtlicher Perspektive nicht nur eine Schweigepflichterklärung der Dolmetscher und Kulturmittler zwingend erforderlich, sondern auch ein Ablehnungs- und Wahlrecht des Patienten, welcher Übersetzer eingebunden wird. Aus gerechtigkeits-theoretischer Sicht der ethischen Perspektive ist zu berücksichtigen, dass eine Gleichheit der Teilhabe solange eingeschränkt ist bis Geflüchtete und die deutsche Wohnbevölkerung dieselbe Möglichkeit zur Partizipation am Versorgungssystem haben. Bei nicht ausreichend flächendeckender Verfügbarkeit von qualifizierten Übersetzern ist zudem von einer Ungleichbehandlung innerhalb der Gruppe der geflüchteten Menschen auszugehen.

5.3.3. Gesundheitsökonomische Fragen

Aus ökonomischer Perspektive bedeutet die Bereitstellung von Dolmetschern und Kulturmittlern zunächst einen zusätzlichen Kostenfaktor. Bisher müssen für die Kosten einer „erforderlichen“ Übersetzung de lege lata die Sozialleistungsträger nach § 6 Abs. 1 AsylbLG für Personen im Asylverfahren aufkommen. Nach Abschluss des Verfahrens stehen den Betroffenen in den meisten Fällen keine Übersetzungsleistungen mehr zu, da die Krankenkassen nicht zur Zahlung von Dolmetschern verpflichtet sind (Bundessozialgericht, Urteil vom 10.05.1995). Die Erstattung von Dolmetscherkosten als „Hilfe in sonstigen Lebenslagen“ gemäß § 73 SGB XII ist in Einzelfällen denkbar(Sozialgericht Hildesheim, Urteil vom 01.12.2011; Stellpflug und Kötter 2016; Schwarz 2015).

Langfristig betrachtet könnte der Einsatz von Dolmetschern und Kulturmittlern zu einer Reduzierung bestimmter Kostenaspekte führen, da sie eine Prozessoptimierung (frühere Erkennung und Therapie vor Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit erheblichen Mehrkosten im Langzeitvergleich) bewirkt und eine Abkürzung der Therapie möglich ist oder durch Fehldiagnosen entstehende Kosten sich verringern (vgl. Schreiter et al. 2016).

Weder die Kosten für den Einsatz der Dolmetscher, noch der daraus resultierende Nutzen lassen sich an dieser Stelle ökonomisch quantifizieren. Eine abschließende Kosten-Nutzen-Analyse ist nicht möglich.

Ziel muss es sein Geflüchtete dazu anzuhelfen und in die Lage zu versetzen, die eigenen Sprachkompetenzen soweit auszubauen, dass auch ohne Dolmetscher Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen werden können.

5.3.4. Rechtliche Fragen

Wie bei allen anderen Menschen, die in Deutschland Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen, gelten auch für Geflüchtete die allgemeinen Regeln des Arzthaftungs-, des Medizinstraf- sowie des ärztlichen Berufsrechts. Mit Blick auf die Aufklärung und die Einwilligung von Patienten („informed consent“) müssen diese verstehen, welche Maßnahmen der Anamnese, Diagnose und Therapie nötig sind. Eine klarstellende Regelung zur Finanzierung von Übersetzer- bzw. Dolmetscherleistungen, die allen Patienten in Deutschland – nicht nur Asylsuchenden – zugutekäme, würde gewährleisten, dass die medizinische Versorgung optimal erbracht werden kann. Zugleich würde sichergestellt, dass das medizinische Personal von der Sorge entlastet wird, in jedem Einzelfall prüfen zu müssen, ob die gewählte Form der Übersetzung (etwa durch einen Angehörigen) den rechtlichen Vorgaben des ärztlichen Haftungsrechts genügt.

Vor diesem Hintergrund sollte auf bundesrechtlicher Ebene geprüft werden, wie für das gesamte Gesundheitssystem gewährleistet werden kann, dass qualitativ hinreichend kompetente Sprachmittler verfügbar sind.

5.3.5. Systemimmanente Fragen

Sieht man von der Frage ab, ob sich die Kostenverantwortung noch präziser regeln lässt, bestehen vorrangig Hürden hinsichtlich der Verfügbarkeit qualifizierter Übersetzer, insbesondere auch außerhalb dezidierter Zentren. Auch ist es nicht trivial, Dolmetscherressourcen so in den üblichen Versorgungsalltag einzuplanen, dass nicht neue Friktionen entstehen. In vielen Praxen fehlt es an Routine, hinsichtlich des Einsatzes von Dolmetschern und der damit einhergehende logistische Aufwand wirkt abschreckend.

Gegen die Empfehlung des Einsatzes von zusätzlichen Übersetzern könnten sich insbesondere die Kommunen aussprechen, die entsprechende Mehrkosten gegebenenfalls übernehmen müssten. Weitere systemimmanente Hürden ergeben sich aus der Beteiligung weiterer potenzieller Kostenträger. Zur Diskussion steht neben Ausweitung der Kostenübernahme durch die Sozialämter eine stärkere Kostenbeteiligung durch den Bund und/oder die GKV. So spricht sich die Gesundheitsministerkonferenz im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung für ein durch Bundesmittel finanziertes Modellprojekt aus (GMK 2015). Die Bundesärztekammer fordert, dass Dolmetscherleistungen künftig Bestandteil der gesetzlichen Krankenversicherung sein sollten (Ärzteblatt 2016). Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen lehnt hingegen eine Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen ab (GKV-Spitzenverband 2016).

5.4. Datenaustausch, Prozesse und Organisation weiterentwickelnweiterentwickeln

Geflüchtete Menschen könnten durch ein effektives Datenmanagement vor Beeinträchtigungen und Gefahren, etwa durch redundante Untersuchungen oder gesundheitsgefährdende Dopplungen in der Medikamentenvergabe, geschützt werden, da Informationsverluste beim Übergang zwischen Unterkünften oder Leistungserbringern vermieden werden können.

In den Gesundheitsämtern sollte die Dokumentation der Dienstaufgaben im Rahmen von Zentralregistern, soweit rechtlich vorgegeben weiterverfolgtweiterverfolgt werden, um einen besseren und schnelleren Überblick über die erbrachten Leistungen zu erhalten. Daneben bietet es sich an, idealtypische Prozesse zur Erbringung einzelner Dienstaufgaben in Form von Prozessbeschreibungen und -darstellungen zu dokumentieren und auszuarbeiten. Hierbei sollten die regionalen Spezifika sowie die individuellen Ablauf- und Organisationsstrukturen der einzelnen Gesundheitsämtern berücksichtigt werden, sodass in Abhängigkeit von der Größe der Gesundheitsämter und deren Nähe zu Asylbewerberunterkünften, mehrere

idealtypische Prozesse zur Erbringung einer einzelnen Dienstaufgabe erarbeitet werden können (siehe dazu bereits 5.2). Für die jeweiligen Gesundheitsämter sollten diese Prozessbeschreibungen als Best Practices dienen, die unter anderem die Einarbeitung neuer Mitarbeiter oder zusätzlichem Personal unterstützen können. Im Rahmen einer detaillierten Prozessbeschreibung bietet es sich zudem an, eine Personalbedarfsermittlung vorzunehmen, um den benötigten Personalbedarf in den Gesundheitsämtern genau zu beziffern und zu ermitteln, welche Dienstaufgaben oder Prozessschritte gegebenenfalls von Personal auf Honorarbasis erbracht werden können.

5.4.1. Hintergrund

Nicht nur die allgemeine Informationsbereitstellung sollte systematisiert und zentralisiert werden. Zur Optimierung der Struktur und des Prozesses der Gesundheitsversorgung von geflüchteten Menschen ist eine einheitliche Erfassung und Dokumentation sowie vollständige und zügige Weitergabe relevanter, gesundheitsbezogener Informationen förderlich. Die notwendige Anonymisierung von Daten beziehungsweise Stratifizierung von Zugriffsrechten kann dabei durch adäquate Informationstechnik umgesetzt werden. Ein entsprechendes Medium könnte so zu einer übersektoralen Vernetzung beitragen und könnte sich ferner als ressourcensparend erweisen. Ein Einsatz bei geflüchteten Menschen zu einem möglichst frühen Zeitpunkt nach ihrer Ankunft in Deutschland erschließt zum Beispiel prozessbezogene Vorteile für obligatorische Untersuchungen, Impfungen oder der Leistungsanspruchnahme nach Asylbewerberleistungsgesetz.

Sofern die Implementierung von IT-Systemen noch Zeit in Anspruch nimmt oder aufgrund sehr hoher Zuwanderungszahlen eine IT-technische Lösung nicht kurzfristig angepasst werden kann, könnte der Vorschlag aufgegriffen werden, dass in der Zwischenzeit auf „Gesundheitshefte“ nach dem Vorbild eines Impfpasses zurückgegriffen wird (Sothmann et. al. 2016), die die durchgeführten Untersuchungen und die durchführenden Stellen dokumentieren und dem Geflüchteten ausgehändigt werden. Dadurch würden redundante Untersuchungen verhindert, was sowohl zu Kostenersparnis führen, als auch die strafrechtlichen Gefahren für Mitarbeiter der Gesundheitsdienste verringern würde. Zudem werden die gesundheitsbezogenen Informationen und Daten dem Geflüchteten selbst zugänglich gemacht. Die Verbesserung der Datenlage hätte zudem den Vorteil, dass den individuellen Auskunftsansprüchen der Beteiligten nach dem BayDSG besser nachgekommen werden kann.

