



UNIVERSITÄTS  
KLINIKUM  
HEIDELBERG

HEALTH EQUITY STUDIES & MIGRATION – REPORT SERIES  
2019-01 | Working Paper

# Wissenschaftliche Erkenntnisse zu Strukturen der medizinischen Versorgung in den Aufnahmeeinrichtungen für Geflüchtete

Vorläufige Ergebnisse der Studie RESPOND: Entwicklung und Evaluation  
kontextspezifischer Interventionen zur Verbesserung der  
gesundheitlichen Versorgung von Asylsuchenden

*Louise Biddle*

*Katharina Wahedi*

*Rosa Jahn*

*Cornelia Straßner*

*Steffen Kratochwill*

*Kayvan Bozorgmehr*

Herausgegeben durch die:

Sektion Health Equity Studies & Migration  
Teil der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung  
am Universitätsklinikum Heidelberg

**Bitte zitieren als:**

Biddle L, Wahedi K, Jahn R, Straßner C, Kratochwill S, Bozorgmehr K. (2019) Wissenschaftliche Erkenntnisse zu Strukturen der medizinischen Versorgung in den Aufnahmeeinrichtungen für Geflüchtete. Health Equity Studies & Migration – Report Series, 2019-01. DOI: <https://doi.org/10.11588/heidok.00030348>

**Lizenzierung**

Dieses Werk ist lizenziert unter CC BY-NC-ND 4.0.

Weitere Informationen finden Sie unter: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de> und <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode.de>

**Kontakt**

[louise.biddle@med.uni-heidelberg.de](mailto:louise.biddle@med.uni-heidelberg.de) | [kayvan.bozorgmehr@med.uni-heidelberg.de](mailto:kayvan.bozorgmehr@med.uni-heidelberg.de)

Dieses Working Paper erscheint im Kontext des Forschungsvorhabens RESPOND, gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (FKZ: 01GY1611).



## Inhalt

1	<b>Einleitung</b> .....	4
1.1	Rechtliche Rahmenbedingungen & Internationale Standards .....	4
1.2	Gesundheitlicher Bedarf.....	5
2	<b>Medizinische Versorgungsangebote</b> .....	7
2.1	Öffnungszeiten und Sprechstunden .....	7
2.2	Umfang des fachärztlichen Angebotes.....	8
2.3	Bedarf an niederschweligen, psychotherapeutischen Angeboten.....	9
3	<b>Personalplanung</b> .....	10
3.1	Personalverträge .....	10
3.2	Einbindung von nicht-ärztlichem Personal.....	11
3.3	Regelmäßiger Austausch zwischen Akteuren.....	12
3.4	Sprachmittlung .....	12
3.5	Personalplanung für die Versorgung von Schwangeren .....	12
4	<b>Arzneimittel</b> .....	14
4.1	Erstellung einer „Essential-Drug-List“ .....	14
4.2	Regelungen für das Vorhalten und die Ausgabe von Medikamenten.....	14
4.3	Erfassung und Dokumentation der Medikation .....	14
5	<b>Finanzierung</b> .....	16
5.1	Fragmentierung des finanziellen Risikos .....	16
5.2	Kostenübernahme für gesundheitliche Leistungen .....	17
5.3	Regionale Ungleichheiten im Zugang zur Versorgung.....	18
6	<b>Informationssysteme</b> .....	20
6.1	Medizinische Dokumentation und Monitoring .....	20
6.2	Informationstransfer .....	20
7	<b>Schlussfolgerung</b> .....	22
	<b>Literaturverweise</b> .....	23

## Zusammenfassung

Mit den zunehmenden Flüchtlingszahlen seit 2015 wurden in den Aufnahmeeinrichtungen der Länder medizinische Ambulanzen für Geflüchtete eingerichtet. Diese sind notwendig, da verschiedene Barrieren den Zugang zu Angeboten der Regelversorgung für diese Bevölkerungsgruppe einschränken. Die „ad hoc“ entstandenen Strukturen der Ambulanzen sind mangels bundesweiter Standards jedoch sehr unterschiedlich, und oft nicht an die gesundheitlichen Bedarfe der untergebrachten Geflüchteten angepasst. Um den rechtlichen Anforderungen auf nationaler und internationaler Ebene gerecht zu werden und die Nachhaltigkeit der gesundheitlichen Versorgung sicherzustellen, ist es erforderlich in den medizinischen Ambulanzen klare Informations-, Finanz-, Logistik- und Personalstrukturen zu schaffen, welche sich proaktiv an die Bedarfe der sich ständig ändernden Population Geflüchteter anpassen können.

Um dies zu ermöglichen ist es erforderlich, regelmäßig und auf einer soliden Datengrundlage die Bedarfe der Geflüchteten in Aufnahmeeinrichtungen zu ermitteln, zum Beispiel durch Gesundheitsmonitoring oder Statistiken aus elektronischen Dokumentationssystemen. Hierdurch können das Versorgungsangebot vor Ort, inklusive des Ärztespektrums, Einsatz von nicht-ärztlichem Personal, sowie Öffnungszeiten an die Bedarfe angepasst werden. Gleichzeitig werden auf Ebene der zuständigen Behörden klar strukturierte Abläufe benötigt, die für eine nachhaltige Verbesserung der Versorgungseffizienz sorgen. Dazu gehören ein regelmäßiger Austausch zwischen allen Akteuren, ein Finanzierungsmechanismus, der die Gesundheitskosten gerecht verteilt, ein elektronisches Abrechnungssystem sowie klar definierte Arznei- und Hilfsmittellisten.

Im Jahr 2019 befinden sich die Akteure der Gesundheitsversorgung von Geflüchteten in Deutschland in einer besonderen Situation: die Anzahl neu registrierter Asylsuchenden geht zurück, und es kann nun aus den vergangenen vier Jahren Bilanz gezogen werden. Dabei sollte die Verstetigung von guter Praxis und erfolgreichen Strukturen im Zentrum stehen, damit die gesundheitliche Versorgung auch bei wieder zunehmenden Flüchtlingszahlen bedarfsgerecht, effizient und qualitativ hochwertig durchgeführt wird.

## Empfehlungen

1. Den Zugang zu nicht-ärztlichem Personal auch außerhalb der ärztlichen Sprechzeiten gewährleisten.
2. Eine regelmäßige Erfassung des medizinischen Bedarfs der Bewohner auf Grundlage belastbarer, epidemiologischer Daten.
3. Einführung von niederschweligen Angeboten für psychosoziale Beschwerden, eingebettet in ein koordiniertes Stufenmodell, welches psychosozialen Bedarf strukturiert identifiziert und den weiteren Therapieverlauf koordiniert.
4. Beachtung von relevanten Sprachkenntnissen und Gender bei Einstellung von Personal für die Ambulanz.
5. Entwicklung und Implementierung von Strategien zur proaktiven und systematischen Anpassung von Personal an den aktuellen medizinischen Bedarf.
6. Stärkere Einbindung von nicht-ärztlichem Personal in die medizinische Versorgung, mit klarer Aufgabenteilung und definierten Abläufen.
7. Verstetigung von regelmäßigen und festen Terminen zum Austausch zwischen Akteuren der Aufnahmeeinrichtung, sowie die Implementierung von Qualitätszirkeln.
8. Die Sicherung der Sprachmittlung während der Sprechzeiten durch qualifizierte Präsenzdolmetscher und/oder innovative Konzepte (z.B. Videodolmetscher).
9. Implementierung von aufsuchenden Versorgungsangeboten für Schwangere und Frauen im Wochenbett.
10. Einrichtung von landesweit einheitlichen Arzneimittellisten und Erarbeiten von Regelungen zur Medikamentenausgabe vor Ort.
11. Etablierung eines Vorgehens zur Erfassung der Vormedikation bei allen Asylbewerbern, die sich in die Sprechstunde begeben und Aushändigung von mehrsprachigen Medikationsplänen.
12. Einführung eines finanziellen Verteilungsmechanismus auf Landes- und/oder Bundesebene, welches den Regierungspräsidien und Sozialämtern auf Grundlage reeller Inanspruchnahme entstandene Kosten, insbesondere für besonders schutzbedürftige Gruppen, erstattet.
13. Überführung von Kostenübernahmeanträgen in ein elektronisches System zur Anforderung und Abrechnung von medizinischen Leistungen.
14. Berücksichtigung der Ärztedichte und fachärztlicher Expertise im Verteilungsschlüssel beim Transfer in die Stadt- und Landkreise.
15. Einheitliche Implementierung des nicht-kommerziellen Dokumentations- und Monitoringsystems RefCare© in allen Ambulanzen der Erstaufnahmeeinrichtungen für Geflüchtete.

## 1 Einleitung

Als Folge der vorübergehend hohen Einwanderung von Geflüchteten nach Deutschland stieg in den letzten Jahren auch die Anzahl der Erstaufnahmeeinrichtungen. In vielen Aufnahmeeinrichtungen wurden Ambulanzen eingerichtet, um den Bedarf an medizinischer Versorgung der untergebrachten Personen direkt vor Ort zu decken. Die dabei eingerichteten Strukturen sind meist als unmittelbare Folge der hohen Zuwanderung im Jahr 2015 entstanden, wurden häufig „ad hoc“ errichtet und basieren meist – mangels bundesweiter Standards und Orientierungshilfen – auf lokalen Lösungen für die Herausforderung der medizinischen Versorgung von Geflüchteten (1). Dies führte, zwischen aber auch innerhalb der Bundesländer, zum Aufbau sehr heterogener medizinischer Strukturen und Prozesse in den Aufnahmeeinrichtungen, welche oft von lokalen Voraussetzungen und Akteuren geprägt sind (1,2). Nachdem sich die Anzahl der einreisenden Schutzsuchenden in den letzten zwei Jahren kontinuierlich verringert hat und die Struktur der Erstaufnahmeeinrichtungen verstetigt wurde, ist nun die Erarbeitung von Richtlinien, Rahmenkonzepten, oder Standards für Ambulanzen dringend geboten um die „ad hoc“ entstandenen Strukturen und Prozesse in Richtung nachhaltiger, effizienter, zugänglicher und bedarfsgerechter Versorgungsangebote zu überführen. Neben der vielerorts vorhandenen (lokalen) praktischen Erfahrung gibt es jedoch einen Mangel an wissenschaftlicher und überregionaler Evidenz bezüglich der verschiedenen Ansätze zur Versorgung in Aufnahmeeinrichtungen (2).

Um die medizinische Versorgung von Geflüchteten in Deutschland auf eine solidere Evidenzgrundlage zu stellen, wurde 2016 das BMBF-geförderte Projekt RESPOND ins Leben gerufen. RESPOND grenzt sich dabei von anderen Studien zur Gesundheit von Asylsuchenden ab, da es nicht primär um die Erfassung einzelner Krankheitsbilder, sondern die Organisation regionaler Versorgungsstrukturen und des Gesundheitssystems als Ganzes geht. Hierfür wird auf lokaler Ebene zwischen verschiedenen relevanten Versorgungssettings unterschieden, um ein differenziertes Bild der Strukturen und des zukünftigen Handlungsbedarfs zu erhalten. Die medizinischen Ambulanzen der Aufnahmeeinrichtungen erwiesen sich dabei neben den Gemeinschaftsunterkünften auf Ebene der Landkreise als besonders wichtiges Versorgungssetting. Daher wurden im Rahmen von RESPOND auch in diesem Setting quantitative und qualitative Daten zu Versorgungsstrukturen und Zugang zur Versorgung erhoben (siehe Box 1).

