

UNIVERSITÄT
BAYREUTH



Auswirkungen des Zustroms von Asylbewerbern auf die gesundheitliche Versorgung in Bayern

Kurzbericht

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 Aljadeeah

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

Inhalt

1. Einleitung	1
2. Quantifizierung des Zustroms	2
3. Analyse der Morbidität der zugewanderten Personen	3
4. Ermittlung der erforderlichen zusätzlichen Kapazitäten und Kompetenzen	6
4.1. Ambulante somatische Versorgung	6
4.2. Stationäre somatische Versorgung	6
4.3. Ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung.....	7
4.4. Stationäre psychiatrische und psychosomatische Versorgung	7
4.5. Öffentlicher Gesundheitsdienst.....	8
4.6. Voraussichtlich entstehende zusätzliche Ausgaben für die Haushalte des Freistaats Bayern bzw. der bayerischen Kommunen und die Gesetzliche Krankenversicherung.....	8
5. Ableitung der Handlungsempfehlungen	10

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Jährlicher Zuwachs zu versorgender Personen	2
Tabelle 2: Charakterisierung der Stichprobe nach den Merkmalen Alter, Geschlecht und Herkunftsland.....	4
Tabelle 3: Relative Häufigkeiten psychischer Belastungen Geflüchteter aus den Herkunftsländern Afghanistan, Eritrea, Irak, Iran und Syrien.....	5
Tabelle 4: Top 5 Relative Häufigkeiten somatischer Beschwerden Geflüchteter aus den Herkunftsländern Afghanistan, Eritrea, Irak, Iran und Syrien.....	5
Tabelle 5: Auswirkungen des geschätzten Zuzugs auf die ambulante somatische Versorgung	6
Tabelle 6: Auswirkungen des geschätzten Zuzugs auf den stationären Sektor	7

1. Einleitung

Gesundheit wird in unserer Gesellschaft nicht nur als privates, sondern vielmehr auch als öffentliches Gut angesehen, welches die Grundvoraussetzung für ein Leben frei von physischen und psychischen Einschränkungen ist. Umso wichtiger ist es, als Solidargemeinschaft der Aufgabe der Fürsorgepflicht gegenüber allen Bedürftigen nachzukommen. Der Artikel 12 des UN-Sozialpaktes bestärkt das Recht auf Gesundheit für Jedermann. Ein solches Recht ist insbesondere durch individuelle Gesundheitsleistungen und öffentliche Gesundheitsfürsorge sowie adäquate Zugänglichkeit – sowohl im räumlichen als auch wirtschaftlichen Sinne – durch entsprechende Versorgungsstrukturen für alle zu verwirklichen. Auch die Selbstverpflichtung Deutschlands, aufgrund des im Dezember 1973 ratifizierten UN-Sozialpaktes, gesellschaftliche Gruppen in verletzlichen Lebenslagen in besonderem Maße zu unterstützen, lässt die Bedeutung der Gesundheit – im Besonderen von vulnerablen Gruppen – erkennen.

Das Gutachten „Auswirkungen des Zustroms von Asylbewerbern auf die gesundheitliche Versorgung in Bayern“ ist Teil des Sonderprogrammes „Zusammenhalt fördern, Integration stärken“ der Bayerischen Staatsregierung und widmet sich der Fragestellung, wie sich der Zustrom auf die medizinische Versorgung auswirkt und welcher Bedarf für eine Kapazitäts- und Kompetenzveränderung besteht, um Gesundheitsversorgung für die in Bayern lebende Bevölkerung sicherzustellen. Zunächst wird der Zustrom von Geflüchteten für Bayern analysiert und regionalspezifisch quantifiziert. Mithilfe von Primärdatenerhebungen wird in einem weiteren Schritt die Morbidität von Geflüchteten in Bayern ermittelt. So können Abweichungen von der deutschen Wohnbevölkerung hinsichtlich relevanter Erkrankungen festgestellt werden. Anschließend wird der Bedarf für zusätzliche Kapazitäten und Kompetenzen im Gesundheitswesen identifiziert. Dafür ist zuerst eine Erfassung des Status Quo der Versorgungssituation in Bayern notwendig. Hierfür werden empirisch erhobene Daten und offizielle Statistiken zu den Bereichen der psychischen und somatischen Gesundheitsversorgung sowie zum Aufgabenbereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Bayern analysiert und zusammengefasst. Die Betrachtung umschließt hier sowohl den stationären als auch den ambulanten Sektor. Ebenso werden die elementaren Versorgungsbereiche der Arzneimittelversorgung oder Hilfs- und Heilmittel berücksichtigt. Ferner wird eine monetäre Bewertung des Versorgungsbedarfes, basierend auf den Ergebnissen der einzelnen Teilbereiche, vorgenommen. 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.

