Aus der Interdisziplinären Notaufnahme (Prof. Dr. med. S. Blaschke-Steinbrecher) der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen

Retrospektive Analyse von Behandlungsdaten von Flüchtlingen mit notfallmäßigen Einweisungen über die Interdisziplinäre Notaufnahme der Universitätsmedizin Göttingen

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung des Doktorgrades der Medizinischen Fakultät der Georg-August-Universität zu Göttingen

vorgelegt von

Malte Liebetrau

aus

Siegen

Göttingen 2020

Dekan: Prof. Dr. med. W. Brück

Betreuungsausschuss

Betreuer/in: Prof. Dr. med. S. Blaschke-Steinbrecher

Ko-Betreuer/in: Prof. Dr. med. A. Simmenroth

Prüfungskommission

Referent/in: Prof. Dr. med. S. Blaschke-Steinbrecher

Ko-Referent/in: Prof. Dr. med. A. Simmenroth

Datum der mündlichen Prüfung: 13.04.2021

Hiermit erkläre ich, die Dissertation mit dem Titel "Retrospektive Analyse von Behandlungsdaten von Flüchtlingen mit notfallmäßigen Einweisungen über die Interdisziplinäre Notaufnahme der Universitätsmedizin Göttingen" eigenständig angefertigt und keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet zu haben.

Göttingen, den	
	(Unterschrift)

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis III				
Abkü	AbkürzungsverzeichnisIV			
1	Einleitung	1		
1.1	Relevanz und Medizin	1		
1.2	Begriffsbestimmung	2		
1.3	Verfahren nach Ankunft in Deutschland	3		
1.3.1	Eingangsuntersuchung	3		
1.3.2	Medizinische Grundversorgung	4		
1.3.3	Ausgang des Asylverfahrens und Konsequenzen für die medizinische Versorgung	5		
1.4	Aktuelle Zahlen	6		
1.4.1	Deutschland	6		
1.4.2	Europa	7		
1.5	Zielsetzung	8		
2	Patienten und Methoden	9		
2.1	Datenquelle	9		
2.2	Patientenkollektiv	10		
2.3	Datenauswertung	10		
2.4	Einschlusskriterien	13		
2.5	Ausschlusskriterien	13		
2.6	Ambulante und stationäre Patienten	13		
2.6.1	Ambulante Patienten	13		
2.6.2	Stationäre Patienten	14		
3	Ergebnisse	15		
3.1	Ambulante und stationäre Patienten	15		
3.1.1	Aufnahmezeitpunkt – ambulante und stationäre Fälle gesamt	15		
3.1.2	Verteilung von Alter und Geschlecht – ambulante und stationäre Fälle gesamt	16		
3.1.3	Diagnosekategorien – ambulante und stationäre Fälle gesamt			
3.1.4	Kliniken – ambulante und stationäre Fälle gesamt			
3.1.5	Verteilung der Erlöse – ambulante und stationäre Fälle gesamt	21		
3.1.6	Verteilung der Herkunftsländer – ambulante und stationäre Fälle gesamt	22		
3.2	Ambulante Patienten	24		
3.2.1	Aufnahmezeitpunkt – ambulante Fälle	24		
3.2.2	Verteilung von Alter und Geschlecht – ambulante Fälle			
3.2.3	Diagnosekategorien – ambulante Fälle			
3.2.4	Kliniken – ambulante Fälle			
3.2.5	Verteilung der Erlöse – ambulante Fälle			
326	Verteilung der Herkunftsländer – ambulante Fälle	32		

Inhaltsverzeichnis

7	Literaturyerzeichnis	61
6	Anhang	60
5	Zusammenfassung	58
4.9	Ausblick	56
4.8	Herkunftsländer	55
4.7	Erlöse der Notfallbehandlung	
4.6	Klinische Fachabteilungen	
4.5.4	Verletzungen	
4.5.3	Krankheiten des Atmungssystems	
4.5.2	Infektionen	
4.5.1	Psychische Erkrankungen	
4.5	Diagnosen	50
4.4	Verteilung von Alter und Geschlecht	49
4.3	Ambulante versus stationäre Behandlung	48
4.2	Muttersprache	48
4.1	Diskussion der Methoden	
4	Diskussion	
3.3.8	Sonstiges – stationäre Fälle	44
3.3.7	Verweildauer – stationäre Fälle	
3.3.6	Verteilung der Herkunftsländer – stationäre Fälle	41
3.3.5	Verteilung der Erlöse – stationäre Fälle	41
3.3.4	Kliniken – stationäre Fälle	
3.3.3	Diagnosekategorien – stationäre Fälle	
3.3.2	Verteilung von Alter und Geschlecht – stationäre Fälle	
3.3 3.3.1	Stationäre Patienten	

Abbildungsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Aufnahmezeitpunkt aller ambulanten und stationären Fälle	15
Abbildung 2: Verteilung des Geschlechts aller ambulanten und stationären Fälle	16
Abbildung 3: Verteilung des Alters aller ambulanten und stationären Fälle	17
Abbildung 4: Diagnosekategorien aller ambulanten und stationären Fälle	18
Abbildung 5: Kliniken aller ambulanten und stationären Fälle	
Abbildung 6: Verteilung der Erlöse aller ambulanten und stationären Fälle	21
Abbildung 7: Verteilung der Herkunftsländer aller ambulanten und stationären Fälle	
Abbildung 8: Aufnahmezeitpunkt der ambulant behandelten Flüchtlinge	
Abbildung 9: Verteilung des Geschlechts der ambulant behandelten Flüchtlinge	25
Abbildung 10: Verteilung des Geschlechts der ambulant behandelten Kinder und	
Erwachsenen	25
Abbildung 11: Verteilung des Alters der ambulant behandelten Flüchtlinge	26
Abbildung 12: Verteilung des Alters der ambulant behandelten Kinder	27
Abbildung 13: Diagnosekategorien der ambulant behandelten Flüchtlinge	28
Abbildung 14: Verteilung der Kliniken der ambulant behandelten Flüchtlinge	30
Abbildung 15: Erlöse im Regeldienst der ambulant behandelten Flüchtlinge	31
Abbildung 16: Erlöse außerhalb des Regeldienstes der ambulant behandelten Flüchtlinge	31
Abbildung 17: Verteilung der Herkunftsländer der ambulant behandelten Flüchtlinge	33
Abbildung 18: Aufnahmezeitpunkt der stationär behandelten Flüchtlinge	34
Abbildung 19: Verteilung des Geschlechts der stationär behandelten Flüchtlinge	35
Abbildung 20: Verteilung des Geschlechts der stationär behandelten Kinder und Erwachsenen	35
Abbildung 21: Verteilung des Alters der stationär behandelten Flüchtlinge	36
Abbildung 22: Verteilung des Alters der stationär behandelten Kinder	36
Abbildung 23: Diagnosekategorien der stationär behandelten Flüchtlinge	38
Abbildung 24: Abteilungen der stationär behandelten Flüchtlinge	40
Abbildung 25: Verteilung der Erlöse der stationär behandelten Flüchtlinge	41
Abbildung 26: Verteilung der Herkunftsländer der stationär behandelten Flüchtlinge	42
Abbildung 27: Verweildauer der stationär behandelten Flüchtlinge	43
Abbildung A1: Behandlungsschein, Muster der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen	60

Abkürzungsverzeichnis IV

Abkürzungsverzeichnis

AsylbLG Asylbewerberleistungsgesetz

AsylG Asylgesetz

BAMF Bundesamt für Migration und Flüchtlinge

DIMDI Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information

et al. et alii

EU Europäische Union

GFK Genfer Flüchtlingskonvention

GG Grundgesetz

GKV Gesetzliche Krankenversicherung

InEK Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

KIS Krankenhausinformationssystem

KVN Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen

PTBS Posttraumatische Belastungsstörung

RKI Robert Koch-Institut

UMG Universitätsmedizin Göttingen

UNHCR United Nations High Commissioner for Refugees

WHO World Health Organization

1 Einleitung

1.1 Relevanz und Medizin

Von 1990 bis 2016 sind in Deutschland ca. 4,4 Millionen Asylanträge gestellt worden. Davon wurden allein in den Jahren 2015 und 2016 476.649 bzw. 745.545 Anträge gestellt (BAMF 2017). Diese enorme Anzahl hat zu einer großen Belastung des deutschen sowie des gesamteuropäischen Systems der Flüchtlingsversorgung geführt.

Schon im Artikel 16a des Grundgesetzes (GG) hat sich die Bundesrepublik Deutschland die Pflicht auferlegt, Flüchtlingen zu helfen. Konkret bezieht sich diese Hilfe nicht nur darauf, dass ein Asylantrag in Deutschland gestellt werden kann, sondern dass in der Zeit ab Einreise in die Bundesrepublik und bis zum Entscheid über den Antrag eine festgelegte medizinische Erst- und Basisversorgung gewährleistet wird. Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und deren Kosten bei den Personen, die unter das Asylbewerberleistungsgesetz mit notfallmäßigem Behandlungsbedarf fallen, stellt eine neue Herausforderung im Gesundheitssystem dar. Diese Herausforderung ist sowohl in Göttingen als auch in anderen deutschen Städten Ausgangspunkt wissenschaftlicher Untersuchungen geworden. Deswegen soll der Versuch gestartet werden, über umfangreichere Daten eine quantitative und qualitative Analyse des Gesundheitszustandes sowie der notwendigen Behandlungen von Flüchtlingen zu ermöglichen.

Die Epidemiologie der Flüchtlingsversorgung in der Stadt Dresden beschreiben Goodman et al. (2018). Hier wurde im September 2015 eine ambulante Klinik ("Flüchtlingsambulanz") eröffnet, die sich ausschließlich mit der medizinischen Erstversorgung von Flüchtlingen befasst. In Sachsen gibt es insgesamt drei dieser Einrichtungen, die als Triage- und Versorgungspunkt agieren. In Bielefeld wurde die medizinische Versorgung von unbegleiteten Minderjährigen im Rahmen einer Studie untersucht. Die Autoren Marquardt et al. (2016) weisen in der Folge auf die Bedeutung der Erstuntersuchung hin, die sowohl physische als auch psychische Leiden entdecken und einer weiteren Behandlung zuführen kann. Dies erleichtere die Integration und sichere langfristig die Gesundheit der Flüchtlinge. Im Vergleich dazu beschreiben Mohammadzadeh et al. (2016) das System in Bremen und dessen Vorteile. Bereits seit 1993 gibt es dort das sogenannte "Bremer Modell". Mit dessen Hilfe soll Asylsuchenden der Zugang zum deutschen Gesundheitssystem erleichtert wer-

den. Seit 2005 erhalten die Flüchtlinge dort eine Gesundheitskarte, mit der ihnen die Nutzung einer eingeschränkten Regelversorgung möglich ist. Diese Vorgehensweise führt laut Bozorgmehr und Razum (2015) zu erheblichen Kosteneinsparungen. Insgesamt sei einer der Hauptkritikpunkte in der Flüchtlingsversorgung, dass es durch einen beschränkten Zugang zur Regelversorgung langfristig zu steigenden Kosten komme.

Diese Studien stellen einen Teil der Datenlage zur Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen dar. Sie verdeutlichen, wie groß die Bedeutung einer strukturierten und professionellen Versorgung ist. Im Folgenden werden die Grundlagen zur wissenschaftlichen Untersuchung der Flüchtlingsepidemiologie dargelegt.

1.2 Begriffsbestimmung

Für den Umgang mit dem Thema ist es wichtig zu wissen, wie der Begriff "Flüchtling" definiert ist: Die Definition ist in der Genfer Flüchtlingskonvention (GFK) festgehalten, welche von 148 Staaten unterzeichnet wurde. Diese enthält das "Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 28. Juli 1951" sowie das "Protokoll über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 31. Januar 1967". Im Artikel 1 Abs. 2 steht, dass Flüchtlinge Personen sind, die "aus der begründeten Furcht vor Verfolgung wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung sich außerhalb des Landes befinden" (UNHCR 2015).

Im Unterschied dazu wird die Bezeichnung "Flüchtling" umgangssprachlich sehr ungenau benutzt; nicht alle geflüchteten Personen fallen unter die offizielle Definition eines Flüchtlings. Die Flüchtlingseigenschaft wird einer Person erst dann zugesprochen, wenn sie die Voraussetzungen der GFK oder des §3 Zuerkennung der Flüchtlingseigenschaft im Asylgesetz (AsylG) erfüllt. Diesen Sachverhalt prüft das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF). Eine geflüchtete Person durchläuft in Deutschland mehrere Stationen, bis sie offiziell als Flüchtling anerkannt ist. Das BAMF (2016a) unterscheidet in seinen Verfahren zwischen Asylsuchenden, Asylantragstellenden und Schutz- und Bleibeberechtigen. Asylsuchende sind "Personen, die beabsichtigen, einen Asylantrag zu stellen und noch nicht als Asylantragstellende beim Bundesamt erfasst sind". Asylantragstellende sind "Asylbewerberinnen und Asylbewerber, die sich im Asylverfahren befinden und deren Verfahren noch nicht entschieden ist". Schutz- und Bleibeberechtigte sind Personen, "die eine Asylberechtigung, einen Flüchtlingsschutz oder subsidiären Schutz erhalten oder aufgrund eines Abschiebungsverbots in Deutschland bleiben dürfen" (Asylgesetz 1992).

1.3 Verfahren nach Ankunft in Deutschland

1.3.1 Eingangsuntersuchung

Jeder Flüchtling, der nach Deutschland kommt, durchläuft ein standardisiertes, je nach Bundesland leicht unterschiedliches Verfahren. Begonnen wird mit der Erstuntersuchung, die bei der Registrierung der Flüchtlinge oder kurz darauf in der Erstaufnahmeeinrichtung stattfindet. Die Untersuchung wird von Gesundheitsämtern durchgeführt und richtet sich grundsätzlich nach dem §62 AsylG. In Niedersachsen beispielsweise hat die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) online eine Übersicht über die Untersuchungen bereitgestellt, die durchgeführt werden.¹

Der exemplarische Ablauf einer Erstuntersuchung gestaltet sich wie folgt: Zuerst erfolgt eine allgemeine, orientierende körperliche Untersuchung auf übertragbare Erkrankungen wie Läuse und Skabies. Dies ist wichtig, da das enge Zusammenleben in den Notunterkünften und Erstaufnahmeeinrichtungen ein Risikofaktor für Skabies ist (Sing und Hierl 2015). Nach §36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz erfolgt außerdem nach dem vollendeten 15. Lebensjahr ein Röntgen des Thorax zum Ausschluss einer Lungentuberkulose (Infektionsschutzgesetz 2000). Ein geänderter Ablauf des Ausschlusses von Lungentuberkulose findet sich bei Schwangeren, da bei ihnen keine Röntgenuntersuchung möglich ist. Stattdessen wird vom untersuchenden Arzt ein Attest ausgestellt, ob eine Tuberkulose zu befürchten ist. Zusätzlich erhalten Schwangere eine Blutentnahme zur Untersuchung des Serums auf Masern-, Röteln- und Varizellenantikörper. Des Weiteren haben alle Asylbewerber Anspruch auf Schutzimpfungen und Vorsorgeuntersuchungen entsprechend der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. In diesen Richtlinien ist genau festgehalten, was geimpft werden darf (KVN 2016). Laut der Ständigen Impfkommission ist das Ziel, mögliche Impflücken bei Flüchtlingen zu schließen – mit besonderem Augenmerk auf Masern und Windpocken (Kolb et al. 2016).

Ein Problem im Verfahren zur Erstuntersuchung der Flüchtlinge ist, dass die weiterbehandelnden Ärzte keinen routinemäßigen Zugriff auf die Befunde der Eingangsuntersuchung haben. Stattdessen werden pathologische Befunde, die als behandlungsbedürftig eingestuft werden, vom Gesundheitsamt direkt an die Wohneinrichtung weitergegeben. Dadurch hat

bereit.

¹ Zudem stellen die Ärztekammern und KVN Informationen zur medizinischen Versorgung der Flüchtlinge wie mehrsprachige Anamnesebögen, Piktogramme zur Medikamenteneinnahme und Aufklärungsmaterial,

der weiterbehandelnde Arzt nur im Falle eines pathologischen, behandlungsbedürftigen Ergebnisses die Möglichkeit, den Befund einzusehen (Klein 2016).

1.3.2 Medizinische Grundversorgung

Nachdem die Flüchtlinge registriert worden sind, werden sie in eine Notunterkunft oder Erstaufnahmestation gebracht. Hierfür stehen in Niedersachsen 25 Einrichtungen zur Verfügung. Die Leistungen der Einrichtung liegen im Zuständigkeitsbereich des Landes und werden von Hilfsorganisationen ausgeführt. Die Hilfsorganisationen sind zuständig für organisatorische, humanitäre und gesundheitliche Fragestellungen, wobei eine mögliche akute Behandlungs- bzw. Therapiebedürftigkeit unter Umständen direkt vor Ort durch den Sanitätsdienst der Hilfsorganisation erfolgen kann (KVN 2018a).

Die medizinische Versorgung der Flüchtlinge ist in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich aufgebaut. Fälle, die der stationären Behandlung bedürfen, werden in Krankenhäusern behandelt, in denen es unter anderem Flüchtlingslotsen und mehrsprachige Informationsmaterialien gibt. Wie eingangs erläutert, gibt es in größeren Städten wie Dresden, Leipzig und Chemnitz Flüchtlingsambulanzen mit festangestellten Ärzten, die durch das Sozialamt, die Landesdirektion und Dolmetscher unterstützt werden. Das Gesundheitsamt ist für die Durchführung der Erstuntersuchung, die Überwachung der Unterbringungseinrichtungen, die Beurteilung der Anträge auf Kostenübernahme sowie teilweise die Übernahme der Impfungen verantwortlich (Klein 2016). Anderswo erfolgt die medizinische Versorgung in Aufnahmelagern wie z. B. Friedland (Süd-Niedersachsen) auch durch Fachärzte für Allgemeinmedizin, die z. B. umschichtig an Nachmittagen Sprechstunden abhalten.

Die medizinische Versorgung der Flüchtlinge ist im Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) festgehalten. Wichtig ist hier wieder die eingangs aufgeschlüsselte Unterscheidung zwischen Asylsuchenden, Asylbewerbern, Flüchtlingen mit subsidiärem Schutz und bereits Asylberechtigten, da letztere durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) versichert sind. Bei den Übrigen wird nach dem Aufenthaltsort der Flüchtlinge entschieden, wer Kostenträger ist. Befindet sich der Flüchtling noch in der Erstaufnahmeeinrichtung, übernimmt das Land die Kosten für die Behandlung. Befindet er sich bereits in einer Kommune oder einer kreisfreien Stadt, so kommt das Sozialamt für die Kosten auf.

Welche medizinischen Leistungen genau übernommen werden, ist in §4 und §6 AsylbLG festgelegt. Zusammenfassend können Flüchtlinge in folgenden Situationen behandelt werden: im akuten Notfall, bei Schmerzen sowie bei Zugehörigkeit zu besonderen Patienten-

gruppen wie Schwangere und Wöchnerinnen. Für die Behandlung selber muss ein Behandlungsschein² vorgelegt werden, der in der Erstaufnahmeeinrichtung ausgestellt wird. Problematisch sind hier chronische Erkrankungen, da sie unbehandelt häufig in einen Notfall übergehen (Asylbewerberleistungsgesetz 1993; Klein 2016).

Weiterhin können Arzneimittel für die Behandlung verschrieben werden, für die keine Zuzahlungspflicht besteht. Nicht-verschreibungspflichtige Medikamente dürfen nicht verordnet werden, außer bei Kindern unter 12 Jahren und Jugendlichen mit einer Entwicklungsstörung. Im Zweifel kann beim Kostenträger eine Kostenzusage eingeholt werden, dies gilt ebenfalls für nicht akute Heil- und Hilfsmittel sowie für Psychotherapie (KVN 2016).