Ziel dieses Arbeitspapiers ist es, vorläufige Erkenntnisse zu Versorgungsstrukturen der Ambulanzen aus RESPOND mit gesichertem Wissen aus anderen wissenschaftlichen Studien zu vereinen. Dabei sollen aktuelle Barrieren und Förderfaktoren in der gesundheitlichen Versorgung identifiziert und mögliche Lösungsansätze gefunden werden. Es handelt sich dabei ausdrücklich um laufende Arbeiten und vorläufige Evidenz; an vielen Stellen sind noch tiefergehende Analysen geplant, um die vorläufigen Schlussfolgerungen zu verifizieren und Lösungsansätze zu evaluieren. Dennoch hat sich die Forschungslandschaft in Deutschland seit 2015 ausdrücklich verbessert, und bereits gewonnene Einblicke sollten zum Zweck der Annäherung von Wissenschaft und Praxis mit in die Prozesse der Weiterentwicklungen von Ambulanzen fließen.

### 1.1 Rechtliche Rahmenbedingungen & Internationale Standards

Die Aufnahme von Geflüchteten in Deutschland, inklusive der gesundheitlichen Versorgung, ist in mehreren internationalen Abkommen explizit geregelt. Dabei unterstreichen sowohl die Flüchtlingskonvention als auch der Sozialpakt der Vereinten Nationen den Anspruch jedes Menschen auf angemessene Gesundheitsversorgung ohne Diskriminierung nach Herkunftsland oder Aufenthaltsstatus. Gardemann und Wilp (2016) kommentieren: „Generell betonen die Vereinten Nationen [...] ausdrücklich, dass Gesundheitsdienstleistungen für Flüchtlinge auf dem Niveau des Gesundheitswesens des aufnehmenden

Landes angeboten werden sollen, allerdings nur unter der Voraussetzung, dass dabei auch internationale und Standards des UNHCR und der WHO erfüllt werden.“(3)

In Deutschland sind die medizinischen Leistungsansprüche über das Asylbewerberleistungsgesetz geregelt (4). Durch §4 dieses Gesetzes ist der Umfang an Leistungen für Asylsuchende in den ersten 15 Monaten oder bis zur positiven Asylentscheidung auf die „Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände beschränkt“. Im Einzelfall können Leistungen, welche „zur Sicherung des Lebensunterhaltes oder der Gesundheit unerlässlich“ sind jedoch gewährt werden (§6, AsylBLG). Die Umsetzung des Gesetzes ist den jeweiligen Behörden auf Landesebene überlassen und wird sehr unterschiedlich interpretiert (1).

Auf europäischer Ebene gilt zusätzlich die bindende Richtlinie zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (5). Artikel 21 dieser Richtlinie sieht vor, dass die speziellen Bedürfnisse von schutzbedürftigen Personen (dazu zählen Minderjährige, Menschen mit Behinderung, ältere Menschen, Schwangere, Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern, Opfer von Menschenhandel, Personen mit schweren körperlichen Erkrankungen, Personen mit psychischer Störung und Opfer von Folter, Vergewaltigung und schwerer Gewalt) nach Ankunft identifiziert und durch entsprechende soziale oder medizinische Maßnahmen adressiert werden.

Für die praktische Organisation von medizinischen Dienstleistungen für Geflüchtete gibt es auch mehrere internationale Standards und Richtlinien. Bewährt haben sich vor allem die Richtlinien des SPHERE Projektes, welches 1997 ins Leben gerufen wurde, um Minimalkriterien für humanitäre Hilfe, unter anderem auch für die medizinische Versorgung, festzulegen (6). Zielstellung war dabei, Qualitätsstandards für die humanitäre Nothilfe zur Sicherstellung existentieller Bedürfnisse von Menschen in Ausnahmesituationen festzulegen. Auch in Deutschland können diese Richtlinien als Orientierung dienen wenn es darum geht, Strukturen und Prozesse zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung Geflüchteter zu etablieren. Hilfreich ist dabei besonders der Abschnitt der SPHERE Richtlinien zu Gesundheitssystemen, in dem hinsichtlich der medizinischen Versorgungsangeboten, Personalplanung, Arzneimitteln, Finanzierung, Informationssysteme, sowie Steuerung und Koordination wichtige Faktoren von einer gut funktionierenden Versorgungsstruktur zusammenfasst werden.

## 1.2 Gesundheitlicher Bedarf

Geflüchtete haben aufgrund ihrer Erfahrungen vor, während und nach der Flucht besondere gesundheitliche Bedarfe. Durch die Flucht kann es zu einer Verzögerung von gesundheitlichen Untersuchungen und Therapien kommen, wodurch ein rasches und niedrigschwelliges medizinisches Versorgungsangebot nach Ankunft in Deutschland von großer Bedeutung ist. Das Krankheitsspektrum der Neuankömmlinge zeichnet sich vor allem durch typische primärmedizinische Belange wie Atemwegserkrankungen, Krankheiten des Verdauungssystems und (nicht meldepflichtiger) Infektionserkrankungen ab (7). Aufgrund von rechtlicher, geografischer und sprachlicher Barrieren ist für Asylsuchende die Versorgung durch Hausärzte der Regelversorgung erheblich erschwert. Geflüchtete in den Erstaufnahmeeinrichtungen sind deshalb auf die Versorgungsstrukturen der Ambulanzen in den Einrichtungen angewiesen.

Die Herausforderung besteht darin, die Strukturen der medizinischen Versorgung vor Ort an den gesundheitlichen Bedarf der Geflüchteten anzupassen. Hierfür müssen nachhaltige und flexible Informations-, Finanz-, Logistik- und Personalstrukturen eingerichtet werden, damit das Gesundheitssystem auf lange Sicht den sich ständig ändernden Bedingungen gerecht werden kann.

Im Folgenden wird der Stand des aktuellen Wissens sowie vorläufige Ergebnisse aus dem Projekt RESPOND dargelegt und Empfehlungen für effektive, effiziente, und evidenz-basierte Ambulanzstrukturen in den Aufnahmeeinrichtungen gegeben.

**Box 1: Datenerhebungen im Rahmen von RESPOND**

Im Zeitraum von September 2017 bis Januar 2019 fanden im Rahmen des Projektes RESPOND drei Datenerhebungen statt, um Barrieren und Förderfaktoren in der Versorgung Geflüchteter in Erstaufnahmeeinrichtungen in Baden-Württemberg zu identifizieren:

1) Quantitative Datenerhebung mit Geflüchteten

Mittels eines mehrsprachigen Fragebogens in neun Sprachen wurden 149 Geflüchtete in sechs Erstaufnahmeeinrichtungen in Baden-Württemberg zu ihrem Gesundheitszustand, Inanspruchnahme und Qualität der gesundheitlichen Versorgung befragt. Bewohner wurde in einem zufallsbasiertem Stichprobenverfahren ausgewählt und in den Einrichtungen von geschultem, mehrsprachigem Studienpersonal zur Teilnahme an der Studie eingeladen. Darüber hinaus wurden 412 Geflüchtete in 59 zufällig ausgewählten Gemeinschaftsunterkünften mit Hilfe des Fragebogens befragt.

2) Qualitative Datenerhebung mit Geflüchteten

Insgesamt 26 Geflüchtete mit einer chronischen Krankheit, akuter Infektion oder Behinderung wurden in leitfadengestützten Interviews zu ihren Erfahrungen mit dem deutschen Gesundheitssystem befragt. Dabei wurden Schwerpunktmäßig Themen wie Transfer, Kontinuität in der Versorgung und Sprachmittlung behandelt.

3) Qualitative Datenerhebung mit Fachkräften

Um einen Überblick über die Strategien zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung in Erstaufnahmeeinrichtungen zu erlangen wurden leitfadengestützte Telefoninterviews mit behördlichen und/oder medizinischen Fachkräften in neun Aufnahmeeinrichtungen in Deutschland durchgeführt.

## 2 Medizinische Versorgungsangebote

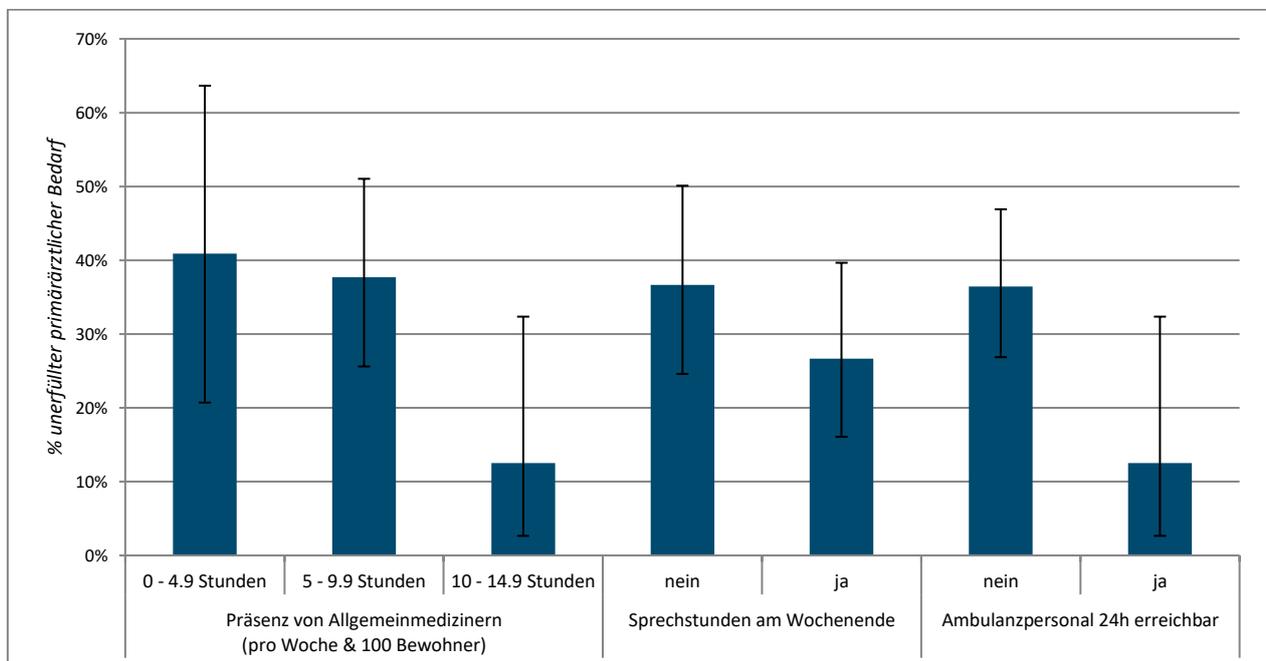
### 2.1 Öffnungszeiten und Sprechstunden

Die Öffnungszeiten der ärztlichen Sprechstunden variieren stark zwischen den Standorten. In den untersuchten Aufnahmeeinrichtungen bewegte sich die Öffnungszeit der Sprechstunden zwischen 37,5 und 58,0 Stunden pro Woche. Zwei Ambulanzen boten auch am Wochenende ärztliche Sprechstunden an. An einem Standort war die Ambulanz dauerhaft, auch nachts, von Personal besetzt.