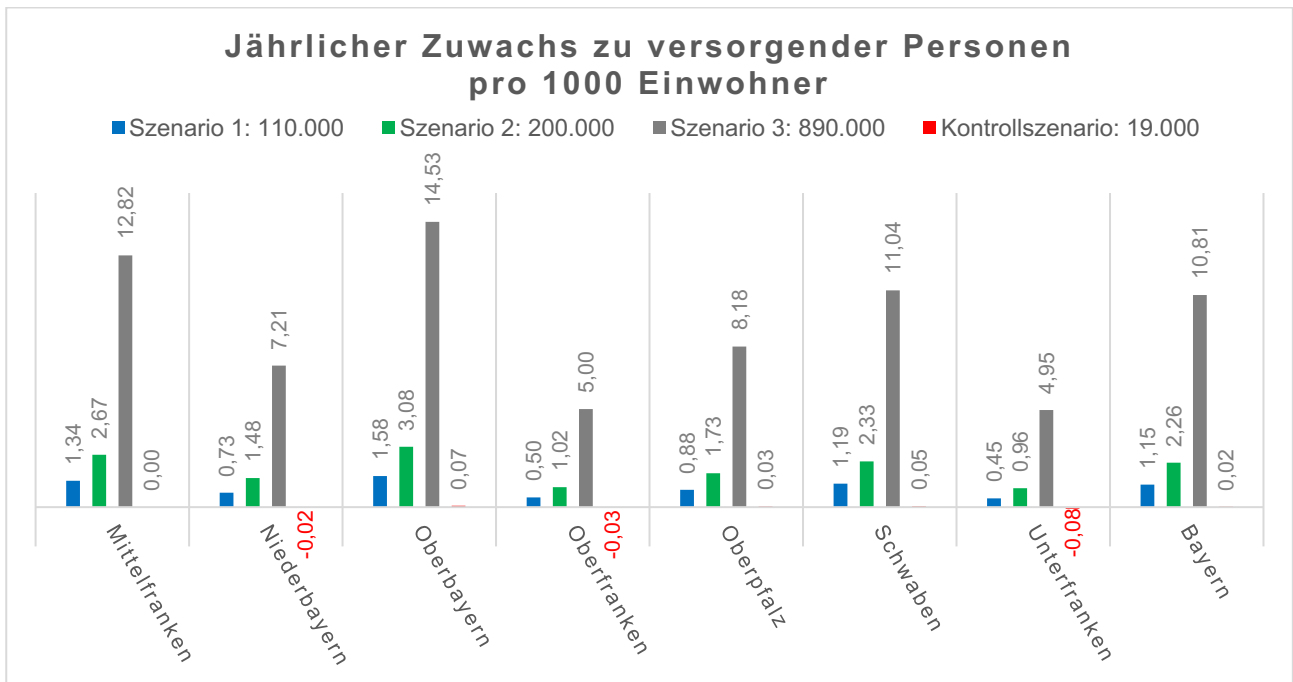
2. Quantifizierung des Zustroms

Da eine Prognose der Zuwanderungszahlen und der Verteilung innerhalb Bayerns im Rahmen dieser Studie nicht möglich ist und bisher keine Daten dazu vorliegen, handelt es sich bei den nachfolgenden Analysen lediglich um Schätzungen. Zur präzisen Gesundheitsplanung sollte jedoch zügig eine sichere Datenbasis geschaffen werden.

Da – soweit ersichtlich – eine auf die hier relevante Gruppe der Asylzuwanderer zugeschnittene Methodik der Abschätzung der zukünftigen regionalen Verteilung nicht existiert, muss im Rahmen dieses Gutachtens ein eigener Ansatz entwickelt werden. Zusätzlich muss dieser innerhalb des vorgegebenen Studienzeitraumes abbildbar sein. Die durchschnittliche jährliche Asylzuwanderung seit der Wiedervereinigung betrug rund 110.000 Personen. Der niedrigste Asylzuzug seit der Wiedervereinigung lag bei 19.000 Personen (2007), der höchste bei 890.000 Personen (2015). Die Berechnungen finden innerhalb dieses Rahmens statt. Die der Analyse zu Grunde liegende Schätzung des Zuzugs fußt einerseits auf einer Auswertung des Ausländerzentralregisters und andererseits auf einer empirischen Erhebung in den Landkreisen, in welcher Experten gebeten werden den Zustrom einerseits und die Abwanderung andererseits abzuschätzen.

