

Bundesgesundheitsbl 2023 · 66:1083–1091
<https://doi.org/10.1007/s00103-023-03762-9>
 Eingegangen: 19. Mai 2023
 Angenommen: 18. August 2023
 Online publiziert: 14. September 2023
 © The Author(s) 2023



Amand Führer

Institut für Medizinische Epidemiologie, Biometrie und Informatik, Profizentrum
 Gesundheitswissenschaften, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Deutschland

Determinanten der Gesundheit und medizinischen Versorgung von Asylsuchenden in Deutschland

Hintergrund

Deutschland verfügt über das älteste staatliche Krankenversicherungssystem der Welt, dessen Entwicklung maßgeblich durch eine kontinuierliche Ausweitung der eingeschlossenen Bevölkerungsgruppen gekennzeichnet war: Während in der Frühphase die Versicherungspflicht vor allem die Versorgung von Fabrikarbeiter/-innen sicherstellte, weitete sich das durch staatliche Sicherungssysteme aufgespannte Netz in der Folge immer weiter und schloss immer größere Teile der Bevölkerung ein [1].

Dieser Logik der Ausweitung sozialer Sicherungssysteme läuft seit den 1980er-Jahren der zunehmende Ausschluss von Asylsuchenden aus dem deutschen Sozialsystem zuwider. Mit dem sogenannten Asylkompromiss beschloss die Bundesregierung 1992 nicht nur massive Einschränkungen im Asylrecht, sondern gliederte Menschen während des Asylverfahrens und mit Duldung auch aus dem Bezug von Sozialleistungen aus. Anstelle der Sozialgesetzbücher wurde mit dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) ein neues Gesetz verabschiedet, welches die für Asylsuchende zugänglichen Leistungen regelt, dabei aber nicht die soziale Sicherung, sondern die Migrationskontrolle als vordergründiges Ziel verfolgte [2, 3].

Diese Übersichtsarbeit¹ hat zum Ziel, diese Sonderstellung anhand der vorhandenen Literatur darzustellen und ihre Implikationen für die medizinische Versorgung zu skizzieren. Dabei werden zunächst wesentliche Einflüsse erläutert, die die Gesundheit von Asylsuchenden² strukturieren, und dann die gesundheitliche Situation dieser Bevölkerungsgruppe dargestellt. Im Fazit werden einige Schlussfolgerungen für die Praxis abgeleitet.

Determinanten der Gesundheit und medizinischen Versorgung von Asylsuchenden

Die Gesundheit und medizinische Versorgung von Asylsuchenden werden durch verschiedene Einflussfaktoren strukturiert, die sich zum Teil von den Einflussfaktoren unterscheiden, die für die gesetzlich krankenversicherte Bevölkerung prägend sind [6]. Hierbei ist zu

unterscheiden zwischen Determinanten, die spezifisch für Asylsuchende sind, und solchen, die sich aus ihrer Migrationsgeschichte ergeben und die sie mit anderen Gruppen von Migrant/-innen teilen. Im Folgenden wird der Fokus auf Erstere gesetzt, während Letztere nur skizziert werden. Eine ausführliche Darstellung der Determinanten der Gesundheit von Migrant/-innen findet sich in dem entsprechenden Beitrag in diesem Heft.

Statusspezifische Determinanten

Asylsuchende sind in Deutschland einer Reihe rechtlicher Sonderregeln unterworfen, die sich aus ihrem Aufenthaltsstatus ergeben: Ihr Zugang zum Arbeitsmarkt ist eingeschränkt; sie können ihren Wohnort und ihre Wohnung nicht frei wählen; ihr Recht auf Familiennachzug ist aufgehoben; sie unterliegen bestimmten Meldepflichten und sie haben keinen Anspruch auf Sozialleistungen, sondern beziehen reduzierte Leistungen nach dem AsylbLG [7].

Diese rechtliche Sonderstellung wurde in den 1980er- und 1990er-Jahren in mehreren gesetzgeberischen Schritten hergestellt, welche 1993 im AsylbLG vorerst kulminierten [8]. Ziel der damaligen Gesetzgebung war es, Deutschland als Migrationsziel möglichst unattraktiv zu machen und durch eine Absenkung des für Asylsuchende zugänglichen Leistungsniveaus Anreize zur Migration nach Deutschland zu mindern und gleichzei-

¹ Diese Übersichtsarbeit enthält überarbeitete Ausschnitte aus der Habilitationsschrift des Autors [4].

² In dieser Arbeit beschreibt der Begriff *Asylsuchende* Menschen, die einen Asylantrag gestellt haben und deren Asylverfahren noch läuft oder deren Asylantrag abgelehnt wurde, deren Abschiebung aber ausgesetzt wurde. Damit umfasst der Begriff Menschen mit *Aufenthaltsgestattung* und *Duldung*, da beide Aufenthaltsstatus zum Bezug von Leistungen nach Asylbewerberleistungsgesetz berechtigen. In der Folge wird der Begriff *Asylsuchende* in Bezug auf Erwachsene benutzt. Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge werden hier nicht thematisiert. Für Ausführungen dazu siehe [5].

tig Kosten zu sparen [2, 3].³ Während alle der oben genannten Aspekte mittelbar gesundheitsrelevant sind, sollen sich die folgenden Ausführungen auf 3 Bereiche konzentrieren, zu denen bereits umfassend Literatur mit Gesundheitsbezug vorliegt: das Asylbewerberleistungsgesetz, die Abrechnung medizinischer Leistungen und die Wohnbedingungen von Asylsuchenden.

Das Asylbewerberleistungsgesetz

Die im AsylbLG definierten Regeln gelten aktuell für die ersten 18 Monate des Aufenthaltes in Deutschland oder bis eine Aufenthaltserlaubnis erteilt wird. In diesem Zeitraum rechnen behandelnde Ärztinnen und Ärzte mit dem zuständigen Sozialamt (und nicht der Krankenkasse) ab [11, 12].

Der Kanon der durch das Sozialamt zu erstattenden medizinischen Leistungen ergibt sich dabei aus 2 Paragraphen des AsylbLG, den Paragraphen 4 und 6: Im § 4 AsylbLG wird die Kostenübernahme für die Behandlung von akuten und schmerzhaften Erkrankungen, Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen und für Behandlungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt festgelegt, womit eine medizinische Basisversorgung garantiert werden soll [13, 14]. Darüber hinausgehende Leistungen wie die Versorgung nichtprogredienter chronischer Erkrankungen, Hilfs- und Heilmittel, Krankentransport oder Dolmetscher können nach § 6 AsylbLG ebenfalls gewährt werden, sofern sie „im Einzelfall zur Sicherung ... der Gesundheit unerlässlich“ sind.

Der an sich juristisch und (medizin-) ethisch bereits hoch problematische Ansatz, Asylsuchende aus dem Bezug von Sozialleistungen auszgliedern [15, 16], wird dadurch noch problematischer, dass beide für die medizinische

Versorgung unmittelbar relevanten Paragraphen durch ein hohes Maß an Ermessensspielraum gekennzeichnet sind: Einerseits ist der Tatbestand der „akuten Erkrankung“ juristisch nicht definiert, sodass im Einzelfall fraglich ist, welche Behandlungsanlässe von § 4 erfasst sind. Andererseits ist auf der Rechtsfolgenreite die Ausgestaltung der „sonstigen Leistungen“ nicht konkretisiert und deren Gewährung zudem in das Entschließungsermessen des Sozialamtes gestellt [17].