In allen befragten Einrichtungen wurde eine allgemeinmedizinische Sprechstunde abgehalten. Die Variationsbreite der allgemeinmedizinischen Wochenstunden betrug zwischen 6-60 Stunden. Bezogen auf die Bewohnerzahl beträgt die Spannweite des allgemeinmedizinischen Angebots 4,7 – 10,7 Stunden pro 100 Bewohner und unterscheidet sich somit um mehr als das Zweifache zwischen der Einrichtung mit dem höchsten und der mit dem niedrigstem allgemeinmedizinischen Angebot.

Die Öffnungszeiten des Sprechstundenangebots wirken sich deutlich auf den Zugang zur Versorgung aus. Bei der quantitativen Befragung von Geflüchteten wurden „unerfüllte medizinische Bedarfe“ mit Bezug auf primär- und fachärztliche Versorgung erfasst (Erläuterung dieses Indikators siehe Box 2). Es stellte sich heraus, dass Geflüchtete in Unterkünften mit einem Angebot von mehr als 10 Stunden allgemeinmedizinischer Sprechstunde pro Woche (pro 100 Bewohner), sowie Unterkünften mit 24-stündiger Besetzung der Ambulanz oder Sprechstunden am Wochenende deutlich weniger unerfüllte primärärztliche Bedarfe aufwiesen (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1: Berichteter unerfüllter primärärztlicher Bedarf in Abhängigkeit der Präsenz von Allgemeinmedizinern, Sprechstunden am Wochenende und Erreichbarkeit des Ambulanzpersonals, N=149 Geflüchtete in sechs Aufnahmeeinrichtungen (Fehlindikator: 95% Konfidenzintervall) | Datenquelle: RESPOND, Quantitative Datenerhebung mit Geflüchteten (unpubliziert)



Insbesondere die Besetzung der Ambulanz mit nicht-ärztlichem Personal außerhalb der offiziellen Sprechstunden hatte einen großen Einfluss auf die Reduzierung unerfüllter primärärztlicher Bedarfe (36% aller Befragten in Unterkünften ohne 24h Erreichbarkeit vs. 13% aller Befragten in Unterkünften mit 24h Erreichbarkeit). Die Erreichbarkeit von medizinischem Personal kann also auch unabhängig von ärztlichen Sprechstunden zur Reduktion unerfüllter Bedarfe haben und somit den Zugang zur Versorgung verbessern.

Dabei sind Effizienzgewinne anzunehmen, jedoch ist zu beachten, dass das Personal sehr gute Qualifikationen besitzen sollte um eine angemessene Triage mit fachgerechter Einschätzung des individuellen Anliegen, pflegerische Versorgung oder Notfallmanagement zu gewährleisten.

**Empfehlung 1: Den Zugang zu nicht-ärztlichem Personal auch außerhalb der ärztlichen Sprechzeiten gewährleisten.**

**Box 2: Unerfüllter medizinischer Bedarf als Indikator für den Zugang zu medizinischer Versorgung**

In den Gesundheitswissenschaften gibt es verschiedene Indikatoren, um den Zugang zu notwendigen medizinischen Versorgungsangeboten zu messen. Einer davon ist die Erfassung von unerfülltem primär- und fachärztlichem Bedarf. Dieser Indikator wird auf europäischer Ebene als Teil des Kerndatensatzes für das Gesundheitsmonitoring der Bevölkerung empfohlen, und wird in Deutschland im Zuge der Europäischen Befragung zu Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC) eingesetzt. Dabei schätzen Befragte ihren unerfüllten Bedarf als Antwort auf die Frage „Kam es in den letzten zwölf Monaten einmal oder mehrmals vor, dass Sie wegen einer schwerwiegenden Erkrankung dringend eine medizinische Untersuchung oder Behandlung benötigt hätten, diese aber nicht in Anspruch genommen haben?“ ein. In diesen Umfragen werden auch weitere für den Zugang zur Versorgung relevante Parameter wie bedarfsgerechte Inanspruchnahme und Zugangsbarrieren erfasst. Der Grad an unerfülltem Bedarf kann jedoch als hilfreicher Wert den Anteil der Bevölkerung mit ungedecktem gesundheitlichem Versorgungsbedarf erfassen und gibt somit eine Orientierung für die Planung von notwendigen Versorgungsstrukturen

## 2.2 Umfang des fachärztlichen Angebotes

Zusätzlich zu den allgemeinmedizinischen Sprechstunden gab es in einigen Einrichtungen in unserer Befragung eine frauenärztliche Versorgung (zwei Standorte), eine kinderärztliche Versorgung (drei Standorte) und eine zahnärztliche Sprechstunde (zwei Standorte). An einem Standort gab es zusätzlich vereinzelt augenärztliche und hautärztliche Sprechstunden. Ein psychologisches oder psychotherapeutisches Angebot wurde in zwei Ambulanzen vorgehalten, in zwei weiteren war es in Planung.

Je nach Lage der Einrichtung, Anzahl der Bewohner und Bewohnerprofil kann es sein, dass unterschiedliche Fachrichtungen vor Ort benötigt werden: je nach Lage der Einrichtung kann zum Beispiel die geografische Unerreichbarkeit von niedergelassenen Fachärzten eine erhebliche Zugangsbarriere darstellen. Hier bieten sich mehrere fachärztliche Sprechstunden vor Ort besonders an.

Regelmäßige, populations-basierte Befragungen zum medizinischen Bedarf und zur Inanspruchnahme medizinischer Angebote können bei Entscheidungen zum fachärztlichen Angebot hilfreich sein. In der quantitativen Befragung von Asylsuchenden im Rahmen von RESPOND wurden zu diesem Zweck methodische Ansätze entwickelt, mit der im Setting der Aufnahmeeinrichtung belastbare epidemiologische Daten zu medizinischem Bedarf und Barrieren im Zugang zur Versorgung erhoben werden können (8). Auch durch ein standardisiertes medizinisches Dokumentationssystem in den Ambulanzen können zwischen Einrichtungen regelmäßige Vergleich und Bedarfsanalysen vorgenommen werden (siehe auch 6.1 *Medizinische Dokumentation und Monitoring*) (7). Diese können die Erfassung des Bedarfs durch Befragungen sinnvoll ergänzen, können jedoch nicht den Bedarf aller Bewohner darstellen, sondern jeweils nur derjenigen, die medizinische Leistungen schon in Anspruch nehmen.

**Empfehlung 2: Eine regelmäßige Erfassung des medizinischen Bedarfs der Bewohner auf Grundlage belastbarer, epidemiologischer Daten.**

## 2.3 Bedarf an niederschwelligen, psychotherapeutischen Angeboten

Es ist gut belegt, dass Geflüchtete eine höhere psychische Belastung als Personen der Regelbevölkerung vorweisen (9). Jedoch gibt es gerade für Personen mit psychischer Belastung Barrieren im Zugang zu adäquater Versorgung (10). In der quantitativen Befragung Asylsuchender konnten anhand standardisierter und international anerkannter Instrumente bei 50,3% (n=75) der Befragten in Erstaufnahmeeinrichtungen Symptome entweder einer Depression oder einer Angststörung festgestellt werden. Lediglich 20,0% dieser Personen gaben an, in den letzten 12 Monaten bei einem Psychologen, Psychotherapeuten oder Psychologen zur Begutachtung oder in Behandlung gewesen zu sein. Dabei gab es keine großen Unterschiede, ob es in der Ambulanz der Unterkunft eine psychologische Sprechstunde gab (18,8% in Einrichtungen mit vs. 22,2% in Einrichtungen ohne psychologische Sprechstunde). Es bedarf also weiterhin an niedrigschwelligen Konzepten, um psychisch belastete Geflüchtete adäquat zu versorgen.

Aus internationalen Studien ist bekannt, dass niederschwellige Angebote, wie zum Beispiel Gruppensitzungen, Ansätze zur Problem- und Stressbewältigung oder Kurzzeittherapien in der psychischen Versorgung je nach Krankheitsbild für bestimmte Patienten höchst wirksam sein können (11–13). Solche Angebote können von geschultem, nicht-ärztlichem Personal durchgeführt werden. Damit ein solches System auch bedarfsgerecht ist, müssen niederschwellige Angebote jedoch in ein gut koordiniertes Stufenmodell eingebettet werden, welches zunächst anstehende Bedarfe identifiziert, Patienten an angemessene Therapieangebote weiterleitet und in regelmäßigen Abständen gemeinsam mit dem Patienten die Therapieplanung anpasst (14). Wichtig sind dabei geeignete Prozesse zur Identifizierung von psychosozialen Bedarf, zum Beispiel durch ein standardisiertes, Fragebogen-gestütztes Screening. Für die Regelbevölkerung werden solche Screenings aufgrund eines sehr niedrigen Krankheitsvorkommens aktuell nicht durchgeführt. Jedoch zeigt eine aktuelle Modellierungsstudie des Projektes RESPOND, dass die systematische Identifizierung von psychosozialen Beschwerden bei Geflüchteten, einer Gruppe mit hoher psychischer Belastung, eine hohe Kosteneffektivität aufweist (15).

Erfahrungen aus der Landeserstaufnahme- und Registrierungsstelle für Flüchtlinge in Baden-Württemberg zeigen, dass Medikamenten-Abhängigkeiten durch die Flucht, als Traumafolge-Erkrankung oder ärztlich induziert entstehen können (16). Um Medikamenten-Abhängigkeiten adäquat behandeln zu können, bedarf es zum einen eine gute psychotherapeutische und/oder psychiatrische Versorgung der Patienten. Bei einer längerfristigen Unterbringung sollte vor allem aber auch die Vernetzung mit Suchtberatungsstellen und Suchtmedizinern angestrebt werden. Sollte es zur regelmäßigen Ausgabe verschreibungspflichtiger Medikamente kommen, müssen klare Strukturen und Verantwortlichkeiten hergestellt werden, und das ausgebende Personal dementsprechend geschult sein um einer weiteren Suchtentwicklung entgegen zu wirken und Konflikten in den Ambulanzen vorzubeugen.

