

Health and Medical Care in the Context of Flight and Displacement

Citation for published version (APA):

Jäger, P. (2019). *Health and Medical Care in the Context of Flight and Displacement*. Maastricht University. <https://doi.org/10.26481/dis.20190905pj>

Document status and date:

Published: 01/01/2019

DOI:

[10.26481/dis.20190905pj](https://doi.org/10.26481/dis.20190905pj)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Summary, Zusammenfassung, Samenvatting

Summary

In recent years, the number of people fleeing their homelands has increased steadily worldwide (United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), 2019b). Among persistent poverty and political repression, mostly due the increase of armed conflicts in the Middle East. In particular, the civil war in Syria after 2011 and the increase in power of the so-called "Islamic state" (IS) led to a mass exodus (Amnesty International, 2018; von Helldorff, 2015).

While most of the people who had to flee, stay at so-called IDPs (internally displaced persons) in other areas of their homeland or flee to neighbouring states, also the number of refugees in Europe increased.

Regarding refugees and IDPs, beneath the care with essential goods, the medical care of this high number of affected people is one of the most important current challenges all over the world.

In this thesis, health and medical care of the high number of refugees and IDPs (as a result of the armed conflicts in middle East) are surveyed. In addition to the state of health, this survey focusses on the dealing with the challenges that come along with the medical care of this high number of refugees and IDPs. The main objective of this thesis is to present the current status and approaches for the improvement of the medical care of refugees and IDPs, respectively.

Therefore, this doctoral thesis is divided up to three parts:

1. Part one: Health among internally displaced female Yezidis in Northern Iraq
2. Part two: Influence of the EHIC (Electronic Health Insurance Card) on the medical services of refugees in Germany
3. Part three: Diagnostic and Assessment of performance for integration into the German education system of recently arrived refugee children within the single municipalities

In the **first part**, the health and medical care of people who have been displaced due to armed conflicts in the middle east within their homeland using the example of displaced Yezidis who became victim by the persecution of the IS, are surveyed. To generate information about PTSD (post-traumatic stress disorder) symptoms, physical and mental health as well as stress levels, standardized interviews, including tests for the acquisition of health-related quality of life (SF-12), stress (PSS-10) and experienced trauma were carried out in 36 Yezidi women in Northern Iraq. In addition, a medical anamnesis was performed in ten of the surveyed women.

As a result, an overall poor health state and health related quality of life was found. At the same time there was a high level of perceived stress as well as a high rate of experienced trauma. In detail, all interviewed women had experienced persecution and expulsion by the IS. With nearly 80%, the majority had experienced at least one traumatic event, such as having been captured, intimidated or threatened, physically, having experienced sexual violence, homelessness or a lack of water or food. Using the SF-12 the health-related quality of life was quite poor. Both in terms of mental and physical health, the tested values on average were significantly below normal ($p < 0.0001$, CI = 28.48 and $p < 0.0001$, CI 36.26 – 41.27, respectively). The perceived stress which was recorded with the PSS-10 was with an average of 23.12 (SD = 5.78) significantly higher than those of the female Arabic reference population.

All in all this research shows a picture of supremely precarious living conditions, accompanied by a poor health and very limited conditions in the medical service. The social and historical background of Yezidi in Iraq could even complicate the situation. International support seems to be indispensable for dealing with the situation and improve the (medical) care of those affected.

In the **second part**, the challenges in the medical care of refugees in European host countries using the example of creating access to the health system for refugees via an Electronic Health Insurance Card (EHIC) in Germany, North-Rhine Westphalia (NRW) is regarded. The EHIC is available for refugees in some municipalities in NRW. While on the one hand an improved medical care and lower administration costs and expenses are expected, on the other hand a rise of costs based on a higher use and available agreements with the health insurance companies are feared as well as an overuse – or even abuse – of the health system and a further migration incentive towards Germany through the EHIC.

To survey the influence of the EHIC on the use of medical services and pursue the question of an overuse of the health care system by asylum seekers, a survey with 260 asylum seekers in NRW municipalities of which some have introduced the EHIC for asylum seekers, while others have not, is carried out.

In a first step, the outpatient physician's consultation rates (CRs) between asylum seekers with and without EHIC were compared. While the overall CR on average was 0.32 (SD = 0.49) per month, those of owners of the EHIC was 0.49 (SD = 0.65). Asylum seekers who had to ask for healthcare-vouchers had a monthly CR of 0.21 (SD = 0.39) on average. Thus, the CR on average is significantly higher in asylum seekers who own an EHIC than in those who do not ($p < 0.01$). A multivariate analysis that included several influencing factors, such as language skills, diseases, time of the survey and municipality of living, showed that overall the EHIC

presented itself as an independent predictor of the use of outpatient healthcare. Therefore, it can be assumed that owning an EHIC significantly reduces existing barriers of visiting outpatient physicians in German asylum seekers.