Die Vergütung der Vertragsärzte, die in der Flüchtlingsversorgung tätig sind, ist extrabudgetär und richtet sich nach der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes, ohne Mengen- und Fallbegrenzungen oder Abstaffelungsregelungen. Einen Sonderfall stellen unbegleitete Jugendliche dar, diese werden bei der GKV angemeldet und unterliegen damit nicht dem AsylG. Ebenso wenig erhalten sie eine Eingangsuntersuchung nach §62 AsylG, da dies in der GKV nicht vorgesehen ist (KVN 2016).

1.3.3 Ausgang des Asylverfahrens und Konsequenzen für die medizinische Versorgung

Der Ausgang des Asylantrags kann verschieden sein. So kann eine "Anerkennung der Asylberechtigung" gemäß Art. 16a GG, die "Zuerkennung des Flüchtlingsschutzes" nach §3 AsylG, die "Zuerkennung des Subsidiären Schutzes" gemäß §4 AsylG und eine "Feststellung des Abschiebungsverbots" nach §60 V+VII Aufenthaltsgesetz zu Gunsten des Antragstellers erfolgen. Alternativ kann es zu einer "Einfachen Ablehnung" und zu einer "öffentlich unbegründeten Ablehnung" kommen (Asylgesetz 1992; Aufenthaltsgesetz 2004; BAMF 2016a).

Das Ergebnis des Asylantrages entscheidet unter anderem über das Aufenthaltsrecht. So erhalten beispielsweise die beiden erstgenannten Fälle eine Aufenthaltserlaubnis für 3 Jahre. Anschließend besteht die Möglichkeit auf ein Niederlassungsrecht. Bei einem ununterbrochenen Aufenthalt über 15 Monate oder der Anerkennung als Flüchtling erhält die Person eine elektronische Gesundheitskarte von einer GKV, die sie sich selbst aussuchen kann. Dies beinhaltet einen nahezu uneingeschränkten Leistungsanspruch der gesetzlichen Krankenkassen. Lediglich die Pflegeversicherung entfällt.

² Muster im Anhang

Bezogen auf die Thematik der elektronischen Gesundheitskarte für Flüchtlinge gibt es unterschiedliche Entwicklungen. So wurde in Niedersachsen am 14. März 2016 eine Landesrahmenvereinbarung für eine elektronische Gesundheitskarte verabschiedet, für die jede Kommune seit dem 01. April 2016 selbst entscheidet, ob sie dieser Rahmenvereinbarung beitritt. Die bisherigen Rückmeldungen (Stand: September 2016) sind gering; bisher hat erst Delmenhorst seinen Beitritt erklärt. Die kommunalen Spitzenverbände des Landes Niedersachsen haben sich gegen die Einführung entschieden. Die Leistungen der Rahmenvereinbarung entsprechen den §4 und §6 AsylbLG (Wächter-Raquet 2016).

1.4 Aktuelle Zahlen

1.4.1 Deutschland

Im Folgenden liefern die Zahlen einen Überblick darüber, wie viele Asylanträge gestellt wurden, um die Relevanz der Thematik zu verdeutlichen. Die Zahlen stammen von der deutschen Bundesregierung, die jedes Jahr aktuelle Zahlen zu den im Jahr gestellten Asylanträgen herausgibt.

Drei verschiedene Arten von Asylanträgen werden unterschieden: Ein Erstantrag ist ein erstmalig gestellter Antrag, der persönlich bei der zuständigen Behörde gestellt werden muss. Nach Zurücknahme oder unanfechtbarer Ablehnung eines Erstantrags mit Gründen des Wiederaufgreifens stellt ein Folgeantrag eine erneute Antragsstellung dar. Zweitanträge sind Anträge, die in einem sicheren Drittstaat (Mitglieder der Europäischen Union, Norwegen und Schweiz) abgelehnt wurden und bei denen jetzt in Deutschland ein weiterer Antrag gestellt wird (BAMF 2016c). Die Anzahl der Anträge belief sich im Jahr 2014 auf insgesamt 202.834 Anträge (Erstanträge: 173.072; Folgeanträge: 29.762). Im Vorjahr 2013 waren es 109.580 Erstanträge (Zuwachs von 57,9% zum Vorjahr) und 17.443 Folgeanträge (Zuwachs von 70,6% zum Vorjahr).

Die Herkunft der Antragsteller kann den Daten des BAMF ebenfalls entnommen werden. Mit 39.332 (22,7%) kam der Großteil der Erstantragsteller aus Syrien. 17.172 (9,9%) kamen aus Serbien und 13.198 (7,6%) aus Eritrea. Bezogen auf Alter und Geschlecht waren 70,5% aller Asylbewerber jünger als 30 Jahre und 66,6% waren Männer (BAMF 2015).

Den Daten kann ebenfalls entnommen werden, auf welche Bundesländer die Asylbewerber verteilt wurden. Die Berechnung dessen erfolgt gemäß des Königsteiner Schlüssels³ für das Jahr 2014; danach wurden 15.416 (9,4%) der Asylbewerber nach Niedersachsen verteilt (BAMF 2015).

Im zeitlichen Verlauf stieg die Zahl der Erst- und Folgeanträge im Jahr 2015 rapide an. 441.899 Erstanträge wurden gestellt, dies ergab einen Anstieg um 155%. Der größte Teil der Antragsteller kam mit 158.657 (35,9%) Personen abermals aus Syrien. 53.805 (12,2%) kamen aus Albanien und 33.427 (7,6%) aus dem Kosovo. Nach dem Königsteiner Schlüssel wurden 2015 in Niedersachsen 9,4% (34.248 Antragsteller) untergebracht. 137.479 (31,1%) der Antragsteller waren unter 18 Jahre alt und 314.409 (71,1%) unter 30 Jahre alt. 69,2% waren Männer (BAMF 2016b).

2016 stieg die Zahl der Erstantragsteller noch einmal an, mit einer Steigerung um 139,5% zum Vorjahr auf 722.370. 226.250 (36,9%) Antragsteller kamen 2016 aus Syrien, 127.012 (17,6%) aus Afghanistan und 96.116 (13,3%) aus dem Irak. 261.386 (36,2%) waren unter 18 Jahre alt, 532.799 (73,8%) waren unter 30 Jahre alt und 65,7% waren Männer. Nach dem Königsteiner Schlüssel ergab sich eine Quote von 9,32% für Niedersachsen, wodurch 83.024 Antragsteller nach Niedersachsen kamen (BAMF 2017).

1.4.2 Europa

Da das Flüchtlingsthema in ganz Europa aktuell ist, ist es wichtig, auch einen Überblick über die europäischen Zahlen zu haben. Im europäischen Vergleich sind nur Gesamtzahlen bekannt, da nicht alle Staaten der Europäischen Union (EU) nach Erst- und Folgeanträgen aufschlüsseln. Die Zahlen entstammen der europäischen Statistikbehörde Eurostat, wodurch sich marginale Abweichungen zur nationalen Statistik der Bundesregierung erge-

_

³ Die Verteilung der Asylsuchenden auf Erstaufnahmeeinrichtungen erfolgt durch ein bundesweites Verteilungssystem, genannt EASY ("Erstverteilung von Asylbegehrenden"). Nach §45 AsylG erfolgt eine zahlenmäßige Aufteilung auf die Bundesländer gemäß der Quote des Königsteiner Schlüssels. Ursprünglich geht der Königsteiner Schlüssel auf ein Staatsabkommen der Länder von 1949 zurück. Die Berechnung beruht zu 2/3 auf den Steuereinnahmen des jeweiligen Bundeslandes und zu 1/3 auf den Bevölkerungszahlen des Vorvorjahres. Das EASY-System nutzt den Königsteiner Schlüssel aus dem jeweilig vorangegangenen Kalenderjahr. Der Schlüssel findet nur Anwendung bei Asylbewerbern, die gem. §47 i. V. m. §46 AsylG verpflichtet sind, in Erstaufnahmeeinrichtungen zu wohnen, wodurch inhaftierte Flüchtlinge oder Flüchtlinge in Krankenhäusern ausgeschlossen sind. Diese müssen ihren Antrag beim Bundesamt stellen und werden von der zuständigen Landesbehörde weiter auf die Länder verteilt (Asylgesetz 1992; BAMF 2017).

ben. In der EU wurden 2014 627.780 Anträge gestellt. 2015 ergab sich eine Verdopplung mit 1.323.465 Anträgen, 2016 wurden 1.260.335 Anträge gestellt.

Bei der Betrachtung der internationalen bzw. europäischen Daten ist von Relevanz, dass die Überprüfung des Antrages auf internationalen Schutz durch den EU-Staat stattfindet, der durch das sogenannte "Dublin-Verfahren" bestimmt wird. Damit soll sichergestellt werden, dass jeder gestellte Antrag nur einmal geprüft wird. Mitgliedsstaaten des "Dublin-Gebietes" sind alle EU-Staaten, sowie Lichtenstein, Norwegen, Island und die Schweiz (BAMF 2017)⁴.

In Deutschland wurden in diesen 3 Jahren jeweils die meisten Anträge gestellt. 2014 waren es 202.815, 2015 mehr als doppelt so viele mit 476.620, in 2016 gab es 745.265 Anträge. Die zweitmeisten Anträge wurden 2014 in Schweden gestellt (81.325), 2015 waren die zweitmeisten Anträge in Ungarn (177.135) und 2016 in Italien (122.960). Die Staatsangehörigkeit der Antragsteller belief sich größtenteils auf Syrien (Gesamt 2014-2016: 829.680), gefolgt von Afghanistan (Gesamt 2014-2016: 409.415), dem Irak und dem Kosovo (BAMF 2017). Dies deckt sich mit den Zahlen, die in Deutschland beobachtet wurden.

1.5 Zielsetzung

Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, wissenschaftliche Evidenz für die Verbesserung von Qualität und Sicherheit des Nutzens und der Nachhaltigkeit der gesundheitlichen Versorgung der Personen, die unter das Asylbewerberleistungsgesetz fallen, zu bringen. So können die Grundlagen für neue Lösungsstrategien zur Gestaltung, Organisation und Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens in diesem Kontext geschaffen werden. Quantitative Relationen sollen verdeutlicht werden und somit ein Ausgangspunkt für eine sachlich fundierte gesundheitspolitische Debatte geschaffen werden. Hierfür wurde im Rahmen dieser Arbeit eine Kosten-Analyse der Daten von 3.814 Patienten⁵ durchgeführt, die vom 01. November 2014 bis 31. Juli 2016 notfallmäßig in der Interdisziplinären Notaufnahme der Universitätsmedizin Göttingen (UMG) behandelt wurden.

EU-Verordnung 604/2013 (Dublin III-Verordnung).

⁴ Die Rechtsgrundlage für alle gestellten Anträge auf internationalen Schutz (gestellt ab 01.01.2014) bildet die

⁵ In der vorliegenden Arbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit das männliche Geschlecht verwendet. Weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten werden dabei ausdrücklich eingeschlossen.

2 Patienten und Methoden

Bei der zugrundeliegenden Studie wurden die Daten von 3.814 Flüchtlingen analysiert und ausgewertet. Untersucht wurden Daten aus dem Zeitraum vom 01.11.2014 bis 31.07.2016. Es erfolgte eine Unterscheidung zwischen ambulant und stationär aufgenommenen Flüchtlingen, sowie eine Aufteilung in Kinder und Erwachsene. Neben Alter, Geschlecht, Diagnosen, Klinik und Herkunftsland wurden auch die Erlöse für jeden Fall bzw. Patienten aufgeführt. Bei dieser Studienform handelt sich um eine nicht-vergleichende klinische Studie.

2.1 Datenquelle

Nach dem erfolgreichen Ethikvotum (4/4/16) wurde ein Großteil der Daten vom Zentralen Datenmanagement Controlling der UMG über das Krankenhausinformationssystem (KIS) SAP®-ISH herausgefiltert und zur Verfügung gestellt. Da erst ab dem 01.01.2016 bei der Aufnahme ein Vermerk gemacht wurde, wenn es sich bei Patienten um Flüchtlinge handelte, musste eine andere Methode zur Erfassung der Daten genutzt werden. Daher wurden die Daten auf Grundlage des Kostenträgers ermittelt. Wie bereits eingangs erwähnt, werden die Kosten für die Behandlung der Flüchtlinge vom Land bzw. vom Sozialamt getragen. Aus diesem Grund wurden zur Ermittlung der Daten die Aufnahmearten "sonstige Kostenträger" und für die ambulanten Fälle zusätzlich die Besuchsarten "Notfälle" und "Hochschulambulanzen" mit herangezogen. Unter "sonstige Kostenträger" fallen das Sozialamt, die Landesaufnahmebehörden, Jugendämter und die Landeswohlfahrtsverbände.

Der überwiegende Teil der Daten des untersuchten Patientenkollektivs (die Parameter sind unter den Punkten 2.6.1 und 2.6.2 aufgeführt) konnte dem Krankenhausinformationssystem SAP®-ISH entnommen werden, da hier die meisten relevanten Daten systematisch hinterlegt waren. Diese wurden zur weiteren Verarbeitung in eine Excel-Tabelle eingefügt. Da nicht alle Daten für alle Fälle vollständig hinterlegt waren, mussten diese anderweitig recherchiert werden. Fehlende Parameter (die nicht im SAP®-ISH Programm hinterlegt waren), wie beispielsweise Diagnosen/Hauptdiagnosen oder das Herkunftsland, konnten über das Befunddokumentationssystem ixserv.4 ermittelt und anschließend in der Excel-Tabelle ergänzt werden. Es kam vor, dass die Daten dennoch nicht komplett waren. In

diesem Fall wurde die fallbezogene Akte angefordert, um dort handschriftliche Aufnahmeoder Untersuchungsbögen einzusehen.

Bei den erhobenen Daten des Patientenkollektivs handelte es sich um Krankenhausfälle. Das bedeutet, dass es über den untersuchten Zeitraum Flüchtlinge gab, die mehrfach an der UMG behandelt wurden. Bei den stationären Fällen erhielt beispielsweise jeder Patient nach Aufnahme eine neue Fallnummer, wenn ein vorangegangener Fall abgeschlossen war. Im ambulanten Bereich wurde für jedes Quartal, in dem eine Behandlung stattfand, eine neue Fallnummer angelegt, da die ambulanten Fälle quartalsweise abgerechnet werden.

2.2 Patientenkollektiv

Bei dem untersuchten Patientenkollektiv handelte es sich um Patienten, die unter das Asylbewerberleistungsgesetz fielen und im genannten Zeitraum an der UMG ambulant oder stationär behandelt wurden. Es wurden die medizinischen Daten von sowohl Kindern (0-17 Jahre) als auch von Erwachsenen (ab 18 Jahren) untersucht.

2.3 Datenauswertung

Bevor die Daten ausgewertet werden konnten, mussten diese weiterverarbeitet werden. Dies erfolgte mit den Programmen Microsoft-Excel® für macOS sowie Statistica® Version 13.3 für Windows. In einer Excel-Tabelle wurden die Daten gesammelt, formatiert und graphisch dargestellt. Mit Statistica erfolgte die statistische Auswertung.

Die Auswertung erfolgte zum einen für das gesamte ambulante und stationäre Patientenkollektiv im Vergleich sowie separat für ambulante und stationäre Kinder und Erwachsene.

Der Aufnahmezeitpunkt konnte für alle behandelten Patienten den Tabellen des Medizinischen Datenmanagement Controllings entnommen werden. Da es bei ambulanten Fällen keine Unterscheidung zwischen Aufnahme- und Entlassungstag gibt, wurde als Richtwert für die Auswertung der letzte medizinische Kontakt des Patienten an der UMG herangezogen. Mit Statistica wurde eine Häufigkeitstabelle erstellt, welche wiederum in eine Excel-Tabelle importiert wurde, um ein Liniendiagramm zur graphischen Darstellung zu erstellen.

Bei der Berechnung des durchschnittlichen Alters wurde das Alter der Säuglinge (Alter in Tagen) in eine Dezimalzahl (Alter in Jahren) umgewandelt, um eine exakte Berechnung des Durchschnittsalters zu ermöglichen. Mit Hilfe von Statistica wurde hierfür eine deskriptive Statistik durchgeführt, mit der Durchschnittswerte, Mini- und Maximalwerte und die Stan-

dardabweichungen ermittelt wurden. Weiterführend wurden bei der graphischen Darstellung Säulendiagramme mit Intervallen von je zehn Jahren (0-9, 10-19, ...) gewählt. Für die behandelten Kinder wurde zusätzlich ein Intervall von einem Jahr gewählt, um eine exaktere Darstellung zu ermöglichen.

Die Verteilung des Geschlechts wurde mit einer Häufigkeitstabelle ermittelt. Zusätzlich erfolgte ein Import in eine Excel-Tabelle zur Erstellung eines Säulendiagramms.

Die Diagnosen für die ambulanten und die Hauptdiagnosen für die stationären Fälle des Patientenkollektivs wurden als ICD-10-Code angegeben. Diese Diagnosen wurden entschlüsselt und anschließend zur besseren Übersicht und Auswertung einer Kategorie zugeordnet. Die Kategorien entsprechen denen der ICD-10 Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (DIMDI 2015). Bei der ambulanten Patientenabrechnung gibt es keine Unterscheidung zwischen Haupt- und Nebendiagnose. Daher wurde nur die Diagnose zur Auswertung herangezogen, die ausschlaggebend für die Behandlung war. Die graphische Darstellung erfolgte nach Erstellung einer Häufigkeitstabelle mit Statistica und anschließendem Import in eine Excel-Tabelle mit einem Balkendiagramm.

Vom Medizinischen Datenmanagement Controlling waren für mehrere untersuchte Parameter nur Abkürzungen gegeben. So auch bei der klinischen Fachabteilung. Die Abkürzung wurde an die genaue Bezeichnung der jeweiligen Klinik der UMG angeglichen. Anschließend wurde mit Statistica eine Häufigkeitstabelle erstellt, die wiederum in einem Balkendiagramm mit Excel graphisch dargestellt wurde.

Die Erlöse für die stationären Fälle ergaben sich anhand des DRG-Systems. Hierbei wurden zur Berechnung der DRG die Hauptdiagnosen, die durchgeführten Prozeduren, das Geschlecht, das Alter sowie Nebendiagnosen, Komplikationen und Verweildauer herangezogen (König 2008). Die Erlöse waren größtenteils in der Tabelle des Medizinischen Datenmanagement Controllings gegeben. Fehlende Beträge wurden bei der Abrechnungsstelle für stationäre Fälle der UMG erfragt und ergänzt.

Die Entgeltleistung für die ambulanten Fälle entsprach einer Pauschale, die quartalsweise vergütet wurde. Sie war standortbezogen und wurde jedes Jahr neu zwischen der UMG und den Landesverbänden der Krankenkassen festgesetzt. Die Erlöse waren nicht an eine Fachrichtung gebunden und waren unabhängig von Morbidität oder Aufwand. Die Abrechnung erfolgt zudem unabhängig von der Anzahl der Behandlungen bzw. Untersuchungen quartalsweise (Lüngen et al. 2006). Des Weiteren erfolgte eine Unterscheidung zwischen "Hochschulambulanz" und "Notfall". Die Hochschulambulanzpauschale wurde

abgerechnet bei einer Behandlung im Regeldienst. Als Notfallzeiten gelten die Zeiten von 17:00 bis 07:00 Uhr, sowie Wochenenden und Feiertage. Die Pauschale für die Abrechnung bezog sich auf die Hochschulambulanzen. Notfälle werden an der UMG nur als Gesamtbetrag (aller an der UMG behandelten Notfälle) quartalsweise vergütet, daher war eine exakte Aufstellung der Beträge für Notfälle nicht möglich. Als Durchschnittswert für die Notfälle konnte im genannten Zeitraum eine Pauschale von ca. 40 € ermittelt und zur Berechnung herangezogen werden. Diese Vorgehensweise wurde in der ambulanten Patientenabrechnung der UMG gewählt und übernommen. Mit Hilfe einer deskriptiven Statistik konnten Minimal- und Maximalwerte sowie die Standardabweichungen für die ambulant und stationär entstandenen Erlöse ermittelt werden. Die graphische Darstellung der Verteilung aller ambulanten und stationären Erlöse erfolgte mit einem Kreisdiagramm. Die Darstellung der ambulanten Erlöse innerhalb und außerhalb des Regeldienstes erfolgte separat mit einem Säulendiagramm.

