

# Gesundheitssystem zwischen Krise und Integration: Lehren aus 30 Jahren Fluchtmigration

von Kayvan Bozorgmehr<sup>1</sup>, Louise Biddle<sup>2</sup> und Nora Gottlieb<sup>3</sup>

## ABSTRACT

**Deutschland erlebte wiederholt Zuwanderungsbewegungen flüchtender Menschen** aus verschiedenen Ländern. Der rechtliche Status, der Zugewanderten in den letzten 30 Jahren zugeteilt wurde, ist dabei sehr unterschiedlich. Der Beitrag untersucht, wie sich der Rechtsstatus auf die Gesundheit, soziale Determinanten und die gesundheitliche Versorgung auswirkt(e), und was das Gesundheitssystem in Deutschland aus der Versorgung der unterschiedlichen geflüchteten Menschen lernen kann. Dies erfolgt beispielhaft anhand der Analyse gesundheitlicher Auswirkung der Regelungen zu Verteilungsquoten, zu Wohnortauflagen, zur Unterbringung, zur Dauer des Asylverfahrens, zum Zugang zum Arbeitsmarkt, zum Familiennachzug und zu Ansprüchen auf Gesundheitsleistungen. Es wird deutlich, dass eine integrative Politik mit Blick auf Effektivität, Effizienz und Bedarfsgerechtigkeit die bessere Krisenantwort ist.

**Schlüsselwörter:** Flucht, Migration, Sozialsystem, Gesundheitsversorgung, Krise

*Germany has repeatedly seen immigration movements of refugees from various countries. In the last 30 years, the legal status granted to these immigrants varied. The article examines how different statuses affect(ed) health, social determinants, and health care, and what the health system in Germany can learn from providing care for different refugee groups. This is exemplified by the analysis of the health impact of regulations on distribution quotas, residence requirements, accommodation, duration of the asylum procedure, access to the labour market, family reunification, and entitlements to health services. It becomes clear that an inclusive policy is a more effective, efficient, and equitable response to the crisis.*

**Keywords:** flight, migration, welfare system, health care, crisis

## 1 Einleitung

In der heutigen Risikogesellschaft droht der Ausnahmezustand zum Normalzustand zu werden (Beck 2003). Die Krisenpermanenz des 21. Jahrhunderts bekräftigt diese These. Ereignisse wie die Finanz- und Weltwirtschaftskrise 2008, die sicht- und spürbaren Auswirkungen des Klimawandels, die Corona-Pandemie, die chronische Hungerkrise sowie die aktuell 56 bewaffneten Konflikte weltweit (Pettersson et al. 2021) wirken sich auf vielfältige Weise auf die gesamte Gesellschaft aus – nicht zuletzt

auch auf das Gesundheitswesen. Auch der Krieg in der Ukraine verdeutlicht dies: Die Angriffe auf zivile Infrastruktur und hierdurch entstehende Fluchtbewegungen führen zu immensen Herausforderungen für das Gesundheitssystem des Landes selbst sowie der umliegenden Länder (Kumar et al. 2022). So verzeichnete das Flüchtlingshilfswerk der Vereinten Nationen (UNHCR) seit Beginn des Krieges bis zum 9. Juni 2022 über 7,3 Millionen Grenzübertritte und über 4,9 Millionen registrierte geflüchtete Menschen aus der Ukraine in europäischen Ländern, davon ca. 780.000 in Deutschland (UNHCR 2022).

<sup>1</sup> Prof. Dr. med. Kayvan Bozorgmehr (M.Sc.), Universität Bielefeld · Fakultät für Gesundheitswissenschaften · AG Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung · Postfach 10 01 31 · 33501 Bielefeld sowie Universitätsklinikum Heidelberg · Sektion Health Equity Studies & Migration · Telefon: +49 521 106-6311 · E-Mail: kayvan.bozorgmehr@uni-bielefeld.de

<sup>2</sup> Louise Biddle (M.Sc.), Universität Bielefeld · Fakultät für Gesundheitswissenschaften · AG Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung · Postfach 10 01 31 · 33501 Bielefeld · Telefon: +49 521 106-6889 · E-Mail: louise.biddle@uni-bielefeld.de

<sup>3</sup> Dr. Nora Gottlieb (M. Sc., PhD) Universität Bielefeld · Fakultät für Gesundheitswissenschaften · AG Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung · Postfach 10 01 31 · 33501 Bielefeld · Telefon: +49 521 106-86877 · E-Mail: nora.gottlieb@uni-bielefeld.de

Als Reaktion auf die sich abzeichnenden Migrationsbewegungen aktivierte die Europäische Union (EU) im März 2022 erstmalig die „Massenzustrom-Richtlinie“ (*Europäische Kommission 2001*). Diese gewährt geflüchteten Menschen aus der Ukraine eine hohe Freizügigkeit; das heißt, sie müssen in Deutschland und allen anderen EU-Ländern nicht das üblicherweise langwierige und bürokratische Asylverfahren mit Einzelfallprüfung durchlaufen, sondern erhalten stattdessen auf Antrag einen vorübergehenden Schutzstatus bis zu einem Zeitraum von drei Jahren (*Mediendienst Integration 2022*). Somit sind sie sozialrechtlich den Bürgerinnen und Bürgern im Aufnahmeland weitgehend gleichgestellt. Die Bezeichnung der Richtlinie ist unglücklich; denn es handelt sich bei den Flüchtenden nicht um amorphe „Massen“, die wie eine Naturgewalt zu uns „strömen“, sondern um Menschen, die ihr Schicksal in die Hand nehmen, um Tod und Leid zu entfliehen. Unter Integrationsgesichtspunkten ist ihre Anwendung jedoch eine bis dato einzigartige Öffnung im europäischen Raum. Diese steht in krassm Widerspruch zum gleichzeitig fortbestehenden europäischen Asylregime, welches auf Abschottung, Abschreckung und Restriktion als Krisenantwort setzt und vor allem durch Uneinigkeit der EU-Länder im Umgang mit Fluchtmigration gekennzeichnet ist.

Die Anwendung der Richtlinie zeigt die politische Handlungsfähigkeit und Gestaltungsmacht im Asylkontext, die einerseits integrative Kraft entfalten kann, aber gleichzeitig an den Außengrenzen der EU dehumanisierende Zustände, zum Beispiel in den Elendslagern in Moria, seit Jahren hinnimmt beziehungsweise aktiv herbeiführt (*Orcutt et al. 2020*). Während Diskussionen um technokratische Verteilungsschlüssel in der EU den Umgang mit der Flüchtlingsbewegung aus Syrien dominierten, lagen bereits früh Vorschläge vor, die eine Freizügigkeit der flüchtenden Menschen, gekoppelt mit EU-übergreifenden Finanztransfers, vorsahen (*Bozorgmehr und Wahedi 2017*). Hierdurch, so der Vorschlag, könnten zum Beispiel Sozialleistungen und Kosten des Gesundheitssystems in den Aufnahmeländern in Abhängigkeit des real entstehenden Bedarfs refinanziert werden (*Biddle et al. 2020*), statt zu versuchen, Verteilungsschlüssel gegen den Willen einzelner EU-Länder und der flüchtenden Menschen durchzusetzen. Galt dies bis vor kurzem noch als utopisch, schafft die Politik durch ihren progressiven Umgang mit der Situation in der Ukraine nun Fakten, die im Grundsatz in diese Richtung gehen. Dies wirft die Frage auf, inwiefern eine integrative Politik die bessere Systemantwort – im Sinne von Effektivität, Effizienz und Bedarfsgerechtigkeit – auf die zahlreichen Krisen unserer Zeit darstellt.

In der Geschichte der Bundesrepublik gab es, bedingt durch geopolitische, militärische und wirtschaftliche Krisen, immer wieder größere Zuwanderungsbewegungen flüchtender Menschen. Allein seit 1990 sind Fluchtbewegungen unter anderem geprägt durch zwei Golfkriege im Irak, die Kriege im Balkan, den Zusammenbruch der Sowjetunion und die daraus resultierende Zuwanderung von (Spät-)Aussiedlerinnen und -Aussiedlern, so-

wie Kriege in Somalia, Afghanistan, Syrien und der Ukraine (um nur einige zu nennen).