Dieses für das deutsche Recht ungewöhnlich große Maß an Ermessen birgt die Gefahr, dass durch Unterschiede in der Ausgestaltung des Ermessens die Rechtssicherheit leidet. Dass unterschiedliche Sozialämter ihr Ermessen unterschiedlich nutzen, führt dazu, dass in vielen Fällen der „Zufall über den Zugang zur Gesundheitsversorgung bestimmt“ [18], was gerechtigkeitsrechtliche Fragen aufwirft [19].

Um dem entgegenzuwirken, gilt der Grundsatz, dass die Ausgestaltung von Ermessen an der Absicht des Gesetzgebers orientiert sein soll [17, 20]. Bezogen auf das AsylbLG ist dieser Grundsatz aber in zweifacher Hinsicht problematisch:

Erstens zeichnet sich das AsylbLG im Vergleich zu anderen Gesetzen durch ein besonders hohes Maß an Ermessen und unbestimmten Tatbeständen aus. Dies erklärt sich daraus, dass das Ermessen in diesem Fall nicht primär auf die Sicherstellung von Einzelfallgerechtigkeit abzielt, sondern vielmehr der politischen Kontroverse um das Gesetz Rechnung trägt [17]. Offensichtlich war die Formulierung des Gesetzestextes von der Absicht getragen, politisch nicht konsensfähige Entscheidungen an die Verwaltung und den Einzelfall zu delegieren [21, 22]. Dadurch fehlt dem AsylbLG ein klar formulierter Wille des Gesetzgebers als Richtschnur für die Ausgestaltung des Ermessens und der diskretionären Macht der Verwaltung [22]. Schon aus theoretischen Überlegungen heraus muss daher eine „große Vielfalt der Umsetzungspraxis“ [22] vermutet werden, die sich in empirischen Studien auch bestätigt [18, 23].

Zweitens hat sich durch die jüngere Rechtsentwicklung der juristische Kon-

text des AsylbLG geändert, wodurch eine Neuinterpretation dessen nötig wird, was als vermutete Absicht des Gesetzgebers gelten soll und daher als Interpretationsleitlinie zur Orientierung des Ermessens herangezogen werden muss [24, 25]: So urteilte das Bundesverfassungsgericht im Jahr 2012, dass das AsylbLG in seiner damaligen Form verfassungswidrig war und die migrationspolitisch motivierte Einschränkung von Leistungen nicht mit der im Grundgesetz garantierten Menschenwürde zu vereinbaren ist [2]. Zudem ergibt sich aus der Ratifizierung der EU-Aufnahmerichtlinie die Notwendigkeit, das deutsche Recht mit dem EU-Recht zu harmonisieren [26]. Da dies bis zum Ablauf der Umsetzungsfrist im Juli 2015 nicht erfolgt ist, sehen richtungsweisende Urteile mehrerer Landessozialgerichte die Notwendigkeit, dass das Ermessen in der Anwendung des AsylbLG nun so genutzt werden muss, dass Verfassungs- und Richtlinienkonformität hergestellt wird [27, 28]. Dies bedeutet in der Praxis, dass der Kanon der „sonstigen Leistungen“ sich regelhaft am Leistungskanon der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu orientieren hat [25].

Im Alltag zeigt sich jedoch, dass diese jüngere Rechtsentwicklung von vielen Sozialämtern nicht umgesetzt wird [29], was zu ausgeprägten regionalen Unterschieden in der Kostenübernahmepaxis und in der Folge zu regionalen Unterschieden im Kanon der vom Kostenträger übernommenen medizinischen Leistungen führt [18].

Neben der Beförderung regionaler Ungleichheit wirkt die mit der Kostenübernahme verbundene Unsicherheit zudem in die Ärzteschaft hinein und befördert dort die Wahrnehmung, dass Asylsuchende eine „andere Kategorie“ von Patienten darstellen, deren Versorgung separaten Prinzipien folgt. Im Ergebnis lässt sich beobachten, dass Ärztinnen und Ärzte ihren Patient/-innen unter Verweis auf das AsylbLG Leistungen verweigern, auf die diese einen Rechtsanspruch haben [23, 30].

³ Beide Zielstellungen erlebten im Zuge der Diskussionen im Kontext der sog. Flüchtlingskrise 2015 und 2016 eine Renaissance. Gleichzeitig konnten wissenschaftliche Arbeiten aber zeigen, dass die sog. Pull-Faktoren in der Modulation internationaler Migration nur eine sehr untergeordnete Rolle spielen [9], während die Einschränkung von Leistungen keine Kosten spart, sondern Mehrkosten verursacht [10].

Die Abrechnung medizinischer Leistungen

Neben den regionalen Unterschieden im Umgang mit dem Ermessen im AsylbLG gibt es auch in der Organisation der Abrechnung von Leistungen und – damit verbunden – der Organisation des Zugangs zum Gesundheitssystem verschiedene Ansätze: die Abrechnung über Gesundheitskarten analog zu gesetzlich Krankenversicherten (das sog. Bremer Modell), die quartalsweise Ausgabe von Behandlungsscheinen und die anlassbezogene Ausgabe von Behandlungsscheinen [31].

Im „Bremer Modell“ erhalten Asylsuchende bereits kurz nach ihrer Ankunft in Deutschland eine Gesundheitskarte [32]. Damit können sie medizinische Leistungen in Anspruch nehmen, wobei der Leistungskanon bis auf wenige Ausnahmen dem der GKV ähnelt [33, 34]. Die Abrechnung erfolgt analog zu gesetzlich krankenversicherten Patient/-innen mit der Krankenkasse, die sich die ausgelegten Kosten dann vom zuständigen Sozialamt erstatten lässt. In diesem Modell sind die logistischen Barrieren im Zugang zu medizinischer Versorgung am niedrigsten [35, 36] und die Verwaltungskosten am geringsten [24].

Die beiden anderen Vorgehensweisen gleichen sich darin, dass Asylsuchende keine Gesundheitskarte erhalten, sondern ihren Status durch vom Sozialamt ausgehändigte Behandlungsscheine nachweisen. Der Behandlungsschein wird den behandelnden Ärzt/-innen vorgelegt und die Behandlung dann beim zuständigen Sozialamt abgerechnet [37]. Medizinische Leistungen, die nach § 4 AsylbLG vom Sozialamt übernommen werden müssen, können ohne vorherige Rücksprache mit dem Sozialamt erbracht und dann abgerechnet werden. Bei Behandlungen, die nach § 6 AsylbLG vom Sozialamt übernommen werden können, muss vor Beginn der Behandlung ein Antrag auf Kostenübernahme gestellt werden, wenn die Behandlungskosten vom Sozialamt getragen werden sollen. Wird die Kostenübernahme nicht vor Behandlungsbeginn beantragt und genehmigt, kann das zuständige Sozialamt die Kostenübernahme verweigern [38].

Bundesgesundheitsbl 2023 · 66:1083–1091 <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03762-9>
© The Author(s) 2023

A. Führer

Determinanten der Gesundheit und medizinischen Versorgung von Asylsuchenden in Deutschland

Zusammenfassung

Asylsuchende sind in Deutschland einer Vielzahl gesundheitlicher Belastungen ausgesetzt, während ihr Zugang zu medizinischer Versorgung erschwert ist. Diese Übersichtsarbeit erläutert einige Determinanten, die diese Situation strukturieren, und führt dabei u. a. aus, wie sich das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG), die Abrechnung über Behandlungsscheine und die Unterbringung in Sammelunterkünften auf die Gesundheit von Asylsuchenden und ihre Inanspruchnahme medizinischer Versorgung auswirken. Hierbei wird deutlich, dass die Ausgliederung von Asylsuchenden aus dem Sozialsystem der Gesundheit der Betroffenen schadet, teuer ist und zudem ethische und rechtliche Fragen aufwirft. Insbesondere der große Ermessensspielraum der Sozialämter in der Kostenübernahme sowie die unterschiedlichen Modelle zur Abrechnung medizinischer Leistungen sind gerechtigkeitsrechtlich problematisch und führen zu einer Versorgungspluralität, die

der rechtlichen und ethischen Begründung entbehrt.