**Empfehlung 3: Einführung von niederschwelligen Angeboten für psychosoziale Beschwerden, eingebettet in ein koordiniertes Stufenmodell, welches psychosozialen Bedarf strukturiert identifiziert und den weiteren Therapieverlauf koordiniert.**

### 3 Personalplanung

Eine gut funktionierende Personalstruktur ist das Herzstück einer medizinischen Ambulanz. Erstaufnahmeeinrichtungen stellen ein besonderes medizinisches Setting dar, in dem das Personal auch häufig mit für sie ungewöhnlichen Situationen konfrontiert wird. In der medizinischen Versorgung von Personen verschiedener Nationalitäten und mit Migrationserfahrung wird sogenanntes „interkulturelles Kompetenztraining“ häufig angepriesen. Dieser Ansatz hat sich jedoch in internationalen Studien als problematisch erwiesen, da er auf sehr starren, realitätsfernen Konzepten von „Kultur“ basiert (17). Dies deckt sich mit der Entstehung von alternativen Ansätzen für die klinische Praxis, welche für eine Sensibilisierung sowohl des kulturellen Hintergrundes, als auch anderer sozioökonomischer und struktureller Faktoren (z.B. sozioökonomischer Status, Migrationshintergrund, Lebensumfeld) des Patienten plädieren (18). Weiterhin zeigt sich, dass eine Geschlechts- und Genderkompatible Versorgung durch den Einsatz von sowohl weiblichem als auch männlichem Personal mit verschiedenen sprachlichen Kompetenzen eine positive Auswirkung auf Zugang zu und Qualität der Versorgung hat (19). Für den Gewinn von qualifiziertem Personal sollte außerdem darauf geachtet werden, dass trotz des besonderen Settings keine prekären Beschäftigungsverhältnisse, sondern planbare Stellen geschaffen werden.

**Empfehlung 4: Beachtung von relevanten Sprachkenntnissen und Gender bei Einstellung von Personal für die Ambulanz.**

#### 3.1 Personalverträge

Die Befragung von Fachkräften hat gezeigt, dass Personalverträge in den Aufnahmeeinrichtungen des Landes Baden-Württemberg sehr unterschiedlich gehandhabt werden.

Während ärztliches Personal und Hebammen häufig, aber nicht immer, über Honorarverträge vergütet werden, ist das restliche Personal (Pflegerkräfte, MFAs, Sanitäter\*innen) häufig in festen Angestelltenverhältnissen. Probleme bezüglich der Honorartätigkeit bestehen mit Hinsicht auf sozialversicherungsrechtlichen Aspekten und Fragen der Scheinselbstständigkeit. Die Verantwortlichkeiten für Personalauswahl und –Entscheidungen liegen teils beim Träger, teils beim Betreiber. Auch der für die ärztliche Honorartätigkeit ausgemachte Stundenlohn schwankt: so liegt bei den ärztlichen Honoraren eine Spannweite von 80-130€ pro Stunde vor. Während alle in den Ambulanzen tätigen Ärzte Facharztqualifikation besaßen, gab es Ambulanzen in denen ausschließlich im Ruhestand befindende Ärzte tätig waren.

Häufig gibt es in den Aufnahmeeinrichtungen einen Mechanismus um einen zunehmenden Bedarf durch eine flexible Handhabung der ärztlichen Sprechstunden zu kompensieren. Dies erfolgt in den meisten Ambulanzen jedoch eher reaktiv und mit wenig zeitlicher Planbarkeit für das Personal. Eine proaktive Bedarfsanalyse mit konsequenter Aufstockung des Ambulanzpersonals und Öffnungszeiten anhand der Bewohnerzahl fand nur an einem Standort statt.

#### **Box 3: Hamburger Modell – Kombination aus Angestellten und Honorarkräften**

Das Versorgungsmodell der Ambulanzen in den Hamburger Erstaufnahmeeinrichtungen zeichnet sich vor allem durch die Koordination der Personalstrukturen über alle Einrichtungen ab. Als einziger Träger der Ambulanzen stellt das Gesundheitsamt eine Anzahl an ärztlichem und nicht-ärztlichem Personal fest ein. Darüber hinaus bestehen mit mehreren Medizinerinnen der Stadt Honorarverträge, sodass das Kontingent an Ärzten je nach Bedarf aufgestockt werden kann. Dabei wird eine Aufschlüsselung der notwendigen Facharztkräfte nach Bewohnerzahl herangezogen.

Die alleinige Ausrichtung des Angebots an der Bewohnerzahl kann aber zu kurz greifen. Für eine adäquate und umfassendere Planung erscheint es sinnvoll neben der Bewohnerzahl (Bestandspopulation) die durchschnittliche Aufenthaltsdauer und/oder die Transfer- und Neuzugangsrate zu berücksichtigen. So zeigt eine Studie aus Dänemark, dass zum Beispiel mit zunehmender Aufenthaltsdauer in Aufnahmeeinrichtungen die Anzahl der Personen mit psychischen Beschwerden steigt, während die Anzahl der körperlichen Beschwerden abnimmt (20). Untersuchungen in Aufnahmeeinrichtungen in Deutschland weisen auf eine abnehmende Inanspruchnahme bei steigender Aufenthaltsdauer hin, wobei bei diesen Befunden eine Verzerrung (z.B. durch eine intensivere Inanspruchnahme umliegender Versorgungsangebote unter „Umgehung“ der Ambulanzen in den Aufnahmeeinrichtungen) nicht auszuschließen ist (21). Praktische Erfahrungen und Analysen des multizentrischen Monitoring-Projektes PriCare ([www.pri.care](http://www.pri.care)), welches Daten aus 10 Aufnahmeeinrichtungen in drei Bundesländern (Hamburg, Bayern, Baden-Württemberg) sowie ca. 8.400 Geflüchtete mit knapp 39,000 Patientenkontakten enthält, zeigen, dass in Aufnahmeeinrichtungen mit höherer Verweildauer (z.B. periphere LEAs) die durchschnittlich Kontaktszahl deutlich höher ist als in Einrichtungen mit geringerer Verweildauer (z.B. Registrierungsstellen) (7).

Es bedarf also an flexiblen Vertrags- und Personalmodellen, damit proaktive Anpassungen vorgenommen werden können, welche die Bewohnerzahl, durchschnittliche Aufenthaltsdauer und die Transferrate berücksichtigen. Dabei muss eine gute Balance zwischen Flexibilität und Planbarkeit gefunden werden, ohne die kein qualifiziertes Personal zu gewinnen, beziehungsweise dauerhaft zu halten ist.

**Empfehlung 5: Entwicklung und Implementierung von Strategien zur proaktiven und systematischen Anpassung von Personal an den aktuellen medizinischen Bedarf.**

### 3.2 Einbindung von nicht-ärztlichem Personal

Die Ambulanzen unterscheiden sich weiterhin bezüglich der Einbindung von nicht-ärztlichem Personal in den Ambulanzalltag, deren Qualifikationen sowie deren zugewiesenen Aufgaben. Insbesondere in Einrichtungen mit langen Öffnungszeiten waren vermehrt Pflegekräfte und Rettungssanitäter beschäftigt, welche in Zeiten ohne ärztliche Präsenz das Notfallmanagement oder eine notwendige Triage übernehmen. Diese erfüllen dementsprechend als „Torhüter“ der Ambulanzen eine wichtige Funktion im Arbeitsalltag.

Häufig waren jedoch die übernommenen Aufgaben an die einzelnen Kompetenzen oder Initiativen angepasst, klare Aufgabenteilungen und definierte Abläufe waren erst mit der Zeit gewachsen. Beim Einsatz nicht-ärztlichen Personals ist daher eine klare Definition der Aufgaben mit entsprechender Qualifikation der Leitstellenkräfte dringend notwendig. Auch Sicherheitskräfte übernehmen in den Ambulanzen oft für den Versorgungsablauf wichtige Aufgaben; wie Sprachmittlung, Patientenführung und Wartezimmer-Management. Diese werden jedoch oft implizit übernommen oder eingeteilt und bergen nicht zuletzt erhebliche ethische sowie datenschutzrechtliche Schwierigkeiten. Eine explizite, gut kommunizierte Aufgabenteilung verschafft Klarheit im Arbeitsalltag und macht den Betrieb der gesamten Ambulanz effizienter.

Aus deutschen und internationalen Studien ist außerdem bekannt, dass nicht-ärztliches Personal, zusätzlich zur Torhüter-Funktion, auch als „Gesundheitslotse“ (Englisch: case manager) die Abläufe in verschiedenen Settings effektiver und effizienter gestalten kann (19,22). Sie können bei Patienten in Erstaufnahmeeinrichtungen eine erste Minimalversorgung anbieten, Termine organisieren oder sie im Taxi zur nächsten Notambulanz verweisen. Auch zur Koordinierung zwischen verschiedenen Versorgern oder Therapieabschnitten (wie zum Beispiel in dem oben genannten Stufenmodell der psychischen Versorgung) können Gesundheitslotsen den Ambulanzen zu einer verbesserten Effizienz verhelfen. Zusätzlich können

Gesundheitslotsen die Ärzte außerhalb der Ambulanz durch aufsuchende Angebote (zum Beispiel in der Nachsorge oder Kontrolle) entlasten.

**Empfehlung 6: Stärkere Einbindung von nicht-ärztlichem Personal in die medizinische Versorgung, mit klarer Aufgabenteilung und definierten Abläufen.**

### 3.3 Regelmäßiger Austausch zwischen Akteuren

Ein regelmäßiger Austausch aller vor Ort agierenden Akteure, wie Vertreter des Regierungspräsidiums, der Ambulanz, der Sozial- und Verfahrensberatung, Alltagsbetreuung und Sicherheitskräften wurde vom Ambulanzpersonal und Vertretern der zuständigen Behörden häufig als positiv bewertet, da sie zu Transparenz und schneller Lösungsfindung beitragen. Auch war es wichtig für die Behandler und das Pflegepersonal aktuelle Entwicklung hinsichtlich Belegungszahlen und Belegungsprofil (Kinder, Schwangere) zur Bedarfseinschätzung zu erhalten.

Aus Vorarbeiten zu RESPOND (23), sowie aus den Interviews mit Fachkräften ging außerdem hervor, dass formelle Strukturen zum Austausch zwischen den Ärzten die Qualität der Versorgung sowie das Arbeitsklima positiv beeinflussen können. In sogenannten „Qualitätszirkeln“ treffen sich versorgende Ärzte, um sich auszutauschen, Qualitätsdefizite selbst zu identifizieren und Maßnahmen zur Verbesserung abzuleiten.

**Empfehlung 7: Verstetigung von regelmäßigen und festen Terminen zum Austausch zwischen Akteuren der Aufnahmeeinrichtung, sowie die Implementierung von Qualitätszirkeln.**

### 3.4 Sprachmittlung

Eine weiterer wichtiger Bestandteil des Personals sind Dolmetscher und Sprachmittler. Ohne diese ist die Verständigung mit den Patienten nicht nur schwierig, in vielen Fällen ist eine medizinische Versorgung ohne Dolmetscher unmöglich. Der Einsatz von Laiendolmetschern wie Freunden, Familienangehörigen oder Sicherheitspersonal ist nicht nur ethisch unvertretbar, sondern kann auch zu erheblichen Fehlern und Ineffizienzen in der Versorgung führen (24–26). So kann es zum Beispiel vorkommen, dass Patienten wegen fehlender Verständigung mehrmals einbestellt werden müssen, unnötige oder falsche Diagnostik durchgeführt wird, oder eine unangemessene Therapie durchgeführt wird. Dabei gibt es bewährte professionelle Übersetzungskonzepte: in Hamburger Ambulanzen werden professionelle Dolmetscher je nach Bedarf („on demand“) per Video in zahlreichen Sprachen eingesetzt (27), nicht-ärztliches Personal oder nicht-vereidete Dolmetscher können (nach einer entsprechenden Schulung) für Konsultationen herbeigezogen werden, und für viele Schritte in der medizinischen Aufklärung und Information schaffen gut übersetzte und angepasste Hilfsmittel Abhilfe.

