

**Autorinnen und Autoren:**

Laura Frank<sup>1</sup>, Rahsan Yesil-Jürgens<sup>1</sup>,  
Oliver Razum<sup>2</sup>, Kayvan Bozorgmehr<sup>3</sup>,  
Liane Schenk<sup>4</sup>, Andreas Gilsdorf<sup>1</sup>,  
Alexander Rommel<sup>1</sup>, Thomas Lampert<sup>1</sup>

Journal of Health Monitoring · 2017 2(1)  
DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-005  
Robert Koch-Institut

<sup>1</sup> Robert Koch-Institut, Berlin

<sup>2</sup> Universität Bielefeld

<sup>3</sup> Universitätsklinikum Heidelberg

<sup>4</sup> Charité-Universitätsmedizin Berlin

# Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland

## Abstract

Aufgrund von Krieg und Zerstörung mussten in den letzten Jahren viele Menschen ihre Heimat verlassen und eine große Anzahl an Asylsuchenden und Flüchtlingen suchte in europäischen Ländern Schutz. In den Jahren 2015 und 2016 haben in Deutschland insgesamt mehr als eine Million Menschen Asyl beantragt. Dies wiederum stellt die bestehenden Strukturen der gesundheitlichen Versorgung vor große Herausforderungen. Aus Sicht von Public Health stellt sich die Frage nach der Gesundheit und dem Versorgungsbedarf von Asylsuchenden und Flüchtlingen. Der vorliegende Beitrag beschreibt zum einen Ausmaß und gesetzliche Rahmenbedingungen der Zuwanderung nach Deutschland in den vergangenen zwei Jahren. Zum anderen widmet er sich der Frage nach der Gesundheit und medizinischen Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen.

Dabei fällt auf, dass zur gesundheitlichen Situation dieser Bevölkerungsgruppe bislang keine repräsentativen Daten vorliegen. Die bisherigen Studien weisen geringe Fallzahlen auf, sind regional begrenzt und schwer vergleichbar. Des Weiteren werden die medizinischen Erstaufnahmeuntersuchungen in den Bundesländern nicht hinreichend standardisiert durchgeführt. Die bestehenden Befunde legen nahe, dass Versorgungs- und Handlungsbedarf vor allem in den Bereichen der psychischen Erkrankungen, der chronischen Erkrankungen sowie bei Kindern asylsuchender Familien besteht. In der Bestandsaufnahme wird deutlich, dass eine überregionale und systematische Erfassung von validen Informationen notwendig ist, um Prävention und Versorgung bedarfsgerecht ausrichten zu können. Aktuell zielen zahlreiche Initiativen darauf ab, die Datenlage in Deutschland zu verbessern. Perspektivisch werden die neu angestoßenen Initiativen die Datenlage zur gesundheitlichen Lage von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland spürbar verbessern und können über den Transfer in Politik und Gesellschaft zu sachlichen Debatten und evidenzbasierten Entscheidungen beitragen.

ASYLsuchENDE · FLÜCHTLINGE · MEDIZINISCHE VERSORGUNG · ÜBERTRAGBARE ERKRANKUNGEN ·  
NICHTÜBERTRAGBARE ERKRANKUNGEN



### Infobox: Asylsuchende und Flüchtlinge

Asylsuchende und Flüchtlinge sind Teilgruppen der Bevölkerung mit Migrationshintergrund (d. h. die betreffende Person selbst oder mindestens ein Elternteil ist nach Deutschland zugewandert). Als Asylsuchende werden im Folgenden alle Personen bezeichnet, die sich in Deutschland aufhalten und sich gerade im Asylprozess befinden oder eine Duldung gemäß § 60a Aufenthaltsgesetz haben. Dies schließt alle Asylsuchenden, Asylbewerberinnen und Asylbewerber und geduldete Personen und damit auch Minderjährige ein. Als Flüchtlinge werden im Folgenden alle Personen bezeichnet, die nach der Genfer Flüchtlingskonvention „Schutz vor Verfolgung aufgrund ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung suchen“ (§ 3 Abs.1 Asylgesetz).