Der rechtliche Status, der Zugewanderten in den letzten knapp 30 Jahren zugeteilt wurde, ist sehr unterschiedlich. Das Spektrum umfasst Menschen, die im Begriff sind, ein Asylgesuch zu stellen, und solche, die sich im laufenden Asylverfahren befinden (Asylbewerberinnen und -bewerber), Menschen mit einer Duldung (nach Ablehnung des Asylantrags und Aussetzung einer Abschiebung), mit subsidiärem beziehungsweise temporärem Schutz (dessen Verlängerung regelmäßig neu beantragt werden muss) oder einer unbefristeten Niederlassungserlaubnis. Darüber hinaus gibt es illegalisierte Migrantinnen und Migranten, die sich ohne gültigen Aufenthaltsstatus in Deutschland aufhalten, etwa weil sie in keine der geltenden Schutzkategorien passen und ein Asylantrag aussichtslos wäre. Zudem gibt es eine Reihe weiterer juristischer Kategorien, zum Beispiel Kontingentflüchtlinge (nach § 23 und § 24 des Aufenthaltsgesetzes, AufenthG), Aussiedler oder Spätaussiedler (nach § 4 Bundesvertriebenengesetz, BVFG), und Menschen aus sogenannten sicheren Herkunftsländern (nach § 29a Asylgesetz, AsylG).

Mit dem jeweiligen Rechtsstatus verknüpft ist eine Reihe unterschiedlicher, teils sehr komplexer Regelungen bezüglich der Ansprüche auf Sozialleistungen, der Abläufe im Asylverfahren sowie des Zugangs zu wichtigen sozialen Determinanten der Gesundheit wie Bildung, Arbeit und Wohnraum. Hierdurch können sich integrative, aber auch exkludierende Wirkungen entfalten (siehe Tabelle 1 für eine vereinfachende Darstellung). In einigen dieser juristischen Kategorien haben die zuständigen Behörden zudem einen erheblichen Ermessensspielraum bei der Gewährung von Sozialleistungen im Sinne der „Bleibeperspektive“, das heißt: einer Annahme über den Ausgang des Schutzgesuchs, die auf der individuellen Situation der Schutzsuchenden basiert (*Ziegler und Bozorgmehr 2021*). Durch die Vielzahl der rechtlichen Stratifizierungen entsteht ein Kontinuum, das hinsichtlich des Zugangs zu den sozialen Determinanten der Gesundheit und der Gesundheitsversorgung – zugespitzt formuliert – von einer faktischen Entrechtung der Schutzsuchenden (etwa im Falle von Illegalisierten) in graduellen, nichtlinearen Abstufungen bis zu einer vollständigen Gleichstellung mit deutschen Staatsbürgern (zum Beispiel im Falle von Aussiedlern oder Spätaussiedlern) reicht.

In diesem Beitrag gehen wir zwei zentralen Fragen nach:

1. Wie wirkt(e) sich der unterschiedliche Status auf die Gesundheit, deren soziale Determinanten und die gesundheitliche Versorgung der jeweiligen Gruppen geflüchteter Menschen aus?
2. Was kann und sollte das Gesundheitssystem in Deutschland aus der Versorgung der unterschiedlichen geflüchteten Menschen lernen?

Auf dieser Grundlage diskutieren wir Implikationen für die Systemantwort des Sozial- und Gesundheitssystems. In Ermangelung einer adäquaten Datenbasis zur Gesundheit und gesundheitlichen Versorgung geflüchteter Menschen ist dies keine leichte Aufgabe. Auch nach mehr als drei Dekaden der Fluchtmigration gibt es in Deutschland bisher kein funktionierendes Gesundheitsinformationssystem, aus dem – jenseits punktueller Ansätze – wichtige gesundheitliche Indikatoren, disaggregiert nach dem rechtlichen Status der Menschen, abgebildet werden könnten (*Biddle et al. 2021; Bozorgmehr et al. 2021; Bozorgmehr und Hövener 2021*). Um den oben genannten Fragen nachzugehen, greifen wir daher auf nationale und internationale empirische Studien zurück. Eine Verbesserung der Datenbasis ist zweifelsohne eine der essenziellen und dringlichsten Aufgaben, die in Bezug auf das Gesundheitssystem aus den bisherigen Krisen abzuleiten ist. Wie groß dieser Bedarf ist, hat zuletzt die Corona-Pandemie eindrücklich vor Augen geführt (*Jahn et al. 2022*).

## 2 Auswirkungen auf soziale Determinanten der Gesundheit

Soziale Determinanten der Gesundheit sind all jene wirtschaftlichen, gesellschaftlichen und kontextuellen Bedingungen, unter denen Menschen geboren werden, aufwachsen, lernen, arbeiten und altern und die entscheidend zu Unterschieden im Gesundheitszustand zwischen verschiedenen Gruppen beitragen (*WHO 2008*). Die Verteilung der sozialen Determinanten unterliegt größtenteils sozialpolitischen Institutionen und Vorgaben; diese wiederum sind von unterschiedlichen politischen Ideologien geprägt (*Braveman und Gottlieb 2014*). Durch kaskadenförmige Wechselwirkungen mit den sozialen Determinanten der Gesundheit entstehen gesundheitliche Ungleichheiten, die somit kein natürliches Phänomen, sondern vor allem das Ergebnis politischer Entscheidungen sind (*WHO 2008*). Der unterschiedliche rechtliche Status geflüchteter Menschen ist hierfür ein anschauliches Beispiel: Er wirkt sich sowohl direkt auf die Gesundheit als auch auf den (Nicht-)Zugang zu verschiedenen sozialen Determinanten der Gesundheit aus (*Jannesari et al. 2020*). Im Folgenden beschreiben wir einen Ausschnitt dieses Zusammenspiels.

### 2.1 Verteilungsquoten, Wohnortauflage und Residenzpflicht

Ukrainische Geflüchtete dürfen ihren Wohnort in Deutschland frei wählen; nur im Falle des Bezugs von Sozialleistungen gilt eine Wohnsitzauflage in dem Landkreis der für sie zuständigen Sozialbehörde. Allen anderen, die einen Asylantrag stellen, wird hingegen ein Wohnort zugewiesen; die Verteilung von Geflüchteten wird auf Bundesebene nach dem sogenannten

Königsteiner Schlüssel auf der Grundlage von Einwohnerzahlen und Steuereinnahmen geregelt. Auch (Spät-)Aussiedler wurden und werden anhand eines Quotensystems (auf Basis der Aussiedler-Zuweisungsverordnung und des Bundesvertriebenengesetzes) auf die Bundesländer verteilt. In einigen Bundesländern sind Geflüchtete dazu verpflichtet, bis zu drei Jahre in dem ihnen zugewiesenen Stadt- oder Landkreis zu wohnen (Wohnsitzauflage). Dies galt in den 1990er-Jahren auch für Aussiedler (*Reiss et al. 2013*). Diese Verteilung soll der Ballung von Geflüchteten in wenigen geografischen Regionen und damit einer sogenannten Ghettoisierung entgegenwirken und, im Falle von Asylantragstellenden, auch die Kosten der Leistungen für Geflüchtete gerechter verteilen (*Brücker et al. 2020*).

Jedoch stellt sich die Verteilung unter gesundheitlichen Gesichtspunkten als problematisch dar. Der Verteilungsprozess geht häufig mit vielen kurzfristigen Transfers zwischen verschiedenen Unterkünften einher. Diese können bei den Geflüchteten ein Gefühl von Kontrollverlust auslösen und die Kontinuität von gesundheitlichen Versorgungsprozessen und sozialen Kontakten unterbrechen (*Biddle et al. 2022*). Eine Studie aus den Niederlanden belegt eindrücklich negative Einflüsse häufiger Transfers auf die Gesundheit von geflüchteten Kindern (*Goosen et al. 2014*). Zudem zeigen Studien aus Deutschland, dass die derzeitige Verteilung mitnichten gleichmäßig ist: Gruppen mit einer erhöhten Vulnerabilität, wie Kinder und Geflüchtete über 65, wurden überproportional in strukturschwache Regionen verteilt (*Bozorgmehr 2017b; Bozorgmehr et al. 2018*). Dies ist dann problematisch, wenn der fehlende finanzielle Ausgleich für gesundheitliche Ausgaben den Ausbau notwendiger gesundheitlicher Infrastruktur oder die Bewilligung essenzieller gesundheitlicher Leistungen einschränkt (*Biddle et al. 2020*). Auch potenziell integrationsfördernde Aspekte wie die Arbeitsmarktbedingungen oder die lokale Verfügbarkeit von Sprachkursen und Bildungsangeboten werden bei der Verteilung nicht berücksichtigt (*Brücker et al. 2020*).