5.4.2. Ethische Fragen

Standardisiertes, evidenzbasiertes Vorgehen wie beispielsweise evidenzbasierte Auswahl von Screeningelementen und Behandlungen trägt zur Schadensvermeidung bei und stärkt das

Prinzip der Fürsorge, da es zu einer effektiveren und schnelleren Versorgung führt. Dennoch besteht die Gefahr einer Schwächung der Autonomie, da durch Standardisierung unter Umständen den individuellen Bedürfnissen weniger Rechnung getragen werden kann. Zudem besteht das Risiko, dass die Wahlfreiheit der geflüchteten Menschen unverhältnismäßig eingeschränkt wird. Auf der anderen Seite könnte das Prinzip der Autonomie jedoch auch gestärkt werden, wenn die Geflüchteten in der Lage sind, die gesammelten Informationen einzusehen und mit sich zu führen. In diesem Kontext wird häufig übersehen, dass die Patienten jederzeit berechtigt sind, alle über sie gespeicherten Daten (insbesondere die vollständige Patientenakte) zur Ansicht zu verlangen. Bis zur Einführung elektronischer Verfahren könnte es eine Lösung sein, bei Verlegung von Geflüchteten eine Kopie der Patientenakte zur Vorlage bei späteren Untersuchungen mitzugeben. Unter dem Aspekt der Gerechtigkeit ist die Berücksichtigung des Diskriminierungsverbotes bei der verpflichtenden Erfassung von Daten obligatorisch. Es sollte also vermieden werden, dass bei Geflüchteten andere Daten verpflichtend erhoben werden als bei der Wohnbevölkerung.

Eine Studie von Bozorgmehr und Razum (Bozorgmehr und Razum 2015b) zeigt, dass Strukturierung zu einer gerechteren Verteilung der Ressourcen führt und wohnortspezifischen Benachteiligungen entgegenwirkt.

5.4.3. Gesundheitsökonomische Fragen

Die von Bund, Land und Kommunen getragenen Kosten für zusätzlichen Personaleinsatz und Bereitstellung der zur Umsetzung notwendigen Technik könnten sich durch Prozessoptimierung und Effizienzsteigerung ebenfalls kostenmindernd auswirken.

Für Bund, Land und Kommunen besteht ein Kostensenkungspotenzial durch die frühzeitige Erfassung und Erkennung von Risiken und Krankheiten. Somit können Behandlungskosten reduziert werden. Allerdings sind Investitionskosten für die Schaffung von Strukturen zur Datenerfassung zu erwarten, die jedoch auch positive Effekte haben, da Mehrfachuntersuchungen vermieden werden können. Hinsichtlich der Datentechnik kann möglicherweise auf bereits existierende Lösungen zugegriffen werden. Trotzdem wird eine positive Bilanz zwischen Kosten für den Aufbau der Strukturen und den Einsparungen in teure Kapazitäten und Kompetenzen auf medizinischer Seite erwartet.

5.4.4. Rechtliche Fragen

Aus datenschutzrechtlicher Sicht ist ein Ausbau des Einsatzes von IT-gestützten Lösungen in weitem Umfang möglich, solange das Recht der Einzelnen auf informationelle Selbstbestimmung gewahrt ist und jederzeit die Möglichkeit gegeben ist, dass Daten berichtigt, gelöscht und gesperrt werden können, wenn dies rechtlich notwendig ist. Die rechtlichen Anforderungen an die eingesetzte Software sind zwar mitunter vielfältig und insbesondere

müssen die Regelungen des EU-Datenschutzrechts beachtet werden. Das Datenschutzrecht enthält jedoch grundsätzlich viele Möglichkeiten zum Einsatz von Software offen; insbesondere dann, wenn es zur Erfüllung staatlicher Aufgaben notwendig ist. Zudem sind auch bei der nicht-digitalen Datenverarbeitung häufig ähnliche Anforderungen zu beachten, wie bei IT-basierter Datenverarbeitung. Die bisher papierbasiert geführten Dokumentationen können daher – solange die Sicherheit und Integrität des eingesetzten Systems gegeben sind – in nahezu demselben Maße auch digital geführt werden.

Hinsichtlich der Weitergabe von Daten ist zwischen den aus der Gesundheitsuntersuchung (§ 62 AsylG) resultierenden Daten und den Behandlungsdaten der Leistungserbringer zu unterscheiden.

Die Daten der Gesundheitsuntersuchung nach § 62 AsylG sind „personenbezogene Daten“ i. S. d. Art. 4 Abs. 1 BayDSG die zudem Informationen über „rassische und ethnische Herkunft, „religiöse [...] Überzeugung“ oder „Gesundheit und Sexualleben“ enthalten und für deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung deshalb aufgrund der Regelung des Art. 15 Abs. 7 BayDSG strenge Vorschriften gelten; unabhängig davon, ob sie auf Papier oder elektronischen Medien gespeichert sind (vgl. Gola/Schomerus 2015, § 3, Rn. 26). Sowohl für die Erhebung, als auch für die Weitergabe des Ergebnisses der Gesundheitsuntersuchung ist § 62 Abs. 2 S. 1 AsylG die notwendige gesetzliche Erlaubnis zum Erheben, Verarbeiten und (teilweise) des Nutzens der Ergebnisse der Gesundheitsuntersuchung der Geflüchteten, da dies in der Vorschrift ausdrücklich geregelt wird. Die Übertragung der Daten an die für die Unterbringung zuständige Behörde ist dabei gesetzlich vorgeschrieben, sodass keine datenschutzrechtlichen Bedenken bestehen, wenn die die Gesundheitsuntersuchung durchführende Behörde sowohl positive, als auch negative Ergebnisse der Gesundheitsuntersuchung an die Unterbringungsbehörden weiterleitet. Lediglich hinsichtlich der Weiterleitung der Daten an das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge ist die Befugnis auf die Weitergabe von meldepflichtiger Ergebnisse/Infektionen nach § 6 und § 7 des Infektionsschutzgesetzes beschränkt. Die Datenweitergabe muss nicht zwingend elektronisch geschehen, sondern kann auch in Papierform oder telefonisch erfolgen, solange die Vorschriften der Datensicherheit gewahrt sind. Da die Weitergabe dieser Daten rechtlich hinreichend geregelt ist, könnten bei ähnlich hoher Belastung, wie in den Jahren 2015 und 2016 auch einfache Formen der Datenweitergabe gewählt werden, um Redundanzen im Interesse des Staatshaushaltes und der Gesundheit der Individuen zu vermeiden.

Die rechtliche Prüfung der Weitergabe von Daten der behandelnden Ärzte, der Gesundheitsämter oder Sozialbehörden gestaltet sich etwas aufwendiger, ist aber im Ergebnis dennoch gut umsetzbar. Da eine ausdrückliche gesetzliche Ermächtigung (wie der oben beschriebene § 62 AsylG) hierbei fehlt, setzt eine Datenweitergabe von bayerischen Behörden an Dritte (zum Beispiel Krankenhäuser, Ärzte, Unterkunftsbetreiber, Sozialberatungsstellen,

Ehrenamtliche) im Regelfall die Einwilligung des Betroffenen voraus (Art. 15 Abs. 1 Nr. 2 BayDSG). Dies wird sich – insbesondere wegen der Sprachbarriere – nicht immer einfach gestalten, wäre aber durch standardisierte und anschließend übersetzte Formulare (schriftlich oder elektronisch) gut zu handhaben. „Behandlungsbücher“, in denen Untersuchungen und Behandlungen dokumentiert werden könnten, würden dem Datenschutz gerecht werden und zugleich die gewünschte Verfügbarkeit der Behandlungsdaten für das medizinische Personal gewährleisten. Die Behandlungsbücher würden den Geflüchteten ausgehändigt, sodass diese zudem entscheiden können, wem Sie diese Daten zugänglich machen. Langfristig empfiehlt sich die digitale Verfügbarkeit der „Behandlungsbücher“.

5.4.5. Sonstige Fragen

Widerstände gegen die Umsetzung von neuen Strukturen und Prozessen können vor allem bei den betroffenen ausführenden Organen und Organisationen bestehen, welche die Veränderungen und den Eingriff in die tägliche Routine zunächst als nicht förderlich wahrnehmen können. Dieses Problem ist bei Prozessoptimierungen und Änderungen der Ablauforganisation bekannt und wird üblicherweise durch Partizipation, Kommunikation und Aktives Change Management gelöst (Bach 2000).