**Empfehlung 8: Die Sicherung der Sprachmittlung während der Sprechzeiten durch qualifizierte Präsenzdolmetscher und/oder innovative Konzepte (z.B. Videodolmetscher).**

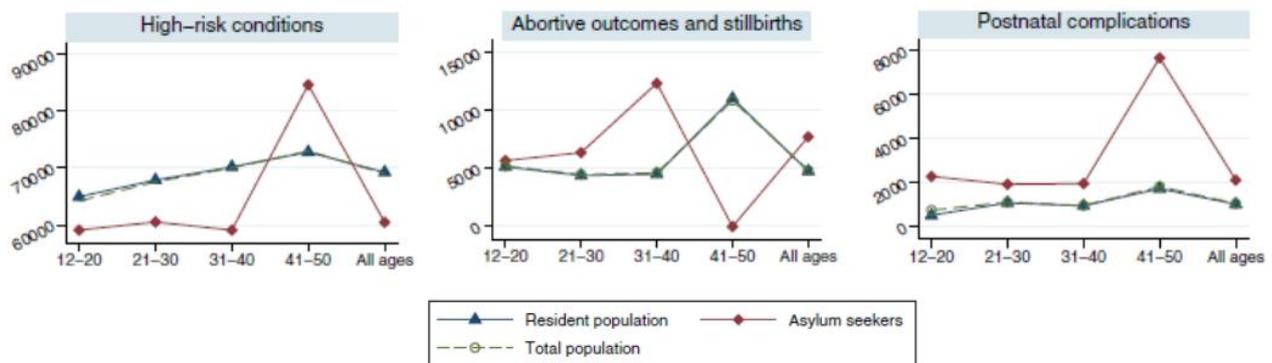
### 3.5 Personalplanung für die Versorgung von Schwangeren

Die gesundheitliche Versorgung von schwangeren Geflüchteten zählt zu einer wichtigen Aufgabe der Ambulanzen in den Aufnahmeeinrichtungen. Dabei kommt Hebammen eine besondere Bedeutung zu. Diese sind in mehreren Einrichtungen ein fester Bestandteil des Versorgungskonzeptes mit einer hohen Präsenz vor Ort. Asylsuchende bewerten das Verhältnis als positiv: die Hebammen können auf die Lebenslage der Frauen eingehen und eine ganzheitliche Versorgung anbieten. Aus der SALOMO-Studie in Baden-

Württemberg geht jedoch hervor, dass schwangeren Asylsuchenden in Erstaufnahmeeinrichtungen oft nicht bewusst ist, welche Angebote zur Verfügung stehen und auf welche Leistungen Anspruch besteht. Da es in den Einrichtungen keine aufsuchende Versorgung gibt, treten einige Schwangere deshalb erst kurz vor der Geburt in Kontakt mit dem Gesundheitssystem (28).

Diese Versorgungslücken haben Konsequenzen für Mutter und Kind. Als Teil des Forschungsprojektes RESPOND wurden erstmalig Daten zu Schwangerschaftsergebnissen von Asylsuchenden ausgewertet, die 2010-2016 im Städtischen Klinikum Karlsruhe – der Referenzklinik einer nahegelegenen Landerstaufnahmeeinrichtung für Flüchtlinge des Landes Baden-Württemberg - entbunden haben (29). Im Vergleich zur Frauen der Regelbevölkerung kamen Risikoschwangerschaften bei Geflüchteten Frauen seltener vor, diese wiesen aber dennoch ein höheres Risiko für Fehl- und Totgeburten sowie für nachgeburtliche Komplikationen auf (Abbildung 2).

Abbildung 2: Vergleich von Geflüchteten Schwangeren und der Regelbevölkerung mit Bezug auf Risikoschwangerschaften, Schwangerschaftsabbrüche und nachgeburtlichen Komplikationen<sup>1</sup>



Das Wochenbett ist eine besonders prekäre Zeit, in der Frauen ein erhöhtes Risiko für Infektionskrankheiten und psychische Belastung vorweisen. Gleichzeitig ist der Zugang zu gesundheitlicher Versorgung mit festen Sprechstunden sowohl durch den physischen Zustand der Mutter, als auch durch die Herausforderungen des Neugeborenen, erheblich erschwert. Hier könnte ein aufsuchendes Angebot Abhilfe schaffen, bei dem Frauen im Wochenbett von Hebammen besucht und vor Ort gesundheitlich versorgt werden.

**Empfehlung 9: Implementierung von aufsuchenden Versorgungsangeboten für Schwangere und Frauen im Wochenbett.**

<sup>1</sup> Datenquelle: Bozorgmehr, K et al. (2018) Differences in pregnancy outcomes and obstetric care between asylum seeking and resident women: a cross-sectional study in a German federal state, 2010–2016. BMC pregnancy and childbirth 18.1: 417.

## 4 Arzneimittel

Die Arzneimitteltherapie ist ein komplexer Prozess und schon in der Regelversorgung fehleranfällig: internationale Studien belegen, dass je nach Altersgruppe 5-16% aller Patienten mindestens einmal im Leben aufgrund einer unerwünschten Arzneimittelwirkung hospitalisiert werden (30). Asylbewerber in Landeserstaufnahme-Einrichtungen sind aufgrund der Rahmenbedingungen (wechselndes Personal, Sprachbarrieren etc.) besonders gefährdet für unerwünschte und potentiell gefährliche Arzneimittelwirkungen. Die Optimierung des Medikationsmanagements sollte daher höchste Priorität in den medizinischen Ambulanzen von Landeserstaufnahme-Einrichtungen haben. Hierzu zählen folgende Elemente:

### 4.1 Erstellung einer „Essential-Drug-List“

Die SPHERE-Richtlinien sehen standardisierte Listen für Arzneimittel und medizinischem Equipment vor, anhand derer jede Ambulanz auf die häufigsten Situationen vorbereitet ist. Die Erstellung einer solchen Liste für das spezifische Setting von medizinischen Ambulanzen in deutschen Landeserstaufnahmestellen - auf der Basis von Routinedaten zu den häufigsten Beratungsanlässen – würde die Arbeitsabläufe vereinfachen und zudem auch Klarheit bezüglich der Kostenübernahme schaffen. Medikamente der Essential-Drug-List sollten prinzipiell vom Kostenträger erstattet werden.

### 4.2 Regelungen für das Vorhalten und die Ausgabe von Medikamenten

Nach dem Arzneimittelgesetz ist die Abgabe von Arzneimitteln Apotheken vorbehalten. Bei der Versorgung von Asylbewerbern ist dies mit einigen Problemen verbunden: Die Unterbringungen sind oft weit außerhalb fernab von der nächsten Apotheke, gleichzeitig sind die Mobilität der Asylbewerber und die Kenntnisse des deutschen Gesundheitssystems eingeschränkt. Aufgrund von Sprachbarrieren ist eine Beratung bezüglich der korrekten Arzneimittelanwendung in der Apotheke kaum möglich, während in den LEAs selbst in der Regel mehr Möglichkeiten zur Sprachmittlung bestehen. Um sicher zu stellen, dass die Asylbewerber verordnete Arzneimittel auch erhalten und korrekt anwenden ist es essentiell, dass die Medikamentenabgabe direkt vor Ort in der LEA erfolgt. Das Vorgehen bezüglich des Vorhaltens und der Abgabe von Arzneimitteln ist in den LEAs sehr unterschiedlich, nicht immer ist es möglich, hierfür einen Apotheker zu beschäftigen. Es ist dringend erforderlich, klare Regelungen zu treffen, wie das Vorhalten und die Abgabe von Arzneimitteln in LEAs erfolgen kann, ohne dass die Verantwortlichen in Konflikt mit dem Arzneimittelgesetz kommen.

**Empfehlung 10: Einrichtung von landesweit einheitlichen Arzneimittellisten und Erarbeiten von Regelungen zur Medikamentenausgabe vor Ort.**

### 4.3 Erfassung und Dokumentation der Medikation

Die Erfahrungen in den Ambulanzen vor Ort sowie die Ergebnisse einer quantitativen Studie in Baden-Württemberg zeigen, dass häufig im Rahmen der Sprechstunden nicht erfragt wird, ob Asylbewerber bereits Medikamente einnehmen. Über 15 Wochen und 2305 Patientenkontakten wurde das Vorhandensein medizinischer Information in 6 LEAs des Landes untersucht. Lediglich in 285 Arzt-Patientenkontakten (11,2% aller Kontakte) lagen dabei Informationen zur Medikation vor (31). Sehr häufig ist es jedoch der Fall, dass Asylbewerber im Heimatland dauerhaft Medikamente eingenommen haben und die Einnahme auf der Flucht unterbrechen mussten oder aber dass sie auf dem Fluchtweg eine Reihe von Medikamenten ohne sinnvolle

Indikation von „Laien“ erhalten haben (z.B. Psychopharmaka, Antibiotika etc.). In allen medizinischen Ambulanzen sollte daher ein Prozess etabliert werden, um eine eventuelle Vormedikation bei allen Asylbewerbern, die sich in die Sprechstunde begeben, zu erfassen. Hierzu sollten die Asylbewerber aufgefordert werden, alle Medikamentenpackungen, die sie besitzen, mit in die Sprechstunde zu bringen. Dies kann beispielsweise schon bei der Registrierung an der Rezeption erfolgen.

Wenn eine Medikation fortgeführt oder verordnet wird, sollte der Asylbewerber eine schriftliche Information in Form eines Medikationsplans erhalten, wie er die Medikamente einnehmen muss. Hierzu sollten Medikationspläne in verschiedenen Sprachen vorgehalten werden. Die Möglichkeit, den Medikationsplan einfach und schnell zu aktualisieren, sollte über eine Dokumentationssoftware gegeben sein.