Die Lebensbedingungen am Wohnort, widerspiegelt zum Beispiel in Arbeitslosenquote, Bildungsniveau oder Steuereinnahmen, können sich auf die Gesundheit Geflüchteter auswirken. Studien aus Deutschland, Schweden und Dänemark zeigen den negativen Einfluss sozioökonomischer Deprivation des Wohnorts auf verschiedene Gesundheits-Outcomes wie kardiovaskuläre Erkrankungen (*Hamad et al. 2020*), Diabetes (*Hamad et al. 2020; White et al. 2016*) und Sterblichkeit (*Reiss et al. 2013*). Gleichzeitig zeigen Studien, dass sich ein hoher Bevölkerungsanteil von Migrantinnen und Migranten durchaus positiv auf die Gesundheit neu Zugewanderter auswirken kann (*Bécares et al. 2012*), was der postulierten Notwendigkeit einer breiten Verteilung widerspricht. Insgesamt scheinen für Geflüchtete die negativen gesundheitlichen Auswirkungen der derzeitigen Verteilungspolitik zu überwiegen. Eine Ausweitung der Freizügigkeit ukrainischer Geflüchteter auf andere Gruppen wäre aus gesundheitlicher Perspektive daher zu begrüßen.

TABELLE 1

## Der rechtliche Status von Zugewanderten und sein Einfluss auf gesundheitsrelevante Variablen

	Illegalisierte	Asylbewerberinnen und -bewerber
<b>Asylantragstellung</b>	keine oder abgelehnt	persönlich, in einer Außenstelle des Bundesamtes für Migration (BAMF)
<b>Verteilung</b>	nicht zutreffend	zwei- bis dreistufig: Stufe 1: nach Königsteiner Schlüssel zwischen 16 Bundesländern Stufe 2/3: nach landesspezifischen Quoten innerhalb der Bundesländer, zwischen Landkreisen und/oder Kommunen
<b>Wohnortauflage/ Residenzpflicht</b>	nicht zutreffend	ja, auf Ebene der Bundesländer und/oder der Stadt-/Landkreise und Kommunen
<b>Unterbringung</b>	klandestin privat (nicht regulär gemeldet)	ein- bis zweistufig: Stufe 1: Landesregistrierungsstellen oder ANKER-Einrichtungen Stufe 2: Sammelunterkünfte der Landkreise – in Abhängigkeit vom Herkunftsland, zum Beispiel sichere Herkunftsstaaten ausschließlich in Stufe 1 bis zum Abschluss des Verfahrens, der freiwilligen Ausreise oder der Rückführung
<b>Dauer des Asylverfahrens</b>	nicht zutreffend	abhängig vom Herkunftsland: – beschleunigtes Verfahren (Syrien), mittlere Dauer circa 6–7 Monate – normales Verfahren: Dauer bis zu 16 Monate
<b>Zugang zum Arbeitsmarkt</b>	keine Arbeitserlaubnis, Arbeitsschutzgesetze gelten formal dennoch	– eingeschränkt – Nachrangigkeitsprinzip während des laufenden Asylverfahrens – keine Arbeitserlaubnis während des Aufenthalts in Landeserstaufnahme- einrichtungen (aktuell: bis 18 Monate nach Ankunft)
<b>Familiennachzug</b>	nicht legal möglich	eingeschränkt und seit 2015 stark verschärft
<b>Gesundheitsversorgung/ Leistungsspektrum</b>	eingeschränkt nach §§ 4 und 6 AsylbLG, de facto droht bei Nutzung regulärer Versorgung als Konsequenz die Meldung an Innenbehörden – Versorgung vor allem über zivilgesell- schaftlich-med. Parallelstrukturen	– eingeschränkt nach § 4 AsylbLG – weitergehende Versorgung nach § 6 AsylbLG möglich nach Einzelfallprüfung und als Ermessensleistung (kein Anrecht) – nach 18 Monaten: Einzelfallprüfung auf Analogleistungen nach SGB II und XII gemäß § 2 AsylbLG* – Ausnahmen: Hamburg und Bremen
<b>Gesundheitsuntersuchung</b>	– keine – Möglichkeit der Nutzung anonymer Sprechstunden sexuell übertragbarer Erkrankungen im Öffentlichen Gesund- heitsdienst (ÖGD)	– gemäß § 62 AsylG und § 36 IfSG: Untersuchung auf Lungentuberkulose und sonstige übertragbare Erkrankungen – Untersuchungsspektrum in Landesverordnungen spezifiziert und in 16 Bundes- ländern unterschiedlich – PCR-Testung auf SARS-CoV-2-Infektion
<b>Krankenschein</b>	ja, mit Konsequenz der Abschiebung	innerhalb der ersten 18 Monate nach Ankunft (Ausnahmen: acht Bundesländer)
<b>Elektronische Gesundheitskarte (eGK)</b>	nein	– innerhalb der ersten 18 Monate in fünf Bundesländern flächendeckend sowie in vier Bundesländern in einzelnen Kommunen; sonst nach 18 Monaten als Ermessensleistung – keine eGK für Personen aus sicheren Herkunftsländern
<b>Kostenübernahme für Sprach- mittlung/Dolmetscherkosten</b>	nach §§ 4, 6 AsylbLG de jure möglich	nach §§ 4, 6 AsylbLG de jure möglich

\* Wartezeiten bis zum Erhalt von Analogleistungen wurden in den letzten Jahrzehnten immer wieder geändert. Vor 1994: keine Wartezeit. 1994–1996: 12 Monate. 1997–2006: 36 Monate. 2007–(März) 2015: 48 Monate. (März) 2015–(August) 2019: 15 Monate. Ab (September) 2019 bis jetzt: 18 Monate.

Kontingentflüchtlinge	Schutzstatus nach EU-Massenzustromrichtlinie	Aussiedler/Spätaussiedler
persönlich, im Ausland (über UNHCR/IOM)	online (auf dem Bundesgebiet)	Aufnahmegesuch, persönlich in einer Außenstelle des Bundesamtes für Migration (BAMF)
zwischen Nationalstaaten, anschließend analog zu Asylbewerbern	keine Verteilung zwischen Nationalstaaten oder Bundesländern, Bewegungsfreiheit nicht eingeschränkt, Ausnahme: ukrainische Geflüchtete, die nicht privat unterkommen und Bedarf an einer Unterbringung in einer Aufnahmeeinrichtung haben	Verteilung anhand administrativer Quoten
ja, Ausnahme: – sozialversicherungspflichtige Beschäftigung – Familienangehörige in einem anderen als dem zugeteilten Ort	nein, Ausnahme: – Bezug von Sozialleistungen – sofern nicht privat untergebracht, Wohnortauflage auf Ebene des Bundeslandes	ja, Ausnahme: – sozialversicherungspflichtige Beschäftigung – Familienangehörige in einem anderen als dem zugeteiltem Ort
ein- bis dreistufig: Stufe 1: Landesregistrierungsstellen oder ANKER-Einrichtungen Stufe 2: Sammelunterkünfte der Landkreise Stufe 3: private Unterkünfte in Gemeinden	direkt in privaten Unterkünften oder bei Bedarf in einer Aufnahmeeinrichtung/Behelfsunterkunft, bis eine private Unterkunft verfügbar ist	kurzfristig in Aufnahmeeinrichtungen, dann Zuweisung in Kommunen
temporärer Schutzstatus bei Ankunft bereits gewährt	temporärer Schutzstatus auf Antrag ohne Einzelfallprüfung bei Ankunft gewährt	permanentes Aufenthaltsrecht beziehungsweise deutsche Staatsbürgerschaft bei Ankunft gewährt
uneingeschränkt	uneingeschränkt	uneingeschränkt
mit Auflagen möglich	uneingeschränkt	Bis 2005 uneingeschränkt, seit 2005 stärkere Einschränkung
keine Einschränkung, Leistungen gemäß SGB II und SGB XII	– bis 1. Juni 2022 formal eingeschränkt nach §§ 4, 6 AsylbLG – ab 1. Juni: eine Einschränkung, Leistungen gemäß SGB II und SGB XII	keine Einschränkung, Leistungen gemäß SGB II und SGB XII
– analog zu Asylbewerbern – ergänzt durch Prämigrations-Health-Checks durch IOM/UNHCR	– keine – im Falle der Unterbringung in Sammelunterkünften analog zu Asylbewerbern	– keine – im Falle der Unterbringung in Sammelunterkünften analog zu Asylbewerbern
während Aufenthalt in Aufnahmeeinrichtungen	bis 1. Juni 2022: Krankenschein	nein
nach Zuweisung in Kommunen/Landkreise	ab 1. Juni 2022: ja	ja
gemäß SGB II und SGB XII nicht möglich	gemäß SGB II und SGB XII nicht möglich	gemäß SGB II und SGB XII nicht möglich