Das Herkunftsland war vom Medizinischen Datenmanagement Controlling mit der internationalen Abkürzung angegeben und wurde zur übersichtlicheren Auswertung und Darstellung ausgeschrieben. Nach erfolgreicher Erstellung einer Häufigkeitstabelle wurde ein Balkendiagramm gewählt.

Für einen statistischen Vergleich der einzelnen Parameter von sowohl ambulanten als auch stationären Fällen sowie Kindern und Erwachsenen wurde ein Chi-Quadrat-Test mit Statistica durchgeführt. Das Signifikanzniveau wurde auf $p \le 0.05$ festgelegt.

Die Verweildauer für die stationären Fälle wurde anhand des Aufnahme- und Entlassungsdatums ermittelt. Nach Erstellung einer Häufigkeitstabelle konnte mit Excel ein Säulendiagramm zur graphischen Darstellung erstellt werden. Die Durchschnittswerte, Mini- und Maximalwerte sowie die Standardabweichungen wurden mit Hilfe einer deskriptiven Statistik ermittelt. Die ermittelte Verweildauer des untersuchten Patientenkollektivs wurde zudem mit der mittleren Verweildauer nach DRG verglichen. Hierfür wurde ein Sign-Test mit Statistica durchgeführt. Es handelt sich hierbei um ein nichtparametrisches Verfahren. Da nicht für alle untersuchten Fälle eine mittlere Verweildauer gegeben war und auch nicht im Verlauf ermittelt werden konnte, wurden nur 1.360 behandelte Patienten zur Berechnung herangezogen. Das Signifikanzniveau wurde auf p ≤ 0.05 festgelegt.

Tabelle 1: Bezeichnung der verwendeten Programme

Programmname	Kurzform im Text
Microsoft-Excel® für macOS	Excel
Statistica® Version 13.3 für Windows	Statistica

2.4 Einschlusskriterien

Es wurden alle ambulanten und stationären Fälle eingeschlossen, die unter "sonstige Kostenträger" oder als "Notfall" erfasst wurden und dem Patientenkollektiv entsprachen.

2.5 Ausschlusskriterien

Es wurden alle Fälle ausgeschlossen, die nicht unter die oben genannten Kostenträger fielen und nicht dem Patientenkollektiv entsprachen. Bei der Berechnung der Erlöse für alle ambulanten und stationären Fälle wurden die Klinikfälle ohne Erlösrelevanz herausgenommen. Im ambulanten Bereich waren dies ausschließlich Besuchsarten, d. h. der Patient wurde in mehreren Kliniken behandelt, vergütet wurde aber nur die erstgenannte klinische Fachabteilung. Für vier stationäre Fälle hatte die UMG kein Geld erhalten. Unter anderem wurde ein behandeltes Kind über die Mutter mit abgerechnet und bei einem anderen Patienten wurde die Kostenübernahme durch den Kostenträger verweigert. Des Weiteren gab es 27 Fallzusammenführungen aufgrund von DRG Bestimmungen. Diese wurden aus der Analyse herausgenommen, da sie zu einem anderen Fall gehörten.

2.6 Ambulante und stationäre Patienten

Die Auswertung unterschied sich je nachdem, ob ein Fall ambulant oder stationär war. Im Folgenden werden die zwei Vorgehensweisen im Detail beschrieben.

2.6.1 Ambulante Patienten

Vor der Erstellung der Tabelle für die ambulanten Fälle wurden die zu untersuchenden Parameter festgelegt. Folgende Parameter wurden für die ambulanten Patienten ermittelt: Fallnummer (anonymisiert), Erlös pro Fall, Behandlungsdatum (letzter Kontakt), Klinik, Diagnose gemäß ICD-10, Alter in Jahren, Alter in Tagen bei Minderjährigen unter einem Jahr, Geschlecht und Herkunftsland.

Die Fallnummer diente einer möglichen Nachbearbeitung des zugehörigen Falls. Es kam vor, dass Informationen gefehlt haben, die aus Arztbriefen oder handgeschriebenen Aufnahme- bzw. Untersuchungsbögen entnommen und ergänzt werden mussten.

2.6.2 Stationäre Patienten

Im Unterschied zur ambulanten Abrechnung konnten bei der Erstellung der stationären Falltabelle die Hauptdiagnosen des jeweiligen Falls betrachtet werden. Des Weiteren bestand die Möglichkeit die Verweildauer auszuwerten und mit denen der mittleren Verweildauer zu vergleichen. Im Folgenden sind die Parameter für die Auswertung des stationär behandelten Patientenkollektivs aufgeführt: Fallnummer (anonymisiert), Erlös pro Fall, Aufnahmedatum, Entlassungsdatum, Verweildauer, Klinik bei Aufnahme, Klinik bei Entlassung, Hauptdiagnose gemäß ICD-10, Alter in Jahren, Alter in Tagen bei Minderjährigen unter einem Jahr, Geschlecht und Herkunftsland.

Auch hier diente die Fallnummer der möglichen Nachbearbeitung. Teilweise haben Informationen gefehlt, die aus Arztbriefen entnommen und ergänzt werden mussten. Nicht jeder Patient wurde von der Abteilung entlassen, in der er aufgenommen wurde. Grund dafür waren Nebendiagnosen, die eine weitere Behandlung in einer anderen Abteilung notwendig machten. In der stationären Abrechnung erfolgte eine Unterscheidung zwischen Haupt- und Nebendiagnose. Aufgrund der Fülle der Daten wurden nur die Hauptdiagnosen zur Auswertung herangezogen.

3 Ergebnisse

Ausgewertet wurden die Daten der ambulant und stationär behandelten Flüchtlinge, die im Zeitraum vom 01.11.2014 bis 31.07.2016 an der UMG behandelt wurden. Insgesamt sind 3.814 Fälle dokumentiert worden. Diese sind im Folgenden aufgeteilt in ambulant und stationär behandelte Patienten sowie in Kinder und Erwachsene.

3.1 Ambulante und stationäre Patienten

Im Folgenden werden die Daten von 3.814 behandelten Patienten analysiert in Bezug auf die Parameter "Aufnahmezeitpunkt", "Verteilung von Alter und Geschlecht", "Diagnosekategorien", "Verteilung der Erlöse", "Kliniken" und "Verteilung der Herkunftsländer".

3.1.1 Aufnahmezeitpunkt – ambulante und stationäre Fälle gesamt

Abbildung 1 zeigt die Verteilung des Aufnahmezeitpunktes der 3.814 Flüchtlinge. Es wurden 2.180 (57,16%) Flüchtlinge ambulant und 1.634 (42,84%) stationär behandelt. Zwischen September 2015 und Januar 2016 wurden 1.451 (gesamt: 38,04%, ambulant: 869; 39,86%, stationär: 582; 35,62%, $p \le 0,01$) Patienten behandelt. Der November 2015 war mit 332 Patienten der Monat mit den meisten Behandlungen.

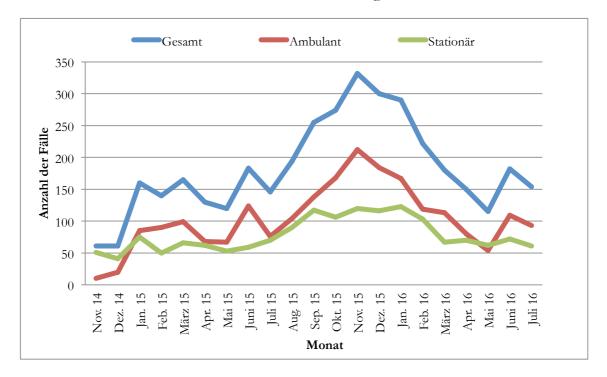


Abbildung 1: Aufnahmezeitpunkt aller ambulanten und stationären Fälle

3.1.2 Verteilung von Alter und Geschlecht – ambulante und stationäre Fälle gesamt

Die Verteilung des Geschlechts ergab sich wie folgt: 2.098 (55,01%) Flüchtlinge waren männlich und 1.716 (44,99%) weiblich. Vergleicht man dies mit den Daten derer, die in Deutschland einen Asylantrag gestellt haben, so bestand ein signifikanter Unterschied ($p \le 0,001$). Bei den ambulanten Fällen waren 1.214 (55,69%) Patienten männlich und 966 (44,31%) weiblich. Die Verteilung der stationären Fälle war prozentual sehr ähnlich mit 884 (54,10%) männlichen und 750 (45,90%) weiblichen Patienten ($p \le 0,33$).

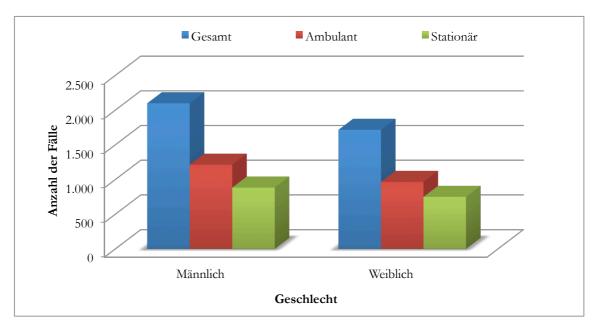


Abbildung 2: Verteilung des Geschlechts aller ambulanten und stationären Fälle

Die Verteilung des Alters ist in Abbildung 3 dargestellt. Von den 3.814 Patienten hatten 1.630 das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet (diese werden im Weiteren als Kinder bezeichnet). Dies entspricht 42,74% aller über den genannten Zeitraum behandelten Fälle.

Der jüngste Patient war einen Tag alt. Insgesamt waren 357 Patienten jünger als ein Jahr. 1.280 (33,56%) Patienten waren zehn Jahre oder jünger, der älteste Patient war 79 Jahre alt. Das mittlere Alter aller aufgenommenen Flüchtlinge betrug $20,87 \pm 16,48$ Jahre.

Die Verteilung von ambulanten und stationären Fällen hat sich etwas unterschieden. 47,06% (1.026) der Patienten der ambulanten Fälle waren noch minderjährig. Im Vergleich dazu stehen die stationären Fälle mit 36,78% (601) Minderjährigen (p \leq 0,001).

74,27% (1.619) der ambulanten Flüchtlinge waren jünger als 30 Jahre. Bei den stationären Patienten war es mit 68,97% (1.127 Fälle) etwas weniger (p $\leq 0,001$). Vergleicht man die

Zahlen aller unter 30 Jahre alten untersuchten Patienten (2.746; 72,00%) mit den Antragszahlen aus Deutschland, so bestand kein signifikanter Unterschied ($p \le 0.51$).

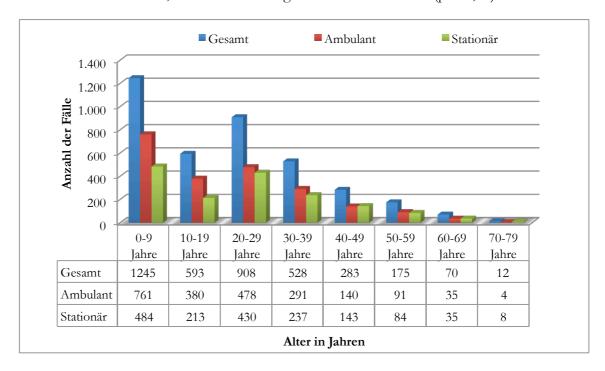


Abbildung 3: Verteilung des Alters aller ambulanten und stationären Fälle

3.1.3 Diagnosekategorien – ambulante und stationäre Fälle gesamt

Die Diagnosen wurden in die Kategorien der WHO gegliedert. Insgesamt waren die häufigsten Diagnosen den Kategorien "Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen" (566; 14,84%) und "Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett" (377; 9,89%) zuzuordnen. An dritter Stelle standen "Krankheiten des Atmungssystems" (362; 9,49%).

Bei den ambulant behandelten Flüchtlingen stammten die meisten Diagnosen aus den Kategorien "Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen" (ambulant: 441; 20,23%, stationär: 125; 7,65%, $p \le 0,001$) und "Krankheiten des Atmungssystems" (ambulant: 199; 9,13%, stationär: 163; 9,98%, $p \le 0,11$).

Im stationären Bereich waren die meisten Hauptdiagnosen den Kategorien "Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett" (stationär: 207; 12,67%, ambulant: 170; 7,80%, $p \le 0,001$) sowie "Psychische und Verhaltensstörungen" (stationär: 177; 10,83%, ambulant: 78; 3,58%, $p \le 0,001$) zugeordnet.

Im ambulanten Bereich wurde in sieben (0,18%) Fällen keine Diagnose dokumentiert.

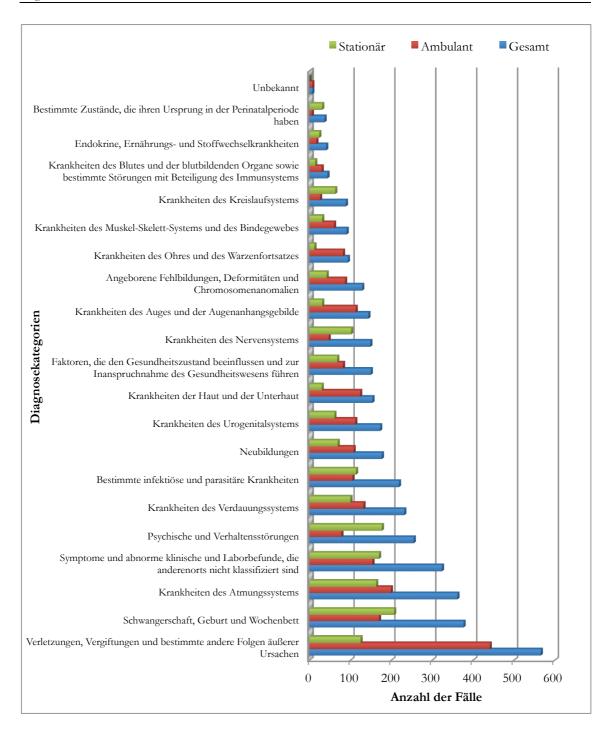


Abbildung 4: Diagnosekategorien aller ambulanten und stationären Fälle

Es folgt eine Analyse der häufigsten Diagnosen der einzelnen Kategorien. Insgesamt – bei stationären sowie ambulanten Fällen – waren es bei den "Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen" vor allem die Extremitäten (265; 46,82%) und der Kopf (160; 28,27%), an denen es zu Platzwunden, Schnittverletzungen oder Frakturen kam. Die Kategorie "Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett" beinhalteten zum größten Teil Krankheiten der Mutter, die in Zusammenhang mit der Schwangerschaft standen (124; 32,89%), wie bspw. Blutungen, Infektionen des Urogenitaltraktes oder übermäßiges

Erbrechen. An zweiter Stelle stand die Notwendigkeit einer medizinischen Betreuung der Mutter (99; 26,26%), bspw. aufgrund eines vorzeitigen Blasensprungs oder frustraner Kontraktionen.

Bei den ambulanten Fällen waren es ebenfalls überwiegend Verletzungen an Extremitäten (235; 53,29%) und Kopf (104; 23,58%). Die "Krankheiten des Atmungssystems" bezogen sich zum überwiegenden Teil auf Infekte der oberen Atemwege (152; 76,38%), wie bspw. Pharyngitiden und Tonsillitiden.

Die Diagnosekategorie "Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett" der stationären Fälle beinhaltete zum größten Teil die Notwendigkeit zur medizinischen Betreuung der Mutter (61; 29,47%) und Krankheiten der Mutter, die in Zusammenhang mit der Schwangerschaft standen (48; 23,19%). Bei "Psychische und Verhaltensstörungen" waren es vor allem "Posttraumatische Belastungsstörungen" (43; 24,29%) und "Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol" (41; 23,16%).

3.1.4 Kliniken – ambulante und stationäre Fälle gesamt

Im Zeitraum von November 2014 bis Juli 2016 gab es vier Kliniken, die mehr als 400 Flüchtlinge behandelten. Die meisten Patienten wurden in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin (1.007; 26,40%) aufgenommen. 599 (15,71%) Patienten wurden in der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe behandelt, gefolgt von der Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Plastische Chirurgie (527; 13,82%) sowie der Interdisziplinären Notaufnahme (400; 10,49%).

Betrachtet man die ambulanten und stationären Fälle separat ergaben sich teils geringe Unterschiede. Sowohl bei den ambulant als auch bei den stationär behandelten Flüchtlingen wurden die meisten Patienten in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin (ambulant: 573; 26,28%; stationär: 434; 26,56%, $p \le 0,85$) behandelt. An zweiter Stelle stand bei den ambulanten Fällen die Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Plastische Chirurgie (ambulant: 442; 20,28%, stationär: 85; 5,20%, $p \le 0,001$) Patienten. Die stationären Fälle wurden am zweithäufigsten über die Interdisziplinäre Notaufnahme (stationär: 370; 22,64%, ambulant: 30; 1,38%, $p \le 0,001$) aufgenommen. Die dritthäufigste Klinik war sowohl bei den ambulanten als auch bei den stationären Fällen die Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe (ambulant: 296; 13,58%, stationär: 303; 18,54%, $p \le 0,001$). Die Verteilung der Kliniken mit den behandelten Fällen ist in Abbildung 5 dargestellt.

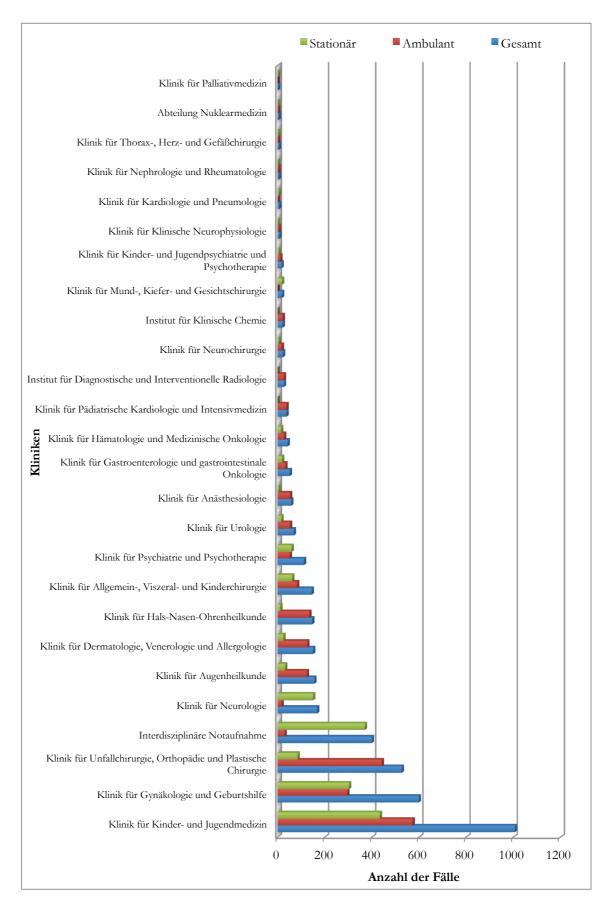


Abbildung 5: Kliniken aller ambulanten und stationären Fälle

3.1.5 Verteilung der Erlöse – ambulante und stationäre Fälle gesamt

Die Gesamtsumme der Erlöse für die Behandlung der an der UMG behandelten Flüchtlinge belief sich auf ca. 5.208.801 €. Diese setzt sich zusammen aus den Fallpauschalen der ambulanten Fälle mit ca. 153.627 € (2,95%, Kinder: ca. 71.617 €; 46,62%, Erwachsene: ca. 82.010 €; 53,38%) und denen der stationären Fällen mit ca. 5.055.174 € (97,05%, Kinder: ca. 2.117.567 €; 41,89%, Erwachsene: ca. 2.937.607 €; 58,11%, p ≤ 0,001). Die Erlöse für die stationären Fälle ergaben sich aus den Fallpauschalen des DRG-Systems. Für vier Fälle hat die UMG kein Geld erhalten.