Der empfohlene Einsatz eines digitalen Instruments zur Erfassung des Gesundheitszustandes wird jedoch in der Bevölkerungsbefragung von 56,1 % gegenüber dem Behandlungsschein präferiert (nicht publizierte Studie des Instituts für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften, die Daten aus dem Jahr 2016 umfassen).

Zur Etablierung von einheitlichen Daten- und IT-Strukturen ist in der Regel ein koordiniertes Vorgehen sinnvoll, da „Abwarten“ für den einzelnen Akteur ansonsten die rationale Option ist, bis sich Standards etabliert haben und er Fehlinvestitionen vermeiden kann. Zugleich existieren auf lokaler und regionaler Ebene häufig bereits sehr gut funktionierende Insellösungen. Um Frustration und Widerstand bei den Betroffenen zu vermeiden, die zum Teil nicht unerheblich in diese Strukturen investiert haben, sind diese bei der Schaffung neuer Standards mit einzubeziehen.

Weitere mögliche systemimmanente Hürden könnten Widerstände von Seiten verschiedener Initiativen hervorrufen. Beispielsweise könnten die zur Datenerfassung, -aufbereitung und -weitergabe verpflichteten Organisationen, Datenschutzbeauftragte oder Flüchtlingsvereine Diskriminierungen, die Datenmissbrauch fürchten. Zudem ist eine umfassende Datenspeicherung zunächst mit einem gewissen Mehraufwand verbunden, der wiederum von Seite der ausführenden Organe gefürchtet werden könnte.

5.5. Zugänglichkeit (anonymisierter) Daten für Verwaltung und Wissenschaft

Eng verknüpft mit dem Punkt der Strukturierung ist die Empfehlung einer Verbesserung der Erfassung, Zugänglichkeit und Auswertung flüchtlingsbezogener Gesundheitsdaten.

5.5.1. Hintergrund

Ein wichtiges Ergebnis der empirischen Studie ist zudem, dass morbiditäts- bzw. gesundheitsbezogene Daten, die bereits erhoben waren und vorlagen, für Forschungszwecke nicht zugänglich sind und nicht ausreichend in die Ergebnisanalyse einbezogen werden können, obwohl dies datenschutzrechtlich in vielen Fällen unproblematisch ist. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Am häufigsten ist die Zugänglichkeit der Daten durch fehlende Digitalisierung und Zentralisierung eingeschränkt. Die sich daraus ergebenden Redundanzen erneuter Erhebungen, führen zu unnötiger Verschwendung von Ressourcen.

Aus der Perspektive der Wissenschaft ist auf eine einheitliche Erfassung und einen adäquaten Zugang zu gesundheitsbezogenen Daten geflüchteter Menschen hinzuwirken. So sind etwa die im Rahmen der nach § 62 AsylG durchgeführten Gesundheitsuntersuchungen in Bayern erhobenen Daten für das vorliegende Gutachten nicht zugänglich. Versorgungsbezogene Daten aus den Asylbewerberunterkünften werden häufig nicht oder nicht adäquat an die Regierungsbezirke weitergegeben. Oft erfolgt lediglich eine papierbasierte, rudimentäre Dokumentation. Dementsprechend sind auch diese Informationen nicht verfügbar. Auch im Kontext der Versorgung geflüchteter Menschen, die bereits länger in Deutschland leben und Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind, ist die Verfügbarkeit von Versorgungsdaten eingeschränkt. Oft müssen Daten der Kassen aufwendig stratifiziert werden, um die Leistungen, die geflüchtete Menschen in Anspruch genommen haben annähernd identifizieren zu können. Dabei muss auf verhältnismäßig unsichere Hilfsvariablen zurückgegriffen werden. Zudem beziehen sich die Daten der Krankenversicherungen ausschließlich auf Personen, die Leistungen in Anspruch genommen haben und somit mit hoher Wahrscheinlichkeit gesundheitliche Beschwerden aufweisen. Für die Leistungs- und Abrechnungsdaten der kassenärztlichen Vereinigungen treffen diese Probleme ebenso zu.

Insgesamt kann eine Verbesserung der Datenlage dazu beitragen, dass wissenschaftliche Erkenntnisse in einer Optimierung der Versorgung geflüchteter Menschen resultieren. Entsprechende Anstrengungen erscheinen auch deshalb besonders angezeigt, weil die Rekrutierung für Befragungen zum Gesundheitszustand für Menschen mit Migrationshintergrund aufwändig ist. Die Rücklaufquoten sind regelmäßig deutlich niedriger als bei der übrigen Wohnbevölkerung (Reuband 2014). Durch eine zentralisierte, systematisierte Erfassung von Versorgungsdaten, Daten aus obligatorischen Untersuchungen und aus Studien können über entsprechende Auswertungen Prozesse optimiert und

Ressourcen gespart werden. Eine für Verwaltungsentscheidungen geeignete Datenerfassung ist rechtlich möglich, muss jedoch sorgfältig organisiert sein (z.B. Anonymisierung, Firewalls).

5.5.2. Rechtliche Fragen

Bei anonymisierten Daten sind die Anforderungen des Datenschutzrechts grundsätzlich nicht einschlägig, da es sich nicht mehr um „personenbezogene Daten“ handelt (siehe beispielsweise: Art. 2 Abs. 1 BayDSG). Zu beachten ist lediglich, dass die vorgenommene Anonymisierung hinreichend stark ist, sodass Dritte, die mit den Datensätzen arbeiten, diese mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln nicht ohne unverhältnismäßigen Aufwand de-anonymisieren können (siehe zur Definition: Art. 4 Abs. 8 Bay DSG).

5.6. Aufklärung und Information

Ein einfaches Mittel zur Verbesserung der individuellen Gesundheit und des Schutzes der Bevölkerung vor Gesundheitsgefahren sind Aufklärung und Information. Diese gilt es zu verbessern.

5.6.1. Hintergrund

Hauptaugenmerk bei der gesundheitsbezogenen Aufklärung geflüchteter Menschen liegt dabei auf möglichen Präventionsmaßnahmen. Hierzu zählt beispielsweise die Aufklärung über den Konsum von Alkohol, Zigaretten und Betäubungsmitteln, aber auch die sexuelle Aufklärung. Zudem gibt es im Bereich der Zahngesundheit großen Aufklärungsbedarf, da hier durch Präventivmaßnahmen schnell Verbesserungen erzielt werden können (Strippel 2004). Darüber hinaus sollten die Ankommenden möglichst weitreichend über das deutsche Gesundheitssystem informiert werden. Durch diese Maßnahme können Geflüchtete über die teilweise erheblich von ihren Herkunftsländern abweichende Stellung des Hausarztes und der Krankenhäuser aufgeklärt werden und beispielsweise vermieden werden, dass die Notaufnahmen der Krankenhäuser unnötig häufig frequentiert werden (Razum et al. 2008). Zu vielen der hier genannten Punkte gibt es bereits Informationsmaterialien für die deutsche Wohnbevölkerung, die kultursensibel übersetzt und ergänzt werden müssen. Für einige Punkte gibt es bereits Materialien für geflüchtete Menschen. Diese sollten gesammelt, systematisch geordnet und zentral veröffentlicht werden. Hierzu zählt beispielsweise die Refugee Toolbox⁶⁹. Im Hinblick auf die Analphabeten⁷⁰ innerhalb der Population sind auch Lösungen, wie Informationsvideos auf App-Basis denkbar. Neben der Bereitstellung von Informationsmaterialien für geflüchtete Menschen werden Schulungen, Fort- und

⁶⁹<https://www.aeksa.de/www/website/PublicNavigation/arzt/aktuelles/migrationundfluechtlinge/refugeetoolbox/> [zuletzt geprüft: 31.03.2017].

⁷⁰ In diesem Zusammenhang sind mit „Analphabeten“ nur Personen gemeint, die weder in ihrer Muttersprache lesen und schreiben können, noch in deutscher Sprache.

Weiterbildungen sowie mehrsprachig aufbereitete Informationsmaterialien für Leistungserbringer, aber auch für (ehrenamtliche) Helfende benötigt. Leistungserbringer im medizinischen Bereich benötigen Informationen über häufige Problematiken, Missverständnisse und Besonderheiten bei der Behandlung von geflüchteten Menschen. Die Wahrnehmung für kulturelle Unterschiede muss hierbei geschärft werden. Neben Kursen und Informationsveranstaltungen könnten auch länderspezifische Broschüren weiterhelfen. Projekte wie die App „AOK HealthNavigator“⁷¹ leisten Pionierarbeit auf dem Gebiet der interkulturellen Arzt-Patienten-Interaktion, deren Effektivität und Praktikabilität geprüft und bei positivem Ergebnis in die Informationsbereitstellung integriert werden können. Ehrenamtliche Helfer und nicht-medizinisches Personal sollten geschult werden, um auf Anzeichen verbreiteter psychischer und somatischer Erkrankungen zu achten und die Betroffenen an die richtigen Stellen verweisen zu können. Auf die Notwendigkeit spezieller Weiterbildungen für Dolmetscher und Sprachmittler wird bereits in Kapitel 5.3 ausführlich eingegangen.