Anhand des zugrundeliegenden Modells lässt sich eine zusätzlich zu versorgende Personenzahl pro 1000 Einwohner und Jahr ermitteln. Aufgrund einer solchen Zahlenbasis kann die Gesundheitsplanung an die aktuelle Situation angepasst werden. Diese Zahl ist für die drei berechneten Szenarien und das Kontrollszenario unten dargestellt.

Tabelle 1: Jährlicher Zuwachs zu versorgender Personen



Quelle: Eigene Darstellung

Je höher der Grad der Verstädterung einer Region, desto höher fällt die Anzahl der Asylzuwanderer pro 1000 Einwohner aus. Es gibt eine Tendenz aus ländlich geprägten Regionen in städtische Regionen zu wandern. Vorläufige Ergebnisse deuten zudem darauf hin, dass der zu erwartende Familiennachzug zu Asylzuwanderern höchstens bei 0,6 Personen pro *anerkanntem* Geflüchteten liegt.

3. Analyse der Morbidität der zugewanderten Personen

Grundlage der Morbiditätsanalyse ist eine Datenerhebung durch Befragung von Geflüchteten mit Hilfe selbstauszufüllender Fragebögen. Die Konstruktion strukturierter 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, sodass eine komparative Analyse der Stichprobe und der Wohnbevölkerung unter Berücksichtigung aller, die Vergleichbarkeit einschränkenden Faktoren, grundsätzlich möglich ist. Zur Identifizierung von Ergänzungsbereichen, Einschätzung der Übertragbarkeit einzelner Befragungselemente und Überprüfung auf notwendige Änderungen am Erhebungsinstrument sowie 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. Es ergeben sich schließlich drei Fragebögen, die die Morbidität von geflüchteten Menschen hinreichend erfassen – je einer für Erwachsene, Kinder und Eltern.

Um die zu befragende Personengruppe zu erfassen, wird nach einer Analyse der Bleibeperspektive der quantitativ bedeutsamsten Herkunftsländern auf Afghanistan, Eritrea, Irak,

Iran und Syrien fokussiert. Im Verlauf der Erhebung wird deutlich, dass die Zusammensetzung des Zustroms geflüchteter Menschen in ständigem Wandel begriffen ist. Zudem dezimiert sich durch eine Verringerung des Zustroms die Zahl der Personen, die in Aufnahmeeinrichtungen anzutreffen sind, stetig. Um dieser Problematik entgegenzuwirken, werden neben allen größeren Aufnahmeeinrichtungen in Bayern auch kleinere Einrichtungen in die Datenerhebung einbezogen. Komplementär erfolgt eine postalische Befragung. Einerseits kann auf diesem Weg zusätzlich eine große Anzahl von geflüchteten Menschen erreicht werden, andererseits ist eine kontrollierte Erhebung bei Personen aus den ausgewählten Herkunftsländern möglich. Zudem ist es über den Postweg – im Vergleich zur Erhebung in den Asylbewerberunterkünften – besser möglich, auf Personen zu fokussieren, die sich schon längere Zeit in Deutschland aufhalten. Insgesamt ergibt sich durch die oben aufgezeigten Erhebungen eine Stichprobe von n = 1.243, die durch die folgenden Merkmale charakterisiert wird.

Tabelle 2: Charakterisierung der Stichprobe nach den Merkmalen Alter, Geschlecht und Herkunftsland

Merkmale Studienpopulation der Befragung (n=1.243) [%]					
Geschlecht n = 1.189*		Alter n = 1.153*		Herkunftsland n = 950*	
männlich	838 [70,5]	00-11 Jahre	225 [19,5]	Afghanistan	95 [10,0]
weiblich	351 [29,5]	12-17 Jahre	110 [10,5]	Eritrea	264 [27,8]
		18-29 Jahre	550 [47,7]	Irak	170 [17,9]
		30-44 Jahre	213 [18,5]	Iran	62 [6,5]
		45-64 Jahre	53 [4,6]	Syrien	359 [37,8]
		Über 64 Jahre	2 [0,2]		

* Unterschiedlich hohes n kommt zustande, da nicht alle Studienteilnehmer Angaben zu allen drei Merkmalen machten.
Quelle: Eigene Darstellung