**Empfehlung 11: *Etablierung eines Vorgehens zur Erfassung der Vormedikation bei allen Asylbewerbern, die sich in die Sprechstunde begeben und Aushändigung von mehrsprachigen Medikationsplänen.***

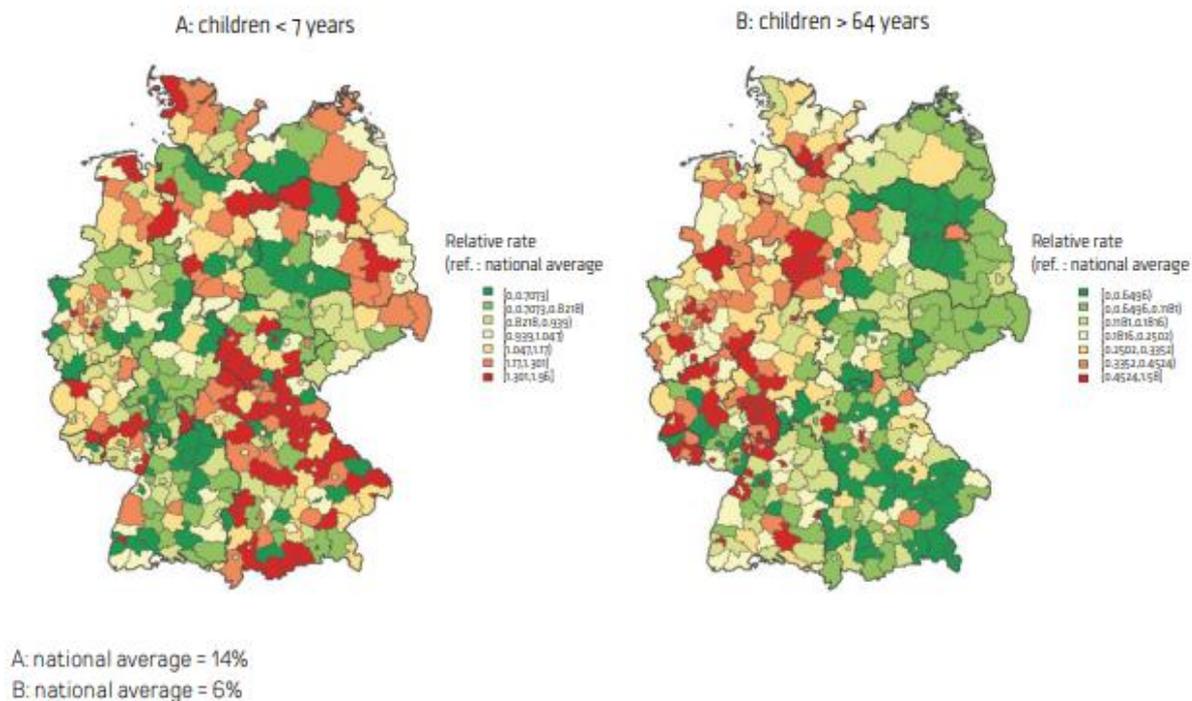
## 5 Finanzierung

### 5.1 Fragmentierung des finanziellen Risikos

Die Finanzierung von gesundheitlichen Leistungen wird in Deutschland auf unterster administrativer Ebene abgewickelt. So ist die Finanzierung der Ambulanzen in den Aufnahmeeinrichtungen Sache der einzelnen Regierungspräsidien des Landes. Die Population und deren medizinische Belange kann sich jedoch je nach Einrichtung stark unterscheiden: eine Landeserstaufnahmeeinrichtung, in der die Asylsuchenden nur wenige Wochen verweilen, verzeichnet andere medizinische Bedarfe als Einrichtungen, die Geflüchtete über längere Zeit begleiten (7). Praktische Erfahrungen zeigen, dass in Registrierungsstellen eine „Negativselektion“ erfolgt, da Personen mit schweren Erkrankungen oft nicht transferfähig sind. Somit haben einige Einrichtungen ein größeres Risiko für gesundheitliche Ausgaben, welches auf Länderebene bisweilen nicht ausgeglichen wird. Verkürzte haushaltstechnische Vergleiche ohne Berücksichtigung der zu Grunde liegenden Morbidität der Population der Geflüchteten führen teils zu unzulässigen Einspardiskussionen. Für eine detaillierte Effizienzanalyse sollten Ausgaben in Relation zur zu Grunde gelegten Morbidität gelegt werden, und längerfristige Einsparungen gegenüber kurzfristigen Mehrausgaben berücksichtigt werden.

Aus der Forschung zur Finanzierung von Gesundheitssystemen ist bekannt, dass diese effizienter und resistenter ist, je größer der finanzielle Pool und der Risikopool gestaltet wird (32). Eine Finanzierung von gesundheitlichen Leistungen auf unterster administrativer Ebene kann die oben genannten Unterschiede in der Risikoverteilung nicht berücksichtigen. Um eine finanzielle Gleichstellung der Regierungspräsidien zu gewährleisten, sollten auf Landesebene finanzielle Verteilungsmechanismen eingerichtet werden. Somit wird der finanzielle Pool vergrößert und das System hat eine höhere Resistenz gegenüber regionalen Schwankungen der Kosten.

Abbildung 3: Anteil an Asylsuchenden unter 7 Jahren und über 64 Jahren auf regionaler Ebene im Vergleich zur Regelbevölkerung<sup>2</sup>



<sup>2</sup> Datenquelle: Bozorgmehr K, Wenner J, Nöst S, Stock C, Razum O. Germany: financing health services provided to asylum seekers. In: Compendium of health system responses to large-scale migration in the WHO European Region. Copenhagen: World Health Organization; 2018. p. 38–47.

Auch beim Transfer in die Regionen ist die Verteilung von gesundheitlichem Risiko unregelmäßig. Zwar werden Asylsuchende in den Regionen analog zu den Einwohnerzahlen verteilt, dies bedeutet jedoch nicht eine einheitliche Verteilung von gesundheitlichem Risiko. Abbildung 3 zeigt, als Beispiel, die heterogene Verteilung von Kindern unter 7 Jahren und Asylsuchenden über 64 Jahren, von welchen eine besonders hohe Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zu erwarten ist (33). Eine übergeordnete Struktur für die Kostenübernahme würde auch hier das Finanzierungssystem effizienter und resistenter gestalten.

Dies könnte auch mit einem Mechanismus verknüpft werden, bei dem die Gesundheitskosten für besonders vulnerable Populationsgruppen aus einem Fonds auf Bundesebene finanziert werden. Hierdurch erhalten die Länder finanzielle Anreize, besonders schutzbedürftige Gruppen gemäß der Aufnahme richtlinie der EU (5) zu identifizieren. Bisher steht der systematischen Identifizierung von Bedarfen kein finanzieller Anreiz gegenüber – im Gegenteil: je mehr Bedarfe strukturiert identifiziert werden, desto höher ist die „Belastung“ des finanziellen Budgets auf unterster administrativer Ebene. In diesem System besteht auch ein Anreiz notwendige gesundheitliche Maßnahmen nicht umzusetzen bis ein Transfer in andere Regierungsbezirke oder in die Landkreise erfolgt. Aus einer bundesweiten Befragung von Gesundheitsämtern (1) gibt es Hinweise, dass während der hohen Zuwanderung im Jahr 2015 dieser finanzielle Fehlanreiz dazu führte, dass notwendige Immunisierungen nicht immer unmittelbar durchgeführt wurden, da auf eine rasche Weiterverlegung und somit auf eine Kostenübernahme von anderer Stelle gehofft wurde. Ähnlich verhält es sich bei Geflüchteten, die für ein anderes Bundesland „optioniert“ sind. Diese finanziellen Fehlanreize können zu Verzögerungen in der Diagnosestellung (z.B. durch Aufschieben der Gesundheitsuntersuchung) und der Implementierung von Gesundheitsmaßnahmen führen.

Durch das Auslagern der Kosten für besondere Bedarfe auf übergeordnete Strukturen könnten die Fehlanreize („wait and watch“) überwunden und Anreize für eine frühzeitige und systematische Erkennung von gesundheitlichen Bedarfen gesetzt werden.

**Empfehlung 12: Einführung eines finanziellen Verteilungsmechanismus auf Landes- und/oder Bundesebene, welches den Regierungspräsidien und Sozialämtern auf Grundlage reeller Inanspruchnahme entstandene Kosten, insbesondere für besonders schutzbedürftige Gruppen, erstattet.**

## 5.2 Kostenübernahme für gesundheitliche Leistungen

Eine weitere Ineffizienz in der Finanzierung von gesundheitlichen Leistungen für Geflüchtete in Baden-Württemberg stellt das System der Gesundheitsscheine dar. Diese stellen eine zusätzliche „Schranke“ im Zugang zum Gesundheitssystem dar, und wurden 1993 zum Zweck der Kostensenkung gemeinsam mit dem Asylbewerberleistungsgesetz eingeführt. Seitdem haben wissenschaftliche Studien jedoch belegt, dass dieses Parallelsystem der Abrechnung keineswegs zu einer Kostensenkung führt: bei der Integration von Asylsuchenden in das Abrechnungssystem der Kassen sind Kosten entweder stagniert (34–36) oder sogar gesunken (37). Dabei wurden nur medizinische, und nicht zusätzlich bürokratische Kosten, mit in Betracht gezogen. Durch das bürokratische System des Antrags auf Kostenrückerstattung entsteht nicht nur eine Verzögerung für den Patienten, sondern auch erheblicher administrativer Aufwand für Ärzte und das behördliche Personal. Hier entstehen im Vergleich zu anderen Bundesländern ohne diese bürokratische Hürde zusätzliche Kosten welche zu einer finanziellen Ineffizienz des Systems beitragen (33).

In anderen Bundesländern, wie zum Beispiel in Bremen, wurden derweil Abläufe entwickelt, die anhand einer elektronischen Gesundheitskarte konform mit dem Asylbewerberleistungsgesetz medizinische Leistungen anfordern und abrechnen können (38). Basierend auf dem Ablauf des Sozialgesetzbuches (V) registrieren Sozialämter die Asylsuchenden bei einer frei wählbaren lokalen Krankenkasse und übernehmen einen

Pauschalbetrag von €10 pro Person pro Monat. Die Krankenkassen erteilen eine elektronische Gesundheitskarte, mit der Asylsuchende die benötigte Versorgung direkt und ohne Gesundheitsschein in Anspruch nehmen können. Die Krankenkassen erstatten die Kosten der Versorgung gemäß des Kostenkataloges der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und beziehen diese anschließend von den Sozialämtern. Anstatt auf regional entstandene, manuelle Abläufe angewiesen zu sein, wird die Abrechnung elektronisch, effizient und gemäß der Tarife der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgewickelt.

**Empfehlung 13: Überführung von Kostenübernahmeanträgen in ein elektronisches System zur Anforderung und Abrechnung von medizinischen Leistungen.**

### 5.3 Regionale Ungleichheiten im Zugang zur Versorgung

In Deutschland gibt es bekanntermaßen eine regionale Ungleichverteilung von Ärzten (39). Im ländlichen Raum Baden-Württembergs besteht sowohl insgesamt als auch für einzelne Fachrichtungen eine geringere Ärztedichte als in urbanen Regionen. Im Land Baden-Württemberg erfolgt (wie in manchen anderen Bundesländern auch) der Transfer von Asylsuchenden in die Landkreise anhand der Einwohnerzahl der Stadt- und Landkreise. Dies verstetigt die vorbestehende gesundheitliche Ungleichheit zwischen den Regionen (40). Abbildung 4 zeigt, dass Ungleichheit bei Asylsuchenden im Zugang zu Ärzten im ländlichen Raum erheblich größer ist als im urbanen Raum, was der Ungleichheit im Zugang der Regelbevölkerung (Abbildung 4.2) entspricht. Eine vermehrte Verteilung von Asylsuchenden in urbane Räume würde sich nicht nur auf die Gleichstellung von Asylsuchenden, sondern auch auf die Regelbevölkerung auswirken, indem Sie die ohnehin überbeanspruchten Ärzte im ländlichen Raum weiter entlastet und den Landkreisen mit höherer Arztdichte eine größere Verantwortung bei der Aufnahme Geflüchteter zukommen lässt.