Im zweiten Teil des Artikels wird dargestellt, dass Asylsuchende im Allgemeinen dieselben gesundheitlichen Probleme haben wie gesetzlich Krankenversicherte – mit der Ausnahme von psychischen Erkrankungen, die bei Asylsuchenden deutlich häufiger auftreten, oft jedoch nicht diagnostiziert und häufig nur unzureichend behandelt werden. Als Schlussfolgerung für die Praxis leitet sich ab, 1) dass Asylsuchende in die gesetzliche Krankenversicherung integriert werden sollten, 2) dass aus sozialmedizinischer Sicht eine Unterbringung in eigenen Wohnungen der Unterbringung in Sammelunterkünften vorzuziehen ist und 3) dass das Gesundheitssystem Anpassungsleistungen erbringen muss, um eine diversitätssensible Versorgung aller Patient/-innen sicherzustellen.

Schlüsselwörter

Asyl · Psychische Gesundheit · Zugangsbarrieren · Sammelunterkünfte · Diskriminierung

Determinants of asylum seekers' health and medical care in Germany

Abstract

Asylum seekers in Germany are exposed to a variety of health-related stressors, while their access to medical care is impaired. This review explains some of the determinants that structure this situation, for example by elaborating on how the Asylum Seekers' Benefits Act (ASBA), billing via treatment vouchers, and accommodation in refugee shelters affect asylum seekers' health and healthcare utilization. Hereby, it becomes clear that the exclusion of asylum seekers from the welfare system is detrimental to their health, is expensive, and raises ethical and legal questions. In particular, the huge discretionary scope of the social welfare offices in the assumption of costs as well as the different models for billing medical services for asylum seekers are potentially unjust and lead to a plurality of care, which lacks legal and ethical justification.

The second part of the article shows that asylum seekers generally suffer from the same health problems as people with statutory health insurance—with the exception of mental illnesses, which are substantially more common among asylum seekers, but are often undiagnosed and frequently inadequately treated.

This leads to three practical conclusions: (1) asylum seekers should be integrated into statutory health insurance, (2) from a public health point of view, accommodation in refugee shelters should be avoided in favor of decentralized accommodation, and (3) to ensure diversity-sensitive care for all patients, the healthcare system must make adjustments to its structures and practices.

Keywords

Asylum · Mental health · Barriers to access healthcare · Refugee shelters · Discrimination

Im Fall der quartalsweisen Ausgabe der Behandlungsscheine werden diese zu Quartalsbeginn an die Asylsuchenden ausgegeben und können dann im Krankheitsfall sofort verwendet werden [15, 37]. Damit wird sichergestellt, dass Asylsuchende im Krankheitsfall direkt ärztliche Behandlung in Anspruch nehmen können, ohne zuvor erst das Sozialamt aufsuchen zu müssen und ggf. von dessen Öffnungszeiten abhängig zu sein.

Im Fall anlassbezogener Behandlungsscheine hingegen müssen die Behandlungsscheine im konkreten Krankheitsfall bei dem zuständigen Sozialamt beantragt werden und werden erst ausgegeben, nachdem das Sozialamt die Notwendigkeit einer Behandlung geprüft hat [23, 39].

Neben der damit einhergehenden Stigmatisierung der Patient/-innen [23, 39] impliziert dieses Vorgehen, dass in diesen Fällen der Zugang zu medizinischer Versorgung in hohem Maße von der Entscheidung medizinischer Laien abhängig ist. Dies wird von vielen Seiten, u. a. von der Bundesärztekammer, seit vielen Jahren kritisiert [40], da hieraus erhebliche Barrieren entstehen, die den Zugang zu medizinischer Versorgung erschweren und den Behandlungsbeginn verzögern [23, 39], wobei das Ausmaß der Erschwernis vom zufällig zugewiesenen Wohnort abhängt [18].

Wohnbedingungen

Asylsuchenden wird jedoch nicht nur ihr Wohnort vorgeschrieben, sondern auch die Unterbringung in bestimmten Unterkünften. Während es an einigen Orten Ansätze gibt, Asylsuchende in eigenen Wohnungen unterzubringen, ist die Unterbringung in Sammelunterkünften im Allgemeinen nach wie vor die Norm [41]. Hierbei zeigt sich, dass viele Asylsuchende in Sammelunterkünften mit niedriger baulicher Qualität leben [42] und die Sammelunterkünfte überdurchschnittlich häufig in deprivierten Stadtteilen liegen, in denen der Zugang zu gesellschaftlicher Infrastruktur schlecht und der soziale Problemdruck hoch ist [43].

So müssen die Bewohner/-innen häufig weite Wege zurücklegen, um medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen [23]. Zudem werden soziale Integration, der Erwerb der deutschen Sprache und eine Vielzahl von Freizeitaktivitäten – Faktoren, deren gesundheitsfördernde Bedeutung unstrittig ist – durch die geographische Lage der Sammelunterkünfte häufig erschwert oder verhindert [44].

Qualitative Arbeiten zeigen entsprechend, dass der Mangel an Freizeitaktivitäten und Privatsphäre die Bewohner/-innen von Sammelunterkünften belastet und zu Konflikten führt [45, 46]. Sammelunterkünfte werden von den Bewohner/-innen häufig als „totale Institutionen“ beschrieben, die ihr Leben fremdbestimmen und die Erfahrung von Selbstwirksamkeit unterdrücken [45]. Neben dem sozialen Arrangement der Unterkünfte liegt dies auch an der gebauten Umwelt der Einrichtungen, bei denen es sich zum Teil um frühere Kasernen handelt, die in ihrer Architektur auf die Disziplinierung der Bewohner/-innen ausgerichtet sind [45, 47].

Während der COVID-19-Pandemie haben sich diese Zustände noch weiter zugespitzt. Obwohl das *Kompetenznetz Public Health COVID-19* in seinen Empfehlungen für das Pandemiemanagement in Sammelunterkünften für Geflüchtete explizit von Kollektivquarantäne abgeraten hat [48], wurde dieses epidemiologisch vermutlich unwirksame Mittel vielfach eingesetzt [49, 50] und war für die Bewohner/-innen der Einrichtungen mit besonderen Belastungen verbunden [46, 51]. Insbesondere der verstärkte Einsatz von Sicherheitspersonal und Polizei evokierte Erinnerungen an die Situation in polizeistaatlichen Herkunfts- oder Transitländern und näherte die Situation in Sammelunterkünften aus Sicht der Bewohner/-innen an die Verhältnisse in Gefängnissen an [46]. Zudem fielen durch die Pandemiemaßnahmen häufig Unterstützungsangebote weg, die vor der Pandemie darauf abzielten, die Belastungen der Unterbringung in Sammelunterkünften abzufedern [51].