Zur Integration der Perspektive der Wohnbevölkerung rekurriert die nachstehende Bewertung auch auf eine Fragebogenstudie der Universität Bayreuth, die auf die Wahrnehmung und Präferenzen der Bevölkerung hinsichtlich des Umfangs, Zugangs und der Finanzierung der Gesundheitsversorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz fokussiert. Die standardisierte Erhebung erfolgte im Sommer 2016 primär webbasiert. Zur Ziehung der Stichprobe (n=419) diente eine kombinierte Quotierung nach Alter, Geschlecht und Bildung aufgrund der Befragungsmodalitäten sind jüngere Menschen mit höherem Bildungsniveau leicht überrepräsentiert. Die in diesem Gutachten präsentierten Handlungsempfehlungen waren nicht Gegenstand der hier genannten Befragung.

In Bezug auf den Wissensstand der deutschen Wohnbevölkerung zeigt die nicht publizierte Studie, dass sich 64,1 % der Befragten schlecht über die Gesundheitsversorgung von Geflüchteten informiert fühlen. Auch die Abfrage der Studienteilnehmer nach den rechtlichen Regelungen zeigt eine ähnliche Tendenz. 54,2 % der Befragten hatten keinen/wenig Kontakt zu Asylbewerbern. In Bezug auf die Bevölkerungspräferenzen zeigt sich, dass 47,0 % der Befragten den Umfang der gesundheitlichen Versorgung von Asylbewerbern angemessen geregelt sehen, während sich 22,7 % der Befragten für ein umfassenderes Leistungsangebot aussprechen. Unter diesen Personen ist der Anteil derer, die angeben viel Kontakt zu Asylbewerbern zu haben besonders hoch. 8,9 % der Befragten sind für eine Einschränkung des Leistungsumfangs.

Die Studie legt zudem dar, dass 29,6 % der Befragten inkonsistente Antworten auf die Fragen nach dem angemessenen Umfang des gesundheitlichen Leistungsspektrums geben. Daher

⁷¹ <https://nordost.aok.de/inhalt/aok-healthnavigator/> [zuletzt geprüft: 31.03.2017].

gilt es eine Strategie zu entwickeln, dass die zahlreich bereits zur Verfügung stehenden Informationsmaterialien von mehr Menschen der Wohnbevölkerung genutzt werden.

5.6.2. Ethische Fragen

Eine Stärkung der Aufklärung und Information erweitert aus ethischer Perspektive die Möglichkeiten für geflüchtete Menschen sich angemessen über gesundheitsbezogenen Belange zu informieren. Teile der Fürsorgepflicht können durch die Vermittlung gesundheitsrelevanter Informationen erfüllt werden (Breu et al. 2016). Zudem wird Schaden vermieden, indem Informationslücken geschlossen werden, sowohl auf Ebene der geflüchteten Menschen (Präventionsaufklärung), als auch auf Ebene der Wohnbevölkerung (beispielsweise, dass keine erhöhte Ansteckungsgefahr für die deutsche Wohnbevölkerung durch fehlende Impfungen besteht). Zudem wird die Autonomie gefördert, indem Vorsorge- und Versorgungsoptionen beziehungsweise Leistungsansprüche offengelegt werden. Zur Sicherstellung des Gleichheitsprinzips trägt die Aufklärung ebenso bei, da die Rezipierbarkeit von Informationen seitens der Wohnbevölkerung bereits hoch ist und durch gezielte Maßnahmen bei Geflüchteten auf ein ähnliches Niveau gehoben werden kann. Auch eine Aufklärung der Bevölkerung zur Gesundheitsversorgung geflüchteter Menschen scheint angezeigt.

5.6.3. Gesundheitsökonomische Fragen

Betroffen von den verursachten Kosten wären in erster Linie der Bund (z. B. das BZgA), das Land (z. B. das StMGP und LGL), die Gesundheitsämter sowie die Leistungserbringer, die über die Kammern (BÄK, PTK) selbst für flüchtlingsbezogene Schulungen aufkommen müssten. Die Kosten entstehen vor allem für die Entwicklung und Bereitstellung von Materialien, Aus- und Fortbildungen sowie die Schaffung von Kommunikationskanälen. Andererseits wäre ein Kostenersparnis durch gesundheitsfördernde Effekte der Präventivmaßnahmen und frühere Leistungsanspruchnahme denkbar.

Literaturverzeichnis

Alberer, M.; Wendeborn, M.; Löscher, T.; Seilmaier, M. (2016): Erkrankungen bei Flüchtlingen und Asylbewerbern. Daten von drei verschiedenen medizinischen Einrichtungen im Raum München aus den Jahren 2014 und 2015. In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2016 (141), S. e8-e15.

Albers, Hannah Maike (2012): Lebensbedingungen und psychische Gesundheit der Bewohner der Würzburger Gemeinschaftsunterkunft für Asylbewerber. Dissertation. Julius-Maximilians-Universität Würzburg, Würzburg. Medizinische Fakultät, zuletzt geprüft am 07.03.2017.

Alpak, Gokay; Unal, Ahmet; Bulbul, Feridun; Sagaltici, Eser; Bez, Yasin; Altindag, Abdurrahman et al. (2015): Post-traumatic stress disorder among Syrian refugees in Turkey: a cross-sectional study. In: *International journal of psychiatry in clinical practice* 19 (1), S. 45–50. DOI: 10.3109/13651501.2014.961930.

Ärzteblatt (2016): Bundes-ärzte-kammer will ärztliche Kommunikation für ausländische GKV-Versicherte erleichtern. Hg. v. Ärzteblatt. Deutscher Ärzteverlag GmbH. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/67770/Bundesaezrtekammer-will-aerztliche-Kommunikation-fuer-auslaendische-GKV-Versicherte-erleichtern>, zuletzt aktualisiert am 20.05.2016, zuletzt geprüft am 31.05.2017.

Assion, Hans-Jörg; Bender, Matthias; Koch; Eckhard; Pollmächer, Thomas (2016): Flüchtlinge in Not – Fachverbände und Kliniken sind gefordert: Psychiatrische und psychotherapeutische Hilfe frühzeitig anbieten. Eine Stellungnahme der Bundesdirektorenkonferenz Psychiatrische Praxis, S. 116–119.

Bach, Norbert (2000): Mentale Modelle als Basis von Implementierungsstrategien. Konzepte für ein erfolgreiches Change Management. Wiesbaden, s.l.: Deutscher Universitätsverlag (Strategische Unternehmensführung). Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-663-08757-1>.

BAMF (2016): Das Bundesamt in Zahlen 2015. Asyl. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF). Nürnberg. Online verfügbar unter <http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/bundesamt-in-zahlen-2015.html?nn=1694460>, zuletzt aktualisiert am 31.05.2017.

Baron, Jenny; Drehsen, Tobias; Tahirovic, Anne; Siami, Hassan; Mohammed, Lenssa; Cordes, Thomas (2014): Traumatisiert. Ausgegrenzt. Unterversorgt. Versorgungsbericht zur Situation von Flüchtlingen und Folteropfern in den Bundesländern Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen. Hg. v. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, Psychosoziales Zentrum für MigrantInnen Sachsen-Anhalt e.V., refugio thüringen e.V. - Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge, Cactus e.V. – Familien- und Gesundheitszentrum.

Baron, Jenny; Schriefers, Silvia (2015): Versorgungsbericht zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland. Hg. v. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer.

Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (2014): Zensus 2011: Daten zur Altersstruktur der Bevölkerung. für den Freistaat Bayern (Statistische Berichte). Online verfügbar unter <https://www.statistik.bayern.de/medien/statistik/zensus/999.pdf>, zuletzt geprüft am 23.03.2017.

Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (Hg.) (2015): Statistische Berichte, Krankenhausstatistik 2014. Grunddaten, Diagnosen und Kostennachweis. München.

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2017): Krankenhausplan des Freistaates Bayern. Stand: 1. Januar 2017 (42. Fortschreibung). Online verfügbar unter https://www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2017/03/20170101_bay_krankenhausplan.pdf, zuletzt geprüft am 23.03.2017.

Beauchamp, Tom L.; Childress, James F. (2009): Principles of biomedical ethics. 6. ed. New York, NY: Oxford Univ. Press.

Berger, Johannes; Biffel, Gudrun; Graf, Nikolaus; Schuh, Ulrich; Strohner, Ludwig (2016): Ökonomische Analyse der Zuwanderung von Flüchtlingen nach Österreich. Studie im Auftrag der Wirtschaftskammer Österreich und des Bundesministeriums für Europa, Integration und Äußeres. Donau-Universität Krems, Department für Migration und Globalisierung. Krems.

Bijak, Jakub; Wiśniowski, Arkadiusz (2010): Bayesian forecasting of immigration to selected European countries by using expert knowledge. In: *Journal of the Royal Statistical Society: Series A (Statistics in Society)* 173 (4), S. 775–796. DOI: 10.1111/j.1467-985X.2009.00635.x.