In a next step, the CRs of outpatient physicians as well as inpatient treatments were compared between asylum seekers who own an EHIC and data from the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1) of the RKI (Robert Koch Institute). Age and sex were taken into consideration. It could be observed that the interviewed asylum seekers significantly visited less often general practitioners ($p < 0.001$, 95%-CI 1.71-3.92) as well as specialists ($p = 0.0019$, 95%-CI 1.55-3.04) than the German reference population. The lower CRs persist also with taking sex into consideration for general practitioners including “other ambulant doctors” by both sexes ($p < 0.001$, 95%-CI 1.48-3.71 in men and $p = 0.0039$, 95%-CI 0.49-8.28 in women) as well as for specialists by women ($p = 0.0155$, 95%-CI 0.66-3.57). On the other hand, inpatient medical services were used in the last 12 months significantly more often in the surveyed asylum seekers than in the reference group of the DEGS1-study ($p = 0.0047$, 95%-CI 0.17-0.37). However, this difference was only observed in men ($p = 0.00195$, 95%-CI 0.2-0.43) and not in women ($p = 0.4$, 95%-CI -0.04-0.2). It can be assumed that this migration specific trend of a more frequent use of inpatient medical services instead of outpatient persists also in refugees owning an EHIC.

Taking together the results of the research, it can be shown that asylum seekers with EHIC have a significantly higher CR of general practitioners and specialists than those receiving health care vouchers. Nevertheless, it is still lower than that one of the German autochthonous population. The results of this survey give no indication of an overuse or abuse of the German health care system by asylum seekers who own an EHIC. In contrast, there are indications for improvements in the medical care and reduction of barriers for refugees in Germany due to the possession of an EHIC.

Taking the current state of research into account, meanwhile, the evidence of an improvement of medical care due the EHIC is as large as that this for itself it should be reason enough to make the EHIC available to refugees – independent of administrative and financial aspects. Therefore, this part of this thesis concludes in demanding that rather than discussing whether administration costs increase or not with the introduction of the EHIC for refugees, the focus should be on how difficulties can be resolved, and costs reduced.

The **third part** focused on health-related challenges for the single municipalities in Germany regarding recently arrived refugee children. To identify limitations in school performance and health, there are two points of contact each in the municipality newly arrived refugee child must

visit: 1. the community integration centers (CICs) and 2. the health departments where an examination for school entrance (ESE) takes place.

To survey the opportunities for the detection of mental and psychosocial disorders within the ESE of the health office, the prevalence of detected disorders of recently arrived underaged refugees (n = 483) was compared to those of German children (n = 602) who visited the ESE because they recently moved into the municipality and also had to present themselves for ESE as so-called “lateral entrants” of school. It was shown that mental disorders were significantly less detected in refugee children than in German children. In none of the underaged refugees, a psychosocial or mental disorder was diagnosed, while 17.1% of the German children were diagnosed with at least one. A limited school performance was noted in 25.58% of German children, but only in 1.45% of the refugee children. While a large number of the German children received a recommendation for therapeutic measures, not a single refugee child did. Also taking the limitations of this survey into consideration, this difference is so large, that it probably can neither be explained by selection bias nor by chance or diverging prevalence but rather displays an explicit misjudgment of factual prevalence and therapeutic needs. More likely, it can be assumed that within the examined survey setting, the possibilities of the detection of mental disorders and limited school performance in refugee children are quite restricted.

To assess the possibilities of an adequate assessment of school performance which is a requirement for an appropriate school assignment, a qualitative interview survey with employees of the CICs was carried out. As a result, it was found that none of the CICs had standardized measures for the assessment of school performance. Additionally, the competency was limited insofar that the CIC did not have the opportunity to assign all newly arrived refugee children to adequate schools. Main causes were limited places in “popular” types of school or fixed requirements of the school office. In most of the CICs, an individual school assignment was only possible in individual cases. Which ones mostly were decided based on “gut feeling” or parents’ engagement and professional background. An adequate detection of limitations in school performance (e.g. due to mental disorders) was not possible.

Regarding the research of part three, it can be noticed that there are key points and administrative processes for newly arrived refugee children available in principle within the single municipalities but the potential they offer is not exploited sufficiently.

In the **discussion**, some points of the results are pointed out and elaborated. Therefore, the results of part one of this doctoral thesis are discussed in the context of the general adaptation model according to Selye which explains the long-term effects of chronic stress. Furthermore,

part two and three are discussed in the common aspect, that in Germany barriers in health care for refugees are rather in administrative processes than in the availability of the health care system at all. Concrete approaches for improvement are worked out, both in terms of the EHIC and in the diagnostic and assessment of performance of recently arrived refugee children within the single municipalities before school entry.