Weitere Determinanten

Neben diesen Einflussfaktoren, die sich aus dem Aufenthaltsstatus von Asylsuchenden ableiten, gibt es weitere Determinanten, die aus dem im deutschen Gesundheitssystem prävalenten Mangel an diversitätssensibler Versorgung resultieren, der andere marginalisierte Patient/-innen ebenfalls betrifft und sich in der Versorgung von Asylsuchenden vor allem in Bezug auf ihre Navigation im Gesundheitssystem, den Umgang mit Sprachbarrieren und die Konfrontation mit rassistischen und kulturalisierenden Stereotypen zeigt.

Innerhalb des Gesundheitssystems werden Abläufe häufig als selbstverständlich vorausgesetzt und daher nicht expliziert [23]. Asylsuchende erhalten zudem zu keinem Zeitpunkt im Asylverfahren strukturierte Informationen über die Mechanismen des deutschen Gesundheitssystems [52], sodass es häufig eine Frage des Zufalls ist, ob Asylsuchende im konkreten Krankheitsfall über die nötigen Informationen verfügen, um z. B. einen Behandlungsschein des Sozialamtes zu bekommen [23], die ihnen rechtlich zustehenden Leistungen einzufordern [53] oder die für ihre Beschwerden richtige Ansprechperson innerhalb des Gesundheitssystems zu finden [52, 53].

Hinzu kommt, dass Kontakte zum Gesundheitssystem häufig durch eine Sprachbarriere geprägt sind, da das deutsche Gesundheitssystem nach wie vor keine Mechanismen zum systematischen und evidenzbasierten Umgang mit sprachdiskordanten Behandlungssituationen etabliert hat [54]. Studien zeigen, dass professionelles Dolmetschen im Gesundheitssystem die Zufriedenheit von Ärzt/-innen und Patient/-innen verbessert [55, 56], ungeplante stationäre Aufnahmen vermindert [57], die Informiertheit der Patient/-innen erhöht [56, 58], die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen steigert [56], die Anzahl diagnostischer Tests zur Diagnosestellung senkt [55, 57] und insgesamt Kosten einspart [56, 57].

Bisher hat dies jedoch nicht dazu geführt, dass der Einsatz professioneller Dolmetscher/-innen im Alltag selbst-

verständlich geworden wäre. Zwar gibt es vereinzelt Ansätze, z.B. professionelle Telefon- oder Videodolmetscher in sprachdiskordante Arzt-Patienten-Gespräche einzubinden [59]. Zumeist werden im klinischen Alltag aber nach wie vor Laien (z.B. Angehörige oder Bekannte der Patient/-innen, Krankenhauspersonal oder zufällig Anwesende) eingesetzt [60], obwohl in der Literatur aufgrund der hohen Fehlerquote und der niedrigen Qualität der Übersetzung sowie wegen der damit verbundenen Probleme in Bezug auf die Vertraulichkeit einhellig vom Einsatz von Laien abgeraten wird [58].

Die Etablierung dieser der bestehenden Evidenz zuwiderlaufenden Praxis hat einerseits Abrechnungsgründe, da professionelle Dolmetscher/-innen von der GKV nicht bezahlt werden. Leistungserbringer stehen daher vor der Herausforderung, Dolmetschkosten querfinanzieren zu müssen oder die Kostenübernahme in jedem Einzelfall mit erheblichem administrativen Aufwand bei dem zuständigen Sozialamt bzw. Jobcenter zu beantragen [61].

Andererseits deutet die stillschweigende Akzeptanz einer erwiesenermaßen zu schlechteren Behandlungsergebnissen führenden Praxis – und die Verweigerung der Übernahme von Verantwortung für die sich daraus ergebenden Probleme [30] – auf die Durchdringung klinischen Handelns mit nichtmedizinischen Logiken hin. So betont Fassin [62] die Bedeutung moralischer Hierarchien in der Versorgung von Asylsuchenden. Diese Hierarchien sind daran gebunden, ob den Patient/-innen im Selbstverständnis des medizinischen Personals zugeschrieben wird, medizinische Versorgung zu verdienen, bzw. ob Versorgungsdefizite sich vor dem Hintergrund der ihnen in der moralischen Hierarchie zugewiesenen Position rechtfertigen lassen [63]. In der Praxis kann dies dazu führen, dass Ärztinnen und Ärzte in der Versorgung Asylsuchender (oder anderer marginalisierter Patient/-innen) eher bereit sind, von etablierten Versorgungsstandards abzuweichen [63], wodurch Medizin in den Wirkungskreis ihr zunächst fremder, z.B. politischer Interessen geraten kann [64]. Für eine ausführliche Auseinander-

setzung mit dieser Problematik siehe den Beitrag zu strukturellen Determinanten der Gesundheit von Migrant/-innen in diesem Themenheft.

Gesundheitliche Situation von Asylsuchenden

Die rechtliche Sonderstellung von Asylsuchenden impliziert also Einschränkungen der Lebensgestaltung, aus denen häufig prekäre Lebensbedingungen resultieren. Die Literatur bezeichnet diese – zusammen mit anderen Belastungen, wie z.B. der Konfrontation mit Rassismus und gesellschaftlicher Ausgrenzung, der Unsicherheit des Asylverfahrens und der sich daraus ergebenden unklaren Zukunftsperspektive oder dem mit Migration häufig einhergehenden Statusverlust – als postmigratorische Stressoren [65].

Die postmigratorischen Stressoren wirken mit prä-migratorischen Stressoren (wie den oft desolaten Gesundheitssystemen der Herkunftsländer oder dem Leben unter Bedingungen, die durch Armut, politische Verfolgung oder andere Formen von Gewalt geprägt sind) und perimigratorischen Stressoren (wie der Unsicherheit und den Belastungen während der Flucht, Gewalterfahrungen und mangelhafter medizinischer Versorgung) zusammen [66], woraus einige Besonderheiten sowohl in Bezug auf das unter Asylsuchenden zu beobachtende Krankheitsspektrum als auch die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen resultieren.

Krankheitsspektrum

Asylsuchende nehmen das Gesundheitssystem im Wesentlichen mit den gleichen Erkrankungen wie die Allgemeinbevölkerung in Anspruch [6, 67–69]. Dennoch gibt es einige Besonderheiten, wobei vorrangig psychische Erkrankungen zu nennen sind [42, 70].

In großer Übereinstimmung zeigen internationale Studien [71] und Studien aus Deutschland, dass die Prävalenzen vor allem für Depression, Angststörung und posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) bei Asylsuchenden deutlich höher sind als in der Allgemein-

bevölkerung [72, 73], wobei der Vergleich mit anderen Gruppen von Migrant/-innen zeigt, dass insbesondere die mit dem Asylverfahren verbundenen Unsicherheiten und die regelhaft prekären Lebensbedingungen während des Asylverfahrens (sowie während des Aufenthaltes in Deutschland mit einer Duldung) eine große Rolle für die Häufigkeit psychischer Erkrankungen spielen [74–76]. Hierbei ist zu betonen, dass die Unsicherheit des Asylverfahrens und die sich daraus ergebende unklare Zukunftsperspektive [76, 77] einerseits vorbestehende gesundheitliche Beeinträchtigungen verstärken, gleichzeitig aber auch die Therapie erschweren und damit insgesamt einen deutlich negativen Effekt auf die Prognose psychischer Erkrankungen haben [75, 76, 78–80]. Auch wird davon ausgegangen, dass die erhöhte Prävalenz von psychischen Störungen wie etwa Depression unter Asylsuchenden dadurch maßgeblich mitverursacht wird [81, 82].