Die im Folgenden aufgeführten exemplarischen Ergebnisse sind auf die Selbstausskunft der Studienteilnehmer zurückzuführen. Es kann nicht von ärztlichen Diagnosen ausgegangen werden. Die Auswahl orientiert sich an der quantitativen Bedeutung der Erkrankungen. Während für die Erwachsenen Teilnehmer eine Trennung zwischen den Bewohnern von Asylbewerberunterkünften und den auf postalischem Weg erhobenen Daten sinnvoll ist und somit dargestellt wird, wird im Falle der Kinder und Jugendlichen auf einen Vergleich zwischen postalischer Befragung und der Befragung in den Unterkünften verzichtet. Hier kann im Gegensatz zur Stichprobe der Erwachsenen kein signifikanter Unterschied in der Aufenthaltsdauer zwischen den postalisch Befragten und den Teilnehmern in den Unterkünften festgestellt werden. 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.

Tabelle 3: Relative Häufigkeiten psychischer Belastungen Geflüchteter aus den Herkunftsländern Afghanistan, Eritrea, Irak, Iran und Syrien

Erkrankung	< 18 Jahre			Erkrankung	≥ 18 Jahre					
	Postalisch und Unterkünfte				Unterkünfte			Postalisch		
	p (%)	n	95 %-KI		p (%)	n	95 %-KI	p (%)	n	95 %-KI
Hohe Wahrscheinlichkeit für eine PTBS ¹	40,0	50	(27,6-53,8)	Hohe Wahrscheinlichkeit für eine PTBS ⁴	30,7	290	(25,7-36,2)	4,8	189	(2,6-8,8)
Erhöhtes Risiko einer depressiven Störung ²	28,6	56	(18,4-41,5)	Schweres depressives Syndrom ⁵	12,5	400	(9,6-16,1)	4,1	222	(2,2-7,6)
Spezieller Versorgungsbedarf ³	6,6	226	(4,0-10,6)	Paniksyndrom ⁵	3,8	400	(2,3-6,2)	2,3	222	(1,0-5,2)
				Somatoforme Störungen ⁵	8,5	400	(6,1-11,6)	3,6	222	(1,8-6,9)

¹ Verwendetes Instrument: CRIES-9

² Verwendetes Instrument: DSRS

³ Verwendetes Instrument: CSHCN

(keine Differenzierung zwischen psychischem und somatischem Versorgungsbedarf)

⁴ Verwendetes Instrument: PROTECT

⁵ Auf Grundlage des Patient Health Questionnaire

Quelle: Eigene Darstellung

Im Hinblick auf das Auftreten von somatischen Erkrankungen geben erwachsene Geflüchtete der Stichprobe an, am häufigsten an Erkrankungen der Zähne, des Mundes oder Kiefers, an Rückenschmerzen und Erkrankungen der Haut zu leiden. Bei Kindern werden insbesondere Erkältung, Angina und Zahnschmerzen häufig genannt.¹

Tabelle 4: Top 5 Relative Häufigkeiten somatischer Beschwerden Geflüchteter aus den Herkunftsländern Afghanistan, Eritrea, Irak, Iran und Syrien

Erkrankung	< 18 Jahre (12-Monats-Prävalenz)			Erkrankung	≥ 18 Jahre (12-Monats-Prävalenz)					
	Postalisch und Unterkünfte				Unterkünfte			Postalisch		
	p (%)	n	95 %-KI		p (%)	n	95 %-KI	p (%)	n	95 %-KI
Erkältung	65,7	216	(59,5-71,8)	Rückenschmerz ¹	18,4	347	(14,7-22,8)	3,3	183	(1,5-7,0)
Angina	32,7	205	(26,6-39,4)	Erkrankungen der Zähne, des Mundes oder Kiefers	16,2	339	(12,7-20,5)	8,5	176	(5,2-13,6)
Zahnschmerzen ¹	20,2	168	(14,8-26,9)	Erkrankungen der Haut	8,6	338	(6,1-12,1)	4,6	174	(2,3-8,8)
Durchfall	20,1	194	(15,1-26,3)	Erkrankungen des Magens oder Darms	6,5	340	(4,3-9,6)	6,3	175	(3,5-10,9)
Kopfschmerzen ¹	17,6	176	(12,7-23,9)	Chronische Bronchitis	5,5	346	(3,6-8,4)	1,7	178	(0,6-4,8)

¹ Drei Monate oder länger anhaltend

Quelle: Eigene Darstellung

¹ Eine ausführliche Ergebnisdarstellung sowie Beschreibung des methodischen Vorgehens und Erläuterung der Limitationen kann in der vollumfänglichen Version des Gutachtens „Auswirkungen des Zustroms von Asylbewerbern auf die gesundheitliche Versorgung in Bayern“ eingesehen werden.