## 1. Einleitung

Die Zahl der Menschen, die aufgrund von Krieg, Verfolgung oder anderen Notsituationen flüchten und Schutz in Deutschland suchen, ist im Laufe der Jahre 2015 und 2016 stark angestiegen. Auch wenn die Zahlen aufgrund der stärkeren Sicherung der Außengrenzen der europäischen Union (EU) und der Unterbrechung der wichtigsten Fluchtrouten derzeit rückläufig sind, bestehen weitgehend unveränderte Herausforderungen für die Versorgung und Integration von Asylsuchenden und Flüchtlingen (siehe Infobox [Asylsuchende und Flüchtlinge](#)). Aus Sicht von Public Health steht dabei die Frage nach der Gesundheit und dem Bedarf an gesundheitlicher Versorgung im Vordergrund. Ebenso ist danach zu fragen, inwieweit die Versorgungsstrukturen und -angebote sowie die rechtlichen Rahmenbedingungen den zum Teil spezifischen Bedarfen von Asylsuchenden und Flüchtlingen gerecht werden.

Bislang fehlt es in Deutschland wie auch in den meisten anderen EU-Ländern an Daten, die Auskunft über die gesundheitliche Situation und die Versorgungsbedarfe von Asylsuchenden und Flüchtlingen geben könnten. Der Großteil der vorliegenden Studien weist nur kleine Fallzahlen auf und ist lokal begrenzt [1]. Die Daten werden zumeist nicht einheitlich erfasst und sind daher nur schwer miteinander vergleichbar [2]. Gleichzeitig wurden kürzlich zahlreiche Initiativen angestoßen, um eine belastbare Datengrundlage für die gesundheitswissenschaftliche Forschung und Gesundheitsberichterstattung sowie für politische Entscheidungen und Maßnahmen zu schaffen. Diese Initiativen

zielen unter anderem auf eine Vereinheitlichung der Daten ab, die im Rahmen der Erstaufnahmeuntersuchungen erhoben werden, und auf die Nutzung von Leistungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen. Mit Blick auf Asylsuchende und Flüchtlinge, die länger in Deutschland bleiben, wird auch eine Erweiterung großangelegter Studien, wie der Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts, angestrebt.

Der vorliegende Beitrag führt die Erkenntnisse zur gesundheitlichen Situation und Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland zusammen. Diese Bestandsaufnahme verdeutlicht, welche Daten- und Informationsdefizite bestehen und welche Schwierigkeiten sich aus den rechtlichen Rahmenbedingungen für die Datennutzung aber auch für die gesundheitliche Versorgung ergeben. Schlussendlich werden die Initiativen zur Verbesserung der Datenlage detaillierter beschrieben. Doch zunächst werden einleitend die Besonderheiten des Asylantragsverfahrens in Deutschland sowie die Entwicklung der Asylantrags- und Flüchtlingszahlen erörtert.

## 2. Die rechtlichen Rahmenbedingungen des Asylverfahrens

Das Asylrecht für politisch Verfolgte ist ein im Grundgesetz (Artikel 16a Grundgesetz (GG)) verankertes Grundrecht. Der Ablauf des Asylverfahrens ist im Asylgesetz (AsylG) geregelt und in [Abbildung 1](#) vereinfacht dargestellt. Sobald eine Person mit ausländischer Staatsangehörigkeit das Anliegen äußert, Asyl in Deutschland zu beantragen, zum Beispiel bei den Grenzbehörden, den