Der Betrag für die ambulanten Fälle richtete sich nach dem Behandlungsjahr und wurde quartalsweise abgerechnet. Im Jahr 2014 waren es pro Fall 92,98 €, 2015 waren es 95,25 € und 2016 waren es 89,94 €. Diese Beträge entsprachen den Erlösen im Regeldienst. Die Erlöse für die Behandlung außerhalb des Regeldienstes beliefen sich auf ca. 40 € pro Fall. Eine genaue Analyse war nicht möglich, da die UMG lediglich einen Gesamtbetrag für alle behandelten Patienten außerhalb des Regeldienstes erhielt. Die Erlöse entsprechen daher bei den ambulanten Fällen nur einem Wert, der näherungsweise ermittelt wurde.

Die niedrigsten aufgeführten Erlöse betrugen 40 € (aus dem ambulanten Bereich), der höchste angegebene Wert betrug 152.780,86 € (aus dem stationären Bereich). Der Mittelwert aller aufgeführten Erlöse belief sich auf 1.435,72 €, die Standardabweichung betrug 5.094,91. Die Abbildung 6 zeigt graphisch die Verteilung der Erlöse.

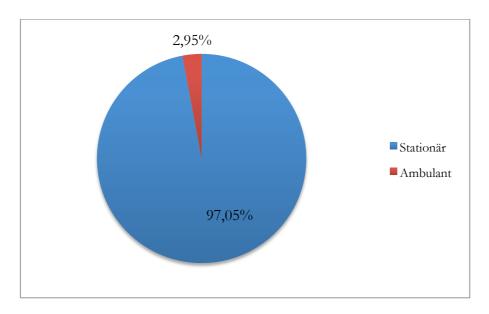


Abbildung 6: Verteilung der Erlöse aller ambulanten und stationären Fälle

3.1.6 Verteilung der Herkunftsländer – ambulante und stationäre Fälle gesamt

Auf dem Aufnahmebogen wurden die Herkunftsländer dokumentiert, allerdings wurde dies teilweise nur unzureichend durchgeführt. So wurde bei mehr als einem Viertel aller Flüchtlinge keine Staatsbürgerschaft (1.030; 27,01%) angegeben. Am zweithäufigsten wurde mit 705 Patienten (18,49%) Syrien als Herkunftsland dokumentiert, gefolgt von Afghanistan mit 404 Patienten (10,59%).

Die Herkunftsländer der ambulant und stationär behandelten Flüchtlinge waren ähnlich verteilt. Die häufigste Angabe war auch hier keine Staatsangehörigkeit (ambulant: 630; 28,90%, stationär: 400; 24,80%, p \leq 0,01), gefolgt von Syrien (ambulant: 387; 17,66%, stationär: 318; 19,46%, p \leq 0,18) und Afghanistan (ambulant: 228; 10,46%, stationär: 176; 10,77%, p \leq 0,76).

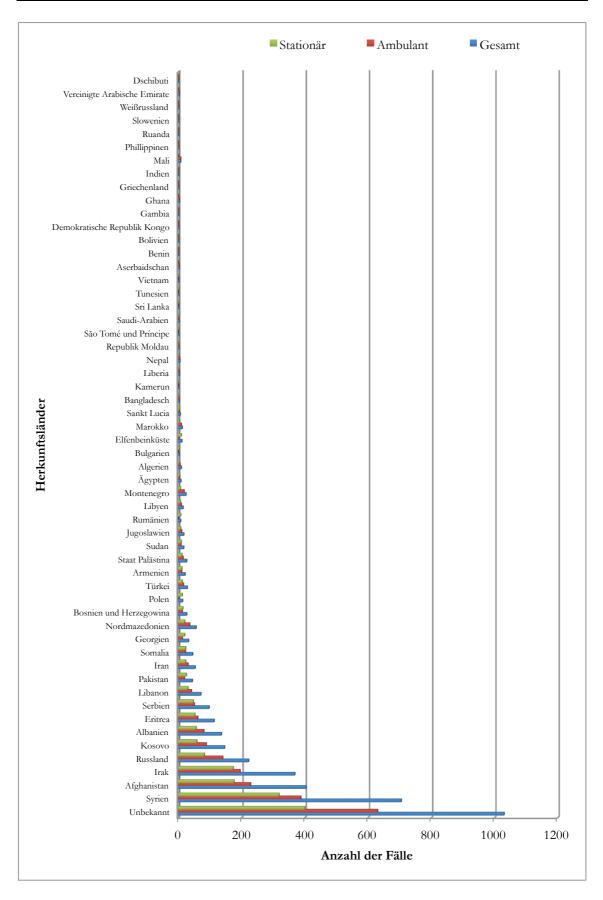


Abbildung 7: Verteilung der Herkunftsländer aller ambulanten und stationären Fälle

3.2 Ambulante Patienten

Im Folgenden wurden die Daten von 2.180 ambulant behandelten Patienten nach den bereits oben genannten Parametern aufgeschlüsselt. Zudem erfolgte eine Unterscheidung zwischen Kindern (1.026; 47,06%) und Erwachsenen (1.154; 52,94%).

3.2.1 Aufnahmezeitpunkt – ambulante Fälle

Abbildung 8 zeigt den Aufnahmezeitpunkt der 2.180 Flüchtlingen, die ambulant an der UMG behandelt wurden. Wie bereits erwähnt wurden fast 40% (869; 39,86%) aller ambulanten Patienten zwischen September 2015 und Januar 2016 behandelt. Davon waren 437 Kinder (42,59% aller ambulanten Kinder) und 432 waren Erwachsene (37,44% aller ambulanten Erwachsenen, p ≤ 0,015).

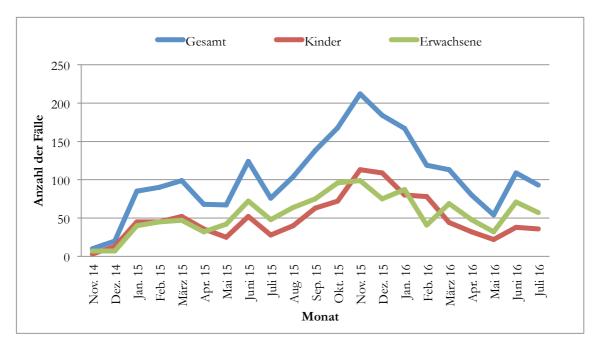


Abbildung 8: Aufnahmezeitpunkt der ambulant behandelten Flüchtlinge

3.2.2 Verteilung von Alter und Geschlecht – ambulante Fälle

Von den 2.180 Patienten waren 1.214 (55,69%) männlich und 966 (44,31%) weiblich. 50,58% (614) der männlichen ambulant behandelten Flüchtlinge waren Kinder, 49,42% (600) waren Erwachsene. Bei den weiblichen Flüchtlingen waren 42,65% (412) Kinder und 57,35% (554) Erwachsene (p $\leq 0,001$).

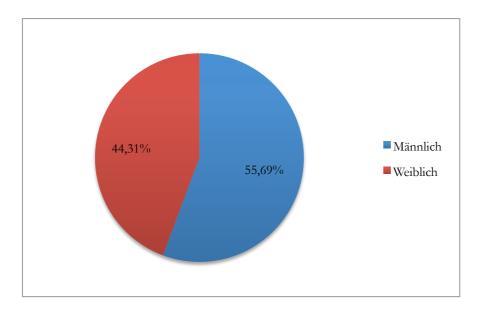


Abbildung 9: Verteilung des Geschlechts der ambulant behandelten Flüchtlinge

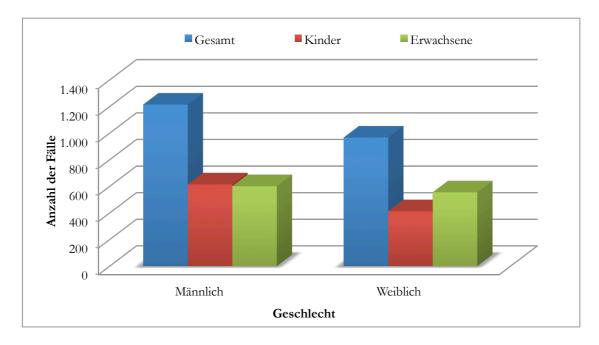


Abbildung 10: Verteilung des Geschlechts der ambulant behandelten Kinder und Erwachsenen

Mehr als die Hälfte (555; 54,09%) der 1.026 ambulant behandelten Kinder waren fünf Jahre alt oder jünger. Deren Anteil an allen ambulant behandelten Flüchtlingen betrug 25,56%.

Der jüngste Patient war zwei Tage alt. Unter den Kindern waren 152 (14,82%) Patienten jünger als ein Jahr. 787 (76,71%) Kinder waren zehn Jahre oder jünger.

Insgesamt waren 1.619 (74,27%) Patienten jünger als 30 Jahre, wobei der Anteil Kinder (1.026; 63,37%) höher war als der Anteil der Erwachsenen (593; 36,63%). Der älteste Pati-

ent war 73 Jahre alt. Das mittlere Alter aller ambulant behandelten Flüchtlinge betrug $19,84\pm15,96$ Jahre. Eine Verteilung des Alters ist in Abbildung 11 und separat für Kinder noch einmal in Abbildung 12 dargestellt.

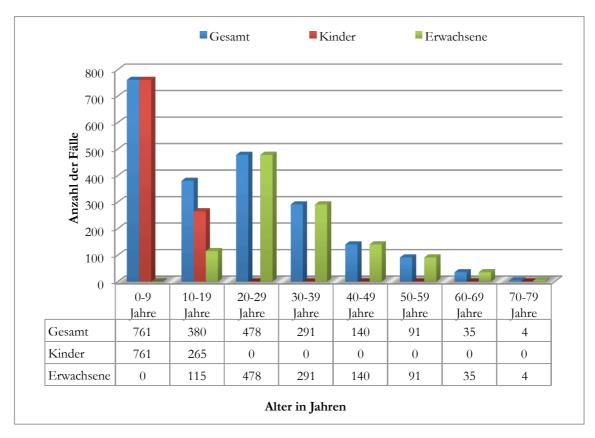


Abbildung 11: Verteilung des Alters der ambulant behandelten Flüchtlinge

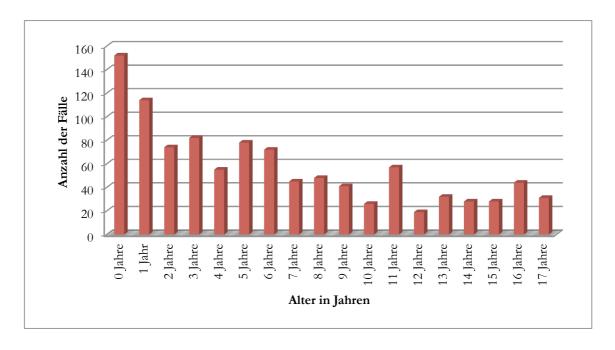


Abbildung 12: Verteilung des Alters der ambulant behandelten Kinder

3.2.3 Diagnosekategorien – ambulante Fälle

Die häufigsten Diagnosekategorien bei allen ambulanten Fällen waren "Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen" (441; 20,23%) und "Krankheiten des Atmungssystems" (199; 9,13%).

Betrachtet man Kinder und Erwachsene getrennt, ergeben sich kleine Unterschiede in der Verteilung. Bei Kindern wurden am häufigsten "Krankheiten des Atmungssystems" (Kinder: 179; 17,45% aller ambulant Kinder, Erwachsene: 20; 1,73% aller ambulant Erwachsenen, $p \le 0,001$) und am zweithäufigsten "Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen" (Kinder: 174; 16,96%, Erwachsene: 267; 23,14%, $p \le 0,001$) dokumentiert. Nach "Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen" war die häufigste genannte Diagnosekategorie bei den Erwachsenen "Schwangerschaft Geburt und Wochenbett" (Erwachsene: 160; 13,86%, Kinder: 10; 0,98%, $p \le 0,001$). Eine Verteilung aller Diagnosekategorien ist in Abbildung 13 dargestellt.

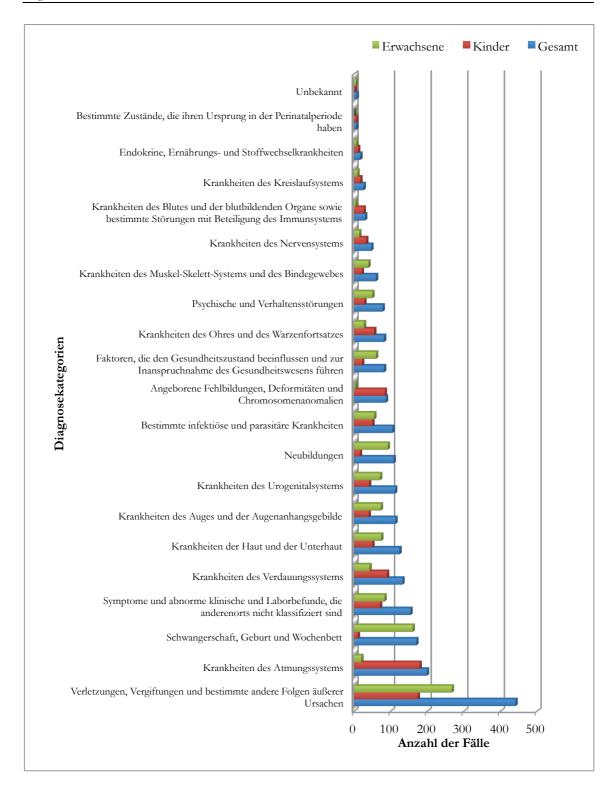


Abbildung 13: Diagnosekategorien der ambulant behandelten Flüchtlinge

Die Einteilung der Diagnosekategorien nach ICD-10 wurde im Folgenden noch einmal genauer analysiert. Unter "Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen" wurden Diagnosen zusammengefasst, die mit Platzwunden, Schnittverletzungen oder Frakturen an Extremitäten (235; 53,29%) und Kopf (104; 23,58%) zusammenhingen. Die "Krankheiten des Atmungssystems" bezogen sich zum überwiegenden

Teil auf Infekte der oberen Atemwege (152; 76,38%). Hinter der Diagnosekategorie "Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett" verbergen sich vor allem Krankheiten der Mutter, die in Zusammenhang mit der Schwangerschaft standen (76; 44,71%).

Bei den Kindern beinhalteten die "Erkrankungen des Atmungssystem" ebenfalls vorwiegend Infekte der oberen Atemwege (146; 81,56%), wie beispielsweise Pharyngitiden und Tonsillitiden. Die Verletzungen befanden sich vor allem im Bereich der Extremitäten (91; 52,30%) und des Kopfes (45; 25,86%).

Bei den Erwachsenen kam es in 144 Fällen (53,93%) zu Verletzungen der Extremitäten und in 59 Fällen zu einer Verletzung des Kopfes (22,10%). Hinter der Diagnosekategorie "Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett" steckten vor allem Krankheiten der Mutter, die in Zusammenhang mit der Schwangerschaft standen (73; 45,63%).

3.2.4 Kliniken – ambulante Fälle

Die Analyse der Verteilung der Flüchtlinge auf die Kliniken der UMG orientiert sich an den oben genannten Diagnosekategorien und ist im Folgenden dargestellt. Die meisten ambulant aufgenommen Patienten wurden in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin (573; 26,28%) behandelt. 442 (20,28%) Patienten wurden in der Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Plastische Chirurgie aufgenommen.

Etwas mehr als die Hälfte der Kinder wurde in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin (Kinder: 571; 55,65% aller ambulanten Kinder, Erwachsene: 2; 0,17% aller ambulanten Erwachsenen, $p \le 0,001$) behandelt. Am zweithäufigsten wurden die minderjährigen Patienten in der Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Plastische Chirurgie (Kinder: 176; 17,15%, Erwachsene: 266; 23,05%, $p \le 0,001$) aufgenommen.

Etwas anders sah dies bei den erwachsenen Flüchtlingen aus. Hier war es vor allem die Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe (Erwachsene: 281; 24,35%, Kinder: 15; 0,15%, $p \le 0,001$), gefolgt von der Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Plastische Chirurgie (266; 23,05%). In Abbildung 14 sind alle Kliniken und die Anzahl der dort behandelten Fälle dargestellt.

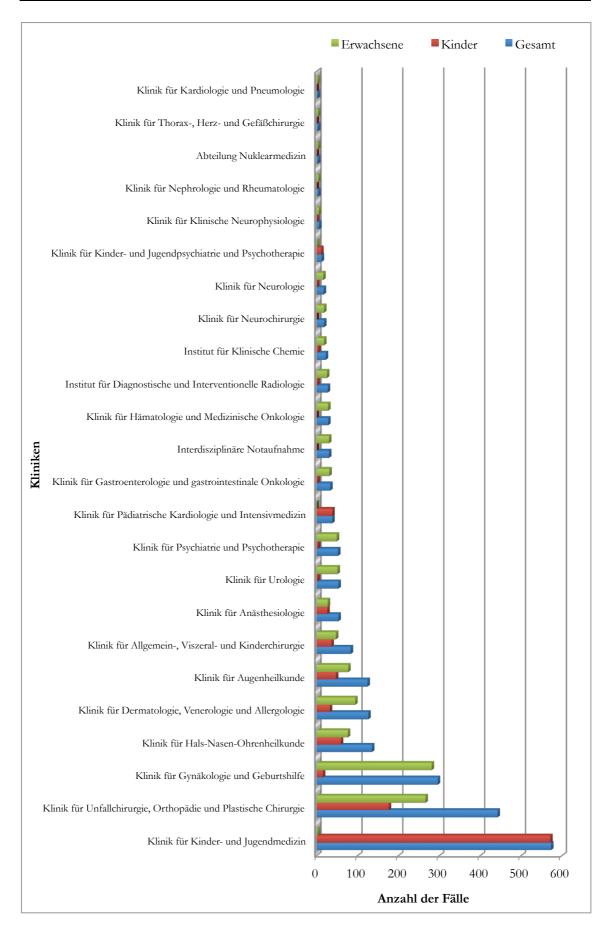


Abbildung 14: Verteilung der Kliniken der ambulant behandelten Flüchtlinge

3.2.5 Verteilung der Erlöse – ambulante Fälle

Im betrachteten Zeitraum ergaben sich Gesamterlöse von ca. 153.627 €. Der niedrigste Wert betrug 40,00 €, der höchste Betrag war 95,25 €, der Mittelwert 76,97 € und die Standardabweichung betrug 24,37. Der Anteil des Regeldienstes am Erlös aller ambulanten Fälle betrug ca. 129.587 € (gesamt ambulant: 84,35%, Kinder: ca. 58.817 €; 45,39%, Erwachsene: ca. 70.770 €; 54,61%, p ≤ 0,001). Der Erlös außerhalb des Regeldienstes betrug ca. 24.040 € (gesamt ambulant: 15,65%, Kinder: ca. 12.800 €; 53,24%, Erwachsene: ca. 11.240 €; 46,76%, p ≤ 0,001).