4. Ermittlung der erforderlichen zusätzlichen Kapazitäten und Kompetenzen

4.1. Ambulante somatische Versorgung

Es kann aus bedarfsplanerischer Sicht davon ausgegangen werden, dass in der Summe und in allen Szenarien die in Bayern vorhandenen Kapazitäten des ambulanten somatischen Bereichs weitestgehend ausreichen. Demnach ist die hausärztliche Versorgung als einzige Versorgungsart von einer definitorischen Unterversorgung aufgrund des geschätzten Zuzugs betroffen. Im Status quo (25.08.2016) weisen zwei von 199 hausärztlichen Planungsbereichen eine Unterversorgung auf (Feuchtwangen, Ansbach Nord). Für Szenario 1 und 2 kommt eine weitere Planungsregion (Ingolstadt Süd), für Szenario 3 kommen zwei weitere Planungsregionen (Vilsbiburg, Schweinfurt Nord) hinzu, die definitorisch eine Unterversorgung im Sinne eines Versorgungsgrades von weniger als 75% aufweisen. Alle weiteren Versorgungsarten und die jeweiligen Planungsregionen sind durch den Zuzug von keiner definitorischen Unterversorgung im Sinne eines Versorgungsgrades von weniger als 50%, unabhängig vom gewählten Szenario, betroffen. Nachfolgende Tabelle gibt die durchschnittlichen Versorgungsgrade über alle Planungsbereiche einer Versorgungsart und der einer Versorgungsart zugeordneten Facharztgruppen hinweg wieder, um eine erste schnelle Einschätzung der Auswirkungen greifbar zu machen. In Klammern ist die Anzahl der unterversorgten Planungsregionen angegeben.

Tabelle 5: Auswirkungen des geschätzten Zuzugs auf die ambulante somatische Versorgung

Parameter	Versorgungs- grad Status quo	Versorgungs- grad Szenario 1	Versorgungs- grad Szenario 2	Versorgungs- grad Szenario 3	Versorgungs- grad Kontroll- szenario
Hausärztliche Versorgung	113,5 % (2)	111,6 % (3)	111,0 % (3)	106,2 % (5)	112,3 % (2)
Allgemeine fachärztliche Versorgung	139,8 % (1)	137,2 % (1)	136,3 % (1)	129,9 % (1)	138,1 % (1)
Spezialisierte fachärztliche Versorgung	175,3 % (0)	172,2 % (0)	171,2 % (0)	163,8 % (0)	175,3 % (0)
Gesondert fachärztliche Versorgung	184,6 (0)	180,9 % (0)	179,8 % (0)	171,2 % (0)	182,1 % (0)
Zahnärztliche Versorgung	109,7% (0)	107,7% (0)	107,0% (0)	102,2% (0)	108,4% (0)
Kieferortho-pädische Versorgung	141,9% (0)	137,1% (0)	135,7% (0)	125,1% (0)	138,8% (0)

Quelle: Eigene Darstellung

4.2. Stationäre somatische Versorgung

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.-Perzentil² einzelne Krankenhäuser befinden, die eine deutlich höhere Auslastung erfahren. Die äußerst kleinen Effekte in Szenario 1 und 2 machen aber

² Mittels Perzentilen, auch Prozenträge genannt, wird eine Verteilung in 100 umfangsgleiche Teile zerlegt. So drückt das 95. Perzentil aus, dass unterhalb dieses Punktes 95% aller Fälle der Verteilung liegen.

deutlich, dass in diesen Fällen, die von Geflüchteten ausgehende zusätzliche Nachfrage nur einen minimalen Effekt haben dürfte. Sollte es bis 2022 zu einem Zuzug von jährlich 890.000 Personen kommen (Szenario 3), wäre der Effekt spürbar. Dieser wäre allerdings für 75% der Krankenhäuser ohne gravierende Implikationen.

Tabelle 6: Auswirkungen des geschätzten Zuzugs 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

4.3. Ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung

Um die zusätzlich benötigten Kapazitäten und Kompetenzen des ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereichs zu eruieren, wird die Bedarfsplanung der KVB der drei relevanten Arztgruppen (Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychiater und Nervenärzte) verwendet, um Versorgungsgrade zu berechnen. Die Versorgungsgrade sollen Auskunft darüber geben, in welchen Regionen Bayerns eine Über- bzw. Unterversorgung besteht. Mit Hilfe der Daten der Zuzugsanalyse des Kapitels 1 werden Versorgungsgrade der drei Zukunftsszenarien gebildet, um auf potentielle entstehende Über- bzw. Unterversorgungen hinzuweisen. Aufbauend auf den Analysen zu den Versorgungsgraden werden Leitfaden basierte Experteninterviews geführt, um die Ergebnisse qualitativ zu überprüfen. Die Experten können als Beteiligte und Fachkundige des Themenfeldes zu einer Erweiterung spezifischer Inhalte durch Wiedergabe ihres Erfahrungs- und Fachwissens beitragen.