Zusammenfassung

In den letzten Jahren hat die Zahl der Menschen, die aus ihren Heimatländern fliehen, weltweit stetig zugenommen (United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), 2019b). Neben anhaltender Armut und politischer Unterdrückung ist vor allem die Zunahme von bewaffneten Konflikten im Nahen Osten ursächlich. Insbesondere der Bürgerkrieg in Syrien nach 2011 und der Machtzuwachs des sogenannten "Islamischen Staates" (IS) führten zu einer Massenflucht (Amnesty International, 2018; von Helldorff, 2015).

Obwohl die meisten Menschen, die fliehen mussten als sogenannten IDPs (internally displaced persons) d.h. Binnenvertriebenen innerhalb ihres Heimatlandes bleiben oder in benachbarte Staaten fliehen, stieg auch die Zahl der Flüchtlinge in Europa.

Die medizinische Versorgung der hohen Anzahl dieser Flüchtlinge und Binnenvertriebenen neben der Versorgung mit lebenswichtigen Gütern eine der weltweit wichtigsten aktuellen Herausforderungen.

In dieser Arbeit werden Gesundheit und medizinische Versorgung der zahlreichen Flüchtlinge und Binnenvertriebenen (infolge der bewaffneten Konflikte im Nahen Osten) untersucht. Neben dem Gesundheitszustand konzentriert sich die Forschung auf den Umgang mit den Herausforderungen, die mit der medizinischen Versorgung dieser hohen Anzahl von Flüchtlingen und Binnenvertriebenen einhergehen. Hauptziel dieser Arbeit ist es, den aktuellen Zustand sowie Verbesserungsansätze bezüglich der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen bzw. Binnenvertriebenen darzustellen.

Hierfür ist diese Doktorarbeit in drei Teile gegliedert:

1. Erster Teil: Gesundheit von Binnenvertriebenen weiblichen Yeziden im Nordirak
2. Zweiter Teil: Einfluss der EHIC (Electronic Health Insurance Card; Deutsch: elektronische Gesundheitskarte) auf die medizinische Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland
3. Dritter Teil: Leistungsdiagnostik und Leistungsbeurteilung im Rahmen der Integration neu angekommener Flüchtlingskinder in das deutsche Bildungssystem auf kommunaler Ebene

Im **ersten Teil** werden Gesundheit und medizinische Versorgung von Menschen, die aufgrund von bewaffneten Konflikten im Nahen Osten innerhalb ihres Heimatlandes vertrieben wurden, am Beispiel von vertriebenen Yeziden, die Opfer der Verfolgung des IS wurden, untersucht. Um Informationen zu PTBS (post-traumatic stress disorder; syn: PTBS; German: post-

traumatische Belastungsstörung)- Symptomen, zur körperlichen und geistigen Gesundheit sowie zum Stresslevel zu erhalten, wurden standardisierte Interviews mit Tests zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-12), Stress (PSS-10) und erlebten Traumata bei 36 jezidischen Frauen durchgeführt im Nordirak. Zusätzlich wurde bei zehn der befragten Frauen eine medizinische Anamnese durchgeführt.

Es zeigte sich ein insgesamt schlechter Gesundheitszustand und eine gesundheitsbezogene Lebensqualität. Gleichzeitig bestand eine hohe Belastung an erlebtem Stress sowie eine hohe Rate an erlebten Traumata. Im Einzelnen hatten alle befragten Frauen Verfolgung und Vertreibung durch den IS erlebt. Mit fast 80% hatte die Mehrheit mindestens ein traumatisches Ereignis erlebt, z. B. Gefangennahme, Einschüchterung oder Bedrohung, sexuelle Gewalt, Obdachlosigkeit oder Mangel an Wasser oder Nahrungsmitteln. Die mittels SF-12 erfasste gesundheitsbezogene Lebensqualität war sehr eingeschränkt. Sowohl hinsichtlich psychischer als auch körperlicher Gesundheit lagen die getesteten Werte im Durchschnitt signifikant unterhalb des Normalwertes ($p < 0,0001$, CI = 28,48 bzw. $p < 0,0001$, CI 36,26 - 41,27). Die mit der PSS-10 quantifizierte Stressbelastung war mit durchschnittlich 23,12 (SD = 5,78) signifikant höher als die der weiblichen arabischen Referenzbevölkerung.

Insgesamt zeigt diese Untersuchung ein Bild von äußerst prekären Lebensbedingungen, einhergehend mit einem schlechten Gesundheitszustand sowie äußerst eingeschränkten Bedingungen in der medizinischen Versorgung. Der soziale und historische Hintergrund von Jesiden im Irak könnte die Situation zusätzlich komplizieren. Internationale Unterstützung scheint unabdingbar, um die Situation zu bewältigen und die (medizinische) Versorgung der Betroffenen zu verbessern.