So liegt die Prävalenz von Depression, Angststörung und posttraumatischer Belastungsstörung in der deutschen Allgemeinbevölkerung bei 9,8 %, 15,4 %, bzw. 2,3 % [83]. Im Vergleich dazu werden für verschiedene Kohorten von Asylsuchenden Prävalenzen zwischen 28 % und 75 % für Depression [70, 84], 45 % für Angststörungen [70] und bis zu 41 % für PTBS [84, 85] beschrieben. Dabei zeigt sich eine hohe Komorbidität der Erkrankungen [72]. Studien mit Stichproben aus Erstaufnahmeeinrichtungen, die Asylsuchende am Anfang ihres Aufenthaltes in Deutschland einschließen, finden ähnliche [69] oder sogar noch höhere Prävalenzen [86].

In Ermangelung strukturierter Mechanismen zur Identifizierung von psychischen Erkrankungen werden diese jedoch bei vielen Asylsuchenden übersehen [87] und selbst im Fall der diagnostischen Abklärung psychischer Beschwerden erfolgt häufig keine oder keine adäquate therapeutische Versorgung innerhalb des Gesundheitssystems [87], sodass viele Asylsuchende auf Versorgungsangebote außerhalb der Regelversorgung, z.B. durch die psychosozialen Zentren für Migrant/-innen (PSZ), angewiesen sind. Diese Zentren sind einerseits auf die Versorgung von Patient/-innen mit

Migrationserfahrung spezialisiert, bieten daher routinemäßig Therapien unter Einsatz von Dolmetscher/-innen an und arbeiten mit interkulturell sensiblen therapeutischen Zugängen [77]. Andererseits haben auch die PSZ lange Wartelisten [88] und stellen potenziell eine Parallelstruktur zur Regelversorgung dar, der durch die Integration spezialisierter Angebote in die Regelversorgung eigentlich vorgebeugt werden sollte.

Neben der erhöhten Prävalenz psychischer Erkrankungen zeigt sich bei Asylsuchenden zudem konsistent eine schlechte subjektive Gesundheit [42, 89].

Darüber hinaus ist zu erwähnen, dass insbesondere die häufig defizitäre medizinische Versorgung in den Herkunftsländern vieler Asylsuchender zu einer mangelhaften Abdeckung mit präventivmedizinischen Angeboten wie Impfungen führt [72], sodass Asylsuchende einer erhöhten Gefahr für impfpräventable und andere Infektionskrankheiten ausgesetzt sind [90]. Dieses Risiko wird noch einmal erhöht durch die Unterbringung in Sammelunterkünften. Dies hat in der Vergangenheit in Sammelunterkünften für Asylsuchende immer wieder zu Ausbrüchen von Masern [91–94], Windpocken [95, 96], Scabies [97] und Noroviren [98] geführt und im Rahmen der COVID-19-Pandemie Asylsuchende in Sammelunterkünften einem im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich erhöhten Ansteckungsrisiko ausgesetzt [48, 50].

Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

Aus den eingangs geschilderten rechtlich bedingten Zugangsbarrieren und den Problemen bei der Navigation im Gesundheitssystem ergeben sich einige Besonderheiten der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch Asylsuchende.

In der Literatur vordergründig diskutiert werden dabei die Konsequenzen der „Krankenscheinbürokratie“ [39]: Die durch die Behandlungsscheine entstehenden hohen Hürden im Zugang zu medizinischer Versorgung gehen einher mit einer geringen Inanspruchnahme ambulanter und präventiver Leistungen

[35, 70, 99] sowie fachärztlicher Versorgung [37], während notfallmäßige Vorstellungen, Inanspruchnahme des Rettungsdienstes und stationäre Aufenthalte häufiger sind als bei gesetzlich Krankenversicherten [42, 68, 89]. Diese Unterschiede in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen verschwinden, wenn Asylsuchende eine Gesundheitskarte bekommen [35, 37].

Die Behandlungsscheinbürokratie und ihre Effekte auf das Inanspruchnahmeverhalten führen zu höheren Kosten, sowohl für das Gesundheits- und Sozialsystem [10, 100] als für auch die betroffenen Individuen [23, 75]. Gründe dafür sind vermutlich, dass es bei eingeschränktem Zugang zu medizinischer Versorgung durch die Chronifizierung von Beschwerden und die Verschiebung des Behandlungsbeginns in spätere Erkrankungsstadien bei vielen Krankheiten zu einer Verschlechterung der Prognose kommt bzw. aufwändigere Therapien nötig sind, was dazu führt, dass sich Behandlungen tendenziell aus dem (relativ kostengünstigen) ambulanten Sektor in den stationären Sektor verschieben [10, 18, 100].

Fazit

Um die Gesundheit von Asylsuchenden zu verbessern, sollten die sozialen, rechtlichen und politischen Determinanten ihrer Gesundheit zum Ausgangspunkt genommen und vordringlich auf diesen Ebenen Optimierungen angestrebt werden [101]. Im Zentrum sollten dabei die Beendigung der sozialrechtlichen Sonderstellung von Asylsuchenden und die Förderung ihrer vollständigen Integration in das deutsche Sozialsystem stehen [102]. Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Geflüchtete auf kommunaler oder Länderebene kann ein Zwischenschritt auf diesem Weg sein [103].

Neben den rechtlichen und administrativen Einschränkungen im Zugang zu medizinischer Versorgung müssen die mit erhöhten gesundheitlichen Risiken verbundenen Lebens- und Wohnbedingungen in Sammelunterkünften adressiert werden. Vor dem Hintergrund des gesicherten Wissens zu den krank-

machenden Effekten dieser Art von Unterbringung sollte angestrebt werden, Asylsuchende dezentral unterzubringen und lagerähnliche Sammelunterkünfte zu vermeiden [44, 104]. Die aktuelle politische Diskussion, die einen Ausbau von Ankerzentren⁴ fordert, geht hierbei aus sozialmedizinischer Sicht eindeutig in die falsche Richtung.

Innerhalb des Gesundheitssystems sollten systematisch Mechanismen zum evidenzbasierten Umgang mit sprachdiskordanten Patientenkontakten etabliert werden [105]. Dies kann einerseits durch lokale Lösungen vorangetrieben werden, setzt aber für eine nachhaltige und flächendeckende Verwirklichung hochwertiger Versorgung eine Kostenübernahme von Dolmetschleistungen voraus, wie sie im Koalitionsvertrag 2021–2025 der Ampel-Regierung angekündigt ist [106]. Auf Ebene des medizinischen Personals sollten Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen etabliert werden, die die strukturelle Kompetenz der Ärzteschaft und anderer medizinischer Berufe verbessern und die Entstehung von moralischen Hierarchien verhindern, die medizinethischen Prinzipien zuwiderlaufen [107].

Korrespondenzadresse

PD Dr. med. habil. Amand Führer

Institut für Medizinische Epidemiologie, Biometrie und Informatik, Profizentrum Gesundheitswissenschaften, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Magdeburger Straße 8, 06112 Halle (Saale), Deutschland
amand-gabriel.fuehrer@uk-halle.de

Danksagung. Amand Führer dankt Anna Freiberg für ihre inhaltliche Zuarbeit zu diesem Artikel. Insbesondere die Perspektive, das Asylbewerberleistungsgesetz als Anomalie in der Entwicklung des deutschen Versicherungssystems zu sehen, hat ihren Ursprung in ihrer Dissertationsschrift.

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

⁴ Ankerzentren sind zentrale Aufnahmestellen für Asylsuchende in Deutschland, in denen Asylsuchende während des gesamten Asylprozesses untergebracht sind und die sie erst verlassen, wenn ihr Asylantrag bewilligt wurde oder sie abgeschoben werden. AnKER steht hierbei für „Ankunft, Entscheidung und Rückführung“ [44].