Zusammenfassend ist das Ergebnis, dass die Versorgungsgrade der KVB nicht die Einschätzung der drei befragten Experten widerspiegeln. Die Versorgungssituation aktuell sowie in den drei Zukunftsszenarien zeigt flächendeckend eine gute Versorgung je Person durch die drei Facharztgruppen innerhalb Bayerns. Dennoch sprechen die Wartezeiten und der Einsatz von Ermächtigten im Bereich der Psychotherapie dafür, dass in einzelnen Regionen Bayerns eine Unterversorgung bestehen könnte. Wenn man die Kapazitäten der drei Zuzugsszenarien mit den drei Facharztgruppen zusammenführt, lassen sich keine Gefahr der Unterversorgung erkennen. Die Experten sind jedoch einheitlich 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 Zuzug entstehen könnte.

4.4. Stationäre psychiatrische und psychosomatische Versorgung

Zur Ermittlung der benötigten Kapazitäten und Kompetenzen für den stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgungsbereich wird eine schriftliche Befragung bei psychosomatischen und psychiatrischen Kliniken durchgeführt. Im Betrachtungszeitraum ist zwischen dem 3. Quartal 2015 und dem 1. Quartal 2016 ein Anstieg bei der Anzahl der stationär behandelten Geflüchteten erkennbar. Dieser geht im 2. Quartal 2016 wieder etwas zurück. Bei

den behandelten Geflüchteten werden am häufigsten Anpassungsstörungen, depressive Störungen und posttraumatische Belastungsstörungen diagnostiziert, die im Vergleich mit der deutschen Wohnbevölkerung bei Geflüchteten eine erhöhte Prävalenz aufweisen. Zum aktuellen Zeitpunkt sind daraus keine zusätzlich benötigten Kapazitäten direkt ableitbar, weil das bestehende Versorgungsangebot ausreicht. Mittelfristig ist allerdings davon auszugehen, dass die erhöhte Prävalenz, im Zuge einer verbesserten Aufklärung und Sprachkompetenz, zu einem erhöhten Bedarf nach stationären psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen bei Geflüchteten führen wird. Bei der derzeitig vorhandenen durchschnittlich hohen Bettenauslastung der Fachkliniken ist bereits bei einem leichten Anstieg des Bedarfs mit zusätzlich benötigten Kapazitäten zu rechnen. In der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung besonders benötigte Kompetenzen sind darüber hinaus sprachliche Fähigkeiten, interkulturelle Kompetenzen sowie Netzwerke der Versorgung.

4.5. Öffentlicher Gesundheitsdienst

Um die zusätzlich benötigten Kapazitäten und Kompetenzen für den öffentlichen Gesundheitsdienst zu ermitteln, wird eine schriftliche Befragung aller Gesundheitsämter in Bayern durchgeführt. Im Jahr 2015 treten bei mehr als der Hälfte der Gesundheitsämter dauerhafte Engpässe beim Vollzug von mindestens einer Dienstaufgabe beziehungsweise einer Aufgabe in Amtshilfe auf. Im Jahr 2016 liegt dieser Anteil noch bei gut einem Drittel. Am häufigsten kommt es im 2. Halbjahr 2015 und zu Beginn des Jahres 2016 zu dauerhaften Engpässen beim Vollzug von Gesundheitsuntersuchungen nach 62 AsylG sowie subsidiären Impfungen. Zur Bewältigung der auftretenden Engpässe wird bei diesen beiden Dienstaufgaben am häufigsten auf zusätzliches Personal auf Honorarbasis zurückgegriffen. Inwiefern das zusätzlich eingesetzte Personal eine Bedarfsdeckung bei der Erbringung der jeweiligen Dienstaufgabe herbeigeführt, kann auf Basis der erhobenen Daten nicht abschließend geklärt werden. Bei einer großen Mehrheit der Gesundheitsämter ist in jedem Fall eine deutliche Verbesserung und zunehmenden Standardisierung bei den Abläufen und Prozessen erkennbar. Dennoch ist zu konstatieren, dass im Erhebungszeitraum eine ganze Reihe von Gesundheitsämtern angibt, zusätzliche Kapazitäten in Form von ärztlichem Personal, Dolmetschern und Sprachmittlern zu benötigen. Zusätzlich benötigte Kompetenzen sind vor allem medizinische Fachkenntnisse, Kompetenzen im Projektmanagement sowie interkulturelle Kompetenzen.