Im **zweiten Teil** werden die Herausforderungen bezüglich der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen in europäischen Aufnahmeländern am Beispiel der Herstellung eines Zugangs zum Gesundheitssystem für Flüchtlinge über eine elektronische Krankenversicherungskarte (EHIC, siehe oben) in Deutschland, Nordrhein-Westfalen (NRW), betrachtet. Die EHIC steht Flüchtlingen in einigen Kommunen in NRW zur Verfügung. Während einerseits eine verbesserte medizinische Versorgung sowie geringere Verwaltungskosten und -aufwand erwartet werden, wird andererseits ein Kostenanstieg aufgrund einer höheren Inanspruchnahme und verfügbarer Vereinbarungen mit den Krankenkassen sowie eine Überbeanspruchung - oder gar Missbrauch - des Gesundheitssystems und ein weiterer Migrationsanreiz nach Deutschland durch die EHIC befürchtet.

Um den Einfluss der EHIC auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und die Frage einer Überbeanspruchung des Gesundheitssystems durch Asylsuchende zu untersuchen,

wurde eine Untersuchung mit 260 Asylsuchenden in NRW durchgeführt, von denen einige über eine EHIC für Asylsuchende verfügen während es andere nicht tun.

In einem ersten Schritt wurden die Konsultationsraten (CRs) von ambulanten Ärzten zwischen Asylbewerbern mit und ohne EHIC verglichen. Während die CR im Durchschnitt insgesamt 0,32 (SD = 0,49) pro Monat betrug, betrug die derjenigen, die über eine EHIC verfügten 0,49 (SD = 0,65) pro Monat. Asylsuchende, die Gesundheitsgutscheine beantragen mussten, hatten eine monatliche CR von durchschnittlich 0,21 (SD = 0,39). Demnach ist die CR bei Asylbewerbern mit einer EHIC im Durchschnitt signifikant höher als bei Asylbewerbern ohne EHIC ($p < 0,01$). Eine multivariate Analyse, die verschiedene Einflussfaktoren wie Sprachkenntnisse, Krankheiten, Erhebungszeitpunkt und Lebensgemeinde umfasste, ergab, dass sich die EHIC insgesamt als unabhängiger Prädiktor für die Inanspruchnahme der ambulanten Gesundheitsversorgung präsentierte. Es ist daher davon auszugehen, dass der Besitz einer EHIC die bestehenden Hindernisse für den Besuch von ambulanten Ärzten bei deutschen Asylbewerbern maßgeblich verringert.

In einem nächsten Schritt wurden die CRs von ambulanten Ärzten sowie stationären Behandlungen zwischen Asylbewerbern mit EHIC mit Daten aus der Deutschen Gesundheitsbefragung und -untersuchung für Erwachsene (DEGS1) des RKI (Robert Koch Institut) verglichen. Alter und Geschlecht wurden berücksichtigt. Es konnte beobachtet werden, dass die befragten Asylbewerber signifikant seltener Allgemeinärzte ($p < 0,001$, 95% -CI 1,71-3,92) sowie Fachärzte ($p = 0,0019$, 95% -CI 1,55-3,04) besuchten als die deutsche Referenzbevölkerung. Die niedrigeren CRs bleiben auch unter Berücksichtigung des Geschlechts bei Allgemeinärzten, einschließlich so genannter „anderer ambulanter Ärzte“ bei beiden Geschlechtern ($p < 0,001$, 95% -CI 1,48-3,71 bei Männern und $p = 0,0039$, 95% -CI 0,49-8,28 bei Frauen) sowie für Fachärzte bei Frauen ($p = 0,0155$, 95% -CI 0,66-3,57) bestehen. Dem gegenüber wurden stationäre medizinische Leistungen in den letzten 12 Monaten bei den befragten Asylbewerbern signifikant häufiger in Anspruch genommen als in der Referenzgruppe der DEGS1-Studie ($p = 0,0047$, 95% -CI 0,17-0,37). Dieser Unterschied wurde jedoch nur bei Männern ($p = 0,00195$, 95% -CI 0,2-0,43) und nicht bei Frauen ($p = 0,4$, 95% -CI -0,04-0,2) beobachtet. Es ist davon auszugehen, dass der generationsübergreifende Trend einer häufigeren Inanspruchnahme stationärer statt ambulanter medizinischer Leistungen auch bei Flüchtlingen mit einer EHIC anhält.

Zusammenfassend kann gezeigt werden, dass Asylsuchende mit EHIC einen signifikant höheren CR-Wert für Allgemeinmediziner und Fachärzte aufweisen als diejenigen, die Gesundheitsgutscheine erhalten. Dennoch ist diese immer noch niedriger als diejenige der deutschen autochthonen Bevölkerung. Die Ergebnisse dieser Untersuchung geben keinen

Hinweis auf eine übermäßige Inanspruchnahme oder einen Missbrauch des deutschen Gesundheitssystems durch Asylsuchende, die Inhaber einer EHIC sind. Im Gegensatz dazu gibt es Hinweise auf Verbesserungen der medizinischen Versorgung und den Abbau von Barrieren für Flüchtlinge in Deutschland durch die Verfügbarkeit einer EHIC.