## 2.2 Unterbringung und Wohnraum

Von der Frage der Freizügigkeit hängt auch die Unterbringungssituation ab. Gemäß Aufenthaltsgesetz müssen sich Menschen, die in Deutschland Asyl beantragen, in einer Außenstelle des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge registrieren und ihren Antrag persönlich stellen (Tabelle 1). Sie müssen dann für bis zu 18 Monate in Erstaufnahmeeinrichtungen leben und sich Zimmer und Sanitäranlagen mit teils mehreren Personen außerhalb des eigenen Haushalts teilen. Die hygienischen Bedingungen sind oft schlecht. Mangelnde Privatsphäre, Lärm sowie das Risiko für physische und sexuelle Gewalt beeinträchtigen die Gesundheit und das Sicherheitsgefühl (Gewalt et al. 2019). Fehlende Kochmöglichkeiten und zentrale Essenausgaben zu festen Zeiten, verknüpft mit einem Sachleistungsprinzip, schränken die Autonomie ein, worunter insbesondere Schwangere und geflüchtete Kinder leiden (Gewalt et al. 2018). Nach einem Transfer in eine Gemeinschaftsunterkunft in einen den Menschen zugewiesenen Landkreis ist zumindest oft eine Kochmöglichkeit, die jedoch meist geteilt werden muss, gegeben. Aufgrund fehlender verbindlicher Standards für die Unterbringung variiert der Zustand der Unterkünfte erheblich. So wiesen in einer für Baden-Württemberg repräsentativen Untersuchung über die Hälfte der Gemeinschaftsunterkünfte eine schlechte bis sehr schlechte Qualität auf, und deren Bewohnerinnen und Bewohner hatten tendenziell höhere psychische Belastungen als Geflüchtete in besseren Unterkünften (Mohsenpour et al. 2021). Das Risiko für Infektionserkrankungen ist ebenfalls erhöht: Die meisten meldepflichtigen Erkrankungen bei Geflüchteten in Sammelunterkünften lassen sich durch bessere Hygiene, geringere Belegungsdichte und Immunisierungen verhindern (Kühne und Gilsdorf 2016). Auch im Zuge der Coronavirus-Pandemie war das Infektionsrisiko in Sammelunterkünften erhöht (Bozorgmehr et al. 2020), insbesondere dann, wenn eine ganze Einrichtung kollektiv und ohne Nachverfolgung von Kontaktpersonen unter Quarantäne gestellt wurde (Jahn et al. 2022).

Die internationale Literatur weist auf die immense Bedeutung einer adäquaten Unterbringung für die körperliche und psychische Gesundheit geflüchteter Menschen hin (Ziersch und Due 2018). Kleinere oder private Unterkünfte sind mit einem besseren psychischen Gesundheitszustand verbunden (Porter und Haslam 2005), auch in Deutschland (Dudek et al. 2022). In diesem Sinne ist zu erwarten, dass die Abkehr von der verpflichtenden Unterbringung geflüchteter Menschen aus der Ukraine in Sammelunterkünften mit Gesundheitsgewinnen einhergeht. So bieten Sammelunterkünfte bei Bedarf, das heißt, wenn es keine private Unterbringungsmöglichkeit am Ankunftsort gibt, einen ersten Schutz sowie kurzfristig Verpflegung und Herberge. Jedoch werden die Menschen nicht per Gesetz gezwungen, länger als nötig in diesen Kontexten zu verbleiben, wodurch gesundheitsgefährdende Einflüsse der Sammelunterbringung reduziert werden.

## 2.3 Dauer des Asylverfahrens

Lange Bearbeitungszeiten des Asylantrags (Tabelle 1) und damit verbundene Unsicherheiten wirken sich negativ auf die physische und psychische Gesundheit aus. In diesem Zusammenhang sind sowohl die Länge als auch der Ausgang des Asylverfahrens von Bedeutung (Jannesari et al. 2020; Li et al. 2016). Ein längeres Asylverfahren scheint mit einem höheren Risiko von Depressionen, Angststörungen und somatoformen Störungen einherzugehen, was auch den mit dem Asylverfahren verbundenen Lebensumständen zuzuschreiben ist (Laban et al. 2004). In Deutschland durchgeführte Studien zeigen ebenfalls, dass das Warten auf den Ausgang des Asylverfahrens negative Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden hat (Grochtdreis et al. 2020; Walther et al. 2020b) und mit erhöhtem Auftreten von posttraumatischen Belastungsstörungen (Comtesse und Rosner 2019) sowie Depressionen (Nutsch und Bozorgmehr 2020; Winkler et al. 2019) verbunden ist.

Vereinfacht ausgedrückt führt der Ausgang des Asylverfahrens entweder zu einem unbefristeten, sicheren oder zu einem temporären und damit unsicheren Aufenthaltsstatus (beziehungsweise dem Entzug desselben). Studien zeigen, dass ein temporärer Aufenthaltsstatus mit einem höheren Risiko posttraumatischer Belastungsstörungen, Depressionen oder Angststörungen verbunden ist (Li et al. 2016; Hajak et al. 2021). Das Ausmaß psychischer Belastungen steigt, die gesundheitsbezogene Lebensqualität sinkt und die Stärke psychischer Störungen nimmt zu, je kürzer die Befristung des Aufenthaltsstatus ist (Grochtdreis et al. 2020; Walther et al. 2020a; Walther et al. 2020b).

## 2.4 Zugang zum Arbeitsmarkt

Eine zentrale Rolle für die psychische Gesundheit Geflüchteter spielt der Zugang zu einer nachhaltigen beruflichen Beschäftigung (Jannesari et al. 2020; Li et al. 2016; Porter und Haslam 2005). Eingeschränkte berufliche und wirtschaftliche Perspektiven, zum Beispiel aufgrund von Nichtanerkennung beruflicher Abschlüsse oder Diskriminierung auf dem Arbeitsmarkt, wirken sich negativ auf die Gesundheit Geflüchteter aus (Porter und Haslam 2005). Eine reguläre Beschäftigung ist mit vermindertem Stress und besserem psychischen Wohlergehen verbunden (Grochtdreis et al. 2020; Kaltenbach et al. 2018), insbesondere bei männlichen Geflüchteten (Walther et al. 2020b). Arbeitslosigkeit und Unterbeschäftigung hingegen sind mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für eine posttraumatische Belastungsstörung (von Haumeder et al. 2019) und einem bis zu zweifach erhöhten Risiko einer Depression verbunden (Nutsch und Bozorgmehr 2020). Geflüchtete selbst berichten, dass Arbeitslosigkeit oder eine minderwertige Beschäftigung relativ zu ihrer beruflichen Qualifikation zu „niedrigem Selbstwertgefühl, Frustration und einem Gefühl der Verzweiflung“ führen (von Haumeder et al. 2019).

## 2.5 Familiennachzug

Im Fluchtcontext gilt die Familie als besonders wichtiges soziales Netzwerk, das die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten vor, während und nach der Flucht beeinflusst (Nesterko und Glaesmer 2016). Studien zeigen zudem, dass familiäre Netzwerke nach der Ankunft als Ressource für die Integration dienen können, indem sie Neuankömmlingen wichtige Informationen und Kontakte vermitteln oder allgemein als Puffer für den sogenannten akkulturativen Stress dienen (Lamba und Krahn 2003). Familiäre Beziehungen können sich jedoch während und nach der Flucht auch ändern, und die Möglichkeiten, solche Netzwerke aufrechtzuerhalten, sind unter anderem durch die Asylsysteme der jeweiligen Aufnahmeländer bedingt. So haben sich in Deutschland in den letzten Jahren die Regelungen des Familiennachzugs für Geflüchtete je nach Rechtsstatus oft verändert (Tabelle 1). Zwischen 2016 und 2018 wurde beispielsweise der Familiennachzug für Personen mit subsidiärem Schutz ausgesetzt (Gambaro et al. 2018). Aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive gibt es gute Evidenz für den positiven Einfluss des Familiennachzugs auf das allgemeine Wohlbefinden (ebenda; Löbel 2020) und die psychische Gesundheit (Löbel und Jacobsen 2021) von Geflüchteten. Von den negativen Auswirkungen des „Wartens auf die Familie“ sind vor allem alleinreisende Männer mit Familie im Heimatland stark betroffen (Hvidtfeldt et al. 2022). Der Blick in die gesundheitswissenschaftliche Literatur zeigt jedoch auch, dass die Evidenz zum Zusammenhang zwischen Gesundheit und Familiennachzug trotz der Wichtigkeit des Themas für Geflüchtete und dessen hoher politischer Brisanz noch unzureichend untersucht wurde.