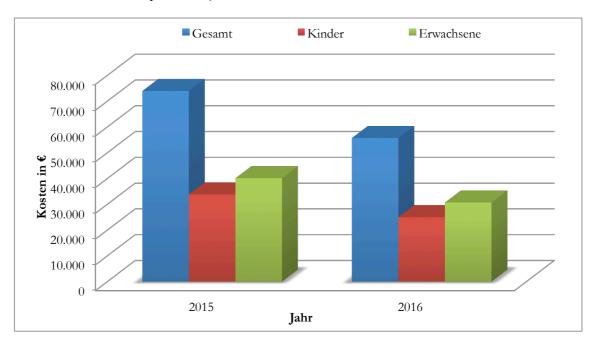


Abbildung 15: Erlöse im Regeldienst der ambulant behandelten Flüchtlinge

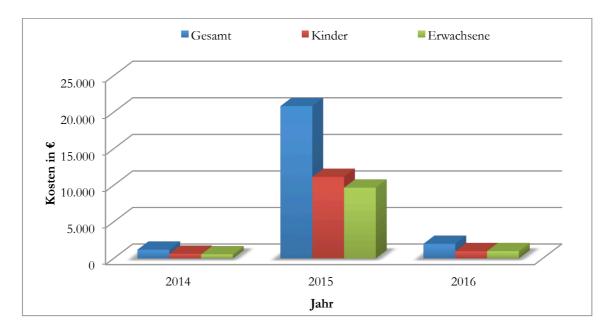


Abbildung 16: Erlöse außerhalb des Regeldienstes der ambulant behandelten Flüchtlinge

3.2.6 Verteilung der Herkunftsländer – ambulante Fälle

Die Herkunftsländer der ambulant behandelten Flüchtlinge verteilten sich wie folgt: Bei fast einem Drittel der ambulant behandelten Flüchtlinge wurde keine Staatsangehörigkeit (630; 28,90%) dokumentiert, gefolgt von Syrien (387; 17,75%) und Afghanistan (228; 10,46%). Das am vierthäufigsten genannte Herkunftsland war der Irak mit 195 (8,95%) Fällen.

Betrachtet man die Kinder und Erwachsenen noch einmal getrennt, so wurde auch hier am häufigsten keine Staatsangehörigkeit angegeben (298; 29,05% aller ambulanten Kinder, Erwachsene: 332; 28,77% aller ambulanten Erwachsenen, $p \le 0,89$). Syrien stand an zweiter Stelle (Kinder: 173; 16,86%, Erwachsene: 214; 18,54%, $p \le 0,31$), gefolgt von Afghanistan (Kinder: 129; 12,57%, Erwachsene: 99; 8,58%, $p \le 0,01$) und dem Irak (Kinder 105; 10,23%, Erwachsene: 90; 7,80%, $p \le 0,05$). Eine genaue Verteilung der Herkunftsländer ist in Abbildung 17 dargestellt.

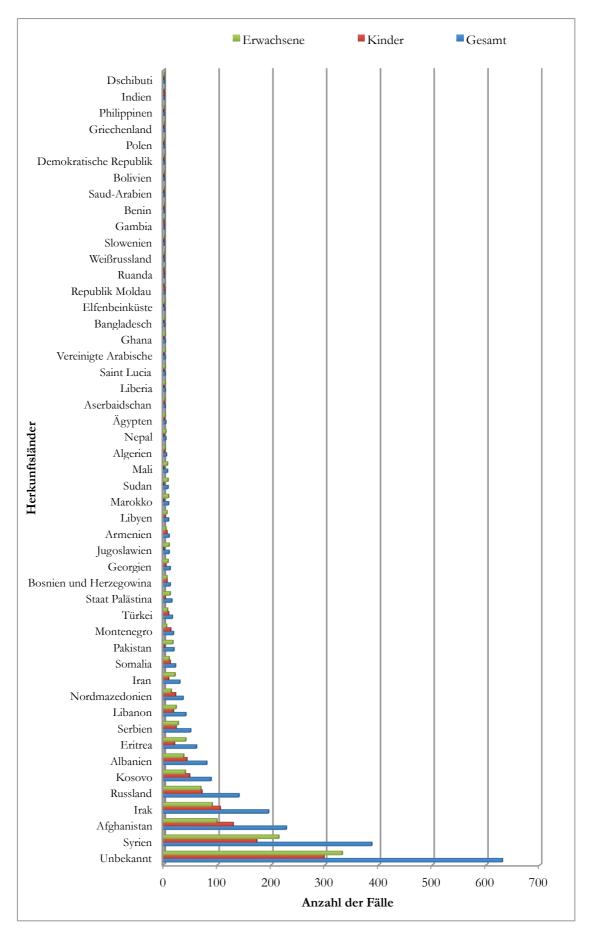


Abbildung 17: Verteilung der Herkunftsländer der ambulant behandelten Flüchtlinge

3.3 Stationäre Patienten

Im Folgenden sind die Daten der 1.634 stationär an der UMG aufgenommenen Flüchtlinge dargestellt. Auch hier erfolgte eine Aufteilung in Kinder (604; 36,96%) und Erwachsene (1.030; 63,04%) sowie deren Aufschlüsselung in die bereits genannten Parameter.

3.3.1 Aufnahmezeitpunkt – stationäre Fälle

Die Abbildung 18 zeigt den Aufnahmezeitpunkt aller stationär aufgenommenen Flüchtlinge als Gesamtzahl sowie jeweils ein Graph für Kinder und Erwachsene. Die Anzahl stationär aufgenommener Flüchtlinge variierte von Monat zu Monat.

Die meisten Patienten wurden zwischen September 2015 und Januar 2016 aufgenommen mit >115 Patienten pro Monat (gesamt stationär: 582; 35,62%, Kinder: 243; 40,23% aller stationären Kinder, Erwachsene: 339; 32,91% aller stationären Erwachsenen, p ≤ 0,01).

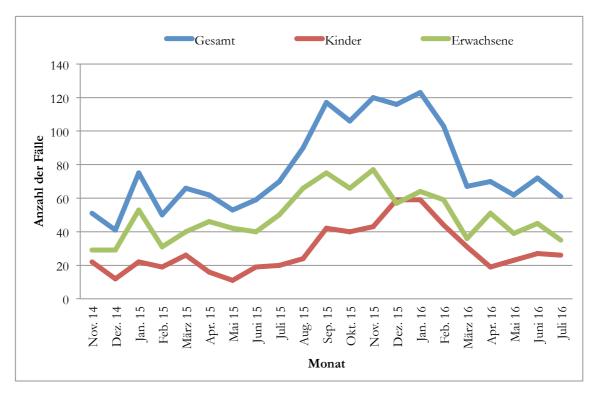


Abbildung 18: Aufnahmezeitpunkt der stationär behandelten Flüchtlinge

3.3.2 Verteilung von Alter und Geschlecht – stationäre Fälle

Betrachtet man die Verteilung der Geschlechter so ergab sich folgendes Bild: 884 (54,10%) Patienten waren männlich und 750 (45,90%) weiblich. Der Anteil männlicher Kinder entsprach 37,67% (333), der Anteil männlicher Erwachsener betrug 62,33% (551). Dem gegenüber stehen die weiblichen Flüchtlinge mit 36,13% (271) Kindern und 63,87% (479)

Erwachsenen (p \leq 0,53). Die Abbildungen 19 und 20 stellen diese Verteilung noch einmal graphisch dar.

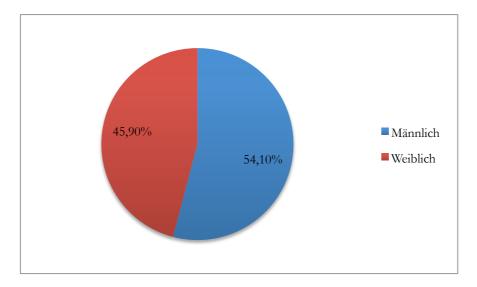


Abbildung 19: Verteilung des Geschlechts der stationär behandelten Flüchtlinge

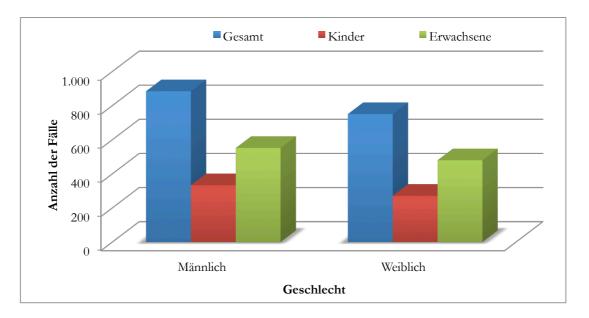


Abbildung 20: Verteilung des Geschlechts der stationär behandelten Kinder und Erwachsenen

Insgesamt waren 205 (12,55%) aller stationären Patienten jünger als ein Jahr und 484 (29,62%) waren jünger als zehn Jahre. Mehr als zwei Drittel waren jünger als 30 Jahre (1.127; 68,97%). Die älteste Person war 79 Jahre alt. Das Durchschnittsalter aller stationären Patienten betrug 22,25 \pm 17,06 Jahre. Die Verteilung des Alters ist noch einmal in Abbildung 21 sowie separat nur die Kinder in Abbildung 22 dargestellt.

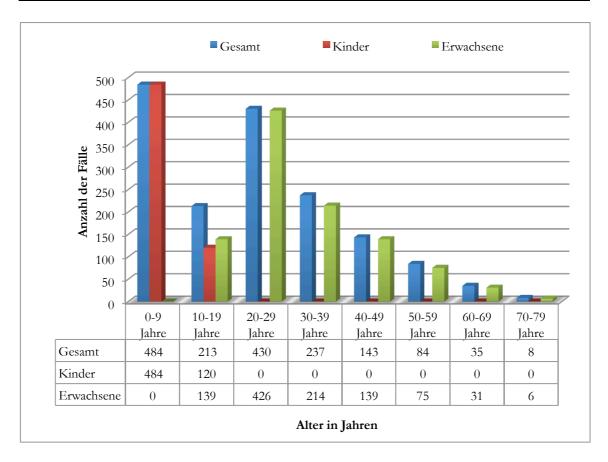


Abbildung 21: Verteilung des Alters der stationär behandelten Flüchtlinge

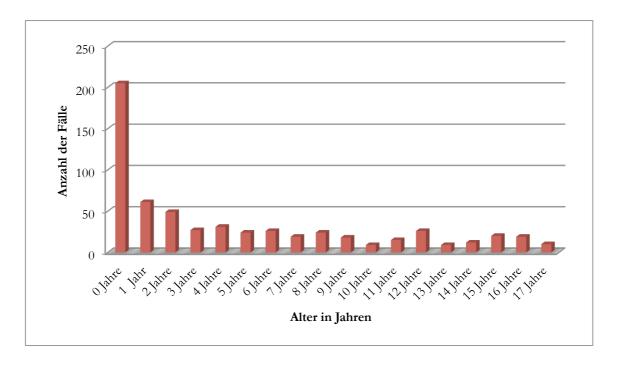


Abbildung 22: Verteilung des Alters der stationär behandelten Kinder

3.3.3 Diagnosekategorien – stationäre Fälle

Die meisten Hauptdiagnosen nach ICD-10 aller stationären Patienten wurden den Kategorien "Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett" (207; 12,67%), "Psychische und Verhaltensstörungen" (177; 10,83%) sowie "Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind" (170; 10,40%) zugeordnet.

Vergleicht man die Kinder mit den Erwachsenen, so war die häufigste Angabe bei den Kindern "Krankheiten des Atmungssystems" (Kinder: 121; 20,03% aller stationären Kinder, Erwachsene: 42; 4,08% aller stationären Erwachsenen, $p \le 0,001$), gefolgt von "Bestimmten infektiösen und parasitären Krankheiten" (Kinder: 75; 12,42%, Erwachsene: 39; 3,79%, $p \le 0,001$) und "Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen" (Kinder: 68; 11,26%, Erwachsene: 57; 5,53%, $p \le 0,001$). Bei den Erwachsenen standen die Diagnosekategorien "Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett" (Erwachsene: 197; 19,13% aller stationären Erwachsenen, Kinder: 10; 1,66%, $p \le 0,001$) und "Psychische und Verhaltensstörungen" (Erwachsene: 157; 15,24%, Kinder: 20; 3,31%, $p \le 0,001$) und "Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind" (Erwachsene: 139; 13,50%, Kinder: 31; 5,13%, $p \le 0,001$) im Vordergrund. Alle Diagnosekategorien sind in Abbildung 23 dargestellt.

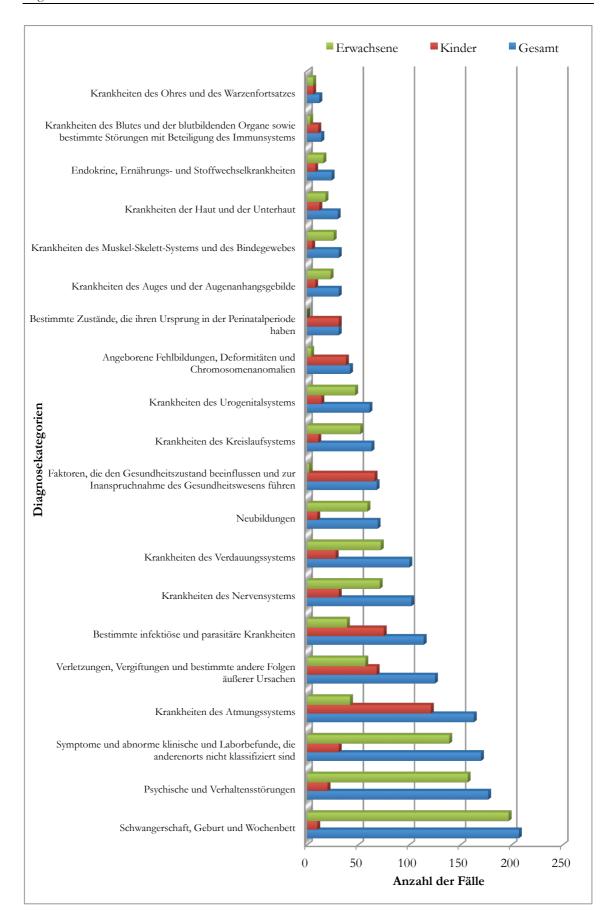


Abbildung 23: Diagnosekategorien der stationär behandelten Flüchtlinge

Die wichtigsten Diagnosen der einzelnen Kategorien wurden genauer analysiert. "Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett" beinhalteten die Notwendigkeit der medizinischen Betreuung der Mutter (61; 29,47%) und Krankheiten der Mutter, die in Zusammenhang mit der Schwangerschaft standen (48; 23,19%). Bei "Psychische und Verhaltensstörungen" waren es vor allem die "Posttraumatische Belastungsstörung" (43; 24,29%) und "Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol" (41; 23,16%).

Die "Erkrankungen des Atmungssystems" beinhalteten bei Kindern Infekte der unteren Atemwege (44; 36,36%), wie bspw. akute Bronchitiden, und Infekte der oberen Atemwege (39; 32,23%). Diese wurden gefolgt von "Infektiösen Darmkrankheiten" (55; 73,33%) aus der Diagnosekategorie "Bestimmte infektiöse und parasitäre Erkrankungen".

Bei den Erwachsenen wurden die meisten Diagnosen in der Kategorie "Schwangerschaft; Geburt und Wochenbett" dokumentiert. Hierbei waren es vor allem die notwendige medizinische Betreuung der Mutter (57; 28,93%) sowie Krankheiten der Mutter, die in Zusammenhang mit der Schwangerschaft standen (47; 23,86%). "Psychische und Verhaltensstörungen" beinhalteten die "Posttraumatische Belastungsstörung" (35; 22,29%) und "Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol" (29; 18,47%).

3.3.4 Kliniken – stationäre Fälle

Im Zeitraum vom 01. November 2014 bis 31. Juli 2016 wurden in drei verschiedenen Abteilungen mehr als 300 Patienten behandelt: Die meisten Patienten wurden in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin (gesamt stationär: 434; 26,56%, Kinder: 432; 71,52% aller stationären Kinder, Erwachsene: 2; 0,019%, $p \le 0,001$) stationär aufgenommen, gefolgt von der Interdisziplinären Notaufnahme (gesamt stationär: 370; 22,64%, Kinder: 4; 0,66%, Erwachsene: 366; 35,53%, $p \le 0,001$) und der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe (gesamt stationär: 303; 18,54%, Kinder: 93; 15,40%, Erwachsene: 210; 20,39%, $p \le 0,012$). Die Verteilung der Kliniken mit den stationär behandelten Fällen ist in Abbildung 24 dargestellt.

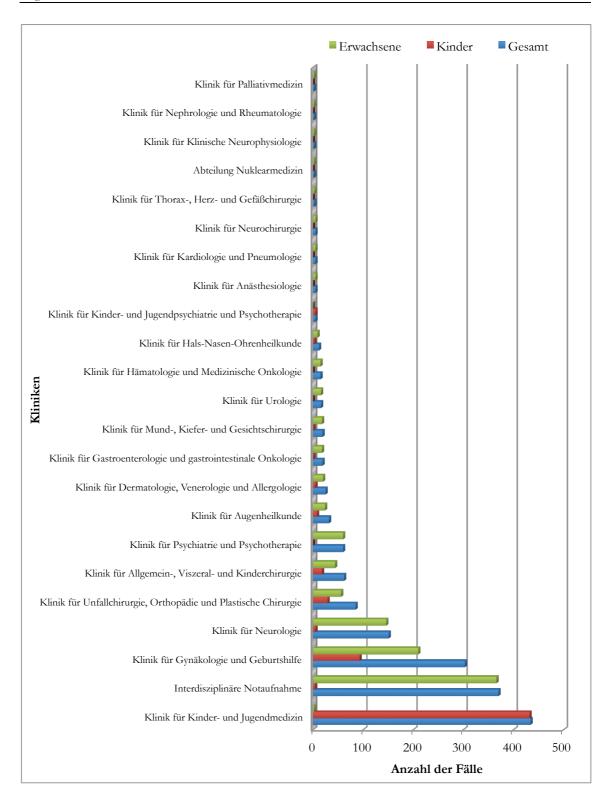


Abbildung 24: Abteilungen der stationär behandelten Flüchtlinge

3.3.5 Verteilung der Erlöse – stationäre Fälle

Die Erlöse für alle stationär behandelten Flüchtlinge beliefen sich auf ca. 5.055.174 €. Die stationär behandelten Erwachsen haben mit ca. 2.937.607 € (58,11%) einen etwas höheren Anteil daran als die stationär behandelte Kinder (ca. 2.117.567 €; 41,89%). Die prozentuale Verteilung ist in Abbildung 25 dargestellt.

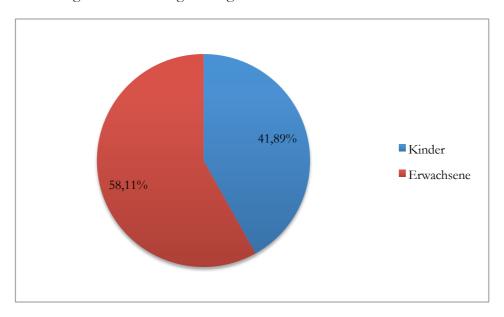


Abbildung 25: Verteilung der Erlöse der stationär behandelten Flüchtlinge

3.3.6 Verteilung der Herkunftsländer – stationäre Fälle

In der folgenden Abbildung sind die Herkunftsländer der 1.634 stationär behandelten Flüchtlinge angegeben. Genau wie im ambulanten wurden diese auch im stationären Bereich zum Teil nur unzureichend dokumentiert. Bei 400 Patienten (gesamt stationär: 400; 24,48%, Kinder: 142; 23,51% aller stationären Kinder, Erwachsener: 258; 25,05% aller stationären Erwachsenen, $p \le 0,49$) wurde keine Staatsangehörigkeit dokumentiert, dies war gleichzeitig die häufigste Angabe. 318 (19,46%) der Flüchtlinge kamen aus Syrien (Kinder: 119; 19,70%, Erwachsene: 199; 19,32%, $p \le 0,85$) und 176 (10,77%) Flüchtlinge aus Afghanistan (Kinder: 78; 12,91%, Erwachsene: 98; 9,52%, $p \le 0,032$). 173 (10,59%) Patienten kamen aus dem Irak (Kinder: 88; 14,57%, Erwachsene: 85; 8,25, $p \le 0,001$).