Birleson, Peter (1981): THE VALIDITY OF DEPRESSIVE DISORDER IN CHILDHOOD AND THE DEVELOPMENT OF A SELF-RATING SCALE. A RESEARCH REPORT. In: *J Child Psychol & Psychiat* 22 (1), S. 73–88. DOI: 10.1111/j.1469-7610.1981.tb00533.x.

Bogic, Marija; Ajdukovic, Dean; Bremner, Stephen; Franciskovic, Tanja; Galeazzi, Gian Maria; Kucukalic, Abdulah et al. (2012): Factors associated with mental disorders in long-settled war refugees. Refugees from the former Yugoslavia in Germany, Italy and the UK. In: *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 200 (3), S. 216–223. DOI: 10.1192/bjp.bp.110.084764.

Borstel, Stefan von (2015): Die Flüchtlinge sind übernormal gesunde Menschen. In: *Die Welt*, 31.12.2015, S. 5. Online verfügbar unter <https://www.welt.de/politik/deutschland/article150487076/Die-Fluechtlinge-sind-uebernormal-gesunde-Menschen.html>.

Böttche, Maria; Heeke, Carina; Knaevelsrud, Christine (2016): Sequenzielle Traumatisierungen, Traumafolgestörungen und psychotherapeutische Behandlungsansätze bei kriegstraumatisierten erwachsenen Flüchtlingen in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* (59 (5)), S. 621–626.

Bozorgmehr, Kayvan; Mohsenpour, Amir; Saure, Daniel; Stock, Christian; Loerbroks, Adrian; Joos, Stefanie; Schneider, Christine (2016): Systematische Übersicht und „Mapping“ empirischer Studien des Gesundheitszustands und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990–2014). In: *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 59 (5), S. 599–620.

Bozorgmehr, Kayvan; Razum, Oliver (2015a): 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.

Bozorgmehr, Kayvan; Razum, Oliver (2015b): 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.

BPtK – Bundespsychotherapeutenkammer (2011): BPtK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung – Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPtK. Hg. v. BPtK – Bundespsychotherapeutenkammer. Online verfügbar unter http://www.bptk.de/uploads/media/110622_BPtK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie_01.pdf, zuletzt aktualisiert am 22.06.2011.

BPtK – Bundespsychotherapeutenkammer (2015): BPtK-Standpunkt: Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen. September 2015. Hg. v. BPtK – Bundespsychotherapeutenkammer. Online verfügbar unter http://www.bptk.de/uploads/media/20150916_BPtK-Standpunkt_psychische_Erkrankungen_bei_Fluechtlingen.pdf, zuletzt aktualisiert am 16.09.2015.

Brecht, Josef; Mayer, Victor; Micheelis, Wolfgang (2009): Prognose der Zahnärztezahl und des Bedarfs an zahnärztlichen Leistungen bis zum Jahr 2030. Überprüfung und Erweiterung

des Prognosemodells PROG20. Hg. v. IDZ. Köln (IDZ-Information, 01). Online verfügbar unter https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/idz/IDZ-Info_0109.pdf, zuletzt geprüft am 15.05.2017.

Breu, Karl; Strauch, Winfried; Schweitzer, Stefan (2016): 94 Stellen für den ÖGD. In: *Bayerisches Ärzteblatt* (2016 (3)), S. 84–85.

Breyer, Friedrich; Ulrich, Volker (2000): Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt. eine Regressionsanalyse. In: *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik* 220, S. 1–17.

Brune, Michael; José Eiroá-Orosa, Francisco; Fischer-Ortman, Julia; Haasen, Christian (2014): Effectiveness of psychotherapy for traumatized refugees without a secure residency status. In: *International Journal of Migration, Health and Social Care* 10 (1), S. 52–59. DOI: 10.1108/IJMHS-07-2013-0022.

Bundesministerium des Inneren (2006): Bericht zur Evaluierung des Gesetzes zur Steuerung und Begrenzung der Zuwanderung und zur Regelung des Aufenthalts und der Integrations von Unionsbürgern und Ausländern (Zuwanderungsgesetz). Online verfügbar unter <http://doku.iab.de/externe/2008/k080227f01.pdf>, zuletzt geprüft am 29.05.2017.

Bundesministerium des Inneren (30.09.2016): 890.000 Asyl-su-chen-de im Jahr 2015. Statt der bisher veröffentlichten Zahl von 1,1 Millionen kamen im vergangenen Jahr 890.000 Asylsuchende nach Deutschland. Online verfügbar unter <http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2016/09/asylsuchende-2015.html>, zuletzt geprüft am 31.07.2017.

Bundesministerium des Inneren (11.01.2017): 280.000 Asyl-su-chen-de im Jahr 2016. Deutlicher Rückgang des Zugangs von Asylsuchenden, 745.545 Asylanträge. Online verfügbar unter <http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2017/01/asylantraege-2016.html>, zuletzt geprüft am 31.07.2017.

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2009): Gesundheit und Menschenrechte. BMZ SPEZIAL 162. Online verfügbar unter <https://www.bmz.de/de/mediathek/publikationen/archiv/themen/gesundheit/spezial162pdf.pdf>, zuletzt geprüft am 31.05.2017.

Bundesregierung (2016): Bundestag-Drucksache 18/9146. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ulla Jelpke, Frank Tempel, Sevim Dağdelen, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. Ergänzende Informationen zur Asylstatistik für das zweite Quartal. Bundesregierung.

Bundessozialgericht, Urteil vom 10.05.1995, Aktenzeichen 1 RK 10/94.

Bundeszahnärztekammer (2016): Statistisches Jahrbuch 2015 | 2016. Hg. v. Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e. V. Berlin.

Burmeister, Frank (2014): Ausgangslage in Hamburg vor der Übertragung der medizinischen Versorgung der Grundleistungsberechtigten nach dem AsylbLG auf eine Krankenkasse. In: Gesundheitsversorgung Ausländer - Best Practice Beispiele aus Hamburg: Bericht zum Fachtag am 8. Dezember 2014 in der Landesvertretung Hamburg in Berlin ((Keine Angabe)), S. 7–9.

Busch, M. A.; Maske, U. E.; Ryl, L.; Schlack, R.; Hapke, U. (2013): Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 56 (5-6), S. 733–739. DOI: 10.1007/s00103-013-1688-3.

Butollo, Willi; Maragos, Markos; Liermann-Schwartz, Jessica; Nimmerrichter, Matthias; Siemast, Marian; Dick, Hans et al. (2012): Gutachterstelle zur Erkennung psychischer Störungen bei Asylbewerbern. Hg. v. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und

Sozialordnung, Familie und Frauen und Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie.

BZgA (2011): Verhütungsverhalten Erwachsener. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung 2011. [1. Aufl.]. Köln: BZgA (Repräsentativbefragungen Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung).

Coughlin, Steven S. (1990): Recall bias in epidemiologic studies. In: *Journal of Clinical Epidemiology* (43 (1)), S. 87–91.

DESTATIS (2011): Zensusdatenbank - Deutschland. Online verfügbar unter <https://ergebnisse.zensus2011.de/#StaticContent:00,,,>, zuletzt aktualisiert am 14.05.2014, zuletzt geprüft am 31.05.2017.

DESTATIS (2016): Sozialleistungen. Leistungen an Asylbewerber 2015. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/Asylbewerberleistungen/Asylbewerber.html>.

Deutscher Bundestag (2017): Unterrichtung durch die Bundesregierung. Bericht über die Situation unbegleiteter ausländischer Minderjähriger in Deutschland. Online verfügbar unter <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/18/115/1811540.pdf>, zuletzt geprüft am 23.03.2017.

Deutsches Rotes Kreuz e.V. (Hg.) (2008): Familienzusammenführung. Rechtsgrundlagen für die Einreise und den Aufenthalt in Deutschland.

Die Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen Bremen (2014): Sicherstellung der Krankenbehandlung von Asylbewerbern im Rahmen des „Bremer Modells“, Vorlage für die Sitzung der staatlichen Deputation für Soziales, Kinder und Jugend am 05. Juni 2014. Bremen, zuletzt geprüft am 11.01.2017.

Dimitrova, Mimoza; Gologanova, Kristina; Friele, Boris; Rüfer, Joachim; Kroó, Adrienn; Jáplány, Szilvia et al. (o.J.): PROTECT "Process of Recognition and Orientation of Torture Victims in European Countries to Facilitate Care and Treatment". Hg. v. Zentrum Überleben.

Dybek, Inga; Bischof, Gallus; Grothues, Janina; Reinhardt, Susa; Meyer, Christian; Hapke, Ulfert et al. (2006): The reliability and validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a German general practice population sample. In: *Journal of studies on alcohol* 67 (3), S. 473–481.

EI-Menouar, Yasemin (2014): Befragung von Migranten. In: Nina Baur und Jörg Blasius (Hg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer VS, S. 787–797.

Gäbel, Ulrike; Ruf, Martina; Schauer, Maggie; Odenwald, Michael; Neuner, Frank (2006): Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 35 (1), S. 12–20. DOI: 10.1026/1616-3443.35.1.12.