## 3 Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung

### 3.1 Gesundheitsuntersuchung und Schutzbedarfsidentifizierung

Mit der verpflichtenden Unterbringung in Sammelunterkünften geht auch eine gesetzlich verpflichtende Gesundheitsuntersuchung (nach § 62 AsylG) für geflüchtete Menschen einher. Diese dient der Erkennung von Infektionskrankheiten, allen voran der Lungentuberkulose. Gemäß föderaler Regelungen werden eine Reihe von Untersuchungen verpflichtend (Wahedi et al. 2016) und teils ohne Beachtung herkunftslandbezogener und individueller Risiken durchgeführt, was sich in vergangenen Fluchtbewegungen als medizinisch, ethisch und ökonomisch nicht zielführend erwies (Bozorgmehr et al. 2017a). So wurden im Jahr 2015 die knappen Ressourcen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes dafür eingesetzt, eine immens hohe Anzahl von Reihenunter-

suchungen bei Personen durchzuführen, die aufgrund der epidemiologischen Bedingungen ihrer Herkunftsländer (zum Beispiel Syrien) ein eher niedriges Tuberkulose-Risiko hatten (Bozorgmehr et al. 2019). Just diese auf das Herkunftsland bezogene Betrachtung rechtfertigt jedoch gemäß der Empfehlungen des Europäischen Zentrums für die Kontrolle von Infektionserkrankungen (ECDC) bei Geflüchteten aus der Ukraine eine Untersuchung auf Tuberkulose als Früherkennungsmaßnahme. Zudem sind chronische Erkrankungen zu berücksichtigen. Da Geflüchtete aus der Ukraine nicht notwendigerweise in Sammelunterkünften unterkommen (Tabelle 1), muss jegliche Früherkennung im ambulanten Versorgungssystem stattfinden, wofür dieses aber aufgrund der fehlenden Sensibilisierung für bevölkerungsmedizinische Aspekte nicht optimal aufgestellt ist. Die Früherkennung anderer Probleme Geflüchteter, wie psychischer Erkrankungen oder Behinderungen, die von der Europäischen Kommission gefordert wird, erfolgt hingegen auch heute bei der Aufnahme nicht systematisch und nur lückenhaft (vom Felde et al. 2020). Somit wurden diesbezügliche Bedarfe nicht nur bei früheren, sondern auch in der aktuellen Fluchtbewegung mit großer Wahrscheinlichkeit erst spät erkannt und adressiert.

### 3.2 (Un-)Eingeschränkte Ansprüche auf gesundheitliche Leistungen

Bis 1993 war die gesundheitliche Versorgung bedürftiger Personen und Gruppen mit Aufenthalt in Deutschland, inklusive Geflüchteter und Zugewanderter, einheitlich durch das Bundessozialhilfegesetz (§ 120 Abs. 1, 2 BSHG) geregelt. Dies änderte sich 1993 mit dem Inkrafttreten des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG), das faktisch einige Gruppen aus dem BSHG ausschloss und für sie ein separates System mit eingeschränktem Leistungsumfang schuf. Diese Gruppen umfassen Geflüchtete vor Einreichung ihres Asylgesuchs, Asylsuchende oder Asylbewerber im laufenden Verfahren, Personen mit temporärem oder subsidiärem Schutzstatus, Personen mit Duldung, abgelehnte Asylbewerber sowie Personen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus (Gottlieb und Schülle 2020). Das AsylbLG sieht für die oben genannten Gruppen Einschränkungen der gesundheitlichen Leistungen im Vergleich zu Sozialhilfeempfängern (entsprechend Sozialgesetzbuch, SGB) vor (s. Tabelle 1). So soll sich zum Beispiel die medizinische Versorgung auf die „Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände“ (§ 4 AsylbLG) beschränken. Zahnersatz soll nur gewährt werden, „soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist“ (ebenda). Nach § 6 AsylbLG können weitere Leistungen im Einzelfall gewährt werden; dies liegt weitgehend im Ermessen der Sachbearbeiter bei den bewilligenden Sozialämtern.

Geflüchtete erhalten Zugang zum vollen Leistungsumfang entsprechend SGB, wenn sie sich 18 Monate ununterbrochen in Deutschland aufgehalten haben und von den Behörden als

kooperativ im Hinblick auf das Asylverfahren erachtet werden (Analogleistungen nach § 2 AsylbLG), oder wenn sie Flüchtlingsstatus erhalten haben (Sozialleistungen nach SGB).

Zu Zusammenhängen zwischen den oben genannten Leistungseinschränkungen und der Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen zeichnen Studien ein recht einheitliches Bild: Leistungseinschränkungen gehen einher mit einer geringen Nutzung ambulanter fachärztlicher, psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung bei gleichzeitiger hoher Inanspruchnahme von Notfallversorgung und stationärer Behandlung sowie einer hohen Rate an ambulant-sensitiven Hospitalisierungen, also Hospitalisierungen, die durch eine rechtzeitige und angemessene ambulante Behandlung hätten verhindert werden können (*Bauhoff und Göppfarth 2018; Biddle et al. 2019; Gottlieb et al. 2020; Lichtl et al. 2017*). Asylsuchende, für die Leistungseinschränkungen gelten, verzichten fast viermal häufiger auf benötigte Arztbesuche als gesetzlich Versicherte (*Schneider et al. 2015*), während die Inanspruchnahme von Notfallversorgung, die Hospitalisierungsrate und die Einweisung mit einer psychiatrischen Diagnose doppelt so hoch sind wie bei gesetzlich Versicherten (*Bauhoff und Göppfarth 2018*).

Illegalisierte Personen nehmen aus Angst vor Abschiebung selbst die wenigen Gesundheitsleistungen, die ihnen theoretisch zustehen, oft nicht wahr (Tabelle 1), denn aufgrund aufenthaltsrechtlicher Vorschriften müssen Leistungserbringer und -träger in bestimmten Fällen Personen ohne aufenthaltsrechtlichen Status an die Ausländerbehörde melden (*Castañeda 2009*). Dadurch entstehen Defizite in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus, selbst in essenziellen Bereichen wie der Mutter-und-Kind-Gesundheit, der Versorgung akuter Erkrankungen und Verletzungen (*Castañeda 2009; Schade et al. 2015; Schlöpker et al. 2009; Winters et al. 2018*) oder der Behandlung infektiöser Krankheiten (*Mylius und Frewer 2015*). Aus Spanien gibt es eindruckliche Evidenz zu den gesundheitlichen Folgen: Im Zuge der Finanzkrise (2008) wurden Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus vom universellen Gesundheitssystem ausgeschlossen. In der Folge nahm die Gesamtsterblichkeit sowie die Sterblichkeit an onkologischen sowie infektiologischen Todesursachen bei den entsprechenden Migrantengruppen zu (*Mestres et al. 2021*).

Leistungseinschränkungen tragen somit nachweislich dazu bei, dass geflüchtete Menschen weniger bedarfsgerecht durch Angebote der medizinischen Versorgung erreicht werden. Gleichzeitig benötigen diejenigen Patienten, die dennoch eine Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen, dann oftmals mehr und aufwendigere Behandlungen. So gehen Leistungseinschränkungen bei geflüchteten Menschen in

Deutschland letztendlich mit höheren Kosten für die Versorgung einher (*Bozorgmehr und Razum 2015; Holleder 2020*). Die Aufhebung von Leistungseinschränkungen sollte somit nicht nur Aussiedlern und Geflüchteten aus der Ukraine, sondern allen Schutzsuchenden zugutekommen, um eine bedarfsgerechte, effiziente und diskriminierungsfreie Versorgung zu realisieren.

Gleichzeitig hat die Regelversorgung einen wichtigen Nachteil: Im Rahmen des SGB können Dolmetscherkosten bei der medizinischen Versorgung nicht übernommen werden, wohingegen dies unter den Regelungen des AsylbLG möglich ist (Tabelle 1). Aufgrund der zentralen Rolle von Sprachmittlung zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen Versorgung wäre es sinnvoll, wenn die Möglichkeit der Kostenübernahme auch Eingang in das SGB fände.