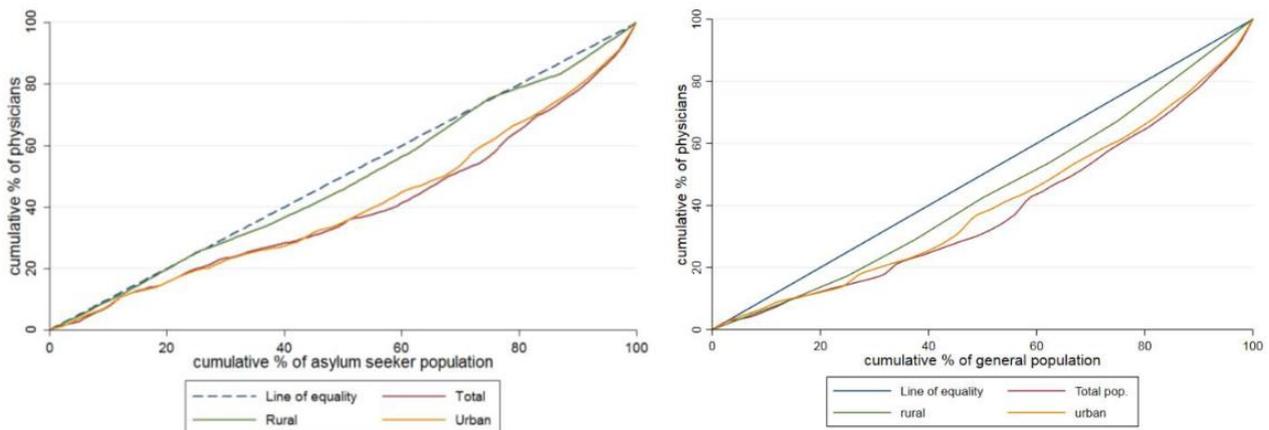
Hierzu könnten bestehende Verteilungsquoten (die sich bisher nur an der Einwohnerzahl orientieren) durch eine Gewichtung anhand der Arztdichte der Landkreise ergänzt werden. Somit könnten Verteilungsquoten zur Reduzierung regionaler Ungleichheiten der Versorgungskapazitäten auch innerhalb der Regelbevölkerung beitragen.

Insgesamt ist jedoch zu betonen, dass basierend auf Analysen der Verteilung von Asylsuchenden im Land Baden-Württemberg im Jahr 2017 und der Verteilung der Ärzte auf Ebene der Landkreise keine messbaren (d.h. zahlenmäßigen) Auswirkungen auf die Arztdichte (pro 100,000 Einwohner) zu verzeichnen war im Vergleich zur Situation ohne Zuwanderung. Dies bedeutet, dass die zahlenmäßigen Versorgungskapazitäten im Land trotz hoher Zuwanderung auf Ebene der Landkreise hinreichend hoch waren (40).

Gleichzeitig ist zu beachten, dass Landkreise auch eine jeweils unterschiedliche fachärztliche Expertise aufweisen. So müssen zum Beispiel Patienten mit einer HIV-Diagnose nach Verlegung in ländliche Regionen ohne entsprechende Expertise lange Wege für die weitere Versorgung zurücklegen. Dies stellt nicht nur einen erheblichen Aufwand für den Patienten dar, sondern Bedarf auch komplexer behördlicher Verfahren für die Kostenerstattung und kann zu Verzögerungen im Therapieablauf des Patienten führen.

**Empfehlung 14: Berücksichtigung der Ärztedichte und fachärztlicher Expertise im Verteilungsschlüssel beim Transfer in die Stadt- und Landkreise.**

Abbildung 4: Ungleichheiten in der Verteilung von Ärzten aller Fachgebiete im ländlichen und städtischen Raum für Asylsuchende und die Regelbevölkerung<sup>3</sup>



#### Box 4: Konzentrationskurven

In der Forschung zu sozialer Ungleichheit werden in vielen Disziplinen - darunter der Volkswirtschaft, Soziologie, aber auch den Gesundheitswissenschaften – Konzentrationskurven verwendet. Für die gewählte Zielgröße (z.B. Zugang zu Ärzten) wird hier der kumulative Anteil der Zielgröße für die Bevölkerung grafisch dargestellt. Bei einer perfekten Gleichverteilung ergibt sich somit eine 45° Linie: 20% der Bevölkerung hat Zugang zu 20% der Ärzte, 50% hat Zugang zu 50% der Ärzte, usw. Liegt die Kurve jedoch unter dieser 45° Linie, besteht eine Ungleichheit im Zugang, da einige Bevölkerungsgruppen einen geringeren Zugang zu Ärzten vorweisen, als ihnen prozentual zusteht. Die Größe der Ungleichheit lässt sich von der Differenz zwischen der 45° Linie und der Kurve (grafisch dargestellt: der Fläche zwischen diesen beiden Linien) ableiten.

<sup>3</sup> Datenquelle: Bozorgmehr K, Bartelt L. Forced migration and health system resilience: a cross-sectional small-area analysis of physician supply in a German federal state, 2017. In: European Journal Of Public Health. Oxford Univ Press Great Clarendon St, Oxford Ox2 6dp, England; 2018. p. 42–3.

## 6 Informationssysteme

### 6.1 Medizinische Dokumentation und Monitoring

Laut §630f des BGB sowie den ärztlichen Berufsordnungen der Länder besteht für Gesundheitspersonal eine Dokumentationspflicht der medizinischen Versorgung. Diese gilt auch für Versorgungsmaßnahmen, die in den Ambulanzen der Aufnahmeeinrichtungen bei Asylsuchenden erbracht werden. Dies ist sowohl für die Sicherstellung der Versorgungsqualität als auch für das Monitoring von Krankheitsbildern unabdingbar. Auch drei Jahre nach der hohen Zuwanderung im Jahr 2015 wird in vielen Einrichtungen noch handschriftlich mit Karteikarten dokumentiert oder mit ungeeigneter Praxissoftware gearbeitet, um der Dokumentationspflicht nachzukommen (7). Zeitnahe Daten zum Erkrankungsspektrum der dort lebenden Personen und deren medizinischer Versorgung sind daher in der Regel nicht verfügbar. Um langfristig auf die Herausforderungen der Fluchtmigration vorbereitet zu sein und verlässliche Daten zur Gesundheit und medizinischen Versorgung von Asylsuchenden zu erhalten ist der Aufbau einer einheitlichen, flächendeckenden digitalen Infrastruktur zur medizinischen Dokumentation, Planung und Berichterstattung in den Aufnahmeeinrichtungen erforderlich.

Eine entsprechende nicht-kommerzielle Software (RefCare©) wurde seit 2016 im Rahmen des vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Modellprojekts „Sentinel Surveillance der Gesundheit und medizinischen Versorgung von Asylsuchenden in Aufnahmeeinrichtungen in Deutschland“ ([www.pri.care](http://www.pri.care)) am Universitätsklinikum Heidelberg entwickelt. RefCare© wurde in einem intensiven, nutzerorientierten Entwicklungs- und Anpassungsverfahren für den Kontext der Aufnahmeeinrichtungen maßgeschneidert und ist aktuell in 13 Einrichtungen in drei Bundesländern (Bayern, Baden-Württemberg, Hamburg) erfolgreich im Einsatz. RefCare© ist die einzige speziell für diesen Kontext entwickelte Software, welche durch ein nicht-kommerzielles Finanzierungsmodell auch langfristig eine Unterstützung der digitalen Infrastruktur für Erstaufnahmeeinrichtungen in Deutschland anbietet.

Durch eine innovative IT-Infrastruktur wird ein regelmäßiges, datenschutzkonformes bzw. anonymes Monitoring der Gesundheit und medizinischen Versorgung anhand von über 60 Morbiditäts-, Qualitäts- und Prozessindikatoren ermöglicht. Die regelmäßige Gesundheitsberichterstattung erfolgt über den im Rahmen des Vorhabens initiierten Forschungsverbund PriCaret. Erste Analysen der Gesundheitsdaten (bis 31. Oktober 2018) umfassen insgesamt 39.499 Patientenkontakte von 8.406 Geflüchteten. Die häufigsten Diagnosen entsprechen dem allgemeinmedizinischen Spektrum: Atemwegserkrankungen bei 5,5% - 22,9% der Geflüchteten, Verdauungsbeschwerden (4,6% - 19,4%), Beschwerden der Muskeln und Gelenke wie Rücken- oder Kopfschmerzen (4,2% - 15,4%) und nicht-meldepflichtige Infektionserkrankungen (4,4% - 22,9%). Ebenfalls häufig sind psychische Erkrankungen (4,6% - 18,7%) sowie Verletzungsfolgen (3,4% - 13,5%). Seltener war das Vorkommen meldepflichtiger Infektionserkrankungen (Median der Einrichtungen: 1,6%) (41).

**Empfehlung 15: Einheitliche Implementierung des nicht-kommerziellen Dokumentations- und Monitoringsystems RefCare® in allen Ambulanzen der Erstaufnahmeeinrichtungen für Geflüchtete.**

### 6.2 Informationstransfer

Weiterhin besteht der Bedarf, dass auch zwischen Einrichtungen und Institutionen Informationen weitergegeben werden, damit die Kontinuität in der Versorgung gewährleistet werden kann. Die medizinische Versorgung von Asylsuchenden findet in unterschiedlichsten Settings – von der Erstuntersuchung, Versorgung in den Ambulanzen, Überweisung an Niedergelassene und Kliniken und

Transfer in die Regionen – statt. Ohne eine Kontinuität in der Informationsweitergabe entstehen erhebliche Ineffizienzen durch mehrfach durchgeführte Untersuchungen, Termine und Therapien, sowie zusätzlichen Aufwand für Ärzte, welche Dokumente individuell nachfordern müssen (42).

Langfristig soll die Informationsweitergabe von RefCare<sup>®</sup> Daten nicht nur zwischen Erstaufnahmeeinrichtungen, sondern auch an andere Institutionen möglich sein. Bis dahin sind Versorger jedoch weiterhin auf die Weitergabe von Informationen mittels Patientenbriefen angewiesen. Die Einführung einer patienten-geführten, persönlichen Gesundheitsakte hat sich gerade in den unterschiedlichen Settings der Flüchtlingsversorgung für die Weitergabe von Informationen als sinnvoll erwiesen (42). Ohne großen zusätzlichen Dokumentationsaufwand für die Ärzte können hiermit Briefe, Befunde und Termine vom Patienten selber verwaltet und von Setting zu Setting transferiert werden. Darüber hinaus wird jedoch eine verstärkte Kooperation zwischen den verschiedenen Institutionen auf Bundes-, Länder- und Praxis-Ebene unabdingbar sein, um die Kontinuität der Informationsweitergabe langfristig zu verbessern und die Qualität der Versorgung zu sichern.