Gammouh, Omar Salem; Al-Smadi, Ahmed Mohammad; Tawalbeh, Loai Issa; Khoury, Laurice Sami (2015): Chronic diseases, lack of medications, and depression among Syrian refugees in Jordan, 2013-2014. In: *Preventing chronic disease* 12, S. E10. DOI: 10.5888/pcd12.140424.

Gavranidou, Maria; Niemiec, Barbara; Magg, Birgit; Rosner, Rita (2008): Traumatische Erfahrungen, aktuelle Lebensbedingungen im Exil und psychische Belastung junger Flüchtlinge. In: *Kindheit und Entwicklung* 17 (4), S. 224–231. DOI: 10.1026/0942-5403.17.4.224.

G-BA (2015): Richtlinie Bedarfsplanungs-Richtlinie Stand: 15. Oktober 2015 des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung. (Bedarfsplanungs-Richtlinie), zuletzt geprüft am 20.03.2017.

GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (2015): Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften ALLBUS 2014. GESIS Datenarchiv Version 2.1.0. GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften. Köln.

GKV-Spitzenverband (2016): Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 03.06.2016. zur Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am 08.06.2016 zu den Anträgen der Fraktionen DIE LINKE „Medizinische Versorgung für Geflüchtete und asylsuchende diskriminierungsfrei sichern“ (Drucksache 18/7413) sowie BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen verbessern“ (Drucksache 18/6067). Unter Mitarbeit von Klaus Meesters. Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/p_stellungnahmen/20160603_Stn_GKV-SV_Asylsuchende_18_14_01803.pdf, zuletzt geprüft am 31.05.2017.

Glaesmer, Heide; Wittig, Ulla; Brahler, Elmar; Martin, Alexander; Mewes, Ricarda; Rief, Winfried (2009): Sind Migranten häufiger von psychischen Störungen betroffen? In: *Psychiatrische Praxis* 36 (1), S. 16–22. DOI: 10.1055/s-2008-1067566.

GMK – Gesundheitsministerkonferenz (2015): Beschlüsse der 88. GMK (2015). TOP 8.4 Finanzierung von Dolmetscherleistungen aus Bundesmitteln. Hg. v. GMK – Gesundheitsministerkonferenz. Online verfügbar unter <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=304&jahr=2015>.

Gouzoulis-Mayfrank, Euphrosyne; Schmitz-Buhl, Mario; Schaffrath, Jonas; Pollmacher, Thomas (2017a): Die aktuelle Situation der Versorgung von Flüchtlingen in psychiatrischen Kliniken in Deutschland - Eine Bestandsaufnahme der BDK. In: *Psychiatrische Praxis* 44 (1), S. 7–9. DOI: 10.1055/s-0042-121777.

Gouzoulis-Mayfrank, Euphrosyne; Schmitz-Buhl, Mario; Schaffrath, Jonas; Pollmacher, Thomas (2017b): Die aktuelle Situation der Versorgung von Flüchtlingen in psychiatrischen Kliniken in Deutschland – Eine Bestandsaufnahme der BDK. In: *Psychiatrische Praxis* (44), S. 7–9.

Heidemann, Christin; Rabenberg, Martina; Scheidt-Nave, Christa (2016): Diabetes mellitus | DEGS1-Faktenblatt. Prävalenz von Diabetes mellitus. Hg. v. Robert Koch-Institut. Robert Koch-Institut.

Hentze, T.; Schäfer, H. (2016): Flüchtlinge–Folgen für Arbeitsmarkt und Staatsfinanzen: Köln: Institut der deutschen Wirtschaft (iw-Kurzberichte) (3/2016).

Heptinstall, Ellen; Sethna, Vaheshta; Taylor, Eric (2004): PTSD and depression in refugee children. Associations with pre-migration trauma and post-migration stress. In: *European child & adolescent psychiatry* 13 (6), S. 373–380. DOI: 10.1007/s00787-004-0422-y.

Holler, Johannes; Schuster, Philip (2016): Langfristeffekte der Flüchtlingszuwanderung 2015 bis 2019 nach Österreich. In: *Studie im Auftrag des Fiskalrates. Wien*.

Hummel, Caroline-Antonia; Thöne, Michael (2016): Finanzierung der Flüchtlingspolitik. Für eine ausgewogene Finanzierung der Flüchtlingsleistungen bei Bund, Ländern und Kommunen, zuletzt geprüft am 16.01.2017.

Institut der Deutschen Zahnärzte (2016): Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V). 1. Aufl. Hg. v. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und Bundeszahnärztekammer - Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V.

Jacobi, F.; Hofler, M.; Strehle, J.; Mack, S.; Gerschler, A.; Scholl, L. et al. (2014): Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). In: *Der Nervenarzt* 85 (1), S. 77–87. DOI: 10.1007/s00115-013-3961-y.

Jacobi, F.; Wittchen, H-U; Holting, C.; Hofler, M.; Pfister, H.; Müller, N.; Lieb, R. (2004): Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results

from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). In: *Psychological medicine* 34 (4), S. 597–611. DOI: 10.1017/S0033291703001399.

Jung, Felicitas (2011): Das Bremer Modell – Gesundheitsversorgung Asylsuchender. Bremen, Gesundheitsamt. Bremen.

Klinkhammer, Gisela; Korzilius, Heike (2014): Flüchtlinge sind Patienten dritter Klasse. In: *Deutsches Ärzteblatt* 113 (13), S. A540-A543.

Klose, Joachim; Rehbein, Isabel (2016): Ärztatlas 2016. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten. Wissenschaftliches Institut der AOK. Berlin. Online verfügbar unter http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ambulaten_versorg/wido_amb_pub-aerzteatlas2016_0716.pdf, zuletzt geprüft am 20.03.2017.

Kohli, Martin (1978): „Offenes“ und „geschlossenes“ Interview: Neue Argumente zu einer alten Kontroverse. In: *Soziale Welt Jg.* 29 (1), S. 1–25.

Kohls, Martin (2015): Sterberisiken von Migranten. Analysen zum Healthy-Migrant-Effekt nach dem Zensus 2011. In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 58 (6), S. 519–526. DOI: 10.1007/s00103-015-2140-7.

Korff, Karla: § 2 AsylbLG. In: Christian Rolfs, Richard Giesen, Ralf Kreikebohm und Peter Udsching: Beck'scher Online-Kommentar Sozialrecht. 43. Aufl. München: C. H. Beck.

Kroenke, Kurt (o.J.): Instruction Manual. Instructions for Patient Health Questionnaire (PHQ) and GAD-7 Measures. Hg. v. Pfizer.

Kruse, Johannes; Joksimovic, Ljiljana; Cavka, Majda; Woller, Wolfgang; Schmitz, Norbert (2009): Effects of trauma-focused psychotherapy upon war refugees. In: *Journal of traumatic stress* 22 (6), S. 585–592. DOI: 10.1002/jts.20477.

Kuhne, Anna; Gilsdorf, Andreas (2016): Infectious disease outbreaks in centralized homes for asylum seekers in Germany from 2004-2014. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 59 (5), S. 570–577. DOI: 10.1007/s00103-016-2332-9.

KVB (2016): Unterversorgung. Dezember 2016. Hg. v. KVB. Online verfügbar unter <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Bedarfsplanung/KVB-Bedarfsplanung-Uebersicht-Unterversorgung-in-Bayern.pdf>.

KVB (2017a): Verschiedene Datensätze zur Leistungsanspruchnahme, Vergütung sowie Morbidität von Asylbewerbern und regulären GKV Versicherten in Bayern. München.

KVB (2017b): Versorgungsatlas Hausärzte. Darstellung der regionalen Versorgungssituation sowie der Altersstruktur in Bayern. München. Online verfügbar unter https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/UeberUns/Versorgung/KVB-Versorgungsatlas_Hausaerzte.pdf, zuletzt geprüft am 20.03.2017.

KVB (2017c): Niederlassungssuche - Hausärztliche Versorgung - Hausärztliche Planungsbereiche. Hg. v. KVB. München. Online verfügbar unter https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Boersen/Niederlassung/Haus%C3%A4rzte_2017_01_31.pdf, zuletzt geprüft am 20.05.2017.

KZVB (2017): Daten zur Inanspruchnahme und Vergütung zahnmedizinischer Leistungen für Asylbewerber in Bayern. München.

Lenk, Thomas; Hesse, Mario; Diesener, Christoph; Woitek, Florian F. (2016): Evaluierung der Kostenpauschale nach dem Sächsischen Flüchtlingsaufnahmegesetz auf Grundlage eines Pauschalerstattungssystems - Gutachten im Auftrag des Sächsischen Staatsministerium des Innern. Online verfügbar unter http://www.derneuekaemmerer.de/fileadmin/images/Nachrichten/Haushalt/160525_Gutachten_Pauschale_SaechsFlueAG_V9_clean_print.pdf, zuletzt geprüft am 13.10.2017.