### 3.3 Zugang zu Versorgung: Krankenschein versus elektronische Gesundheitskarte (eGK)

Querliegend zu den Rechtsansprüchen gibt es in Deutschland einen Flickenteppich an Regelungen, die den (Nicht-)Erhalt einer elektronischen Gesundheitskarte (eGK) für Geflüchtete regeln. Nur fünf Bundesländer erteilen Geflüchteten direkt nach Ankunft eine eGK; in vier weiteren Bundesländern haben nur einzelne Kommunen die eGK eingeführt. In den restlichen Bundesländern und Kommunen benötigen Geflüchtete für jeden Arztbesuch einen Krankenschein der zuständigen Sozialbehörde (*Gottlieb und Schülle 2021*). Hierdurch wird die Zuweisung zu Bundesländern zu einer Lotterie, die über den Zugang zum Gesundheitssystem entscheidet (*Razum et al. 2016*).

Mit der eGK gehen auch unter den Bedingungen eines eingeschränkten Leistungsspektrums zahlreiche positive Auswirkungen auf Versorgungsmuster, Gesundheitsoutcomes sowie auf Kosten und administrative Prozesse einher. So liegen gesicherte Erkenntnisse darüber vor, dass die Einführung der eGK für Asylsuchende administrative Prozesse erleichtert, Verwaltungskosten reduziert, Hürden bei der Inanspruchnahme von Leistungen für Asylsuchende abbaut, die Abrechnungsprozesse für Leistungserbringer erleichtert und sich sowohl auf die psychische Gesundheit als auch den selbst berichteten allgemeinen Gesundheitszustand Geflüchteter positiv auswirkt (*Gold et al. 2021*). Gleichzeitig gibt es keine Hinweise auf eine durch die eGK hervorgerufene übermäßige Inanspruchnahme der medizinischen Infrastruktur (*Gottlieb et al. 2021*). Somit ist der frühzeitige Erhalt der eGK für Geflüchtete aus der Ukraine eine sehr gute Systemantwort, die aber gleichzeitig Ungleichheiten innerhalb der Gruppe der in Deutschland Schutz suchenden Personen vergrößert. Diese Ungleichheiten wären durch eine flächendeckende Einführung der eGK im Sinne einer bedarfsgerechten und effizienten Versorgung dringend abzubauen.



## 4 Lehren für ein integratives Gesundheitssystem

Die wissenschaftliche Evidenz zeigt, dass der rechtliche Status eine immense Wirkmacht entfalten und die Gesundheit sowie deren Determinanten maßgeblich beeinflussen kann. So zieht der Ausschluss von sozialer Teilhabe eine schlechtere Gesundheit der geflüchteten Menschen nach sich, die wiederum im Sinne einer „Reparaturmedizin“ durch das Gesundheitssystem aufgefangen werden muss. Kombiniert mit restriktiven Regelungen des Zugangs zu eben solcher medizinischen Versorgung entsteht eine Spirale, die vermeidbare Kosten, Mehraufwand und Leiden generiert und somit die Wohlfahrt im System reduziert. Am Beispiel von (Spät-)Aussiedlern und der aktuellen Zuwanderung aus der Ukraine wird deutlich, dass eine andere Systemantwort auf Krisen möglich ist.

Der migrationspolitisch motivierte Ausschluss einzelner Gruppen zum vermeintlichen Schutz des Sozialstaats scheint genau das Gegenteil zu erreichen. Es werden immense Ressourcen für das Prüfen und Kontrollieren unterschiedlicher Ansprüche und das Verwehren von Leistungen (das heißt letztendlich für Stratifizierung und Exklusion) aufgewendet. Diese Ressourcen könnten für die Förderung von Integration, Gleichberechtigung und Teilhabe genutzt werden.

Diese konfliktreiche Doppelrolle ist dem Sozialstaat inhärent, der einerseits Integration, Inklusion und Teilhabe fördern soll, gleichzeitig aber auch unterschiedliche Ansprüche feststellen, kontrollieren und implementieren muss (*Esping-Andersen 1990*). Diese Doppelrolle auszubalancieren ist jedoch eine gesellschaftliche und politische Frage, nicht zuletzt auch, um in der Gesellschaft Akzeptanz für die Entscheidungen herzustellen. Die Ungleichbehandlung innerhalb der heterogenen Gruppe der Geflüchteten wird zunehmend auch zu einem normativen Problem. So haben zum Beispiel Dissidenten aus Russland und Menschen aus der Ukraine, die beide vor demselben Aggressor fliehen, fundamentale unterschiedliche Chancen auf Teilhabe und gesundheitliche Versorgung in Deutschland.

Aus rein gesundheitlicher Perspektive sollte der integrative Umgang mit Geflüchteten aus der Ukraine als Modell für den Umgang mit Geflüchteten aus anderen Ländern dienen. So könnte die Einzelfallprüfung des Asylverfahrens beibehalten, das Verfahren jedoch von Ansprüchen auf Gesundheitsleistungen entkoppelt werden, sodass diese gemäß des Regelsystems diskriminierungsfrei ab Ankunft gewährt werden. Die Evidenz zeigt, dass dies administrativ, ethisch, ökonomisch und gesundheitlich von Vorteil ist. Ängste, dass eine solche Regelung als Zuwanderungsmagnet fungieren könnte, sind unbegründet: Sowohl die Schweiz als auch Österreich haben

keine Leistungseinschränkungen für Geflüchtete, und dennoch wandern Menschen nicht massenhaft in diese Nachbarländer Deutschlands ein. Sinnvoll wäre in diesem Zusammenhang auch eine Abkehr von der verpflichtenden Zentralisierung der Unterbringung, die sich im Zuge der Pandemie als systemische Vulnerabilität erwiesen hat und eine „Krise in der Krise“ auslöste.

Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht sind mit der Freizügigkeit nur wenige Nachteile verbunden, so zum Beispiel größere Herausforderungen bei der Früherkennung von infektiösen oder chronischen Erkrankungen, die nunmehr aus dem Regelsystem heraus erfolgen müsste, sowie die fehlende Möglichkeit der Übernahme von Dolmetscherkosten. Hier zeigt sich Transformationsbedarf im Regelsystem, um den Bedarfen einer von Diversität und Mobilität geprägten Bevölkerung gerecht zu werden – zum Beispiel durch einen verstärkten Einsatz aufsuchender Maßnahmen im Kontext der gesundheitlichen Versorgung geflüchteter Menschen oder durch die routinemäßige Übernahme von Dolmetscherkosten im Rahmen des SGB. Diese Transformation stellt eine notwendige Anpassung des Gesundheitssystems an die Anforderungen einer von Diversität geprägten Gesellschaft dar, die nicht nur Geflüchteten zugutekäme, sondern darüber hinaus beispielsweise auch älteren Menschen, Menschen mit Behinderungen und anderen Gruppen von Zugewanderten.

Als Fazit lässt sich festhalten, dass eine Systemantwort, die nicht anhand immer feiner granulierter Rechtskategorien über Teilhabe oder Ausschluss entscheidet, mit größeren Gewinnen für Gesundheit und gesundheitliche Gerechtigkeit verbunden wäre und dazu beitragen könnte, dass aus Krisen Chancen werden. Essenzielle Leistungen des Sozial- und Gesundheitssystems sollten unserer Auffassung nach ausschließlich den bewährten Prinzipien der Notwendigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von medizinischen Leistungen sowie dem verfassungsrechtlich verankerten Grundsatz der Angleichung der Lebenschancen und der sozialen Gerechtigkeit als primärer Aufgabe des Sozialstaats unterliegen.