4.6. Voraussichtlich entstehende zusätzliche Ausgaben für die Haushalte des Freistaats Bayern bzw. der bayerischen Kommunen und die Gesetzliche Krankenversicherung

Für die Analyse der Abschätzung der voraussichtlich entstehenden zusätzlichen Ausgaben für die Haushalte des Freistaats Bayern beziehungsweise der bayerischen Kommunen und der Gesetzlichen Krankenversicherung in Folge des Zustroms von Asylbewerbern nach Bayern wird das methodische Konzept des „Sandwich-Approachs“ angewandt. Dieser Ansatz besteht aus drei

Elementen: Aggregierte Ausgabenschätzungen, Modellrechnungen sowie Analysen struktureller Komponenten (demographische und sozioökonomische Merkmale als Strukturkomponenten).

Daten der Asylbewerberleistungsstatistik und weitere Melde- und Krankenkassendaten werden genutzt, um die Durchschnittskosten pro Leistungsempfänger zu ermitteln. Diese dienen als Bezugsgröße zur Berechnung der zusätzlichen aggregierten Ausgaben der Gebietskörperschaften sowie der Krankenkassen. Aufgrund mehrerer Unsicherheiten bedient sich die Studie verschiedener Szenarien, mit denen die mögliche Bandbreite künftiger Ausgabenentwicklungen aufgezeigt wird. Die zentrale These lautet, dass neben der Anzahl künftiger Flüchtlinge und der allgemeinen Preisentwicklung im Gesundheitswesen, auch die Bevölkerungsstruktur der Asylbewerber darauf maßgeblichen Einfluss besitzt.

Detaillierte Daten der Krankenkassen sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) im Hinblick auf zentrale Charakteristika der Asylbewerber liefern die empirische Grundlage für die Abschätzung der künftigen Ausgabenentwicklung konkreter Teilpopulationen der Asylbewerber und damit auch für mögliche Entwicklungspfade. Ändert sich die Zusammensetzung der Asylbewerber kann dies gravierende Folgen für den voraussichtlichen Ausgabenbedarf haben. Die Strukturkomponentenanalyse liefert damit wichtige Anhaltspunkte mit welcher Ausgabensteigerung zu rechnen ist.

Nach den Berechnungen steigen die Ausgaben für gesundheitsbezogene Asylbewerberleistungen der Kreisfreien Städte, der Landkreise und auch des Freistaats einschließlich des Öffentlichen Gesundheitsdiensts basierend auf den kombinierten unteren Szenarien (sehr niedrige Durchschnittskosten und geringer Flüchtlingszustrom) von 22,7 Mio. Euro (2017) auf 26,4 Mio. Euro (2022) an. Im Fall der kombinierten oberen Szenarien (sehr hohe Durchschnittskosten und sehr hoher Flüchtlingszustrom) betragen die voraussichtlichen Gesamtausgaben 842,8 Mio. Euro (2017) beziehungsweise 977,0 Mio. Euro (2022). Legt man den Berechnungen das bayerische Durchschnittskostenniveau zugrunde sowie einen kontinuierlichen Zustrom von 200.000 Flüchtlingen nach Deutschland, erhöhen sich die geschätzten Gesamtausgaben von 83,5 Mio. Euro (2017) auf 96,8 Mio. Euro (2022).

Die Ausgaben der Krankenkassen sind maßgeblich davon abhängig, in welchem Umfang die in Bayern ankommenden Flüchtlinge anerkannt werden können. Entsprechend der getroffenen Annahmen könnten 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 Strukturkomponentenanalyse wird deutlich, welche Bedeutung Merkmalsausprägungen wie Geschlecht und Alter für die Leistungsanspruchnahme der betreffenden Teilpopulation und die entsprechenden Durchschnittskosten haben. Der derzeitige Zustrom speist sich vor allem aus jungen Männern, die Gesundheitsleistungen in vergleichsweise