Ausländerbehörden, den Sicherheitsbehörden oder den Aufnahmeeinrichtungen, wird sie registriert und an die nächstgelegene Erstaufnahmeeinrichtung des jeweiligen Bundeslandes verwiesen. Diese kümmert sich um die Unterbringung der Asylsuchenden und informiert die nächstgelegene Außenstelle des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge. Dort müssen die Asylsuchenden anschließend persönlich einen Asylantrag stellen. Zuvor stellt das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge jedoch am Einzelfall fest, ob ein anderes Land als Deutschland nach der so genannten Dublin-III-Verordnung (Verordnung (EU) Nr. 604/2013 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013) für die Prüfung des Asylantrags zuständig ist und ob der/die Asylsuchende dorthin überstellt werden kann (im Folgenden „Dublin-Verfahren“). In der Regel ist dies das Land, über welches die Europäische Union als erstes betreten wurde. Durch die stark gestiegene Zahl von Asylsuchenden insbesondere in den südeuropäischen Staaten mit EU-Außengrenzen (Griechenland, Italien) wird diese Regelung jedoch kaum noch umgesetzt. Nur noch sehr wenige Asylsuchende werden daher nach dem Dublin-Verfahren in andere Länder überstellt. Wenn man aus einem EU-Mitgliedstaat oder einem sicheren Drittstaat nach Deutschland einreist, erhält man nach der „Drittstaatenregelung“ aus dem Jahr 1993 in Deutschland kein Asyl aufgrund von politischer Verfolgung. Eine Anerkennung als Flüchtling nach der Genfer Flüchtlingskonvention ist hingegen auch in einem solchen Fall möglich.

Minderjährige Schutzsuchende, die ohne Begleitung eines für sie verantwortlichen Erwachsenen nach Deutschland kommen (unbegleitete Minderjährige),

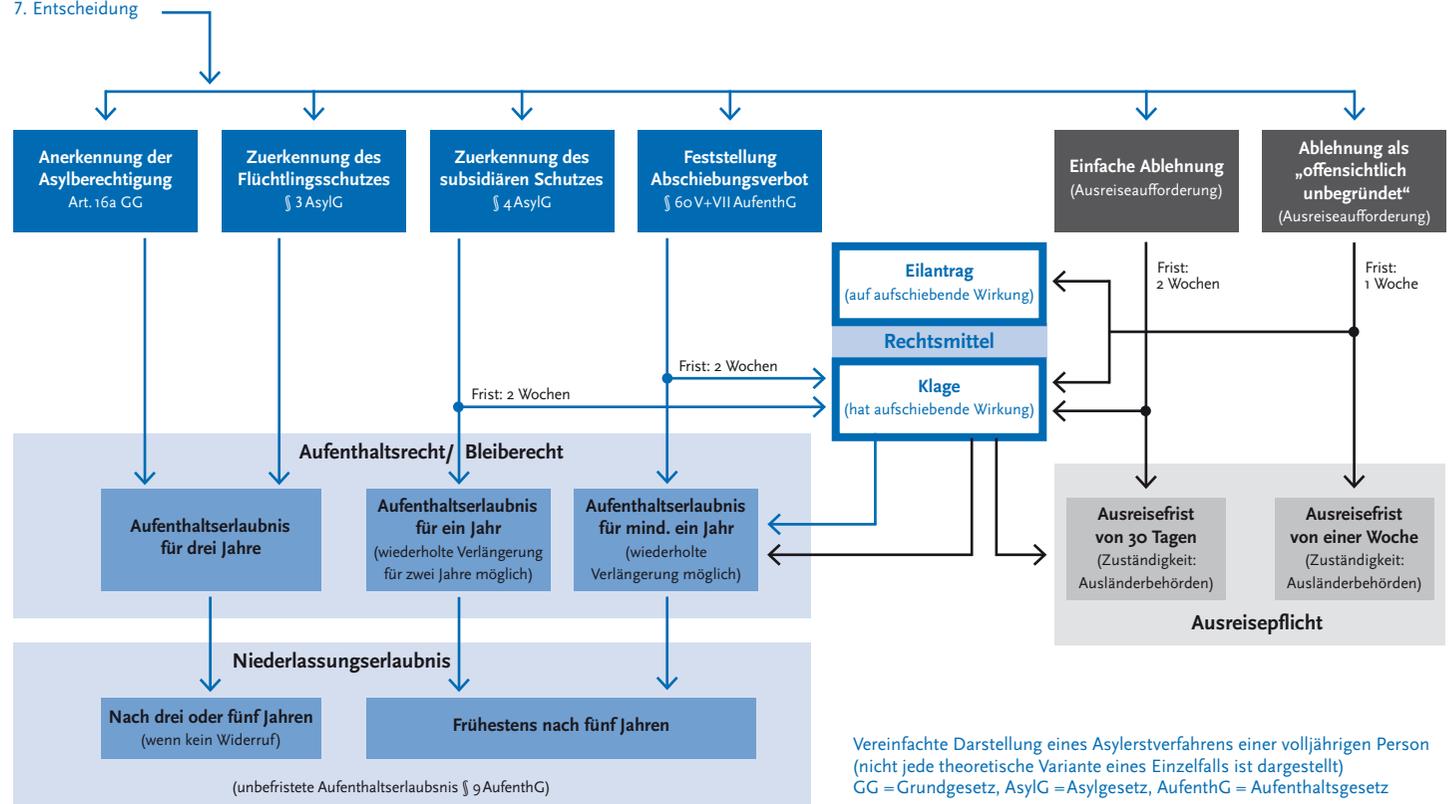
nimmt das örtlich zuständige Jugendamt gemäß §§ 42, 42a Sozialgesetzbuch (SGB) VIII in Obhut und stellt sie unter Vormundschaft. In einem anschließenden „Clearingverfahren“ wird die Situation des unbegleiteten Minderjährigen umfassend abgeklärt. Hierzu zählen die Feststellung der Identität, die Suche nach Familienangehörigen, in Zweifelsfällen die Abklärung des Alters, die Einschätzung der gesundheitlichen Lage, die Klärung des Aufenthaltsstatus und die Entscheidung, ob ein Asylantrag gestellt wird.

Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge entscheidet über jeden Asylantrag nach einer inhaltlichen Prüfung und einer persönlichen Anhörung. Zu den sogenannten Sachentscheidungen gehören die Anerkennung als Asylberechtigter gemäß Artikel 16a GG, die Anerkennung als Flüchtling gemäß § 3 Absatz 1 AsylG, die Gewährung von subsidiärem Schutz gemäß § 4 Absatz 1 AsylG oder die Ablehnung des Asylantrags ([Abbildung 1](#)) [3]. Personen, die als Asylberechtigter oder Flüchtling anerkannt wurden, erhalten eine Aufenthaltserlaubnis für drei Jahre. Danach wird in der Regel eine Niederlassungserlaubnis, das heißt ein unbefristeter Aufenthalt, in Deutschland erteilt [3]. Wird eine Person mit ausländischer Staatsangehörigkeit nicht als „Flüchtling“ anerkannt, so erlangt sie „subsidiären Schutz“, wenn ihr in ihrem Herkunftsland ernsthafter Schaden droht. Die Aufenthaltserlaubnis beträgt in diesem Fall lediglich ein Jahr, kann aber verlängert werden. Wird ein Asylantrag abgelehnt, so prüft das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, ob im Herkunftsland eine konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit besteht. In diesem Fall wird ein Abschiebungsverbot nach § 60 Absatz 5 oder 7 des

Aufenthaltsgesetzes (AufenthG) genehmigt. Kann auch kein Abschiebungsverbot gewährt werden, so erfolgt die Ausreiseaufforderung mit Abschiebungsandrohung. Wird ein Asylantrag als „unbegründet“ oder „offensichtlich unbegründet“ abgelehnt, so beträgt die Ausreisefrist 30 Tage beziehungsweise eine Woche. Der/Die Asylsuchende kann Einspruch gegen die Entscheidung des

Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge erheben. Neben den Sachentscheidungen gibt es die formellen Entscheidungen. Hierzu gehören die Entscheidungen nach dem Dublin-Verfahren, Verfahrenseinstellungen wegen Antragsrücknahme durch den Asylsuchenden und Entscheidungen im Folgeantragsverfahren dahingehend, dass kein weiteres Asylverfahren durchgeführt wird [4].