Unter Berücksichtigung des aktuellen Forschungsstandes ist die Evidenz für eine Verbesserung der medizinischen Versorgung durch die EHIC inzwischen so groß, dass diese für sich genommen Grund genug sein sollte, eine EHIC für Flüchtlinge zugänglich zu machen - unabhängig von administrativen und finanziellen Aspekten. Ausgehend von diesem Teil der Arbeit wird daher gefordert, nicht zu diskutieren, ob die Verwaltungskosten mit der Einführung der EHIC für Flüchtlinge steigen oder nicht, sondern stattdessen wie Schwierigkeiten gelöst und anfallende Kosten gesenkt werden können.

Der **dritte Teil** befasste sich mit gesundheitlichen Herausforderungen für die einzelnen Kommunen in Deutschland in Bezug auf kürzlich zugezogene Flüchtlingskinder. Um Einschränkungen der schulischen Leistungsfähigkeit und des Gesundheitszustands festzustellen, gibt es zwei Kontaktstellen, die jedes neu angekommene Flüchtlingskind in der Kommune aufsuchen muss: 1. das kommunalen Integrationszentren (CIC) und 2. das Gesundheitsamt, wo die die Schuleingangsuntersuchung (ESE) durchgeführt wird.

Um die Möglichkeiten der Erfassung von psychischen und psychosozialen Störungen innerhalb der ESE des Gesundheitsamtes zu untersuchen, wurde die erfasste Prävalenz von Auffälligkeiten kürzlich angekommener minderjähriger Flüchtlinge (n = 483) mit derjenigen deutscher Kinder (n = 602) verglichen, bei denen eine ESE durchgeführt wurde, weil sie vor kurzem in die Kommune gezogen sind und sich als sogenannte „Quereinsteiger“ auch in der ESE vorstellen müssen. Es konnte gezeigt werden, dass psychische Störungen bei Flüchtlingskindern signifikant seltener gefunden wurden als bei deutschen Kindern. Bei keinem der minderjährigen Flüchtlinge wurde eine psychosoziale oder psychische Störung erfasst, während bei 17,1% der deutschen Kinder mindestens eine diagnostiziert wurde. Eine eingeschränkte schulische Leistung wurde bei 25,58% der deutschen Kinder festgestellt, jedoch nur bei 1,45% der Flüchtlingskinder. Während ein Großteil der deutschen Kinder eine Empfehlung für therapeutische Maßnahmen erhielt, tat dies kein einziges Flüchtlingskind. Auch unter Berücksichtigung der Einschränkungen dieser Studie ist dieser Unterschied so groß, dass er wahrscheinlich nicht durch Selektionsverzerrung, Zufall oder divergierende Prävalenz erklärt werden kann, sondern vielmehr eine Untererfassung der tatsächlichen Prävalenz sowie des therapeutischen Bedarfs zeigt. Es ist anzunehmen, dass innerhalb der untersuchten Erhebungssituation die Möglichkeiten zur Erkennung von psychischen

Störungen und eingeschränkten schulischen Leistungen bei Flüchtlingskindern stark eingeschränkt sind.

Um die Möglichkeiten einer adäquaten Beurteilung der schulischen Leistungsfähigkeit, die wiederum Voraussetzung für einen schulischen Erfolg ist, zu bewerten, wurde eine qualitative Befragung von Mitarbeitern der CIC durchgeführt. Hierbei wurde festgestellt, dass in keinem der CICs die Erfassung der schulischen Leistungsfähigkeit standardisiert erfolgt. Darüber hinaus war die Handlungsfähigkeit der CICs insofern eingeschränkt, als dass die Mitarbeiter nicht die Möglichkeit hatten, alle neu angekommenen Flüchtlingskinder in angemessene Schulen zuzuweisen. Hauptursachen hierfür waren begrenzte Plätze in „beliebten“ Schulformen oder feste Anordnungen des Schulamts. In den meisten CICs war eine individueller Schulzuweisung nur in Einzelfällen möglich. Über deren Auswahl wurde hauptsächlich aufgrund des „Bauchgefühls“ der CIC-Mitarbeiter oder des Engagements der Eltern und ihres beruflichen Hintergrunds entschieden. Ein adäquater Nachweis von Einschränkungen der Schulleistungsfähigkeit (z. B. aufgrund von psychischen Störungen) war nicht möglich.

Aus der Forschung des dritten Teils dieser Arbeit lässt sich festzustellen, dass strukturell in den einzelnen Kommunen wichtige Knotenpunkte und Verwaltungsverfahren für neu angekommene Flüchtlingskinder vorhanden sind, deren Potenzial jedoch nicht ausreichend ausgeschöpft wird.