- Lersner, Ulrike von; Elbert, Thomas; Neuner, Frank (2008a): Mental health of refugees following state-sponsored repatriation from Germany. In: *BMC psychiatry* 8, S. 88. DOI: 10.1186/1471-244X-8-88.
- Lersner, Ulrike von; Wiens, Ulrike; Elbert, Thomas; Neuner, Frank (2008b): Mental health of returnees. Refugees in Germany prior to their state-sponsored repatriation. In: *BMC international health and human rights* 8, S. 8. DOI: 10.1186/1472-698X-8-8.
- Loenhoff, Jens (2011): Tacit Knowledge in Intercultural Communication. In: *Intercultural Communication Studies* 20 (1), S. 57–64. Online verfügbar unter <http://web.uri.edu/iaics/files/05JensLoenhoff.pdf>, zuletzt geprüft am 31.03.2017.
- Löwe, Bernd; Spitzer, Robert; Zipfel, Stephan; Herzog, Wolfgang (2002): PHQ-D. Manual Komplettversion und Kurzform. Autorisierte deutsche Version des "Prime MD Patient Health Questionnaire (PHQ)". 2. Auflage.
- Maercker, A.; Forstmeier, S.; Wagner, B.; Glaesmer, H.; Brahler, E. (2008): Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. In: *Der Nervenarzt* 79 (5), S. 577–586. DOI: 10.1007/s00115-008-2467-5.
- Mall, Volker; Hennigsen, Peter (2015): Studie in Erstaufnahmeeinrichtung: viele Kinder mit Belastungsstörungen.
- Marquardt, L.; Kramer, A.; Fischer, F.; Pruffer-Kramer, L. (2016): Health status and disease burden of unaccompanied asylum-seeking adolescents in Bielefeld, Germany: cross-sectional pilot study. In: *Tropical medicine & international health : TM & IH* 21 (2), S. 210–218. DOI: 10.1111/tmi.12649.
- Marschall, Paul (2004): Lebensstilwandel in Ostdeutschland. Gesundheitsökonomische Implikationen. Frankfurt am Main et al.: Lang.
- Maske, Ulrike E.; Busch, Markus A.; Jacobi, Frank; Beesdo-Baum, Katja; Seiffert, Ingeburg; Wittchen, Hans-Ulrich et al. (2015): Current major depressive syndrome measured with the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) and the Composite International Diagnostic Interview (CIDI): results from a cross-sectional population-based study of adults in Germany. In: *BMC psychiatry* 15, S. 77. DOI: 10.1186/s12888-015-0463-4.
- Matos, Elena Gomes de; Atzendorf, Josefine; Kraus, Ludwig; Piontek, Daniela (2016): Substanzkonsum in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland. In: *SUCHT* 62 (5), S. 271–281. DOI: 10.1024/0939-5911/a000445.
- Meier, Volker; Artelt, Tanja; Cierpiol, Stefanie; Gossner, Johannes; Scheithauer, Simone (2016): Tuberculosis in newly arrived asylum seekers: A prospective 12 month surveillance study at Friedland, Germany. In: *International journal of hygiene and environmental health* 219 (8), S. 811–815. DOI: 10.1016/j.ijheh.2016.07.018.
- Metzner, Franke; Reher, Cornelia; Kindler, Heinz; Pawils, Silke (2016): Psychotherapeutische Versorgung von begleiteten und unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen und Asylbewerbern mit Traumafolgestörungen in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* (59 (5)), S. 642–651.
- Mohammadzadeh, Zahra; Jung, Felicitas; Lelgemann, Monika (2016): Health for refugees - the Bremen model. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 59 (5), S. 561–569. DOI: 10.1007/s00103-016-2331-x.
- Nandi, C. (2014): Kriegstraumata und PTBS bei deutschen Kriegsüberlebenden. Ein Vergleich ehemaliger Soldaten und Frauen des Zweiten Weltkriegs. In: *Der Nervenarzt* (85 (3)), S. 356–362.
- Netzwerk Menschenrechte (2013): UN-Sozialpakt. Soziale Sicherheit. Online verfügbar unter <https://www.sozialpakt.info/soziale-sicherheit-3236/>, zuletzt aktualisiert am 14.07.2013, zuletzt geprüft am 31.05.2017.

- Neumayer, Eric (2005): Bogus Refugees? The Determinants of Asylum Migration to Western Europe. In: *International Studies Quarterly* 49 (3), S. 389–409. Online verfügbar unter https://www.jstor.org/stable/3693600?seq=2#fndtn-page_scan_tab_contents, zuletzt geprüft am 31.05.2017.
- Niklewski, Günter; Richter, Kneginja; Lehfeld, Hartmut (2012): "Gutachterstelle zur Erkennung von psychischen Störungen bei Asylbewerberinnen und Asylbewerbern - Zirndorf". Hg. v. Klinikum Nürnberg.
- Poethko-Muller, C.; Zimmermann, R.; Hamouda, O.; Faber, M.; Stark, K.; Ross, R. S.; Thamm, M. (2013): Die Seroepidemiologie der Hepatitis A, B und C in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) (5-6).
- Razum, O.; Rohrmann, S. (2002): Der Healthy-migrant-Effekt. Bedeutung von Auswahlprozessen bei der Migration und Late-entry-Bias. In: *Das Gesundheitswesen* 64 (2), S. 82–88. DOI: 10.1055/s-2002-20271.
- Razum, Oliver; Zeeb, Hajo; Meesmann, Uta (2008): Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Repschläger, Uwe; Schulte, Cladua; Osterkamp, Nicole (Hg.) (2015): Gesundheitswesen Aktuell 2015 - Beiträge und Analysen. Köln: Barmer GEK.
- Reuband, Karl-Heinz (2014): Schriftlich-postalische Befragung. In: Nina Baur und Jörg Blasius (Hg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer VS, S. 643–660.
- Richter, K.; Lehfeld, H.; Niklewski, G. (2015): Warten auf Asyl: Psychiatrische Diagnosen in der zentralen Aufnahmeeinrichtung in Bayern. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 77 (11), S. 834–838. DOI: 10.1055/s-0035-1564075.
- Robert Koch-Institut (2011): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2009". Berlin.
- Robert Koch-Institut (2014a): Alkoholkonsum. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1. Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Erste Folgebefragung 2009 -2012. Berlin.
- Robert Koch-Institut (2014b): Asthma bronchiale. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie >>Gesundheit in Deutschland aktuell 2012<<. Hg. v. Robert Koch-Institut. Robert Koch-Institut. Berlin.
- Robert Koch-Institut (2014c): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie >>Gesundheit in Deutschland aktuell 2012<<.
- Robert Koch-Institut (2014d): Psychische Auffälligkeiten. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1. Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Erste Folgebefragung 2009 - 2012. Berlin.
- Robert Koch-Institut (2014e): Subjektive Gesundheit. Faktenblatt zu KiGGS-Welle 1. Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Erste Folgebefragung 2009 - 2012. Berlin.
- Robert Koch-Institut (2015a): Epidemiologisches Bulletin. Aktuelle Daten und Informationen zu Infektionskrankheiten und Public Health. Hg. v. Robert Koch-Institut. Robert Koch-Institut. Berlin.
- Robert Koch-Institut (2015b): Epidemiologisches Bulletin. Aktuelle Daten und Informationen zu Infektionskrankheiten und Public Health. Hepatitis-E-Virus-Infektion aus virologischer Sicht (15).

- Robert Koch-Institut (2015c): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Hg. v. Robert Koch-Institut. Robert Koch-Institut. Berlin.
- Robert Koch-Institut (2015d): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Hg. v. Robert Koch-Institut. Robert Koch-Institut. Berlin.
- Robert Koch-Institut (2016a): Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2015. Hg. v. Robert Koch-Institut. Berlin.
- Robert Koch-Institut (2016b): Epidemiologisches Bulletin. Aktuelle Daten und Informationen zu Infektionskrankheiten und Public Health. HIV-Jahresbericht 2015 (38).
- Robert Koch-Institut (2016c): Faktenblatt zu DEGS1: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (2008-2011). Prävalenz von Diabetes mellitus. Hg. v. Robert Koch-Institut. Robert Koch-Institut. Berlin.
- Robert Koch-Institut; DESTATIS (2017a): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Eckdaten der vollstationären Patienten und Patientinnen). Robert Koch-Institut; DESTATIS. Online verfügbar unter http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE=_XWD_2&OPINDEX=2&HANDLER=_XWD_CUBE.SETPGS&DATACUBE=_XWD_30&D.001=1000001&D.946=14494&D.011=44302, zuletzt aktualisiert am 29.03.2017.
- Robert Koch-Institut; DESTATIS (2017b): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000. Krankheiten des Verdauungssystems. Hg. v. Robert Koch-Institut und DESTATIS. Robert Koch-Institut; DESTATIS. Online verfügbar unter http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE=_XWD_2&OPINDEX=1&HANDLER=_XWD_CUBE.SETPGS&DATACUBE=_XWD_30&D.001=1000001&D.946=14499&D.011=44302.
- Robert Koch-Institut; Statistisches Bundesamt (2007): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Harninkontinenz. Berlin (39).
- Robert Koch-Institut; Statistisches Bundesamt (2009): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Mundgesundheit. Hg. v. Robert Koch-Institut (47).
- Robert-Koch-Institut (2008a): Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bericht für den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Berlin: Robert Koch-Institut; Robert Koch-Inst (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes).
- Robert-Koch-Institut (2008b): Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bericht für den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Berlin: Robert Koch-Institut; Robert Koch-Inst (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes).
- Ruf, Martina; Schauer, Maggie; Elbert, Thomas (2010a): Prävalenz von traumatischen Stresserfahrungen und seelischen Erkrankungen bei in Deutschland lebenden Kindern von Asylbewerbern. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 39 (3), S. 151–160. DOI: 10.1026/1616-3443/a000029.
- Ruf, Martina; Schauer, Maggie; Elbert, Thomas (2010b): Prävalenz von traumatischen Stresserfahrungen und seelischen Erkrankungen bei in Deutschland lebenden Kindern von Asylbewerbern. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 39 (3), S. 151–160. DOI: 10.1026/1616-3443/a000029.
- Ruf-Leuschner, Martina; Roth, Maria; Schauer, Maggie (2014a): Traumatisierte Mütter – traumatisierte Kinder? In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 43 (1), S. 1–16. DOI: 10.1026/1616-3443/a000237.