1. Ankunft und Registrierung in Deutschland
2. Erstverteilung der Asylbegehrenden (EASY) auf die Bundesländer
3. Meldung und Unterbringung in der zuständigen Aufnahmeeinrichtung
4. Persönliche Asylantragstellung beim Bundesamt
5. Prüfung des Dublin-Verfahrens
6. Persönliche Anhörung beim Bundesamt
7. Entscheidung



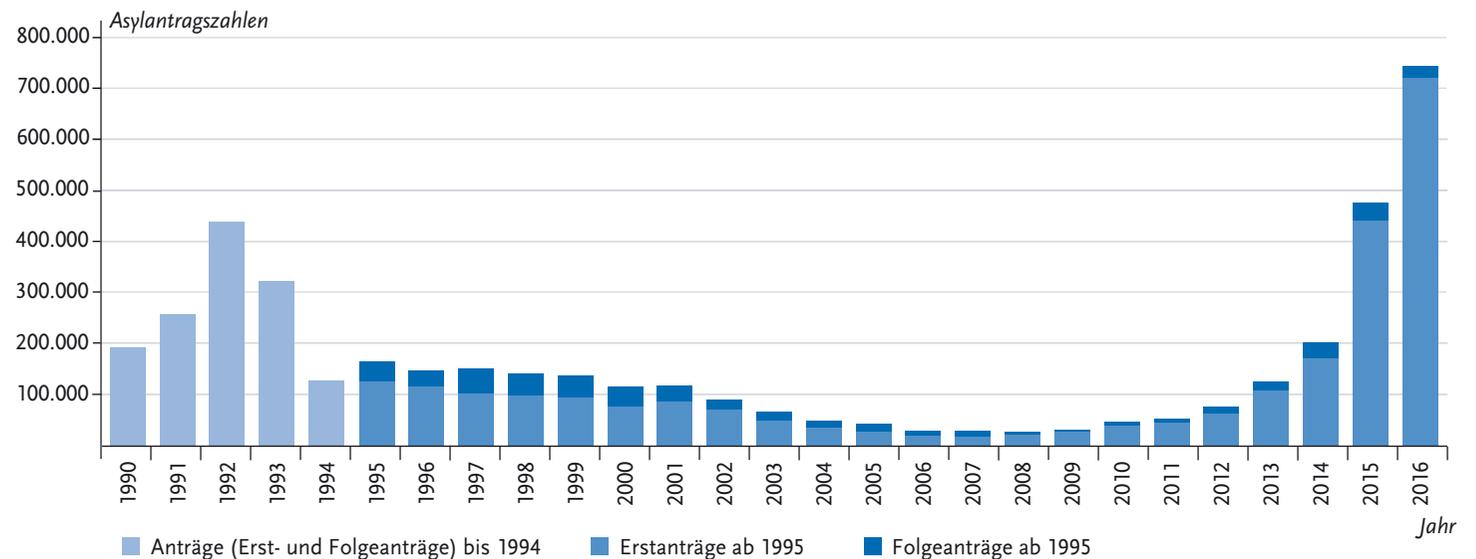
Vereinfachte Darstellung eines Asylverfahrens einer volljährigen Person (nicht jede theoretische Variante eines Einzelfalls ist dargestellt)  
GG = Grundgesetz, AsylG = Asylgesetz, AufenthG = Aufenthaltsgesetz

**Abbildung 1**  
**Ablauf des deutschen Asylverfahrens**  
Quelle: modifiziert nach Bundesamt für Migration und Flüchtlinge [3, 5]

### 3. Die zeitliche Entwicklung der Asylantragszahlen

Nach Angaben des Bundesinnenministeriums kamen im Jahr 2015 890.000 Asylsuchende nach Deutschland [6]. Vorherige Schätzungen waren von bis zu 1,1 Millionen Asylsuchenden ausgegangen. Die Differenz zwischen diesen beiden Zahlen resultiert insbesondere aus Doppelregistrierungen im System der Erstverteilung der Asyl begehrenden (EASY). Im EASY-System werden die Asylsuchenden ausschließlich nach den Kriterien Herkunftsland und Zielort erfasst und anonymisiert auf die Bundesländer verteilt. Weiter- oder Rückreisen berücksichtigt das EASY-System nicht [6]. Das Datenaustauschverbesserungsgesetz, das seit Februar 2016 gilt, reduziert mittlerweile das Risiko von Mehrfacherfassungen, indem die biometrischen Daten von Asylsuchenden in der Regel erhoben werden, sobald diese ein formloses Asylgesuch äußern [7].