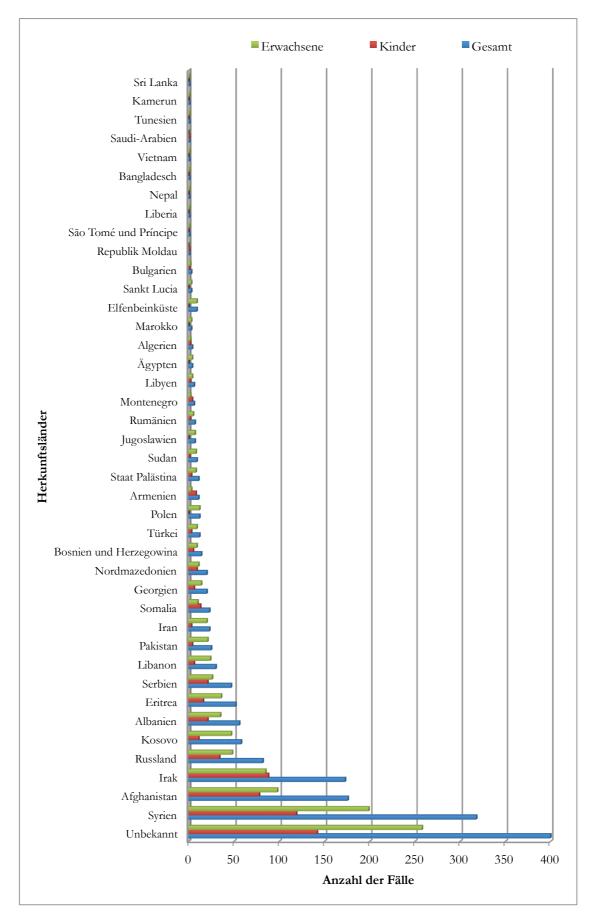


Abbildung 26: Verteilung der Herkunftsländer der stationär behandelten Flüchtlinge

3.3.7 Verweildauer – stationäre Fälle

Die Verweildauer der behandelten Patienten war zum Teil sehr unterschiedlich. Am kürzesten wurden Patienten für einen Tag stationär aufgenommen. Die längste Angabe waren 141 Tage. Die mittlere Verweildauer betrug 5,00 Tage mit einer Standardabweichung von 9,76.

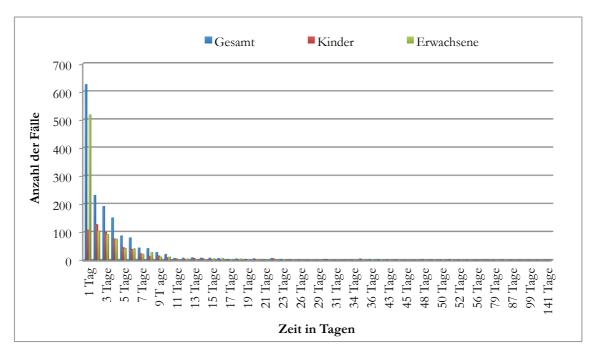


Abbildung 27: Verweildauer der stationär behandelten Flüchtlinge

Tabelle 2: Verweildauer und Mittlere Verweildauer

	Mittel- wert	Minimum	Maximum	Standardabwei- chung
Tatsächliche Verweildauer in Tagen	5,00	1	141	9,76
Mittlere Verweildauer in Tagen	4,98	1	77	5,12
Angepasste tatsächliche Verweildauer in Tagen	4,41	1	100	7,11

Die mittlere Verweildauer war nicht für alle Fälle in der Tabelle vom Zentralen Datenmanagement Controlling angegeben und konnte auch nicht im Verlauf ermittelt werden. Um einen Vergleich durchzuführen, konnten nur die Fälle zur Berechnung verwendet werden,

bei denen eine mittlere Verweildauer gegeben war. Vergleicht man diese mit der tatsächlichen Verweildauer, so war der Wert der angepassten tatsächlichen Verweildauer der stationär behandelten Flüchtlinge signifikant kleiner als der Wert der mittleren Verweildauer nach DRG, $p \le 0,01$. Für die Berechnung konnten nur 1.360 Fälle verglichen werden. Daraus ergaben sich die dargestellten Unterschiede.

3.3.8 Sonstiges – stationäre Fälle

Der überwiegende Teil der Patienten hatte zusätzlich zur Hauptdiagnose noch eine oder mehrere Nebendiagnosen. Die dargestellten Ergebnisse beziehen sich nur auf die Hauptdiagnosen. Manche Nebendiagnosen machten eine Behandlung in einer anderen Klinik notwendig. Insgesamt wurden 168 (10,28%) Patienten in andere Kliniken der UMG verlegt und von dort entlassen.

4 Diskussion

Die Zahl der Flüchtlinge und Asylbewerber in Deutschland ist im Zeitraum von 2014 bis 2016 stetig angestiegen (BAMF 2017). Das Flüchtlingsthema stellt dadurch eine neue Herausforderung dar, sowohl durch eine große Anzahl zu bearbeitender Asylverfahren als auch durch anfallende Kosten für Unterbringung und Integration (Hinte et al. 2015; BAMF 2017). Diese Herausforderungen gibt es nicht nur in der Politik, sondern ebenfalls im Gesundheitssystem. Dies zeigte sich auch in den Ergebnissen dieser Arbeit.

Die medizinische Versorgung der Flüchtlinge wird in Deutschland nach §4 und §6 AsylbLG geregelt. Dies beinhaltet hauptsächlich akute Notfälle und Schmerzzustände. Bei der Versorgung anderer Erkrankungen muss zuvor eine Kostenzusage des jeweiligen Kostenträgers beantragt werden (Asylbewerberleistungsgesetz 1993; Klein 2016).

Die Datenlage über die medizinische Versorgung von Flüchtlingen sowie deren Erkrankungsspektrum ist derzeit noch unzureichend. In der Literatur gibt es hierzu bereits einige Forschungsansätze, jedoch sind diese sehr unterschiedlich. Es fehlt eine einheitliche, strukturierte und bundesweite, wenn nicht sogar internationale Analyse. Diese Lücke muss für eine bundeseinheitliche Erstaufnahmeuntersuchung und strukturierte evidenzbasierte medizinische Versorgung von Flüchtlingen zukünftig geschlossen werden (Rechel et al. 2013; Grote et al. 2015; Klinkhammer und Korzilius 2015; Bozorgmehr et al. 2016; Razum et al. 2016; Tinnemann et al. 2016; van Berlaer et al. 2016; Wahedi et al. 2017).

Bei der vorliegenden Studie wurden gesundheitliche Daten über die Behandlung von Flüchtlingen zwischen dem 01.11.2014 und 31.07.2016 retrospektiv analysiert und ausgewertet. Zur Analyse wurden sowohl ambulante als auch stationäre Fälle der UMG herangezogen. Über den untersuchten Zeitraum wurden insgesamt 3.814 Fälle dokumentiert. Davon wiederum wurden 2.180 Flüchtlinge ambulant und 1.634 Flüchtlinge stationär behandelt. Es zeigt sich, dass über 70% der Patienten 30 Jahre alt oder jünger waren. Zudem handelte es sich mit 2.098 (55,01%) Fällen überwiegend um männliche Flüchtlinge. Das Krankheitsspektrum der behandelten Flüchtlinge unterschied sich im ambulanten und stationären Bereich. Insgesamt betrachtet erstreckten sich die Diagnosen gemäß den Diagnosekategorien nach WHO zum überwiegenden Teil auf "Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen", "Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett" und "Krankheiten des Atmungssystems".

4.1 Diskussion der Methoden

Es wurden die Daten der behandelten Flüchtlinge aller klinischen Fachabteilungen des in der Methodik benannten Patientenkollektivs analysiert. Die Kostenträger für die behandelten Flüchtlinge sind das Land oder das Sozialamt (Klein 2016). Zu Beginn des Untersuchungszeitraumes wurde noch keine einheitliche Erfassung von Flüchtlingen durchgeführt, woraufhin der Kostenträger für die Auswahl des Patientenkollektivs herangezogen wurde. Erst ab dem 01.01.2016 gab es einen Vermerk im KIS, der die behandelten Patienten als Flüchtling kennzeichnete. Bei der Recherche im KIS zeigte sich jedoch, dass auch nach dem 01.01.2016 nicht alle Flüchtlinge eine Kennzeichnung erhalten haben. Daher war es, wie in der vorliegenden Analyse, notwendig, die Kostenträger zur Datenakquise zu nutzen. Nichtdestotrotz besteht bei dieser Vorgehensweise die Möglichkeit, dass es sich bei einer geringen Anzahl an Fällen nicht um Patienten gehandelt hat, die zu dem zu untersuchenden Patientenkollektiv gehörten. Das bedeutet, dass Patienten ohne bestehenden Versicherungsschutz bzw. Pflichtversicherung ebenfalls unter "sonstige Kostenträger" aufgeführt und ggf. der Kostenträger das Sozialamt, die Landesaufnahmebehörden, Jugendämter und die Landeswohlfahrtsverbände gewesen sind. Bei einem Gespräch mit dem Fachbereich Sozialverwaltung der Stadt Göttingen wurde erklärt, dass das Sozialamt im April 2019 für 685 Personen der Kostenträger für medizinische Behandlungen war.6 Für den Zeitraum von 2014 bis 2016 lagen diese Zahlen nicht vor. Dennoch lässt sich vermuten, dass nur wenige Patienten nicht unter die genannten Kriterien fielen. Aufgrund der großen Anzahl an untersuchten Fällen wurde die Wahrscheinlichkeit einer möglichen Verfälschung der Daten als gering eingestuft.

Methodisch gab es einige Herausforderungen. Mit Hilfe des Zentralen Datenmanagement Controllings der UMG konnten die Rohdaten schnell zur Verfügung gestellt werden, sehr viel aufwändiger war die Verarbeitung der Daten. Bei einigen Fällen kam es vor, dass sie sowohl bei den ambulanten als auch bei den stationären Fällen aufgeführt waren. Um die Zuordnung herauszufinden, mussten die jeweiligen Fälle einzeln im KIS herausgesucht und für die Auswertung angepasst werden. Die Entschlüsselung der Diagnosen nach ICD-10 war nur ein kleiner zeitlicher Faktor bei der Auswertung der Ergebnisse. Der weitaus größere Zeitaufwand bestand in der Vervollständigung von fehlenden Daten in der Tabelle mit den Rohdaten. Dies beinhaltete vorwiegend eine Recherche von Arztbriefen, die zum Teil im KIS hinterlegt waren. Zu dem Zeitpunkt wurden handgeschriebene Akten noch in das

_

⁶ Diese Information verdanke ich Herrn Wilhelm Kohlrautz aus dem Fachbereich Soziales der Stadt Göttingen, der mir dies am 17.04.2019 telefonisch erläutert hat.

digitale Archiv eingepflegt. Da dies noch nicht für jede Klinik abgeschlossen war, musste eine Akteneinsicht im Archiv der UMG durchgeführt werden. Mit einer maximalen Akteneinsicht von 30 bis 40 Stück pro Tag und insgesamt knapp 500 Fällen war dies der zeitaufwendigste Teil der Datenakquise. Dies ist insofern relevant, als dass für zukünftige Analysen solcher Art eine vergleichsweise weniger zeitaufwändige und effektive Methode zur Erlangung der Daten benötigt wird.

Allgemein bestand die Notwendigkeit einer weiterführenden Recherche fast ausschließlich für die medizinischen Daten der ambulant behandelten Flüchtlinge. Einer der Gründe dafür liegt in der ambulanten Abrechnung. Die Vergütung erfolgt pauschal quartalsweise und ist nicht an Diagnosen, Fachrichtungen oder das Alter geknüpft (Lüngen et al. 2006). Im Gegensatz dazu steht die stationäre Abrechnung nach dem DRG-System. Hierbei werden zur Berechnung der Kosten mehrere Parameter herangezogen, die im KIS hinterlegt sein müssen (König 2008). Daher waren die stationären Fälle nahezu vollständig, was wiederum die Erfassung und Auswertung der Daten erleichterte.

Mit 3.814 behandelten Flüchtlingen stand für die Untersuchung eine Großzahl an Fällen zur Verfügung, was valide Ergebnisse ermöglichte. Dies trifft auf fast alle untersuchten Parameter zu. Lediglich die entsprechenden Herkunftsländer wurden in den aufnehmenden Kliniken der UMG sehr schlecht dokumentiert bzw. standen nicht zur Verfügung. Bei etwas mehr als einem Viertel (1.030; 27,01%) aller Fälle war entweder keine Staatsangehörigkeit oder "Deutsch" angegeben. Die Angabe "Deutsch" ist in sofern als fragwürdig zu betrachten, als dass in den dazugehörigen Arztbriefen von Flüchtlingen gesprochen wurde, bei denen eine Verständigung aufgrund von Sprachhindernissen schwierig war. Gleichzeitig war bei diesen Fällen der Kostenträger das Land oder das Sozialamt. Das Problem einer schlechten oder eingeschränkten Dokumentation ist nicht nur ein Problem in dieser Studie, sondern wurde mehrfach in der Literatur beschrieben. Beim Robert Koch-Institut (RKI) (2018) gab es beispielsweise ebenfalls Schwierigkeiten bei der Dokumentation des Herkunftslandes. Van Berlaer et al. (2016) und Ackermann et al. (2018) gaben zudem Fälle an, in denen kein Geschlecht angegeben war oder das Alter fehlte. Ein unbekanntes Geschlecht oder Alter gab es in der vorliegenden Studie nicht, aber in sieben ambulanten Fällen war keine Diagnose dokumentiert.

Am Beispiel der fehlenden Herkunftsländer kann ein Problem einer retrospektiven Analyse deutlich gemacht werden. Nicht immer sind für alle Parameter Daten hinterlegt. Zudem ist es schwierig nachträglich Informationen herauszufinden, die nicht im System oder in Krankenakten im Archiv hinterlegt sind.

4.2 Muttersprache

Bei den untersuchten Fällen wurde weder im Aufnahmebogen noch in der Anamnese standardmäßig die Muttersprache erfasst, so dass diesbezüglich keine Angabe darüber gemacht werden konnte, welche Sprachen gesprochen wurden. Dies wäre insofern relevant und interessant gewesen, um zu wissen, in wie weit professionelle Dolmetscher benötigt worden sind. An der UMG gibt es keine angestellten Dolmetscher. Es gibt jedoch eine Reihe von Mitarbeitern, die eine Fremdsprache beherrschen und ggf. übersetzen können. Eine weitere Möglichkeit war, dass im Klinikgebäude Durchsagen gemacht wurden mit der Frage nach einem Übersetzer für eine bestimme Sprache. Im Grenzdurchgangslager Friedland wurde in der Vergangenheit ein Projekt namens DICTUM gestartet, bei dem die Überwindung sprachlicher Barrieren durch den Einsatz digitaler Medien bei der medizinischen Behandlung von Asylsuchenden untersucht wird. Die Software DCAT, welche u. a. durch das Institut für Allgemeinmedizin der UMG entwickelt wurde, beinhaltet derzeit 13 mögliche Sprachen. Hiermit soll den Ärzten im Grenzdurchgangslager eine adäquate Anamnese und eine daraus resultierende medizinische Versorgung ermöglicht werden. Neben einer schriftlichen Darstellung der Fragen und Antworten besteht auch die Möglichkeit einer visuellen oder akustischen Unterstützung. Ziel von DICTUM ist es, die Kommunikation zwischen Ärzten und nicht-deutschsprachigen Patienten zu verbessern und dementsprechend auch die medizinische Versorgung und das Outcome der behandelten Patienten. Gleichzeitig besteht die Möglichkeit, die medizinische Vorgeschichte zu dokumentieren und an weiterbehandelnde Ärzte weiterzugeben (Furaijat et al. 2019). Die Einführung von digitalen Übersetzungsmedien stellt eine interessante und zukunftsorientierte Möglichkeit in der Behandlung von anderssprachigen Patienten dar. Bei erfolgreicher Durchführung des Projektes von Furaijat et al. wäre eine solche digitale Unterstützung zukünftig auch an den Kliniken der UMG denkbar, um die Qualität der medizinischen Betreuung weiter zu verbessern.

4.3 Ambulante versus stationäre Behandlung

Die Anzahl an registrierten Flüchtlingen nahm von Ende 2014 bis Mitte 2016 stetig zu. Zwischen September 2015 und Mai 2016 wurden in Deutschland 40.000 bis 55.000 Erstanträge pro Monat gestellt. Im Februar 2016 waren es sogar über 65.000 Anträge (BAMF 2017). Diese Zahlen wurden durch die Zustände in den jeweiligen Herkunftsländern maßgeblich beeinflusst. So waren es vor allem Krieg, Zerstörung, Verfolgung und Armut, die Menschen zur Flucht aus ihrer Heimat zwangen (Hinte et al. 2015; Hess et al. 2017).

An der UMG wurden über den untersuchten Zeitraum mehr ambulante als stationäre Fälle behandelt. Ein möglicher Grund hierfür ist das Erkrankungsspektrum. So waren es bei den ambulanten Fällen vorwiegend Verletzungen, bei denen eine ambulante Versorgung ausreichend war. Bei den stationären Fällen hingegen waren es bspw. Schwangere oder psychische Erkrankungen, die eine stationäre Behandlung notwendig machten. Mannhart und Freisleder (2017) beschreiben diesbezüglich eine Situation in München, wo es vermehrt zu stationären Aufnahmen von traumatisierten unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge aufgrund akuter Eigengefährdung gekommen war. In der Literatur beschäftigen sich immer wieder Autoren mit psychiatrischen Erkrankungen und zeigen damit deren Relevanz auf (Fazel et al. 2005; Bronstein und Montgomery 2011; Knipscheer et al. 2015; Führer et al. 2016; Kleinert et al. 2019).

Ein weiterer Grund für die geringere Anzahl an stationären Fällen ist, dass stationäre Behandlungen vorher durch den Kostenträger bewilligt werden müssen, da laut AsybLG nur die Behandlung akuter Krankheitszustände vorgesehen ist und dies nicht zwingend eine stationäre Versorgung beinhaltet. Aus diesem Grund kann es zu Kostenabsagen gekommen sein. Wie bereits in den Ergebnissen beschrieben, gab es vier Fälle in denen die UMG trotz Behandlung kein Geld erhalten hat. Auch dieses Problem ist in der Literatur bekannt. Sothmann et. al (2016) beschreiben mehrere Fälle, in denen eine Kostenübernahme während der stationären Behandlung unklar war oder keine Kostenübernahme stattfand. Epping (2017) schreibt, dass laut einer Umfrage der Deutschen Krankenhausgesellschaft einige Krankenhäuser 2016 nach der Behandlung von Flüchtlingen auf Kosten von ca. 50 Millionen Euro sitzen geblieben sind. Das sind immense Kosten, die trotz medizinischer Leistung und Indikation zur Behandlung nicht beglichen wurden. Ein möglicher Lösungsvorschlag hierfür ist die bereits in manchen Teilen Deutschlands eingeführte elektronische Gesundheitskarte, wie später weiter ausgeführt. Gute Erfahrungen wurden hiermit bspw. bereits in Bremen gemacht (Mohammadzadeh et al. 2016). Eine konsequentere und flächendeckende Durchführung ist in Zukunft zu diskutieren und anzustreben.