In dem **Diskussionsteil** werden einige Punkte der Ergebnisse ausgearbeitet und weiterführend diskutiert. So werden die Ergebnisse des ersten Teils dieser Dissertation im Kontext des allgemeinen Anpassungsmodells nach Selye betrachtet, das die Langzeitwirkungen von chronischem Stress erklärt. Darüber hinaus wird ausgehend von Teil zwei und drei der gemeinsame Aspekt dahingehend thematisiert, dass in Deutschland Barrieren in der Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen eher in administrativen Prozessen liegen als in der Verfügbarkeit systemrelevanter Aspekte des Gesundheitssystems überhaupt. Konkrete Verbesserungsansätze werden sowohl in Bezug auf die EHIC als auch in Bezug auf die Erfassung gesundheitlicher Einschränkungen und der schulischen Leistungsfähigkeit kürzlich angekommener Flüchtlingskinder in den einzelnen Kommunen vor dem Schuleintritt erarbeitet.

Samenvatting

In de afgelopen jaren is het aantal mensen dat hun thuisland ontvlucht gestaag wereldwijd toegenomen (United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), 2019b). Naast aanhoudende armoede en politieke onderdrukking, de belangrijkste reden voor de toename van gewapende conflicten in het Midden-Oosten. Met name de burgeroorlog in Syrië na 2011 en de toename van de macht van de zogenaamde "islamitische staat" (IS) leidden tot een massale uittocht (Amnesty International, 2018; von Helldorff, 2015).

Hoewel de meeste mensen die als IDPs (internally displaced persons) binnenlandse ontheemden moesten vluchten, dat wil zeggen degenen die in eigen land ontheemd waren of naar buurlanden vluchtten, steeg het aantal vluchtelingen in Europa ook. De medische zorg van het grote aantal van deze vluchtelingen en ontheemden in aanvulling op de levering van essentiële goederen is een van 's werelds belangrijkste huidige uitdagingen.

Dit werk onderzoekt de gezondheid en medische zorg van veel vluchtelingen en ontheemden (als gevolg van gewapende conflicten in het Midden-Oosten). Naast gezondheid richt onderzoek zich op het aanpakken van de uitdagingen van het verlenen van medische zorg aan deze grote aantallen vluchtelingen en ontheemden. Het hoofddoel van dit werk is om de huidige stand van zaken en benaderingen ter verbetering van de medische zorg voor vluchtelingen en ontheemden te presenteren.

Daarom bestaat dit proefschrift uit drie delen:

1. Deel één: Gezondheid onder intern ontheemde vrouwelijke Yezidi's in Noord-Irak
2. Deel twee: Invloed van de EHIC (Electronic Health Insurance Card; Nederlands: elektronische gezondheidskaart) op de medische diensten van vluchtelingen in Duitsland
3. Deel drie: diagnostiek en evaluatie van de prestaties voor integratie in het Duitse onderwijssysteem van recent aangekomen vluchtelingenkinderen in de afzonderlijke gemeenten

Het **eerste** deel onderzoekt de gezondheid en medische zorg van mensen die ontheemd zijn door gewapende conflicten in het Midden-Oosten in hun thuisland, met behulp van ontheemde Yezidi-slachtoffers van de vervolging van de IS. Om informatie te genereren over PTSD (post-traumatic stress disorder; syn: PTSS; Nederlands: posttraumatische stressstoornis) - symptomen, lichamelijke en geestelijke gezondheid en stressniveaus, werden gestandaardiseerde interviews, inclusief tests voor het verkrijgen van

gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven (SF-12), stress (PSS-10) en ervaren trauma uitgevoerd bij 36 Yezidi-vrouwen in Noord-Irak. Bovendien werd bij tien van de ondervraagde vrouwen een medische anamnese uitgevoerd.

Als resultaat werd een algehele slechte gezondheidstoestand en gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven gevonden. Tegelijkertijd was er een hoog niveau van waargenomen stress en een hoog percentage ervaren trauma. In detail hadden alle geïnterviewde vrouwen vervolging en verwijdering door de IS meegemaakt. Met bijna 80% had de meerderheid minstens één traumatische gebeurtenis meegemaakt, zoals fysiek gevangen zijn genomen, geïntimideerd of bedreigd, seksueel geweld, dakloosheid of een gebrek aan water of voedsel hebben ervaren. Met behulp van de SF-12 was de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven stil slecht. Zowel in termen van mentale als fysieke gezondheid waren de geteste waarden gemiddeld aanzienlijk lager dan normaal (respectievelijk $p < 0,0001$, CI = 28,48 en $p < 0,0001$, CI 36,26 - 41,27). De waargenomen stress die werd geregistreerd met de PSS-10 was met een gemiddelde van 23,12 (SD = 5,78) aanzienlijk hoger dan die van de vrouwelijke Arabische referentiepopulatie.

Al met al toont dit onderzoek een beeld van uiterst preciaire levensomstandigheden, vergezeld van een slechte gezondheid en zeer beperkte omstandigheden in de medische dienst. De sociale en historische achtergrond van Yezidi in Irak kan de situatie zelfs compliceren. Internationale ondersteuning lijkt onontbeerlijk om met de situatie om te gaan en de (medische) zorg voor de getroffen en te verbeteren.