Des Weiteren lag die Zahl der EASY-Registrierungen im Jahr 2015 deutlich über den etwa 480.000 Asylanträgen. Eine Erklärung hierfür ist, dass aufgrund von personellen Engpässen beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge Asylanträge nur verzögert entgegengenommen und bearbeitet wurden. Inzwischen hat sich dieses Verhältnis umgekehrt. Die Zahl der neu eingereisten Asylsuchenden ist zwar deutlich zurückgegangen, da nun aber viele der noch ausstehenden Anträge bearbeitet werden, bewegt sich die Zahl der Asylanträge auf einem hohen Niveau. Im Jahr 2015 wurden insgesamt 476.649 Asylanträge, darunter 441.899 Asylerst- und 34.750 Asylfolgeanträge, gestellt [4]. Die Antragszahlen sind im Vergleich zum Vorjahr um 155,3 % angestiegen. Im Jahr 2016 waren es 745.545 Anträge, darunter 722.370 Erst- und 23.175 Folgeanträge [8]. Dies bedeutet eine Erhöhung der Asylantragszahlen um 56,4 % im Vergleich



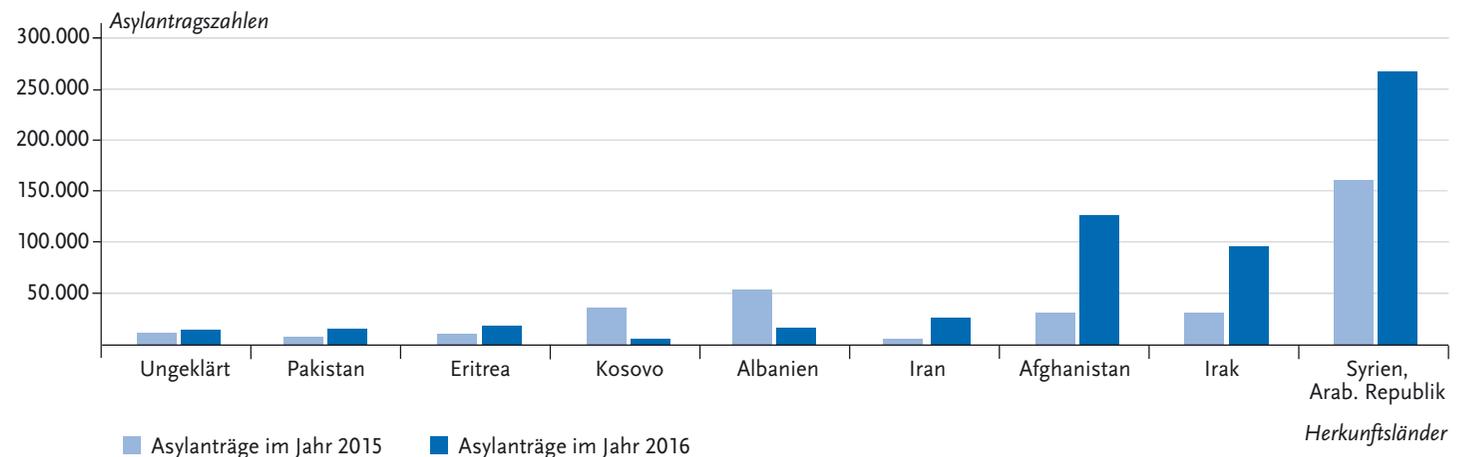
zu 2015. Ende Dezember 2016 gab es aber immer noch 433.719 anhängige Asylverfahren beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge [9]. **Abbildung 2** beschreibt die langfristige Entwicklung der Antragszahlen, die bereits im Jahr 1992 einen ersten Höhepunkt erreichten, dann aber unter anderem nach Einführung der Drittstaatenregelung im Jahr 1993 bis zum Jahr 2008 deutlich gesunken sind. Seitdem zeigt sich wieder eine jährliche Steigerung der Asylantragszahlen.