### Literatur

- Bauhoff S, Göppfarth D (2018):** Asylum-Seekers in Germany Differ from Regularly Insured in their Morbidity, Utilizations and Costs of Care. *PLOS ONE*, Vol. 13, No. 5
- Bécares L et al. (2012):** Ethnic Density Effects on Physical Morbidity, Mortality, and Health Behaviors: a Systematic Review of the Literature. *American Journal of Public Health*, Vol. 102, No. 12, e33–e66
- Beck U (2003):** Risikogesellschaft: Auf dem Weg in eine andere Moderne. Berlin: Suhrkamp

- Biddle L et al. (2019):** Health Monitoring among Asylum Seekers and Refugees: a State-wide, Cross-sectional, Population-based Study in Germany. *Emerging Themes in Epidemiology*, Vol. 16, No. 1, 3
- Biddle L et al. (2021):** Monitoring the Health and Healthcare Provision for Refugees in Collective Accommodation Centres: Results of the Population-based Survey RESPOND. *Journal of Health Monitoring*, Vol. 6, No. 1
- Biddle L et al. (2022):** The Patient Journey of Newly Arrived Asylum Seekers and Responsiveness of Care: A Qualitative Study in Germany. *PLOS ONE*, Vol. 17, No. 6, e0270419
- Biddle L, Mladovsky P, Bozorgmehr K (2020):** Health Financing for Asylum Seekers in Europe: Three Scenarios towards Responsive Financing Systems. In: Bozorgmehr K, Roberts B, Razum O, Biddle L (Eds.): *Health Policy and Systems Responses to Forced Migration*. Cham: Springer International Publishing, 77–98
- Bozorgmehr K et al. (2017a):** Infectious Disease Screening in Asylum Seekers: Range, Coverage and Economic Evaluation in Germany, 2015. *Eurosurveillance*, Vol. 22, No. 40
- Bozorgmehr K et al. (2017b):** Regional Deprivation is Associated with the Distribution of Vulnerable Asylum Seekers: a Nationwide Small Area Analysis in Germany. *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol. 71, No. 9, 857–862
- Bozorgmehr K et al. (2018):** Germany: Financing Health Services Provided to Asylum Seekers. In: *Compendium of Health System Responses to Large-scale Migration in the WHO European Region*. Copenhagen: World Health Organization, 38–47
- Bozorgmehr K et al. (2019):** Using Country of Origin to Inform Targeted Tuberculosis Screening in Asylum Seekers: a Modelling Study of Screening Data in a German Federal State, 2002–2015. *BMC Infectious Diseases*, Vol. 19, No. 1, 304
- Bozorgmehr K et al. (2020):** SARS-CoV-2 in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete: Epidemiologische und normativ-rechtliche Aspekte. Bremen: Kompetenznetz Public Health COVID-19
- Bozorgmehr K, Biddle L, Razum O (2021):** Das Jahr 2015 und die Reaktion des Gesundheitssystems: Bilanz aus einer Resilienzperspektive. In: Zeeb SJ, Zeeb H (Hrsg.): *Handbuch Migration und Gesundheit*. Bern: Hogrefe, 243–256
- Bozorgmehr K, Hövener C (2021):** Monitoring Refugee Health: Integrative Approaches Using Surveys and Routine Data. *Journal of Health Monitoring*, Vol. 6, No. 1, 3–6
- 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*, Vol. 10, No. 7, e0131483
- Bozorgmehr K, Wahedi K (2017):** Reframing Solidarity in Europe: Frontex, Frontiers, and the Fallacy of Refugee Quota. *The Lancet Public Health*, Vol. 2, No. 1, e10–e11
- Braveman P, Gottlieb L (2014):** The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes. *Public Health Reports*, Vol. 129, Suppl 2, 19–31
- Brücker H, Hauptmann A, Jaschke P (2020):** Beschränkungen der Wohnortwahl für anerkannte Geflüchtete: Wohnsitzauflagen reduzieren die Chancen auf Arbeitsmarktintegration. IAB-Kurzbericht, No. 3. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), Nürnberg
- Castañeda H (2009):** Illegality as Risk Factor: a Survey of Unauthorized Migrant Patients in a Berlin Clinic. *Social Science & Medicine*, Vol. 68, No. 8, 1552–1560
- Comtesse H, Rosner R (2019):** Prolonged Grief Disorder among Asylum Seekers in Germany: the Influence of Losses and Residence Status. *European Journal of Psychotraumatology*, Vol. 10, No. 1, 1591330
- Dudek V, Razum O, Sauzet O (2022):** Association between Housing and Health of Refugees and Asylum Seekers in Germany: Explorative Cluster and Mixed Model Analysis. *BMC Public Health*, Vol. 22, No. 1, 1–9
- Esping-Andersen G (1990):** *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press
- Europäische Kommission (2001):** Richtlinie 2001/55/EG des Rates vom 20. Juli 2001 über Mindestnormen für die Gewährung vorübergehenden Schutzes im Falle eines Massenzustroms von Vertriebenen und Maßnahmen zur Förderung einer ausgewogenen Verteilung der Belastungen, die mit der Aufnahme dieser Personen und den Folgen dieser Aufnahme verbunden sind, auf die Mitgliedstaaten. In: *Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften*, L212, 12–23; data.europa.eu/eli/dir/2001/55/oj
- vom Felde L, Flory L, Baron J (2020):** Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit am Beispiel von Personen mit Traumafolgestörungen. Status quo in den Bundesländern, Modelle und Herausforderungen. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e. V. (Hrsg.), Berlin
- Gambaro L, Kreyenfeld M, Schacht D, Spieß CK (2018):** Refugees in Germany with Children Still Living Abroad Have Lowest Life Satisfaction. *DIW Weekly Report*, Vol. 8, No. 42, 415–425
- Gewalt SC et al. (2018):** Psychosocial Health of Asylum Seeking Women Living in State-provided Accommodation in Germany during Pregnancy and Early Motherhood: A Case Study Exploring the Role of Social Determinants of Health. *PLOS ONE*, Vol. 13, No. 12, e0208007
- Gewalt SC, Berger S, Szecsenyi J, Bozorgmehr K (2019):** “If You Can, Change this System” – Pregnant Asylum Seekers’ Perceptions on Social Determinants and Material Circumstances Affecting their Health whilst Living in State-provided Accommodation in Germany – a Prospective, Qualitative Case Study. *BMC Public Health*, Vol. 19, No. 1, 287
- Gold AW et al. (2021):** Die elektronische Gesundheitskarte für Asylsuchende: Zusammenfassung der wissenschaftlichen Evidenz. *Equity Studies & Migration 2021-02*, Universitätsklinikum Heidelberg
- Goosen S, Stronks K, Kunst AE (2014):** Frequent Relocations between Asylum-seeker Centres are Associated with Mental Distress in Asylum-seeking Children: a Longitudinal Medical Record Study. *International Journal of Epidemiology*, Vol. 43, No. 1, 94–104
- Gottlieb N et al. (2020):** Health and Healthcare Utilization among Asylum-Seekers from Berlin’s LGBTIQ Shelter: Preliminary Results of a Survey. *International journal of environmental research and public health*, Vol. 17, No. 12, 4514
- Gottlieb N, Ohm V, Knörnschild M (2021):** The Electronic Health Insurance Card for Asylum-Seekers in Berlin: Effects on the Local Health System. *International Journal of Health Policy and Management; Int J Health Policy Manag* 2022, Vol. 11, No. 8, 1325–1333