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. A. Führer gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Ayaß W, Rudloff W, Tennstedt F (2021) Sozialstaat im Werden. Band 1. Gründungsprozesse und Weichenstellungen im Deutschen Kaiserreich. Franz Steiner Verlag, Stuttgart
2. Bundesverfassungsgericht Urteil des Ersten Senats vom 18. Juli 2012—1 BvL 10/10—Rn. (1–114). http://www.bverfg.de/ls20120718_1bvl001010.html. Zugegriffen: 8. Juni 2023
3. Deutscher Bundestag (1993) Gesetzesentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Leistungen an Asylbewerber (Drucksache 12/4451)
4. Führer A (2023) Die Gesundheit und medizinische Versorgung von Asylsuchenden. Martin-Luther-Universität, Halle, Wittenberg (Habilitationsschrift)
5. Netz S (2019) Enacting biorelational citizenship in X-ray rooms and offices: on age assessments of migrants in Germany. *Citizensh Stud* 23:720–737. <https://doi.org/10.1080/13621025.2019.1651096>
6. Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M (2013) Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet* 381:1235–1245. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62086-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62086-8)
7. Neundorff K (2016) Neuerungen im Aufenthalts- und Asylrecht durch das Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz. *Neue Jurist Wochenschr* 69(1):5–11
8. Oltmer J (2016) Schutz für die Flüchtlinge in der Bundesrepublik Deutschland. Der Blick zurück. In: Reschke A (Hrsg) Und das ist erst der Anfang. Deutschland und die Flüchtlinge. Rowohlt Polaris, Reinbek bei Hamburg, S 202–217
9. Handlos LN, Kristiansen M, Norredam M (2016) Wellbeing or welfare benefits—what are the drivers for migration? *Scand J Public Health* 44:117–119. <https://doi.org/10.1177/1403494815617051>
10. Bozorgmehr K, Razum O (2015) Effect of restricting access to health care on health expenditures among asylum-seekers and refugees: a quasi-experimental study in Germany, 1994–2013. *PLoS ONE* 10:e131483. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131483>
11. Frisch J (2015) Zwischen Humanität und Bürokratie. *Berl Ärztebl* 6:14–20
12. Führer A, König M, Kluth W (2022) Das Asylbewerberleistungsgesetz in der medizinischen Fachliteratur: Ein Scoping Review. *Gesundheitswesen* 84:664–673. <https://doi.org/10.1055/a-1327-2642>
13. Lindner K (2021) Ansprüche auf Gesundheitsleistungen für Asylsuchende in Deutschland. Rechtslage und Reformbedarfe. MIDEM-Policy Paper, Dresden
14. Gottlieb N, Schülle M (2021) An overview of health policies for asylum-seekers in Germany. *Health Policy* 125:115–121. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.09.009>
15. Fritz A (2018) Gesundheit für Flüchtlinge: Eine unbestimmte, unübersichtliche und umstrittene Gesundheitsversorgung in Deutschland. *ZFME* 64(1):15–31
16. Kluth W (2018) Die Gesundheitsversorgung von Migranten: Ein systematischer problemorientierter Überblick. *ZFME* 64(1):5–14
17. Fehmel T (2017) Entscheidungsspielräume im Sozialleistungsrecht – Konsequenzen für die Soziale Arbeit. *Z Sozialreform*. <https://doi.org/10.1515/zsr-2017-0023>
18. Razum O, Wenner J, Bozorgmehr K (2016) Wenn Zufall über den Zugang zur Gesundheitsversorgung bestimmt: Geflüchtete in Deutschland. *Gesundheitswesen* 78:711–714. <https://doi.org/10.1055/s-0042-116231>
19. Romzek BS, Johnston JM (2005) State social services contracting: exploring the determinants of effective contract accountability. *Public Admin Rev* 65:436–449. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2005.00470.x>
20. Bullinger M (1984) Das Ermessen der öffentlichen Verwaltung – Entwicklung, Funktionen, Gerichtskontrolle. *JuristenZeitung* 39(22):1001–1009
21. Matland RE (1995) Synthesizing the implementation literature: the ambiguity-conflict model of policy implementation. *J Public Adm Res Theory* 5(2):145–174
22. Schammann H (2015) Wenn Variationen den Alltag bestimmen. Unterschiede lokaler Politikgestaltung in der Leistungsgewährung für Asylsuchende. *Z Vgl Polit Wiss* 9:161–182. <https://doi.org/10.1007/s12286-015-0267-4>
23. Scott P (2014) Black African asylum seekers' experiences of health care access in an eastern German state. *Int J Migr Health Soc Care* 10:134–147. <https://doi.org/10.1108/IJMHS-11-2013-0043>
24. Burmester F (2015) Medizinische Versorgung der Leistungsberechtigten nach §§ 4 und 6 AsylbLG über eine Krankenkasse, S 109–114
25. Schülle M, Frankenstein A (2019) Europa- und verfassungsrechtliche Anforderungen an die Auslegung von § 6 Abs. 1 AsylbLG, S 20–27
26. Europäisches Parlament (2013) Richtlinie 2013/33/EU. *Aufnahmerichtlinie*
27. Landessozialgericht Hessen (Hrsg) (2018) *Beschl. v. 11.07.2018. Az.: L 4 AY 9/18 BER*
28. Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen (Hrsg) (2018) *ECLI:DE:LSGNHB:2018:0201.8AY16.17.00*
29. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (2019) *Versorgungsbericht zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland*
30. Führer A (2020) „Da muss sich jemand anders drum kümmern“ – Die medizinische Versorgung von Asylsuchenden als Herausforderung für eine bio-psycho-soziale Medizin. *Gesundheitswesen* 82:151–156. <https://doi.org/10.1055/a-1026-6190>
31. Bühring P, Gießelmann K (2019) Geflüchtete und Asylbewerber: Ohne Sprachmittler funktioniert die Versorgung nicht. *Dtsch Ärztebl* 116(7):A308
32. Lindner K (2015) Die gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden in Deutschland. *Aktuelle politische Entwicklungen. Migrat Soz Arb* 1:81–88
33. Epping B (2017) Medizinische Versorgung von Flüchtlingen: teure Hürden. *Z Orthop Unfall* 155(2):129–134
34. Frank L, Yesil-Jürgens R, Razum O et al (2017) Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. *J Health Monit* 2:24–47. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-005>
35. Claassen K, Jäger P (2018) Impact of the introduction of the electronic health insurance card on the use of medical services by asylum seekers in Germany. *Int J Environ Res Public Health* 15:856. <https://doi.org/10.3390/ijerph15050856>
36. Rolke K, Wenner J, Razum O (2020) Der Zugang zu gesundheitlicher Versorgung nach Einführung der elektronischen Gesundheitskarte: die Sicht geflüchteter Patient(inn)en. *Gesundheitswesen* 82:961–968. <https://doi.org/10.1055/a-1205-1021>
37. Wenner J, Biddle L, Gottlieb N, Bozorgmehr K (2022) Inequalities in access to healthcare by local policy model among newly arrived refugees: evidence from population-based studies in two German states. *Int J Equity Health* 21:11. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01607-y>
38. Bötel A, Steinbrück A (2014) Lebenslagen von Asylbewerbern. *Vorschläge zur Verwaltungs- und Verfahrensvereinfachung*
39. Spura A, Kleinke M, Robra B-P, Ladebeck N (2017) Wie erleben Asylsuchende den Zugang zu medizinischer Versorgung? *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 60:462–470. <https://doi.org/10.1007/s00103-017-2525-x>
40. Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (2013) *Versorgung von nicht regulär krankenversicherten Patienten mit Migrationshintergrund*. *Dtsch Ärztebl* 110(18):899–903
41. Elle J, Hess S (2017) *Leben jenseits von Mindeststandards. Dokumentation zur Situation in Gemeinschaftsunterkünften in Niedersachsen*. Rat für Migration, Berlin
42. Biddle L, Hintermeier M, Mohsenpour A, Sand M, Bozorgmehr K (2021) *Monitoring der Gesundheit und Gesundheitsversorgung geflüchteter Menschen in Sammelunterkünften: Ergebnisse des bevölkerungsbezogenen Surveys RESPOND*. *J Health Monit* 6:7–29. <https://doi.org/10.25646/7862>
43. Bozorgmehr K, Razum O, Szecsenyi J, Maier W, Stock C (2017) Regional deprivation is associated with the distribution of vulnerable asylum seekers. A nationwide small area analysis in Germany. *J Epidemiol Community Health* 71:857–862. <https://doi.org/10.1136/jech-2016-208506>