Zu den zuwanderungsstärksten Ländern in den Jahren 2015 und 2016 gehörten Syrien, Afghanistan und der Irak (**Abbildung 3**). Im Jahr 2016 entfielen drei Viertel aller gestellten Asylerstanträge auf diese drei Länder (Syrien 36,9 %, Afghanistan 17,6 %, Irak 13,3 %) [8]. Ein deutliches Absinken der Asylantragszahlen ist zwischen 2015 und 2016 bei Menschen aus Albanien und Kosovo zu erkennen, die im Herbst 2015 zu sicheren Herkunftsländern erklärt wurden [10].

Die Mehrheit der Asylerstantragsteller in den Jahren 2015 (69,2 %) [4] und 2016 (65,7 %) [8] war männlich. Diese Geschlechterverteilung zeigte sich über alle Altersjahrgänge, lediglich in der Altersgruppe „65 Jahre und älter“ war der Anteil an Antragstellerinnen größer (2015: 53,4 %, 2016: 54,2 %). Die Mehrheit der Antragstellenden war unter 30 Jahre (2015: 71,1 %, 2016: 73,8 %) und ein Drittel dieser Asylsuchenden war jünger als 18 Jahre [4, 8].

Besonders die Zahl der Asylerstanträge von unbegleiteten minderjährigen Asylsuchenden hat sich im Jahr 2015 im Vergleich zu 2014 mit insgesamt 14.439 Anträgen mehr als verdreifacht. Die meisten unbegleiteten Minderjährigen kamen 2015 aus Afghanistan (32,9 %), gefolgt von Syrien (27,6 %), Eritrea (9,3 %) und dem Irak (9,3 %) [4]. Für das Jahr 2016 ist ein weiterer Anstieg dieser Zahlen auf 35.939 Asylerstanträge von unbegleiteten Minderjährigen zu sehen [11].

**Abbildung 3**  
Entwicklung der Asylantragszahlen  
der zugangsstärksten Herkunftsländer  
in den Jahren 2015 und 2016  
Quelle: Bundesamt für Migration  
und Flüchtlinge [4, 9]



### 3.1 Entscheidungen über Asylanträge im Jahr 2015 und 2016 vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge

Die nachfolgende Übersicht gibt Auskunft über die Entscheidungen und Entscheidungsquoten der Asylanträge des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge für die Jahre 2015 und 2016 (Tabelle 1). Bezieht man die Entscheidungen zugunsten eines Bleiberechts (Asyl- und Flüchtlingsanerkennung, subsidiärer Schutz und Abschiebungsverbot) auf die Gesamtzahl der Entscheidungen im entsprechenden Zeitraum, ergibt sich die „Gesamtzuschutzquote“ [4]. Insgesamt wurden im Jahr 2015 282.726 Asylanträge entschieden, mit einer Gesamtzuschutzquote von 49,8% [12]. Im Vergleich hierzu stieg im Jahr 2016 sowohl die Anzahl der entschiedenen Asylanträge auf 695.733 als auch die Gesamtzuschutzquote auf 62,4% [8]. Die Gesamtzuschutzquote fällt je nach Herkunftsland sehr unterschiedlich aus. Bei Personen aus Syrien lag sie im Jahr 2016 bei 98,0%, bei Personen aus Albanien hingegen bei 0,4% [9].

Die meisten Menschen, deren Asylantrag erfolgreich war, erhalten den Status als anerkannter Flüchtling. Nur ein geringer Anteil bekommt nach dem Grundgesetz Asyl gewährt. Von allen Asylsuchenden, deren Asylantrag im Jahr 2015 entschieden wurde, wurden 48,5% als Flüchtling anerkannt (Tabelle 1). Unter diesen erhielten wiederum nur 0,7% die Rechtstellung als Asylberechtigte. Im Jahr 2016 lagen diese beiden Quoten bei 36,8% beziehungsweise 0,3%. Der Anteil an Personen, denen subsidiärer Schutz gewährt wurde, ist im Jahr 2016 hingegen auf 22,1% gestiegen (2015: 0,6%) [8].