4.4 Verteilung von Alter und Geschlecht

Bei mehr als der Hälfte der behandelten Flüchtlinge handelte es sich um männliche Patienten. Trotz kleiner Unterschiede in der Literatur konnte gezeigt werden, dass diese Tendenz auch andernorts vorherrschte. Der Anteil männlicher behandelter Flüchtlinge schwankte in einzelnen Studien aus Halle, Hamburg, Dresden, Italien, Malta und Belgien zwischen 65% und 86% (Padovese et al. 2014; Grote et al. 2015; Führer et al. 2016; Russo et al. 2016; van

Berlaer et al. 2016; Goodman et al. 2018). An der UMG lag der prozentuale Anteil mit 55% etwas geringer, wobei diese Zahl näherungsweise denen aus dem in der Nähe liegenden Friedland entsprach (Kleinert et al. 2019). Trotz eines signifikanten Unterschiedes in Bezug auf die Antragszahlen aus Deutschland, glichen die Zahlen in der Tendenz denen des BAMF (2015; 2016b; 2017).

Mit ca. 70% handelte es sich beim überwiegenden Teil des untersuchten Patientenkollektivs um Patienten, die das 30. Lebensjahr noch nicht abgeschlossen hatten. Diese Altersverteilung deckte sich ebenfalls mit den Daten des BAMF (2015; 2016b; 2017). Ähnliches konnte auch in den oben genannten Studien aus Dresden, Italien, Malta und Belgien gezeigt werden (Padovese et al. 2014; Russo et al. 2016; van Berlaer et al. 2016; Goodman et al. 2018).

Diese Zusammensetzung der Flüchtlinge bedeutet gesellschaftlich, dass aufgrund des hohen Anteils an jungen und vom Alter noch erwerbsfähigen Geflüchteten für deren Zukunft die Möglichkeit einer schnellen Integration mit gleichzeitigem Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt besteht. In diesem Zusammenhang gehen Fratzscher und Junker (2015) sowie Hinte et al. (2015) davon aus, dass sich die entstehenden Kosten und Bemühungen für Integration und Qualifikation über die Zeit auszahlen.

Die geringen Abweichungen gegenüber den Zahlen des BAMF, bei denen der Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Flüchtlingen etwas größer war, kann sich dadurch erklären lassen, dass einzelne Patienten mehrfach aufgeführt sein können und es dadurch zu einer Verschiebung von Geschlecht und Alter gekommen sein kann. So ist es möglich, dass bspw. Frauen häufiger und mehrfach in der UMG und mit einer neuen Fallnummer behandelt wurden. Gleiches ist auch bei der Analyse des Alters denkbar. Aufgrund der großen Zahl an untersuchten Krankenhausfällen ist dennoch eine klare Tendenz bei der Interpretation erkennbar.

4.5 Diagnosen

Die Darstellung der Diagnosen orientiert sich an der ICD-10 Klassifikation der WHO – so wie in den Studien aus Dresden, Friedland, Italien, Malta, Belgien und Halle (Padovese et al. 2014; Führer et al. 2016; Russo et al. 2016; van Berlaer et al. 2016; Goodman et al. 2018; Kleinert et al. 2019). In einer Studie aus München wurde eine Einteilung gewählt, die sich nach Organsystemen und Fachbereichen richtete (Alberer et al. 2016). Für die UMG wurde die Einteilung der ICD-10 Klassifikation nach WHO gewählt, da diese einen nationalen wie internationalen Vergleich ermöglicht.

Bei den ambulant behandelten Flüchtlingen gab es sieben Fälle, in denen keine Diagnose kodiert war. Die genaue Ursache hierfür ist unklar, da sowohl im KIS als auch im Archiv keine Informationen vorhanden waren. Zu Beginn der Analyse gab es eine Großzahl an ambulanten Fällen, bei denen keine Diagnose im KIS, sondern lediglich im Arztbrief oder Aufnahmebogen hinterlegt war. Da die ambulanten Fälle ausschließlich über die Hochschulambulanz- oder Notfallpauschale abgerechnet und damit nicht primär an die Diagnose geknüpft waren, kam der Kodierung vermutlich eine geringere Bedeutung zu, weswegen Diagnosen nicht explizit aufgeführt wurden. Außerdem stellt sich die Frage der Diagnosesicherheit, da die Diagnosen in Arztbriefen und Aufnahmebögen ausgeschrieben und zum größten Teil nicht kodiert vorlagen (Giersiepen et al. 2007).

Betrachtet man die Gesamtheit aller gestellten Diagnosen so sind es alltägliche und oftmals allgemeinmedizinische Krankheiten, die zum überwiegenden Teil auch bei der einheimischen Bevölkerung vorkommen. Gleiches konnte bereits durch Alberer et al. (2016) in München, Ackermann et al. (2018) in Bayern und Notter et al. (2016) in der Schweiz beschrieben werden.

Die getrennte Betrachtung der Diagnosen von Kindern und Erwachsenen war in anderen Studien bislang nicht zu finden.

4.5.1 Psychische Erkrankungen

In der vorliegenden Studie konnte gezeigt werden, dass besonders erwachsene Flüchtlinge (Erwachsene: 207; 81,18%, Kinder: 48; 18,82%, p ≤ 0,001) an psychischen Erkrankungen litten und eine stationäre Betreuung benötigten. Die Diagnosen erstreckten sich von posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) über Depressionen und psychischen Erkrankungen durch den Konsum von Alkohol. Grund hierfür sind vor allem traumatische Erlebnisse durch Krieg, Gewalt, Verluste von Angehörigen sowie der noch ungeklärte Flüchtlingsstatus. Knipscheer et al. (2015) konnten zeigen, dass weniger die Art des Traumas sondern vielmehr eine große Anzahl an traumatischen Erlebnissen für die psychischen Erkrankungen verantwortlich ist. In der Vergangenheit wurden mehrere Studien und Metaanalysen über die Prävalenz von psychischen Erkrankungen wie Depressionen und PTBS bei Flüchtlingen durchgeführt. Fazel et al. (2005) konnten zeigen, dass 9% an einer PTBS und 5% an einer Depression litten. In einer Übersichtsarbeit von Bronstein und Montgomery (2011) über geflüchtete Kinder hatten 19-54% eine PTBS und 3-30% eine Depression. In Halle gab es mit 54,7% deutlich mehr Depressionen als PTBS (18,2%). Die dargestellten Zahlen unterscheiden sich untereinander etwas, allen gemein ist aber, dass eine

erhöhte Prävalenz für Depressionen und PTBS bei Flüchtlingen und Asylbewerbern im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung festgestellt werden konnte (Führer et al. 2016).

Psychische Erkrankungen stellen in der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen eine häufige Behandlungsursache dar. Um diese Erkrankungen schneller identifizieren und behandeln zu können gibt es mögliche Hilfestellung wie den PROTECT Fragebogen und den Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9), die entwickelt wurden, um ein solches Screening zu erleichtern. Zwei große Vorteile sind, dass diese Fragebögen in unterschiedlichen Sprachen zu finden sind, sich als nützliches Screening-Instrument erwiesen haben und Anwendung in der Praxis finden (Spitzer et al. 1999; Schellong et al. 2016).

4.5.2 Infektionen

In dieser Studie konnten eine Reihe von Infektionskrankheiten bei den Behandlungsanlässen festgestellt werden. Darunter vorwiegend infektiöse Darmkrankheiten, wobei der Anteil an Infektionskrankheiten (219; 5,74%) insgesamt eher gering war. Mögliche Gründe für die Ausbreitung von Infektionskrankheiten, wie beispielsweise Masern, Skabies oder Hepatitis B, sind mangelnder bzw. unklarer Impfschutz, die vorherrschenden Hygienebedingungen während der Flucht sowie die räumliche Nähe in den Unterkünften (Bozorgmehr et al. 2016; Hampel et al. 2016; Kühne und Gilsdorf 2016).

Lebensbedrohliche Krankheiten wie Tuberkulose oder HIV traten hierbei im Vergleich eher selten auf. Das RKI veröffentlichte bis Ende 2017 in regelmäßigen Abschnitten von vier bis acht Wochen eine Übersicht der übermittelten meldepflichtigen Infektionskrankheiten von Asylsuchenden in Deutschland. Es konnte gezeigt werden, dass vorwiegend impfpräventable und Magen-Darm-Infektionen zum Krankheitsspektrum gehörten. Gleichzeitig stellte das RKI (2018) klar, dass für die Allgemeinbevölkerung kein erhöhtes Infektionsrisiko besteht. Dies zeigten auch die Studie von Ackermann et al. (2018) sowie die Untersuchungen von Sing und Hierl (2015) und Padovese et al. (2014).

Eine Untersuchung, die 2015 in Bayern durchgeführt wurde, ergab Erkenntnisse über die Prävalenz von HIV, Hepatitis B und Tuberkulose. Insgesamt wurden nur wenig positive Fälle getestet. Anstatt alle Geflüchteten und Asylsuchenden auf mehrere Infektionskrankheiten zu testen, sollte laut Ackermann et al. (2018) vielmehr der Fokus auf die Suche nach Infektionskrankheiten gelegt werden, deren Prävalenz im jeweiligen Herkunftsland erhöht ist.

4.5.3 Krankheiten des Atmungssystems

Die Krankheiten des Atmungssystems (9,5%) war unter allen untersuchten Flüchtlingen die dritthäufigste Diagnosekategorie und beinhaltete beispielsweise Infektionen der oberen und unteren Atemwege. Ähnliches gilt für die Studien aus München (33,8%), Friedland (> 40%), Malta (19,8%), Italien (26,3%) und Belgien (35,5%), bei denen prozentual gesehen sogar noch mehr Krankheiten des Atmungssystems festgestellt wurden. Die Entstehung dieses Krankheitsspektrums ist zum einen begünstigt durch die Unterbringung auf engem Raum und allgemeiner Klimaumstellung und zum anderen durch eine Flucht im Herbst oder Winter (Padovese et al. 2014; Alberer et al. 2016; Russo et al. 2016; van Berlaer et al. 2016; Kleinert et al. 2019). Es konnte zudem gezeigt werden, dass vorwiegend Kinder mit Krankheiten des Atmungssystems behandelt wurden. Bei Neugeborenen und Kleinkindern kann die erhöhte Prävalenz beispielsweise mit anderen anatomischen Gegebenheiten und einem noch nicht ausgereiften Immunsystem erklärt werden (Barker 2003).

4.5.4 Verletzungen

Die Diagnosekategorie der "Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen" war die führende Kategorie unter den ambulanten Fällen. Sie stellte damit einen wesentlichen Aufnahmegrund an der UMG dar. Die Verletzungen von Flüchtlingen sind auch in der Literatur präsent. Jedoch unterscheiden sich die Zahlen und die Reihenfolge zu anderen Diagnosekategorien. So standen in Belgien die Verletzungen hinter den Krankheiten des Atmungssystems an zweiter Stelle. In Spanien wiederum war es genau wie an der UMG. In Italien standen die Verletzungen sogar erst an siebter Stelle. Die Gründe hierfür sind vielfältig und nicht immer eindeutig.

Bei den Verletzungen handelte es sich überwiegend um Verletzungen an Extremitäten und dem Kopf. Diese entstanden beispielweise traumatisch durch Stürze, durch Auseinandersetzungen untereinander, aufgrund langer Fußmärsche oder anderweitig traumatischer Ursachen während der Flucht. Bei einem kleineren Teil handelte es sich um Kriegsverletzungen (Escobio et al. 2015; Russo et al. 2016; van Berlaer et al. 2016).

4.6 Klinische Fachabteilungen

Die Verteilung der klinischen Fachabteilungen orientierte sich bei den volljährigen Flüchtlingen an den jeweiligen Diagnosen. Bei den Kindern war zu beobachten, dass der überwiegende Teil in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin behandelt wurde. Sowohl die anatomischen als auch physiologischen Unterschiede zwischen Kindern und Erwachsenen

machen eine Therapie in einer spezialisierten Fachabteilung wie der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin notwendig. Bei sehr speziellen Fragestellungen und Diagnosen konnte eine Übernahme durch andere klinische Fachabteilungen notwendig sein. Die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin beinhaltet mehrere Abteilungen und Bereiche, was eine interdisziplinäre Therapie möglich macht. Zum Teil sind die kinderchirurgischen Fachabteilungen denen der jeweiligen chirurgischen Klinik zugeordnet. Ein Beispiel dafür ist die Kinderorthopädie, die der Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Plastischer Chirurgie zuzuordnen ist.

4.7 Erlöse der Notfallbehandlung

Die entstandenen Erlöse spiegeln die ambulante und stationäre Notfallbehandlung an der UMG wieder. Die Abrechnung im ambulanten Bereich erfolgt pauschal quartalsweise und es entstanden hierbei vergleichsweise geringe Kosten für den Kostenträger. Weitaus höhere Kosten entstanden durch stationäre Behandlungen. Der Grund dafür liegt in der unterschiedlichen Abrechnung im ambulanten und stationären Bereich.

In der ambulanten Abrechnung konnten die Erlöse für die Hochschulambulanzen nur geschätzt werden. Es war nicht möglich die Erlöse für jeden Fall einzeln zu ermitteln. Die UMG erhielt quartalsweise einen Gesamtbetrag für alle behandelten Notfälle, der nicht für jeden einzelnen Fall aufzuschlüsseln war. Lüngen et al. (2004; 2006) beschreiben in einer Studie zu Leistungen und Kosten bei Hochschulambulanzen ein sehr ähnliches Problem. Zum einen konnten die Kosten nur geschätzt werden und zum anderen stellten sie in ihrer Untersuchung fest, dass in Hochschulambulanzen keine Deckung der tatsächlich entstandenen Kosten erreicht wird. Für die Zukunft sollte eine Kostendeckung in Hochschulambulanzen diskutiert werden, da auch in der vorliegenden Studie deutlich mehr ambulante als stationäre Patienten behandelt wurden.

Bei den stationären Erlösen ist die Vergütung durch das DRG-System geregelt. Dadurch ergeben sich deutlich höhere Behandlungserlöse als für ambulante Fälle. Dies spiegelt sich auch in der Höhe der stationären und ambulanten Erlöse wieder. Die stationären Fälle machen über 97% der entstandenen Erlöse aus. Die Verweildauer der behandelten Flüchtlinge war mit 4,41 Tagen (p ≤ 0,01) signifikant kürzer als die mittlere Verweildauer nach DRG. Das bedeutet, dass in diesem Bereich nicht nur kostendeckend sondern auch gewinnbringend therapiert wurde, für den Fall, dass nicht mehr Kosten für die Kalkulationsbereiche nach dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) verbraucht wurden. Das

InEK beschäftigt sich mit der sachgerechten Vergütung im stationären Bereich und legt neue Entgelte für das kommende Jahr fest (Roeder und Rochell 2003).

Betrachtet man einen einzelnen Patienten, so konnte Epping (2017) in Bremen und Hamburg zeigen, dass Flüchtlinge mit 2.350 € pro Jahr im Durchschnitt weniger Kosten verursachten als gesetzliche Krankenversicherte mit ca. 3.000 €. Zu beachten ist bei diesem Ergebnis, dass Flüchtlinge einerseits nur einen eingeschränkten Zugang zu medizinischen Behandlungen haben und andererseits, dass gesetzlich Krankenversicherte monatliche Beiträge im Sinne des Solidaritätsprinzips bezahlen. Insgesamt ist die Problematik des Zugangs zu medizinischen Leistungen und deren Finanzierung ein oft diskutiertes Thema in der Literatur. Bozorgmehr und Razum (2015) konnten zeigen, dass ein restriktiver Zugang zur medizinischen Versorgung die Kosten eher erhöht als ein uneingeschränkter Zugang. Dies sollte zum Umdenken anregen, zumal es Verfahren gibt, die Kosten einsparen können. Die elektronische Gesundheitskarte stellt ein solches Verfahren dar und wurde bereits erfolgreich an mehreren Orten in Deutschland eingeführt. Sie dient unter anderem als Abrechnungserleichterung und reduziert die Verwaltungskosten, da die Bearbeitung einzelner Behandlungsscheine wegfällt (Mohammadzadeh et al. 2016).

4.8 Herkunftsländer

Die Daten zu Herkunftsländern im KIS und in den Akten der UMG waren unvollständig. Bei etwas mehr als einem Viertel der Patienten war keine Staatsangehörigkeit hinterlegt. Diese Problematik ist sowohl in der Literatur als auch beim BAMF bekannt (Alberer et al. 2016). Bei mehr als 2% der Asylerstanträge 2015 und 2016 war die Staatsangehörigkeit ungeklärt (BAMF 2017). Neben unklaren Herkunftsländern ist auch eine schlecht durchgeführte Dokumentation an der UMG denkbar, was im Nachhinein jedoch schlecht nachzuvollziehen ist. Für den Teil der Patienten, bei denen eine Staatsangehörigkeit dokumentiert war, ließ sich dennoch eine klare Tendenz erkennen. Syrien war vor Afghanistan und dem Irak das meistgenannte Herkunftsland. Insgesamt gesehen spiegelte sich diese Tendenz auch in den Zahlen des BAMF (2015; 2016b; 2017) und denen von Eurostat wider. Abhängig von dem jeweiligen Jahr der Statistik gab es kleinere Unterschiede, die in dieser Untersuchung nicht nach Jahr aufgeschlüsselt wurden. In den Studien aus München, Bielefeld, Bochum, Friedland, Malta, Italien, Spanien und Belgien konnte ähnliches herausgefunden werden (Padovese et al. 2014; Escobio et al. 2015; Alberer et al. 2016; Marquardt et al. 2016; Russo et al. 2016; van Berlaer et al. 2016; Claassen und Jäger 2018; Kleinert et al. 2019). Je nach Untersuchungszeitraum und Zufluchtsland unterscheiden sich die Her-

kunftsländer etwas. Nichtsdestotrotz sind Syrien, Afghanistan und der Irak die führenden Herkunftsländer. Grund hierfür war und ist sicherlich die Flucht vor Krieg sowie weitere Fluchtursachen wie politische Verfolgung und Armut.

4.9 Ausblick

Die medizinische Versorgung von Asylbewerbern und Flüchtlingen ist in der Bundesrepublik Deutschland per Gesetz geregelt. Es gibt Ausnahmen von den gesetzlichen Regelungen, die jedoch eine Zustimmung des Kostenträgers notwendig machen und einen bürokratischen Mehraufwand für den behandelnden Arzt verursachen. Trotz einer Vielzahl an Forschungsansätzen und Publikationen ist die Datenlage noch unzureichend. Bereits 2009 versuchten Bischoff et al. (2009) diese Lücke zu schließen. Nichtsdestotrotz sind die Ursachen für die unvollständige Datenlage vielfältig, z. B. aufgrund von unterschiedlichen Klassifikationen von Diagnosen und Herkunftsländern, administrativen Abläufe oder der Behandlung in unterschiedlichen europäischen Staaten. Es muss bundes- bzw. europaweit eine einheitliche Struktur entwickelt und angewendet werden, um eine Standardisierung der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen zu gewährleisten (Rechel et al. 2013). Dies beinhaltet eine einheitliche Erstuntersuchung, Impfungen, die Detektion potentiell gefährlicher und ansteckender Infektionskrankheiten und die sachgemäße Dokumentation und deren Weitergabe an den Patienten, um mehrmalige gleiche Untersuchungen zu vermeiden (Bozorgmehr et al. 2016).

Des Weiteren müssen die medizinischen Limitationen durch das Asylbewerberleistungsgesetz evaluiert werden. Höhere Kosten durch einen eingeschränkten Zugang zum deutschen Gesundheitssystem spielen dabei eine entscheidende Rolle. Darin inbegriffen ist die elektronische Gesundheitskarte, die zwar schon mancherorts ausgestellt wird aber noch nicht bundeseinheitlich und flächendeckend vorhanden ist. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer von 2011-2019, forderte sogar eine Abschaffung der Versorgung durch das Asylbewerberleistungsgesetzes, schließlich sei ein Arzt unabhängig vom Herkunftsland ethisch zur Gleichbehandlung aller Patienten verpflichtet (Epping 2017).