- Ruf-Leuschner, Martina; Roth, Maria; Schauer, Maggie (2014b): Traumatisierte Mütter – traumatisierte Kinder? In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 43 (1), S. 1–16. DOI: 10.1026/1616-3443/a000237.
- Sabes-Figuera, Ramon; McCrone, Paul; Bogic, Marija; Ajdukovic, Dean; Franciskovic, Tanja; Colombini, Niccolò et al. (2012): Long-term impact of war on healthcare costs. An eight-country study. In: *PloS one* 7 (1), S. e29603.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Sondergutachten 2009. Baden-Baden.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2015): Zukunftsfähigkeit in den Mittelpunkt. Jahresgutachten 2015/16. Baden-Baden: Nomos (2015/16).
- SBK (2017): Datensätze zur Leistungsanspruchnahme und Morbidität Berliner Asylbewerber, SBK Versicherter aus Hauptherkunftsländer von Asylbewerbern in Deutschland sowie regulärer SBK Versicherter in Deutschland. München.
- Schmähl, Winfried (2009): Soziale Sicherung. Ökonomische Analysen. Wiesbaden.
- Schmitz, R.; Thamm, M.; Ellert, U.; Kalcklosch, M.; Schlaud, M. (2014): Verbreitung häufiger Allergien bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studie - Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 57 (7), S. 771–778. DOI: 10.1007/s00103-014-1975-7.
- Schreiter, Stefanie; Winkler, Johanna; Bretz, Joachim; Schouler-Ocak, Meryam (2016): Was kosten uns Dolmetscher? Eine retrospektive Analyse der Dolmetscherkosten in der Behandlung von Flüchtlingen in einer Psychiatrischen Institutsambulanz in Berlin. In: *Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie* 66 (09/10), S. 356–360. DOI: 10.1055/s-0042-115414.
- Schwarz, Kristina (2015): „Wer trägt die Dolmetscherkosten?“. In: *Das Krankenhaus*, S. 1168–1171.
- Schwienhorst, Eva-Maria; Stich, August (2015): Medizinische Versorgung von Flüchtlingen und Asylbewerbern – Erfahrungen aus dem Würzburger Modell. In: *Flug u Reisemed.* 22 (03), S. 116–121. DOI: 10.1055/s-0035-1557101.
- Sieberer, Marcel; Ziegenbein, Marc; Eckhardt, Gudrun; Machleidt, Wielant; Calliess, Iris T. (2011): Psychiatrische Begutachtung im Asylverfahren. In: *Psychiatrische Praxis* 38 (1), S. 38–44. DOI: 10.1055/s-0030-1248552.
- Slewa-Younan, Shameran; Uribe Guajardo, Maria Gabriela; Heriseanu, Andreea; Hasan, Tasnim (2015): A Systematic Review of Post-traumatic Stress Disorder and Depression Amongst Iraqi Refugees Located in Western Countries. In: *Journal of immigrant and minority health* 17 (4), S. 1231–1239. DOI: 10.1007/s10903-014-0046-3.
- Sozialgericht Hildesheim, Urteil vom 01.12.2001, Aktenzeichen S 34 SO 217/10.
- Statistisches Bundesamt (2017a): Bevölkerung auf Grundlage des Zensus 2011. Hg. v. Statistisches Bundesamt. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/Durchschnittsalter_Zensus.html, zuletzt geprüft am 29.03.2017.
- Statistisches Bundesamt (2017b): Gesundheitsausgaben im Jahr 2015 um 4,5 % gestiegen. Pressemitteilung Nr. 061 vom 21.02.2017. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/02/PD17_061_23611.html;jsessionid=CD2E30C1924F217610C820D0CE66D447.cae1, zuletzt geprüft am 22.02.2017.
- Steel, Zachary; Chey, Tien; Silove, Derrick; Marnane, Claire; Bryant, Richard A.; van Ommeren, Mark (2009): Association of torture and other potentially traumatic events with

- mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. In: *Jama* 302 (5), S. 537–549. DOI: 10.1001/jama.2009.1132.
- Stellpflug, Martin; Kötter, Filip (2016): Sozial(versicherungs-)rechtliche Fragestellungen bei Patienten mit Migrationshintergrund. In: *Zeitschrift für das gesamte Medizin- und Gesundheitsrecht*, S. 31–38.
- Strippel, Harald (2004): Prävention in der Zahnmedizin. In: Klaus Hurrelmann und Thomas Altgeld (Hg.): *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Huber (Verlag Hans Huber Programmbereich Gesundheit), S. 255–264.
- Takla, Anja; Barth, A.; Siedler, Anette; Stöcker, Petra; Wichmann, Ole; Deleré, Yvonne (2012): Measles outbreak in an asylum-seekers' shelter in Germany. comparison of the implemented with a hypothetical containment strategy. In: *Epidemiology and infection* 140 (09), S. 1589–1598.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2012): *World drug report 2012*. New York: United Nations.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2016): *World Drug Report*. Hg. v. United Nations Office on Drugs and Crime. New York.
- Wächter-Raquet, Marcus (2016): Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende und Flüchtlinge, Der Umsetzungsstand im Überblick der Bundesländer. Gütersloh.
- WDR (2016): Erstmals Gesundheitskosten für Flüchtlinge ermittelt. Köln. Online verfügbar unter https://presse.wdr.de/plounge/wdr/programm/2016/04/20160413_gesundheitskosten_fleuchtlinge.html, zuletzt geprüft am 12.01.2017.
- Weinrich, Julius Matthias; Diel, Roland; Sauer, Markus; Henes, Frank Oliver; Meywald-Walter, Karen; Adam, Gerhard et al. (2017): Yield of chest X-ray tuberculosis screening of immigrants during the European refugee crisis of 2015: a single-centre experience. In: *European radiology*. DOI: 10.1007/s00330-016-4684-9.
- Wenner, Judith; Razum, Oliver; Schenk, Liane; Ellert, Ute; Bozorgmehr, Kayvan (2016): The health of children and adolescents from families with insecure residence status compared to children with permanent residence permits: analysis of KiGGS data 2003-2006. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 59 (5), S. 627–635. DOI: 10.1007/s00103-016-2338-3.
- Witt, Andreas; Rassenhofer, Miriam; Fegert, Joerg M.; Plener, Paul L. (2015): Hilfebedarf und Hilfsangebote in der Versorgung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen. In: *Kindheit und Entwicklung* (24 (4)), S. 209–224.
- Wolf, M. (1995): Krankenhilfe nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. ein Erfahrungsbericht nach dem ersten Jahr. In: *Das Gesundheitswesen* 57 (4), S. 229–231.
- Worbs, Susanne; Bund, Eva; Böhm, Axel (2016): *Asyl – und dann? Die Lebenssituation von Asylberechtigten und anerkannten Flüchtlingen in Deutschland*. BAMF-Flüchtlingsstudie 2014. Hg. v. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF). Nürnberg. Online verfügbar unter <https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb28-fluechtlingsstudie-2014.html?nn=1367522>.
- World Health Organization (2017): BMI classification. Global Database on Body Mass Index. Hg. v. World Health Organization. Online verfügbar unter http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html, zuletzt aktualisiert am 08.03.2017, zuletzt geprüft am 08.03.2017.
- Wright, J. (2015): *Essential Package of Health Services. Country Snapshot: Afghanistan*. Bethesda: MD: Health Finance & Governance Project.

Yildirim-Fahlbusch, Y. (2003): Kulturelle Missverständnisse. Türkische Migranten. In: *Deutsches Ärzteblatt* 100 (18), S. A1179-A1181. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/archiv/36687/Tuerkische-Migranten-Kulturelle-Missverstaendnisse>, zuletzt geprüft am 31.03.2016.

Zentrum Überleben (2017). Hg. v. Zentrum Überleben. Abteilung für Flüchtlingshilfen und Migrationsdienste.