- Gottlieb N, Schülle M (2020):** An Overview of Health Policies for Asylum-Seekers in Germany. *Health Policy*; Vol. 125, No. 1, 115–121
- Grochtdreis T, König HH, Riedel-Heller SG, Dams J (2020):** Health-related Quality of Life of Asylum Seekers and Refugees in Germany: A Cross-sectional Study with Data from the German Socio-Economic Panel. *Applied Research in Quality of Life*; Vol. 17, 109–127
- Hajak VL, Sardana S, Verdelli H, Grimm S (2021):** A Systematic Review of Factors Affecting Mental Health and Well-Being of Asylum Seekers and Refugees in Germany. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 643704
- Hamad R et al. (2020):** Association of Neighborhood Disadvantage with Cardiovascular Risk Factors and Events among Refugees in Denmark. *JAMA network open*, Vol. 3, No. 8, e2014196–e2014196
- von Haumer A, Ghafoori B, Retailleau J (2019):** Psychological Adaptation and Posttraumatic Stress Disorder among Syrian Refugees in Germany: a Mixed-methods Study Investigating Environmental Factors. *European Journal of Psychotraumatology*, Vol. 10, No. 1, 1686801
- Hollederer A (2020):** Die Gewährleistung von Krankheitshilfen bei asylsuchenden Menschen: Zweiklassenmedizin in Deutschland? *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, Jg. 63, Heft 10, 1203–1218
- Hvidtfeldt C, Petersen JH, Norredam M (2022):** Waiting for Family Reunification and the Risk of Mental Disorders among Refugee Fathers: a 24-Year Longitudinal Cohort Study from Denmark. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Vol. 57, No. 5, 1061–1072
- 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. *Journal of Migration and Health*, 100084
- Jannesari S, Hatch S, Prina M, Oram S (2020):** Post-migration Social-Environmental factors Associated with Mental Health Problems among Asylum Seekers: A Systematic Review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, Vol. 22, No. 5, 1055–1064
- Kaltenbach E, Schauer M, Hermenau K, Elbert T et al. (2018):** Course of Mental Health in Refugees – A One Year Panel Survey. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 352
- Kühne A, Gilsdorf A (2016):** Ausbrüche von Infektionskrankheiten in Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende 2004–2014 in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt*, Vol. 59, No. 5, 570–577
- Kumar BN et al. (2022):** Meeting the Health Needs of Displaced People Fleeing Ukraine: Drawing on Existing Technical Guidance and Evidence. *The Lancet Regional Health – Europe*, 100403
- Laban CJ et al. (2004):** Impact of a Long Asylum Procedure on the Prevalence of Psychiatric Disorders in Iraqi Asylum Seekers in the Netherlands. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 192, No. 12, 843–851
- Lamba NK, Krahn H (2003):** Social Capital and Refugee Resettlement: The Social Networks of Refugees in Canada. *Journal of International Migration and Integration/Revue de l'intégration et de la migration internationale*, Vol. 4, No. 3, 335–360
- Li SS, Liddell BJ, Nickerson A (2016):** The Relationship between Post-migration Stress and Psychological Disorders in Refugees and Asylum Seekers. *Current psychiatry reports*, Vol. 18, No. 9, 1–9
- Lichtl C, Lutz T, Szecsenyi J, Bozorgmehr K (2017):** Differences in the Prevalence of Hospitalizations and Utilization of Emergency Out-patient Services for Ambulatory Care Sensitive Conditions between Asylum-seeking Children and Children of the General Population: a Cross-sectional Medical Records Study (2015). *BMC Health Services Research*, Vol. 17, No. 1, 731
- Löbel LM (2020):** Family Separation and Refugee Mental Health – a Network Perspective. *Social Networks*, Vol. 61, May, 20–33
- Löbel LM, Jacobsen J (2021):** Waiting for Kin: a Longitudinal Study of Family Reunification and Refugee Mental Health in Germany. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, Vol. 47, No. 13, 2916–2937
- Mediendienst Integration (2022):** Zahlen und Fakten: Flüchtlinge aus der Ukraine; [mediendienst-integration.de](https://mediendienst-integration.de) → Flucht & Asyl → Ukrainische Flüchtlinge
- Mestres AJ, Casasnovas GL, Castelló JV (2021):** The Deadly Effects of Losing Health Insurance. *European Economic Review*, Vol. 131, January, 103608
- Mohsenpour A, Biddle L, Krug K, Bozorgmehr K (2021):** Measuring Deterioration of Small-area Housing environment: Construction of a Multi-dimensional Assessment Index and Validation in Shared Refugee Accommodation. *SSM – Population Health*, Vol. 13, 100725
- Mylius M, Frewer A (2015):** Access to Healthcare for Undocumented Migrants with Communicable Diseases in Germany: a Quantitative Study. *The European Journal of Public Health*, Vol. 25, No. 4, 582–586
- Nesterko Y, Glaesmer H (2016):** Migration und Flucht als Prozess. *Trauma & Gewalt*, Vol. 10, No. 4, 270–286
- 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*, Jg. 63, Heft 12, 1470–1482
- Orcutt M et al. (2020):** EU Migration Policies Drive Health Crisis on Greek Islands. *The Lancet*, Vol. 395, No. 10225, 668–670
- Pettersson T et al. (2021):** Organized Violence 1989–2020, with a Special Emphasis on Syria. *Journal of Peace Research*, Vol. 58, No. 4, 809–825
- Porter M, Haslam N (2005):** Predisplacement and Postdisplacement Factors Associated with Mental Health of Refugees and Internally Displaced Persons: a Meta-Analysis. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, Vol. 294, No. 5, 602–612
- Razum O, Wenner J, Bozorgmehr K (2016):** Wenn Zufall über den Zugang zur Gesundheitsversorgung bestimmt: Geflüchtete in Deutschland. *Das Gesundheitswesen*, Vol. 78, No. 11, 711–714
- Reiss K et al. (2013):** Assessing the Effect of Regional Deprivation on Mortality Avoiding Compositional Bias: a Natural Experiment. *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol. 67, No. 3, 213–218
- Schade M, Heudorf U, Tiarks-Jungk P (2015):** The Humanitarian Consultation-hour in Frankfurt am Main: Utilization by Gender, Age, Country of Origin. *Das Gesundheitswesen*, Vol. 77, No. 7, 466–474
- Schlöpker K et al. (2009):** Unresolved Problems of Undocumented Migrants in Germany: an Analysis of Medical Consultations in Berlin, Cologne and Bonn. *Das Gesundheitswesen*, Vol. 71, No. 12, 839–844

**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*, Vol. 5, No. 11, e008784

**UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees) (2022):** Operational data portal: Ukraine Refugee Situation; data.unhcr.org/en/situations/ukraine/location/10781

**Wahedi K, Nöst S, Bozorgmehr K (2016):** Die Gesundheitsuntersuchung von Asylsuchenden: Eine bundesweite Analyse der Regelungen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, Jg. 60, Heft 1, 108–117

**Walther L et al. (2020a):** Psychological Distress among Refugees in Germany: a Cross-sectional Analysis of Individual and Contextual Risk Factors and Potential Consequences for Integration Using a Nationally Representative Survey. *BMJ Open*, Vol. 10, No. 8, e033658

**Walther L et al. (2020b):** Living Conditions and the Mental Health and Well-being of Refugees: Evidence from a Large-scale German Survey. *Journal of Immigrant and Minority Health*, Vol. 22, No. 5, 903–913

**White JS et al. (2016):** Long-term Effects of Neighbourhood Deprivation on Diabetes Risk: Quasi-experimental Evidence from a Refugee

Dispersal Policy in Sweden. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, Vol. 4, No. 6, 517–524

**WHO (World Health Organization) (2008):** Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health; who.int/publications/i/item/9789241563703

**Winkler JG et al. (2019):** Psychische Symptombelastung bei Asylsuchenden in Abhängigkeit vom Aufenthaltsstatus. *Psychiatrische Praxis*, Jg. 46, No. 4, 191–199

**Winters M, Rechel B, de Jong L, Pavlova M (2018):** A systematic Review on the Use of Healthcare Services by Undocumented Migrants in Europe. *BMC Health Services Research*, Vol. 18, No. 1, 1–10

**Ziegler S, Bozorgmehr K (2021):** Die „Bleibeperspektive“ als soziale Determinante der Gesundheit Geflüchteter? *Zeitschrift für Flucht- und Flüchtlingsforschung*, Jg. 5, No. 2, 309–325

**Ziersch A, Due C (2018):** A Mixed Methods Systematic Review of Studies Examining the Relationship between Housing and Health for People from Refugee and Asylum Seeking Backgrounds. *Social Science & Medicine*, 213, 199–219

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 24. August 2022)

## Danksagung

Die Autoren danken der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) für die Förderung im Rahmen des NEXUS Projekts und der Forschungsgruppe PH-LENS (DFG FOR 2928, GZ: BO5233/1-1).

## DIE AUTOREN



**Prof. Dr. med. Kayvan Bozorgmehr (M. Sc.)**, Jahrgang 1981, hat Medizin an der Universität Frankfurt und Public Health an der Universität Umea studiert. Nach der Promotion im Jahr 2012 an der Charité – Universitätsmedizin Berlin baute er als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Universitätsklinikum Heidelberg eine Forschungsgruppe zu Migration und Gesundheit auf, wo er sich 2019 an der Medizinischen Fakultät im Fach „Versorgungsforschung und Sozialepidemiologie“ habilitierte. Heute hat er eine W3-Professur für Public Health mit Schwerpunkt „Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung“ an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld inne und leitet die Sektion Health Equity Studies und Migration des Universitätsklinikums Heidelberg.



**Louise Biddle (M. Sc.)**, Jahrgang 1992, studierte Humanwissenschaften (B. Sc.) und Public Health (M. Sc.) in Großbritannien, bevor sie 2017 ihre Promotion am Universitätsklinikum Heidelberg (Schwerpunkt Gesundheitsversorgung von Geflüchteten) begann. Derzeit ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Bielefeld.



**Dr. Nora Gottlieb (M. Sc. IH, PhD)**, Jahrgang 1977, absolvierte ein Staatsexamen in Sonderpädagogik an der Pädagogischen Hochschule Heidelberg und einen Master in International Health an der Charité – Universitätsmedizin Berlin/tropEd European Network for Education. Sie arbeitete einige Jahre im gemeinnützigen Bereich (Menschenrechte) in Israel; darauf folgte 2014 eine Promotion an der Ben-Gurion-Universität Be'er Sheva, Israel (Schwerpunkt Gesundheitsrechte von Arbeitsmigranten in Deutschland und Israel). Nach Forschungsaufenthalten an der University of Illinois at Chicago (2014–2015) und der Technischen Universität Berlin ist sie derzeit wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Bielefeld.