geringem Umfang nachfragen. Verändert sich die Struktur im Hinblick auf Alter und Geschlecht, so kann dies zu höheren Ausgaben führen. Im Fall des Familienzuzugs werden die damit einhergehenden erwarteten Ausgaben vor allem durch demographische und sozioökonomische Merkmale bestimmt. Im Durchschnitt betrachtet verursachen junge Menschen weniger Ausgaben. Die Ausgaben im Rahmen von Schwangerschaft und Geburt sind jedoch erheblich. Unsere Berechnungen zeigen, dass ein vergleichsweise geringer Personenkreis eine sehr hohe Krankheitslast trägt, die mit einem hohen Anteil an den Gesamtausgaben einhergeht. Darüber hinaus werden die Ausgaben davon beeinflusst, wie lange Asylbewerber in Bayern bleiben und 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 hängt wieder von verschiedenen Merkmalen der Asylbewerber beziehungsweise den Vereinbarungen über den Umfang der gewährten Leistungen ab. Maßgeblich hierfür sind die Vereinbarungen bei der Vergütung der vereinbarten Leistungsmengen und bei den extrabudgetären Leistungen. Berechnungen, die den Leistungsausgaben für Geflüchtete ihnen zuzuordnende Krankenversicherungsbeiträge gegenüberstellen, waren jedoch nicht Gegenstand des Gutachtens. Tendenziell kann aber erwartet werden, dass Krankenkassen von einem Beitritt überwiegend junger Flüchtlinge nicht notwendigerweise stärker belastet werden.

5. Ableitung der Handlungsempfehlungen

Aus den vorstehenden Studienteilen werden **fünf Themengebiete für Handlungsempfehlungen** abgeleitet, die im Kontext des Zustroms geflüchteter Menschen Optionen zur Stärkung der Versorgung aufzeigen.

Ausgewogenes Maß an Flexibilität der Strukturen und Standardisierung: Die Strukturen zum Schutz der Gesundheit der Bevölkerung sowie zur individuellen medizinischen Versorgung von Geflüchteten sollten flexibel ausgestaltet sein und daraufhin untersucht werden, ob sie vorzugsweise lokal, landesweit oder bundesweit auszurichten sind. Neben Optimierungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst könnte geprüft werden, ob eine logistische Bündelung der medizinischen Leistungen mit Fokussierung auf spezifische Bedarfe zielführend ist beziehungsweise eine solche Bündelung ausgebaut werden sollte.

Verbesserung der Verfügbarkeit von Dolmetschern und Kulturmittlern: Adäquate Verständigung ist für zentrale medizinische Prozesse – etwa Anamnese, Aufklärung, Therapie – unabdingbar. Darum sollten die Rahmenbedingungen für ein bedarfsgerechtes und flexibles Angebot an medizinspezifisch ausgebildeten Dolmetschern und Kulturmittlern, beispielsweise anhand von Übersetzer-Pools, weiter ausgearbeitet und gestärkt werden.

Datenaustausch, Prozesse und Organisation weiterentwickeln: Für eine reibungslosere und schnellere Gesundheitsversorgung von geflüchteten Menschen ist eine einheitliche Erfassung und Dokumentation sowie vollständige und zügige Weitergabe relevanter, gesundheitsbezogener Informationen zu empfehlen. Wiederkehrende Abläufe und Prozesse sollten dokumentiert und unter Berücksichtigung von idealtypischen Verfahren reflektiert werden.

Zugänglichkeit (anonymisierter) Daten für Verwaltung und Wissenschaft: Es sind Voraussetzungen für eine umfassende Gesundheitsstatistik zur genauen Abbildung der Bedürfnisse der geflüchteten Menschen zu schaffen. Auch aus der Perspektive der Wissenschaft ist auf eine einheitliche Erfassung und einen adäquaten Zugang zu gesundheitsbezogenen Daten geflüchteter Menschen hinzuwirken.

Aufklärung und Information: Das Hauptaugenmerk bei der gesundheitsbezogenen Aufklärung geflüchteter Menschen sollte auf möglichen Präventionsmaßnahmen, zum Beispiel zum Konsum von Alkohol und Zahngesundheit, liegen. Gleichzeitig können Ankommende möglichst weitreichend und leicht verständlich über das deutsche Gesundheitssystem informiert werden. Bereits existierendes Material und innovative Ansätze sollten gesammelt, systematisch geordnet und zentral veröffentlicht werden. Auf Seiten der Leistungserbringer und (ehrenamtlicher) Helfer sind Schulungen, Fort- und Weiterbildungen und Informationsmaterial über häufige Problematiken, Missverständnisse und Besonderheiten bei der Behandlung von geflüchteten Menschen verstärkt anzubieten.

Literaturverzeichnis

- 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.
- 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.
- 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): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie >>Gesundheit in Deutschland aktuell 2012<<.