In Hinblick auf weitere Forschungen zu diesem Thema ist es ratsam, die Dokumentation noch ausführlicher und gerade in Hinblick auf die ambulanten Fälle und die Kennzeichnung der Flüchtlinge noch konsequenter durchzuführen. Zum Thema der Kommunikation und Sprache bleibt abzuwarten, was die Ergebnisse der Untersuchungen von Furaijat et al.,

aus der AG Prof. A. Simmenroth, Institut für Allgemeinmedizin, UMG⁷, ergeben, um dann mögliche Konsequenzen daraus zu ziehen und entsprechende Maßnahmen flächendeckend einzuleiten.

-

⁷ http://www.dictum.med.uni-goettingen.de

Zusammenfassung 58

5 Zusammenfassung

Von 1990 bis 2016 wurden in Deutschland mehr als 4,4 Millionen Asylanträge gestellt. Davon waren es in den Jahren 2015 und 2016 über 1,2 Millionen Anträge. Dieser rapide Anstieg stellte sowohl für die Politik als auch für das Gesundheitssystem eine neue Herausforderung dar. Die medizinische Versorgung von Geflüchteten stand bereits im Mittelpunkt verschiedener Forschungsprojekte, beispielsweise in Bielefeld, Bremen, München oder Halle. Diese Studien wurden jedoch nicht einheitlich durchgeführt und ermöglichten so nicht immer einen direkten Vergleich. Ähnliches zeigte sich in ausländischen Arbeiten, unter anderem in Belgien, Italien und Malta.

Generell findet in Deutschland nach der Ankunft eines Flüchtlings eine Erstuntersuchung statt, die bundeseinheitlich grundlegende Untersuchungen enthält, aber auch länderspezifische Unterschiede aufweist. Da die Befunde der Untersuchungen den Patienten nicht immer mitgegeben werden, kann es vorkommen, dass nach einer Verlegung innerhalb Deutschlands dieselben Untersuchungen nochmals durchgeführt werden. Den Zahlen des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge nach handelte es sich bei den Asylbewerbern vorwiegend um Männer (> 65%) und über 70% der Geflüchteten waren weniger als 30 Jahre alt. Sie kamen zum überwiegenden Teil aus Syrien (34,71%), Afghanistan (12,53%) und dem Irak (9,81%).

Die Patientendaten für die vorliegende Studie wurden retrospektiv aus dem Krankenhausinformationssystem der Universitätsmedizin Göttingen, auf Grundlage der hinterlegten Kostenträger Sozialamt, Landesaufnahmebehörde, Jugendämter und die Landeswohlfahrtsverbände generiert. Das untersuchte Patientenkollektiv enthielt Patienten, die unter das Asylbewerberleistungsgesetz fielen. Insgesamt wurden 3.814 Krankenhausfälle mit einem Aufnahmezeitpunkt zwischen November 2014 bis Juli 2016 analysiert, die wiederum in ambulant und stationär sowie in Kinder und Erwachsene aufgeteilt wurden. Die untersuchten Parameter waren Alter, Geschlecht, Diagnosekategorie nach ICD-10, Klinik, Erlöse sowie das Herkunftsland.

In den Ergebnissen dieser Arbeit wurden 1.634 stationäre und 2.180 ambulante Fälle ausgewertet. Es zeigte sich, dass die meisten Aufnahmen zwischen September 2015 und Februar 2016 stattgefunden haben. Die Verteilung des Geschlechts mit ca. 55% männlicher und 45% weiblicher Patienten war sowohl bei den ambulanten als auch bei den stationären Behandlungen zu finden. Ähnliches gilt für die Verteilung des Alters, wobei es sich mit

Zusammenfassung 59

ca. 70% vorwiegend um Patienten handelte, die das 30. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten.

Die Diagnosen unterschieden sich zwischen den ambulanten und stationären Aufnahmen. Bei den ambulanten Fällen handelte es sich zumeist um "Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen" und "Krankheiten des Atmungssystems", wohingegen bei den stationären Fällen vorwiegend die Diagnosekategorien "Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett" und "Psychische und Verhaltensstörungen" auftraten. Die Erlöse für die Behandlung der Flüchtlinge beliefen sich über den untersuchten Zeitraum auf ca. 5.208.801 €. Eine genaue Bestimmung der Erlöse war nur eingeschränkt möglich, da es keine detaillierte Aufschlüsselung der Erlöse im ambulanten Bereich gab. Bei der Analyse der Herkunftsländer wurde festgestellt, dass bei ca. einem Viertel des untersuchten Patientenkollektivs keine Staatsbürgerschaft hinterlegt war. An zweiter und dritter Stelle standen Syrien (18,49%) und Afghanistan (10,59%).

Das Flüchtlingsthema stellt weiterhin eine Herausforderung für die Gesellschaft dar. Ein wichtiger Punkt ist die noch unzureichende Datenlage über die Gesundheitsversorgung der Flüchtlinge. Eben diese Lücke gilt es zu schließen, um eine evidenzbasierte medizinische Versorgung von Flüchtlingen zu gewährleisten. Weitere Punkte, die in Zukunft angesprochen werden müssen, sind sowohl die Kommunikation mit den Geflüchteten als auch der bisher noch eingeschränkte Zugang zum Gesundheitssystem, welcher in der Vergangenheit zu erhöhten Kosten geführt hat. In mehreren Studien konnte gezeigt werden, dass bisher von Flüchtlingen keine Gefährdung für die Allgemeinheit ausging. Neben Verletzungen und Atemwegserkrankungen spielen vor allem psychische Erkrankungen eine Rolle. Die in dieser Arbeit gefundenen Ergebnisse decken sich mit den Ergebnissen in der Literatur.

Anhang 60

6 Anhang

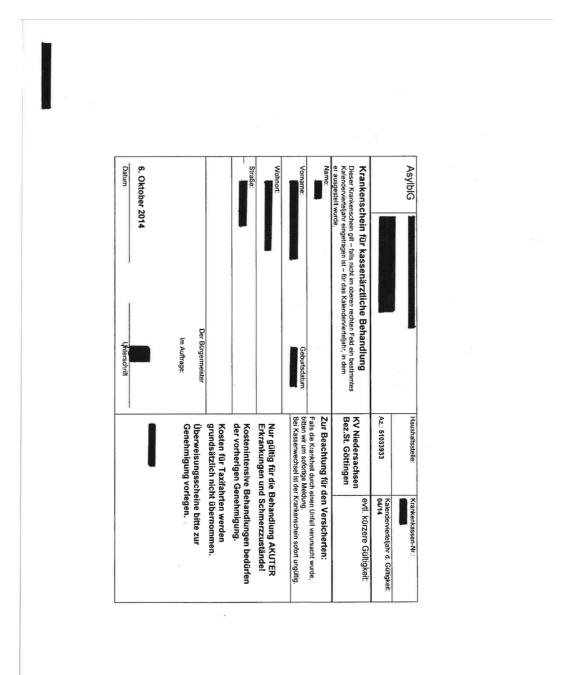


Abbildung A1: Behandlungsschein, Muster der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen

7 Literaturverzeichnis

Ackermann N, Marosevic D, Hörmansdorfer S, Eberle U, Rieder G, Treis B, Berger A, Bischoff H, Bengs K, Konrad R et al. (2018): Screening for infectious diseases among newly arrived asylum seekers, Bavaria, Germany, 2015. Euro Surveill <u>23</u>, 17–00176

- Alberer M, Wendeborn M, Löscher T, Seilmaier M (2016): Erkrankungen bei Flüchtlingen und Asylbewerbern. Dtsch Med Wochenschr 141, e8–e15
- Asylbewerberleistungsgesetz 1993: Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) vom 30. Juni 1993 in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. August 1997, zuletzt geändert am 20. November 2019.
- Asylgesetz 1992: Asylgesetz (AsylG) vom 26. Juni 1992 in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. September 2008, zuletzt geändert am 20. November 2019.
- Aufenthaltsgesetz 2004: Gesetz über den Aufenthalt, die Erwerbstätigkeit und die Integration von Ausländern im Bundesgebiet (Aufenthaltsgesetz AufenthG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 25. Februar 2008, zuletzt geändert am 20. November 2019.
- BAMF (2015): Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Das Bundesamt in Zahlen 2014 Asyl. https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/bundesamt-in-zahlen-2014.pdf?__blob=publicationFile; abgerufen am 15.04.2018
- BAMF (2016a): Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Ablauf des deutschen Asylverfahrens. https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/das-deutsche-asylverfahren.pdf?__blob=publicationFile; abgerufen am 15.04.2018
- BAMF (2016b): Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Das Bundesamt in Zahlen 2015 Asyl. https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/bundesamt-in-zahlen-2015.pdf?__blob=publicationFile; abgerufen am 15.04.2018
- BAMF (2016c): Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Erst-, Folge- und Zweitanträge. https://www.bamf.de/DE/Fluechtlingsschutz/ErstFolgeantraege/erstfolgeantraege.html; abgerufen am 12.08.2018
- BAMF (2017): Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Das Bundesamt in Zahlen 2016 Asyl. https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/bundesamt-in-zahlen-2016.pdf?__blob=publicationFile; abgerufen am 15.04.2018
- Barker M (2003): Atemwegsinfektionen im Kindesalter Was ist gesichert? Teil 1: Infektionen der oberen Atemwege. ZFA (Stuttgart) 79, 475–479

Bischoff A, Schneider M, Denhaerynck K, Battegay E (2009): Health and ill health of asylum seekers in Switzerland: an epidemiological study. Eur J Public Health 19, 59–64

- Bozorgmehr K, Razum O (2015): Effect of restricting access to health care on health expenditures among asylum-seekers and refugees: a quasi-experimental study in Germany, 1994-2013. PLoS One 10, e0131483
- Bozorgmehr K, Nöst S, Thaiss HM, Razum O (2016): Die gesundheitliche Versorgungssituation von Asylsuchenden. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 59, 545–555
- Bronstein I, Montgomery P (2011): Psychological distress in refugee children: a systematic review. Clin Child Fam Psychol Rev <u>14</u>, 44–56
- Claassen K, Jäger P (2018): Impact of the introduction of the electronic health insurance cardon the use of medical services by asylum seekers in Germany. Int J Environ Res Public Health <u>15</u>, 856
- DIMDI (2015): Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/downloads/?dir=icd-10-who; abgerufen am 25.01.2019
- Epping B (2017): Medizinische Versorgung von Flüchtlingen: teure Hürden. Z Orthop Unfall <u>155</u>, 129–134
- Escobio F, Echevarria J, Rubaki S, Viniczai V (2015): Health assistance of displaced people along the Balkan route. Lancet 386, 2475
- Fazel M, Wheeler J, Danesh J (2005): Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. Lancet 365, 1309–1314
- Fratzscher M, Junker S (2015): Integration von Flüchtlingen: Eine langfristig lohnende Investition. Wochenber Dtsch Inst Wirtschaftsforsch <u>82</u>, 1083–1088
- Führer A, Eichner F, Stang A (2016): Morbidity of asylum seekers in a medium-sized German city. Eur J Epidemiol <u>31</u>, 703–706
- Furaijat G, Kleinert E, Simmenroth A, Müller F (2019): Implementing a digital communication assistance tool to collect the medical history of refugee patients: DICTUM Friedland an action-oriented mixed methods study protocol. BMC Health Serv Res 19, 103
- Giersiepen K, Pohlabeln H, Egidi G, Pigeot I (2007): Die ICD-Kodierqualität für Diagnosen in der ambulanten Versorgung. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 50, 1028–1038

Goodman LF, Jensen GW, Galante JM, Farmer DL, Taché S (2018): A cross-sectional investigation of the health needs of asylum seekers in a refugee clinic in Germany. BMC Fam Pract 19, 64

- Grote U, Wildenau G, Behrens G, Jablonka A (2015): Primärärztliche Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland. Anasth Intensivmed <u>56</u>, 654–660
- Hampel A, Solbach P, Cornberg M, Schmidt RE, Behrens GMN, Jablonka A (2016): Aktuelle Seroprävalenz, Impfstatus und prädiktiver Wert der Leberenzyme für Hepatitis B bei Flüchtlingen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 59, 578–583
- Hess S, Kasparek B, Kron S, Rodatz M, Schwertl M, Sontowski S: Der lange Sommer der Migration. Krise, Rekonstitution und ungewisse Zukunft des europäischen Grenzregimes. In: Hess S, Kasparek B, Kron S, Rodatz M, Schwertl M, Sonowski S (Hrsg.): Der lange Sommer der Migration: Grenzregime III. Assoziation A, Berlin 2017, 6–24
- Hinte H, Rinne U, Zimmermann KF (2015): Flüchtlinge in Deutschland: Herausforderung und Chancen. Wirtschaftsdienst <u>95</u>, 744–751
- Infektionsschutzgesetz: 2000: Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz IfSG) vom 20. Juli 2000, zuletzt geändert am 20. November 2019.
- Klein P (2016): Asylbewerber und ihre Versorgungssituation. Internist (Berl) 57, 402–408
- Kleinert E, Müller F, Furaijat G, Hillermann N, Jablonka A, Happle C, Simmenroth A (2019): Does refugee status matter? Medical needs of newly arrived asylum seekers andresettlement refugees a retrospective observational study of diagnoses in a primary care setting. Confl Health <u>13</u>, 39
- Klinkhammer G, Korzilius H (2015): Gut versorgt dank großer Hilfsbereitschaft. Dtsch Arztebl 112, 1654-1657
- Knipscheer JW, Sleijpen M, Mooren T, Heide FJJ ter, Aa N van der (2015): Trauma exposure and refugee status as predictors of mental health outcomes in treatment-seeking refugees. BJPsych Bull 39, 178-182
- Kolb S, Hörmansdorfer S, Ackermann N, Höller C, Brenner B, Herr C (2016): Arbeitsmedizinische Aspekte und Impfschutz beim Umgang mit Asylbewerbern. Gesundheitswesen 78, 200–202
- König H-H (2008): Fallgruppen aus gesundheitsökonomischer Perspektive. Prax Klin Verhal Rehabil <u>80</u>, 85-91
- Kühne A, Gilsdorf A (2016): Ausbrüche von Infektionskrankheiten in Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende 2004–2014 in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 59, 570–577

- KVN (2018a): Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen. Der Weg des Flüchtlings/Asylbewerbers in die Regelversorgung oder wer ist wann wofür zuständig? https://www.kvn.de/internet _media/Mitglieder/Praxisführung/Versorgung+von+Flüchtlingen/Versorgung+von+Flüchtlingen_+Weg+in+die+Regelversorgung-p-4444.pdf; abgerufen am 30.06.2018
- KVN (2018b): Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen. Behandlungsschein, Muster. https://www.kvn.de/internet_media/Mitglieder/Praxisführung/Versorgung+von+Flüchtling en/Versorgung+von+Flüchtlingen_+Behandlungsschein_+Muster-p-4356.pdf; abgerufen am 30.06.2018
- Lüngen M, Stock S, Krauth C, Gerhardus A, Brandes I, Potthoff P, Müller U, Schmitz H, Klostermann B, Steinbach T et al. (2004): Leistungen und Kosten der Hochschulambulanzen in Forschung, Lehre und Versorgung. Dtsch Med Wochenschr 129, 2399–2404
- Lüngen M, Gerber A, Krauth C, Brandes I, Steinbach T, Schmitz H, Potthoff P, Lauterbach KW (2006): Hochspezialisierte ambulante Versorgung in Krankenhäusern: eine empirische Abschätzung von Kosten, Erlösen und mögliche Strategien. soFid Gesundheitsforschung 1, 11–29
- Mannhart A, Freisleder FJ (2017): Traumatisierung bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen. Monatsschr Kinderheilkd 165, 38–47
- Marquardt L, Krämer A, Fischer F, Prüfer-Krämer L (2016): Health status and disease burden of unaccompanied asylum-seeking adolescents in Bielefeld, Germany: cross-sectional pilot study. Trop Med Int Health <u>21</u>, 210–218
- Mohammadzadeh Z, Jung F, Lelgemann M (2016): Gesundheit für Flüchtlinge das Bremer Modell. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz <u>59</u>, 561–569
- Notter J, Labhardt N, Hatz C, Wallnöfer A, Vollgraff M, Ritz N, Wirz S, Berger C, Battegay M, Neumayr A et al. (2016): Infektionen bei erwachsenen Flüchtlingen. Swiss MedForum 16, 1067–1074
- Padovese V, Egidi AM, Melillo Fenech T, Podda Connor M, Didero D, Costanzo G, Mirisola C (2014): Migration and determinants of health: clinical epidemiological characteristics of migrants in Malta (2010-11). J Public Health (Oxf) 36, 368–374
- Razum O, Bunte A, Gilsdorf A, Ziese T, Bozorgmehr K (2016): Gesundheitsversorgung von Geflüchteten: Zu gesicherten Daten kommen. Dtsch Arztebl <u>113</u>, 130–134

Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M (2013): Migration and health in an increasingly diverse Europe. Lancet 381, 1235–1245

- Robert Koch-Institut (2018): Dem Robert Koch-Institut übermittelte meldepflichtige Infektions-krankheiten bei Asylsuchenden in Deutschland. https://www.rki.de/DE/Content/Gesund heitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/A/Asylsuchende/Inhalt /meldepflichtige_Infektionskrankheiten_bei_Asylsuchenden.pdf;jsessionid=E00C6702816E2 DD6AE643CABEF47E205.2_cid363?__blob=publicationFile; abgerufen am 30.01.2019
- Roeder N, Rochell B (Hrsg.): Case-Mix in der Praxis: Handbuch für die DRG-Umsetzung. 1. Auflage; Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln 2003
- Russo G, Vita S, Miglietta A, Terrazzini N, Sannella A, Vullo V (2016): Health profile and disease determinants among asylum seekers: a cross-sectional retrospective study from an Italian reception centre. J Public Health 38, 212–222
- Schellong J, Epple F, Weidner K (2016): Psychosomatik und Psychotraumatologie bei Geflüchteten und Migranten. Internist (Berl) <u>57</u>, 434–443
- Sing A, Hierl W (2015): Gesundheitsuntersuchungen nach dem Asylverfahrensgesetz. Bayer Aztebl 9, 422–423
- Sothmann P, Günne NS auf der, Addo M, Lohse A, Schmiedel S (2016): Medizinische Versorgung von Flüchtlingen. Dtsch Med Wochenschr 141, 34–37
- Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB (1999): Validation and utility of a self-report version of PRI-ME-MD: the PHQ primary care study. Patient health questionnaire. JAMA <u>282</u>, 1737–1744
- Tinnemann P, Gundlach F, Nitschke H, Bunte A, Teichert U (2016): Medizinische Versorgung von Flüchtlingen durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst: Allzeit bereit nur wie lange noch? Gesundheitswesen 78, 195–199
- UNHCR (2015): United Nations High Commissioner for Refugees. Ablauf über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 28. Juli 1951. https://www.unhcr.org/dach/wp-content/uploads/sites/27/2017/03/GFK_Pocket_2015_RZ_final_ansicht.pdf; abgerufen am 26.05.2018
- van Berlaer G, Bohle Carbonell F, Manantsoa S, de Béthune X, Buyl R, Debacker M, Hubloue I (2016): A refugee camp in the centre of Europe: clinical characteristics of asylum seekers arriving in Brussels. BMJ Open <u>6</u>, e013963
- Wächter-Raquet M (2016): Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden. Gesundheitskarte und psychotherapeutische Versorgung: ein Sachstandsbericht. https://www.bertelsmann-stiftung. de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Expertise-Gesundheitsversorgun g-Fluechtlinge-final.pdf; abgerufen am 25.07.2018

Wahedi K, Nöst S, Bozorgmehr K (2017): Die Gesundheitsuntersuchung von Asylsuchenden: Eine bundesweite Analyse der Regelungen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz <u>60</u>, 108–117

Danksagung 67

Danksagung

Ich danke meinen Doktormüttern Frau Prof. Dr. med. Sabine Blaschke und Frau Prof. Dr. med. Anne Simmenroth sowie meinem Betreuer Herrn PD Dr. med. Alexander Freiherr von Hammerstein-Equord für die gute Betreuung dieses spannenden Themas.