44. Hess S, Pott A, Schammann H, Scherr A, Schiffauer W (2018) Welche Auswirkungen haben „Anker-Zentren“? Mediendienst Integration, Berlin
45. Christ S, Meininghaus E, Röing T (2019) „All day waiting“: causes of conflict in refugee shelters in Germany (BICC Working Paper)
46. Huke N (2021) „Bedeutet unser Leben nichts?“. Erfahrungen von Asylsuchenden in Flüchtlingsunterkünften während der Corona-Pandemie in Deutschland. Pro Asyl, Frankfurt am Main
47. Foucault M (1994) Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses. Suhrkamp, Frankfurt am Main
48. Bozorgmehr K, Hintermeier M, Razum O, Mohsenpour A, Biddle L, Oertelt-Prigione S, Spallek J, Tallarek M, Jahn R (2020) SARS-CoV-2 in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete: Epidemiologische und normativrechtliche Aspekte (Version 1.0)
49. Führer A, Erdogdu ÖI, Kompa P, Yilmaz-Aslan Y, Brzoska P (2022) COVID-19 pandemic in shelters for asylum seekers: a scoping review of preventive measures. *BMJ Open*. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-058076>
50. Jahn R, Hintermeier M, Bozorgmehr K (2022) SARS-CoV-2 attack rate in reception and accommodation centres for asylum seekers during the first wave: systematic review of outbreak media reports in Germany. *J Migr Health* 5:100084. <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2022.100084>
51. Rast E, Perplies C, Biddle L, Bozorgmehr K (2023) Between care and coercion: asylum seekers' experiences with COVID-19 containment and mitigation measures in German reception centres. *Int J Public Health* 68:1605230. <https://doi.org/10.3389/ijph.2023.1605230>
52. Führer A, Eichner F (2015) Verloren im Räderwerk. Eine interdisziplinäre Studie zur Gesundheit und medizinischen Versorgung von Asylsuchenden in Halle (Saale). Rosa Luxemburg Stiftung, Berlin
53. Schouler-Ocak M, Bering R (2017) Geflüchtete im Versorgungssystem. *DNP* 18:20–27. <https://doi.org/10.1007/s15202-017-1741-4>
54. Führer A, Brzoska P (2022) Die Relevanz des Dolmetschens im Gesundheitssystem. *Gesundheitswesen* 84:474–478. <https://doi.org/10.1055/a-1276-0897>
55. Ramirez D, Engel KG, Tang TS (2008) Language interpreter utilization in the emergency department setting: a clinical review. *J Health Care Poor Underserved* 19:352–362. <https://doi.org/10.1353/hpu.0.0019>
56. Flores G, Abreu M, Barone CP, Bachur R, Lin H (2012) Errors of medical interpretation and their potential clinical consequences: a comparison of professional versus ad hoc versus no interpreters. *Ann Emerg Med* 60:545–553. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2012.01.025>
57. Hampers LC, McNulty JE (2002) Professional interpreters and bilingual physicians in a pediatric emergency department: effect on resource utilization. *Arch Pediatr Adolesc Med* 156:1108–1113. <https://doi.org/10.1001/archpedi.156.11.1108>
58. Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S (2007) Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Serv Res* 42:727–754. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00629.x>
59. Schouler-Ocak M (2015) Mental health care for immigrants in Germany. *Nervenarzt* 86(11):1320–1325
60. Karger A, Lindtner-Rudolph H, Mroczynski R, Ziem A, Joksimovic L (2017) „Wie fremd ist mir der Patient?“. Erfahrungen, Einstellungen und Erwartungen von Ärztinnen und Ärzten bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund. *Z Psychosom Med Psychother* 63:280–296
61. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (2018) Finanzierung von Dolmetscherleistungen bei ambulanter Psychotherapie
62. Fassin D (2017) Das Leben. Eine kritische Gebrauchsanweisung. Suhrkamp, Berlin
63. Huschke S (2014) Performing deservingness. Humanitarian health care provision for migrants in Germany. *Soc Sci Med* 120:352–359. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.04.046>
64. Mawani R (2006) Screening out diseased bodies: immigration, mandatory HIV testing and the making of a healthy Canada. In: Bashford A (Hrsg) *Medicine at the border. Disease, globalization and security, 1850 to the present*. Palgrave Macmillan, Basingstoke England, New York, S 136–158
65. Bhugra D (2004) Migration and mental health. *Acta Psychiatr Scand* 109:243–258
66. Kalt A, Hossain M, Kiss L, Zimmerman C (2013) Asylum seekers, violence and health: a systematic review of research in high-income host countries. *Am J Public Health* 103(3):e30–e42
67. Alberer M, Wendeborn M, Löscher T, Seilmaier M (2016) Erkrankungen bei Flüchtlingen und Asylbewerbern. Daten von drei verschiedenen medizinischen Einrichtungen im Raum München aus den Jahren 2014 und 2015. *Dtsch Med Wochenschr* 141:e8–e15
68. Niedermaier A, Freiberg A, Tiller D, Wienke A, Führer A (2020) Outpatient health care utilization and health expenditures of asylum seekers in Halle (Saale), Germany—an analysis of claims data. *BMC Health Serv Res* 20:961. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05811-4>
69. Jahn R, Rohleder S, Qreini M, Erdmann S, Kaur S, Aluttis F, Bozorgmehr K (2021) Gesundheitsmonitoring bei geflüchteten Menschen in Aufnahmeeinrichtungen: Dezentrale Analyse medizinischer Routinedaten im Verbund. *J Health Monit* 6(1):30–53
70. Biddle L, Menold N, Bentner M et al (2019) Health monitoring among asylum seekers and refugees: a state-wide, cross-sectional, population-based study in Germany. *Emerg Themes Epidemiol* 16:3. <https://doi.org/10.1186/s12982-019-0085-2>
71. Fazel M, Wheeler J, Danesh J (2005) Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet* 365:1309–1314. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)61027-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)61027-6)
72. Führer A, Eichner F, Stang A (2016) Morbidity of asylum seekers in a medium-sized German city. *Eur J Epidemiol* 31:703–706. <https://doi.org/10.1007/s10654-016-0148-4>
73. Kaltenbach E, Härdtner E, Hermenau K, Schauer M, Elbert T (2017) Efficient identification of mental health problems in refugees in Germany. The refugee health screener. *Eur J Psychotraumatol* 8:1389205. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1389205>
74. Heeren M, Wittmann L, Ehler U, Schnyder U, Maier T, Müller J (2014) Psychopathology and resident status—comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labor migrants, and residents. *Compr Psychiatry* 55:818–825. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.02.003>
75. Hanewald B, Gieseck J, Vogelbusch O, Markus I, Gallhofer B, Knipper M (2016) Asylrecht und psychische Gesundheit. Eine interdisziplinäre Analyse des Zusammenwirkens medizinischer und juristischer Aspekte. *Psychiatr Prax* 43(3):165–171
76. Winkler JG, Brandl EJ, Bretz HJ, Heinz A, Schouler-Ocak M (2019) Psychische Symptombelastung bei Asylsuchenden in Abhängigkeit vom Aufenthaltsstatus. *Psychiatr Prax* 46(4):191–199
77. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (2020) Versorgungsbericht. Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland
78. Li SSY, Liddell BJ, Nickerson A (2016) The relationship between post-migration stress and psychological disorders in refugees and asylum seekers. *Curr Psychiatry Rep* 18:82. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0723-0>
79. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (2014) Traumatisiert. Ausgegrenzt. Unterversorgt. Versorgungsbericht zur Situation von Flüchtlingen und Folteropfern in den Bundesländern Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen
80. Kaltenbach E, Schauer M, Hermenau K, Elbert T, Schalinski I (2018) Course of mental health in refugees—a one year panel survey. *Front Psychiatry* 9:352. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00352>
81. Kleinert E, Müller F, Furajiat G et al (2019) Does refugee status matter? Medical needs of newly arrived asylum seekers and resettlement refugees—a retrospective observational study of diagnoses in a primary care setting. *Confl Health* 13:39. <https://doi.org/10.1186/s13031-019-0223-z>
82. Nutsch N, Bozorgmehr K (2020) Der Einfluss postmigratorischer Stressoren auf die Prävalenz depressiver Symptome bei Geflüchteten in Deutschland. Analyse anhand der IAB-BAMF-SOEP-Befragung 2016. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 63:1470–1482. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03238-0>
83. Jacobi F, Höfler M, Strehle J et al (2015) Twelve-months prevalence of mental disorders in the German health interview and examination survey for adults—mental health module (DEGS1-MH): a methodological addendum and correction. *Int J Methods Psychiatr Res* 24:305–313. <https://doi.org/10.1002/mpr.1479>
84. Boettche M, Stammel N, Knaevelsrud C (2016) Psychotherapeutische Versorgung traumatisierter geflüchteter Menschen in Deutschland. *Nervenarzt* 87:1136–1143. <https://doi.org/10.1007/s00115-016-0214-x>
85. Nikendei C, Kindermann D, Brandenburg-Ceynowa H et al (2019) Asylum seekers' mental health and treatment utilization in a three months follow-up study after transfer from a state registration and reception-center in Germany. *Health Policy* 123:864–872. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.07.008>
86. Belz M, Belz M, Özkan I, Graef-Callies IT (2017) Posttraumatic stress disorder and comorbid depression among refugees. Assessment of a sample from a German refugee reception center. *Transcult Psychiatry* 54:595–610. <https://doi.org/10.1177/1363461517745473>
87. Führer A, Niedermaier A, Kalfa V, Mikolajczyk R, Wienke A (2020) Serious shortcomings in assessment and treatment of asylum seekers' mental