In het **tweede deel** worden de uitdagingen in de medische zorg voor vluchtelingen in Europese gastlanden beschouwd met behulp van het voorbeeld van toegang tot het gezondheidssysteem voor vluchtelingen via een elektronische ziekteverzekeringskaart (EHIC) in Duitsland, Noord-Rijnland-Westfalen (NRW). De EHIC is beschikbaar voor vluchtelingen in sommige gemeenten in NRW. Terwijl aan de ene kant betere medische zorg en lagere administratiekosten en -kosten worden verwacht, worden aan de andere kant een stijging van de kosten op basis van een hoger gebruik en beschikbare overeenkomsten met de zorgverzekeraars gevreesd, evenals een overmatig gebruik of zelfs misbruik - van het gezondheidssysteem en een verdere stimulans voor migratie naar Duitsland via de EHIC.

Om de invloed van de EHIC op het gebruik van medische diensten te onderzoeken en de kwestie van een overmatig gebruik van het gezondheidszorgsysteem door asielzoekers aan te pakken, een enquête met 260 asielzoekers in NRW-gemeenten, waarvan sommigen de EHIC voor asielzoekers hebben geïntroduceerd, terwijl anderen niet, wordt uitgevoerd.

In een eerste stap werden de consultcijfers (CR) van de polikliniek tussen asielzoekers met en zonder EHIC vergeleken. Terwijl de totale CR gemiddeld 0,32 (SD = 0,49) per maand was, was die van eigenaren van de EHIC 0,49 (SD = 0,65). Asielzoekers die zorgvouchers moesten aanvragen, hadden gemiddeld een maandelijkse CR van 0,21 (SD = 0,39). Aldus is de CR gemiddeld aanzienlijk hoger bij asielzoekers die een EHIC bezitten dan bij degenen die dat niet hebben ($p < 0,01$). Een multivariate analyse die verschillende beïnvloedende factoren omvatte, zoals taalvaardigheden, ziekten, tijd van de enquête en de gemeente van het leven, toonde aan dat de EHIC zich over het algemeen presenteerde als een onafhankelijke voorspeller van het gebruik van ambulante gezondheidszorg. Daarom kan worden aangenomen dat het bezit van een EHIC de bestaande barrières voor bezoekende ambulante artsen in Duitse asielzoekers aanzienlijk vermindert.

In een volgende stap werden de CR van poliklinische artsen en intramurale behandelingen vergeleken tussen asielzoekers die een EHIC bezitten en gegevens van de Duitse Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1) van het RKI (Robert Koch Institute; German: Robert Koch Institut). Leeftijd en geslacht werden in overweging genomen. Opgemerkt kon worden dat de geïnterviewde asielzoekers significant minder vaak huisartsen ($p < 0,001$, 95% -CI 1.71-3.92) en specialisten ($p = 0,0019$, 95% -CI 1.55-3.04) bezochten dan de Duitse referentiepopulatie. . De lagere CR's blijven ook bestaan bij het in overweging nemen van seks voor huisartsen, inclusief "andere ambulante artsen" door beide geslachten ($p < 0,001$, 95% -CI 1,48-3,71 bij mannen en $p = 0,0039$, 95% -CI 0,49-8,28 bij vrouwen) evenals voor specialisten door vrouwen ($p = 0,0155$, 95% -CI 0,66-3,57). Anderzijds werden intramurale medische diensten de laatste 12 maanden significant vaker gebruikt in de onderzochte asielzoekers dan in de referentiegroep van de DEGS1-studie ($p = 0,0047$, 95% -CI 0,17-0,37). Dit verschil werd echter alleen waargenomen bij mannen ($p = 0,00195$, 95% -CI 0,2-0,43) en niet bij vrouwen ($p = 0,4$, 95% -CI -0,04-0,2). Aangenomen kan worden dat deze migratie specifiek trend van een frequenter gebruik van intramurale medische diensten in plaats van ambulante ook blijft bestaan bij vluchtelingen die een EHIC hebben.

Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat asielzoekers met EHIC een significant hogere CR van huisartsen en specialisten hebben dan degenen die gezondheidszorgcheques ontvangen. Toch is het nog steeds lager dan dat van de Duitse autochtone bevolking. De resultaten van dit onderzoek geven geen indicatie van een overmatig gebruik of misbruik van het Duitse gezondheidszorgsysteem door asielzoekers die een EHIC bezitten. Daarentegen zijn er aanwijzingen voor verbeteringen in de medische zorg en vermindering van barrières voor vluchtelingen in Duitsland vanwege het bezit van een EHIC.