## 7 Schlussfolgerung

Eine niederschwellige medizinische Versorgung von Asylsuchenden in den Aufnahmeeinrichtungen ist aufgrund mehrerer Barrieren im Zugang zur Regelversorgung notwendig. Die „ad hoc“ entstandenen Strukturen der Ambulanzen sind mangels bundesweiter Standards jedoch sehr unterschiedlich, und oft nicht an die gesundheitlichen Bedarfe der untergebrachten Geflüchteten angepasst. Um dies zu ermöglichen ist es erforderlich, den gesundheitlichen Bedarf der Bewohner regelmäßig und auf einer soliden Datengrundlage zu erfassen, zum Beispiel durch Gesundheitsmonitoring oder Statistiken aus elektronischen Dokumentationssystemen. Hierdurch können das Versorgungsangebot vor Ort, inklusive des Ärztespektrums, Einsatz von nicht-ärztlichem Personal, sowie Öffnungszeiten an die Bedarfe angepasst werden. Gleichzeitig werden auf Ebene der zuständigen Behörden klar strukturierte Abläufe benötigt, die für eine nachhaltige Verbesserung der Versorgungseffizienz sorgen. Dazu gehören ein regelmäßiger Austausch zwischen allen Akteuren, ein Finanzierungsmechanismus, der die Gesundheitskosten gerecht verteilt, ein elektronisches Abrechnungssystem sowie klar definierte Arznei- und Hilfsmittellisten.

Im Jahr 2019 befinden sich die Akteure der Gesundheitsversorgung von Geflüchteten in Deutschland in einer besonderen Situation: die Anzahl neu registrierter Asylsuchenden geht zurück, und es kann nun aus den vergangenen vier Jahren Bilanz gezogen werden. Dabei sollte die Verstetigung von guter Praxis und erfolgreichen Strukturen im Zentrum stehen, damit die gesundheitliche Versorgung auch bei wieder zunehmenden Flüchtlingszahlen bedarfsgerecht, effizient und qualitativ hochwertig durchgeführt wird.

## Literaturverweise

1. Bozorgmehr K, Nöst S, Thaiss HM, Razum O. Die gesundheitliche Versorgungssituation von Asylsuchenden. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*. 2016;59(5):545–55.
2. Bozorgmehr K, Razum O, Noest S. Germany: Optimizing Service Provision to Asylum Seekers. In: *Compendium of health system responses to large-scale migration in the WHO European Region*. Copenhagen: World Health Organization; 2018. p. 48–56.
3. Gardemann J, Wilp T. Gültigkeit international verbindlicher, normativer und technischer Standards der Flüchtlingshilfe auch in den deutschen Erstaufnahmeeinrichtungen. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*. 2016;59(5):556–60.
4. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Asylbewerberleistungsgesetz. 1997.
5. Europäisches Parlament. RICHTLINIE 2013/33/EU DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES vom 26. Juni 2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen. 2013/33/EU Amtsblatt der Europäischen Union; 2013 p. 96–116.
6. The Sphere Project. *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response*. Vol. 1, Response. 2011. 402.
7. Nöst S, Jahn R, Aluttis F, Drepper J, Preussler S, Qreini M, et al. Surveillance der Gesundheit und primärmedizinischen Versorgung von Asylsuchenden in Aufnahmeeinrichtungen: Konzept, Entwicklung und Implementierung. *Bundesgesundheitsblatt*. 2019 (in press).
8. Biddle L, Menold N, Bentner M, Nöst S, Jahn R, Ziegler S, et al. Health monitoring among asylum seekers and refugees: a state-wide, cross-sectional, population-based study in Germany. 2019 (in review).
9. Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, Ommeren M Van. Association of Torture and Other Potentially Traumatic Events With Mental Health Outcomes Among Populations Exposed to Mass Conflict and Displacement: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA*. 2009;302(5).
10. Satinsky E, Fuhr D, Woodward A, Sondorp E, Roberts B. Mental health care utilisation and access among refugees and asylum seekers in Europe: A systematic review. *Heal Policy*. 2019 (in press)
11. Patel V, Chowdhary N, Rahman A, Verdelli H. Improving access to psychological treatments: Lessons from developing countries. *Behav Res Ther*. 2011;49(9):523–8.
12. Nieuwsma JA, Trivedi RB, McDuffie J, Kronish I, Benjamin D, Williams JW. Brief Psychotherapy for Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Psychiatry Med*. 2012;43(2):129–51.
13. Dawson KS, Bryant RA, Harper M, Kuowei Tay A, Rahman A, Schafer A, et al. Problem Management Plus (PM+): A WHO transdiagnostic psychological intervention for common mental health problems. *World Psychiatry*. 2015;14(3):354–7.
14. Bower P, Kontopantelis E, Sutton A, Kendrick T, Richards D a, Gilbody S, et al. Influence of initial severity of depression on effectiveness of low intensity interventions: meta-analysis of individual patient data. *BMJ*. 2013;346(February):f540.
15. Biddle L, Miners A, Bozorgmehr K. Cost-utility of screening for depression among asylum seekers: a modelling study in Germany. *Heal Policy*. 2019 (in review)
16. Manok N, Huhn D, Kohl RM, Ludwig M, Schweitzer J, Kaufmann C, et al. Ambulanz für Geflüchtete mit Traumafolgestörungen und psychischen Belastungen in einer Landeserstaufnahmeeinrichtung. *Psychotherapeut*. 2017;62(4):333–40.
17. George RE, Thornicroft G, Dogra N. Exploration of cultural competency training in UK healthcare settings: A critical interpretive review of the literature. *Divers Equal Heal Care*. 2015;12(3).
18. Metz J, Hansen H. Structural competency: Theorizing a new medical engagement with stigma and inequality.

Soc Sci Med. 2014;103:126–33.

19. Joshi C, Russell G, Cheng I-H, Kay M, Pottie K, Alston M, et al. A narrative synthesis of the impact of primary health care delivery models for refugees in resettlement countries on access, quality and coordination. *Int J Equity Health*. 2013;12(1):88.
20. Hallas P, Hansen AR, Stæhr MA, Munk-Andersen E, Jorgensen HL. Length of stay in asylum centres and mental health in asylum seekers: a retrospective study from Denmark. *BMC Public Health*. 2007;7(1):288.
21. Wetzke M, Happel C, Vakilzadeh A, Ernst D, Sogkas G, Schmidt R, et al. Healthcare Utilization in a Large Cohort of Asylum Seekers Entering Western Europe in 2015. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(10):2163.
22. Freund T, Peters-Klimm F, Boyd CM, Mahler C, Gensichen J, Erler A, et al. Medical assistant–based care management for high-risk patients in small primary care practices: a cluster randomized clinical trial. *Ann Intern Med*. 2016;164(5):323–30.
23. Straßner C, Gewalt SC, von Rose PB, Lorenzen D, Szecsenyi J, Bozorgmehr K. Quality circles to identify barriers, facilitating factors, and solutions for high-quality primary care for asylum seekers. *BJGP open*. 2017;1(3):BJGP-2017.
24. Flores G, Laws MB, Mayo SJ, Zuckerman B, Abreu M, Medina L, et al. Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. *Pediatrics*. 2003;111(1):6–14.
25. Bradby H, Humphris R, Newall D, Phillimore J. Public health aspects of migrant health : a review of the evidence on health status for refugees and asylum seekers in the European Region. Copenhagen; 2015.
26. Bischoff A, Bovier PA, Isah R, Françoise G, Ariel E, Louis L. Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral. *Soc Sci Med*. 2003;57(3):503–12.
27. Jakubowski E, Rau C, Quellhorst S, Sothmann P, Plenge-Bönig A, Niessen J, et al. Medizinische Versorgung von Flüchtlingen : Chancen und Herausforderungen in Hamburg – ein Praxisbericht. *Das Gesundheitswes*. 2017;599–604.
28. Gewalt SC, Berger S, Ziegler S, Szecsenyi J, Bozorgmehr K. Psychosocial health of asylum seeking women living in state-provided accommodation in Germany during pregnancy and early motherhood: A case study exploring the role of social determinants of health. *PLoS One*. 2018;13(12):e0208007.
29. Bozorgmehr K, Biddle L, Preussler S, Mueller A, Szecsenyi J. Differences in pregnancy outcomes and obstetric care between asylum seeking and resident women: a cross-sectional study in a German federal state, 2010–2016. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):417.
30. Beijer HJM, De Blaey CJ. Hospitalisations caused by adverse drug reactions (ADR): a meta-analysis of observational studies. *Pharm World Sci*. 2002;24(2):46–54.
31. Straßner C, Nöst S, Preussler S, Jahn R, Ziegler S, Wahedi K, et al. Effectiveness of a patient-held health-record for asylum seekers in reception centres to improve continuity of care: a cluster-randomised stepped wedge trial in a German federal state. *Glob Health*. 2019 (in review).
32. Kutzin J. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *World Heal Organ Bull World Heal Organ*. 2013;91(8):602–11.
33. Bozorgmehr K, Wenner J, Nöst S, Stock C, Razum O. Germany: financing health services provided to asylum seekers. In: *Compendium of health system responses to large-scale migration in the WHO European Region*. Copenhagen: World Health Organization; 2018. p. 38–47.
34. Burmester F. Medizinische Versorgung der Leistungsberechtigten nach §§ 4 und 6 AsylbLG über eine Krankenkasse. In: *Public Health Forum*. De Gruyter; 2015. p. 106–8.
35. Jung F. Das Bremer Modell - Gesundheitsversorgung Asylsuchender. Bremen; 2011.
36. Bozorgmehr K, Mohsenpour A, Saure D, Stock C, Loerbroks A, Joos S, et al. Systematische übersicht und “Mapping”

empirischer Studien des Gesundheitszustands und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990-2014). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz. 2016;59(5):599–620.

37. Bozorgmehr K, Razum O. 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. 2015;10(7):1994–2013.
38. Mohammadzadeh Z, Jung F, Lelgemann M. Gesundheit für Flüchtlinge–das Bremer Modell. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz. 2016;59(5):561–9.
39. Ozegowski S, Sundmacher L. Wie „bedarfsgerecht“ ist die Bedarfsplanung? Eine Analyse der regionalen Verteilung der vertragsärztlichen Versorgung. Das Gesundheitswes. 2012;74(10):618–26.
40. Bozorgmehr K, Bartelt L. Forced migration and health system resilience: a cross-sectional small-area analysis of physician supply in a German federal state, 2017. In: European Journal Of Public Health. Oxford Univ Press Great Clarendon St, Oxford Ox2 6dp, England; 2018. p. 42–3.
41. Bozorgmehr K, Jahn R. Policy Brief: Sentinel Surveillance der Gesundheit und primärmedizinischen Versorgung von Asylsuchenden in Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften (PriCare). 2019.
42. Jahn R, Ziegler S, Nöst S, Gewalt SC, Straßner C, Bozorgmehr K. Early evaluation of experiences of health care providers in reception centers with a patient-held personal health record for asylum seekers: a multi-sited qualitative study in a German federal state. Global Health. 2018;14(1):71.

Herausgeber:

**Sektion Health Equity Studies & Migration**

Abt. Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

Universitätsklinikum Heidelberg

Im Neuenheimer Feld 130.3

69120 Heidelberg

[SektionEquityMig.AMED@med.uni-heidelberg.de](mailto:SektionEquityMig.AMED@med.uni-heidelberg.de)

Stand: 08.03.2019