- health needs. *PLoS ONE* 15:e239211. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239211>
88. Trohl U, Wagner K, Kalfa V, Negash S, Wienke A, Führer A (2021) Sick and tired—sociodemographic and psychosocial characteristics of asylum seekers awaiting an appointment for psychotherapy. *Int J Environ Res Public Health* 18:11850. <https://doi.org/10.3390/ijerph182211850>
 89. Schneider C, Joos S, Bozorgmehr K (2015) Disparities in health and access to healthcare between asylum seekers and residents in Germany: a population-based cross-sectional feasibility study. *BMJ Open* 5:e8784. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008784>
 90. Muscat M (2011) Who gets measles in Europe? *J Infect Dis* 204(1):S353–65. <https://doi.org/10.1093/infdis/jir067>
 91. Robert Koch Institut (2010) Zu einem Masernausbruch bei Migranten in München. *Epidemiol Bull* 50:501–504
 92. Takla A, Barth A, Siedler A, Stöcker P, Wichmann O, Deléré Y (2012) Measles outbreak in an asylum-seekers' shelter in Germany: comparison of the implemented with a hypothetical containment strategy. *Epidemiol Infect* 140(9):1589–1598
 93. Werber D, Hoffmann A, Santibanez S, Mankertz A, Sagebiel D (2017) Large measles outbreak introduced by asylum seekers and spread among the insufficiently vaccinated resident population, Berlin, October 2014 to August 2015. *Euro Surveill* 22(34):6–13
 94. Lampl BMJ, Lang M, Pregler M, Zowe M, Beck R, Schönberger K (2019) Management of a measles outbreak in a reception facility for asylum seekers in Regensburg, Germany. *Gms Hyg Infect Control* 14:1–6. <https://doi.org/10.3205/dgkh000322>
 95. Robert Koch-Institut (2010) Windpocken: Zu einer Häufung unter somalischen Asylsuchenden in zwei Aufnahmeeinrichtungen in München. *Epidemiol Bull* 48:479–481
 96. de Valliere S, Cani N, Grossenbacher M, Puig F, Masserey E, Bodenmann P (2011) Comparison of two strategies to prevent varicella outbreaks in housing facilities for asylum seekers. *Int J Infect Dis* 15(10):e716–21
 97. Mueller SM, Gysin S, Schweitzer M et al (2019) Implementation and evaluation of an algorithm for the management of scabies outbreaks. *BMC Infect Dis* 19:200. <https://doi.org/10.1186/s12879-019-3818-5>
 98. Grote U, Schleenvoigt BT, Happle C et al (2017) Norovirus outbreaks in German refugee camps in 2015. *Z Gastroenterol* 55(10):997–1003
 99. Freiberg A, Wienke A, Bauer L, Niedermaier A, Führer A (2020) Dental care for asylum-seekers in Germany: a retrospective hospital-based study. *Int J Environ Res Public Health* 17:2672
 100. Trummer U, Novak-Zezula S, Renner A, Wilczewskal (2018) Cost savings through timely treatment for irregular migrants and European Union citizens without insurance. *Eur J Public Health*. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky048.061>
 101. WHO (2010) A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion paper
 102. Abubakar I, Aldridge RW, Devakumar D et al (2018) The UCL—Lancet commission on migration and health: the health of a world on the move. *Lancet* 392:2606–2654. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32114-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32114-7)
 103. Gottlieb N, Ohm V, Knörnschild M (2021) The electronic health insurance card for asylum-seekers in Berlin: effects on the local health system. *Int J Health Policy Manag*. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2021.34>
 104. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (2018) Abschottung um jeden Preis? Wie sich die geplanten Ankerzentren auf Geflüchtete, Traumatisierte und die Gesellschaft auswirken
 105. Kwan M, Jeemi Z, Norman R, Dantas JAR (2023) Professional interpreter services and the impact on hospital care outcomes: an integrative review of literature. *Int J Environ Res Public Health*. <https://doi.org/10.3390/ijerph20065165>
 106. SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP (2021) Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021–2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), Bündnis 90 / Die Grünen und den Freien Demokraten (FDP)
 107. Mews C, Schuster S, Vajda C et al (2018) Cultural competence and global health: perspectives for medical education—position paper of the GMA committee on cultural competence and global health. *GMS J Med Educ* 35(3):Doc28. <https://doi.org/10.3205/ZMA001174>