Rekening houdend met de huidige stand van onderzoek is het bewijs van een verbetering van de medische zorg vanwege de EHIC ondertussen even groot als dat dit voor zichzelf reden genoeg zou moeten zijn om de EHIC beschikbaar te stellen voor vluchtelingen - onafhankelijk van administratieve en financiële aspecten. Daarom concludeert dit deel van dit proefschrift dat wordt geëist dat in plaats van te bespreken of de administratiekosten al dan niet stijgen met de introductie van de EHIC voor vluchtelingen, de nadruk moet liggen op hoe problemen kunnen worden opgelost en kosten kunnen worden verlaagd.

Het **derde deel** richtte zich op gezondheidsgerelateerde uitdagingen voor de afzonderlijke gemeenten in Duitsland met betrekking tot recent aangekomen vluchtelingenkinderen. Om beperkingen in schoolprestaties en gezondheid vast te stellen, zijn er twee contactpunten die elk in het nieuw aangekomen vluchtelingenkind van de gemeente moeten bezoeken: 1. de gemeenschapsintegratiecentra (CIC) en 2. de gezondheidsafdelingen waar een examen voor schoolingang (ESE) plaatsvindt vindt plaats.

Om de mogelijkheden voor de detectie van psychische en psychosociale aandoeningen binnen de ESE van het gezondheidsbureau te onderzoeken, werd de prevalentie van gedetecteerde aandoeningen van recent aangekomen minderjarige vluchtelingen (n = 483) vergeleken met die van Duitse kinderen (n = 602) die de ESE omdat ze recentelijk naar de gemeente zijn verhuisd en ook hoeden om zich voor ESE te presenteren als zogenaamde 'laterale nieuwkomers' van school. Er werd aangetoond dat psychische stoornissen aanzienlijk minder werden ontdekt bij vluchtelingenkinderen dan bij Duitse kinderen. In geen van de minderjarige vluchtelingen werd een psychosociale of mentale stoornis vastgesteld, terwijl bij 17,1% van de Duitse kinderen ten minste één werd gediagnosticeerd. Een beperkte schoolprestatie werd opgemerkt bij 25,58% van de Duitse kinderen, maar slechts bij 1,45% van de vluchtelingenkinderen. Terwijl een groot aantal Duitse kinderen een aanbeveling ontving voor therapeutische maatregelen, deed geen enkel vluchtelingkind dat. Ook rekening houdend met de beperkingen van dit onderzoek, is dit verschil zo groot, dat het waarschijnlijk niet kan worden verklaard door selectiebias noch door toeval of uiteenlopende prevalentie, maar eerder een expliciete verkeerde inschatting van feitelijke prevalentie en therapeutische behoeften vertoont. Meer waarschijnlijk is het aannemelijk dat binnen de onderzochte onderzoeksomgeving de mogelijkheden voor het opsporen van psychische stoornissen en beperkte schoolprestaties bij vluchtelingenkinderen vrij beperkt zijn.

Om de mogelijkheden van een adequate beoordeling van schoolprestaties te beoordelen, wat een vereiste is voor een passende schoolopdracht, werd een kwalitatief interviewonderzoek uitgevoerd met werknemers van de CIC's. Dientengevolge werd vastgesteld dat geen van de

CIC's standaardmaatregelen had voor de beoordeling van schoolprestaties. Bovendien was de competentie beperkt voor zover het CIC niet de mogelijkheid had om alle nieuw aangekomen vluchtelingenkinderen naar geschikte scholen toe te wijzen. De belangrijkste oorzaken waren beperkte plaatsen in "populaire" schooltypen of vaste eisen van het schoolkantoor. In de meeste CIC's was een individuele schoolopdracht alleen mogelijk in individuele gevallen. Welke meestal werd gekozen op basis van "onderbuikgevoel" of de betrokkenheid van ouders en professionele achtergrond. Een adequate detectie van beperkingen in schoolprestaties (bijv. Vanwege psychische stoornissen) was niet mogelijk.

Wat betreft het onderzoek van deel drie, kan worden opgemerkt dat er hoofdpunten en administratieve processen voor nieuw aangekomen vluchtelingenkinderen in principe beschikbaar zijn binnen de afzonderlijke gemeenten, maar dat het potentieel dat zij bieden niet voldoende wordt benut.

In de **discussie** worden enkele punten van de resultaten aangegeven en uitgewerkt. Daarom worden de resultaten van deel één van dit proefschrift besproken in de context van het algemene adaptatiemodel volgens Selye, dat de langetermijneffecten van chronische stress verklaart. Verder worden deel twee en drie besproken in het gemeenschappelijke aspect, dat in Duitsland belemmeringen in de gezondheidszorg voor vluchtelingen eerder in administratieve processen zitten dan in de beschikbaarheid van het gezondheidszorgsysteem. Concrete benaderingen voor verbetering worden uitgewerkt, zowel in termen van de EHIC als in de diagnostiek en beoordeling van de prestaties van recent aangekomen vluchtelingenkinderen binnen de afzonderlijke gemeenten vóór schooltoegang.