### 3.2 Die Verteilung von Asylsuchenden auf die Bundesrepublik Deutschland

Die Zuteilung von Asylsuchenden zu einer Erstaufnahmeeinrichtung in die Bundesländer hängt zum einen von den aktuellen Aufnahmekapazitäten ab. Da die Außenstellen des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge zudem für verschiedene Herkunftsländer

**Tabelle 1**  
Entscheidungen und Entscheidungsquoten über Asylanträge im Jahr 2015 und 2016  
Quelle: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge [8]

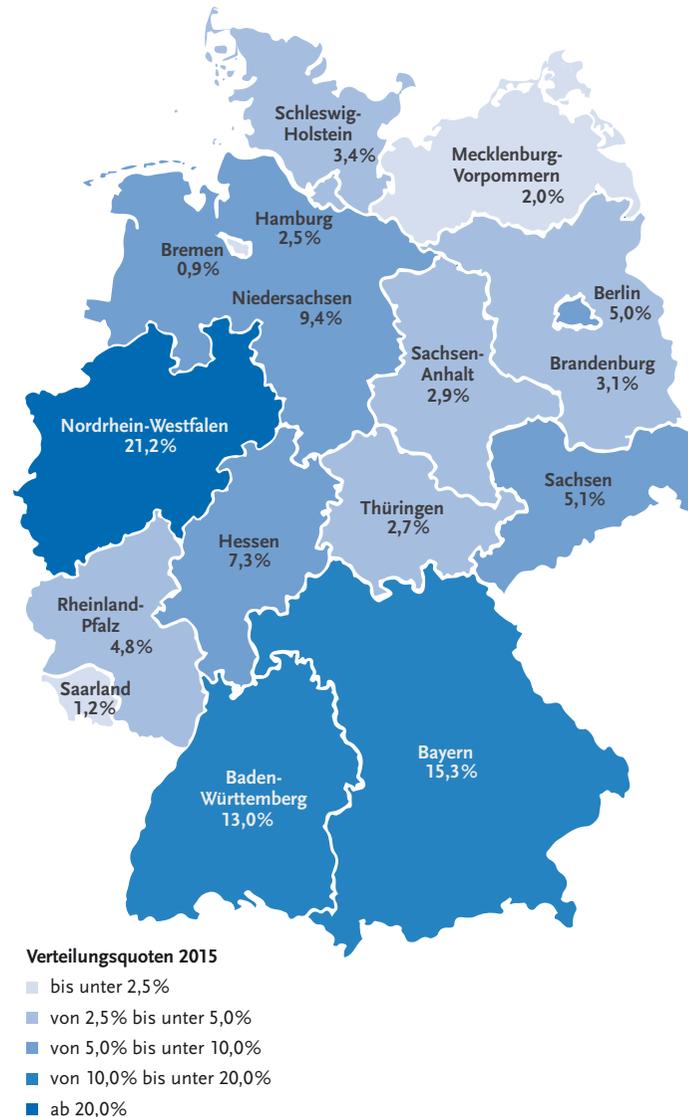
	2015		2016	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
<b>Entscheidungen über Asylanträge gesamt</b>	282.726		695.733	
<b>Gesamtzuschutzquote</b>	140.915	49,8%	433.920	62,4%
<b>Sachentscheidungen</b>				
Rechtstellung als Flüchtling (§ 3 Abs.1 AsylG, Art. 16a GG)	137.136	48,5%	256.136	36,8%
darunter Anerkennungen als Asylberechtigte (Art. 16a GG und Familienasyl)	2.029	0,7%	2.120	0,3%
Gewährung von subsidiärem Schutz (§ 4 Abs.1 AsylG)	1.707	0,6%	153.700	22,1%
Feststellung eines Abschiebungsverbotes (§ 60 Abs. 5 o. 7 AufenthG)	2.072	0,7%	24.084	3,5%
Ablehnungen (unbegründet und offensichtlich unbegründet abgelehnt)	91.514	32,4%	173.846	25,0%
<b>Formelle Entscheidungen</b>	50.297	17,8%	87.967	12,6%

Die Datenlage zur gesundheitlichen Situation und zur Versorgung von Asylsuchenden muss verbessert werden, um verlässliche Informationen zu erhalten.

der Asylsuchenden zuständig sind, wird die Zuteilung zum anderen auch vom Ort der jeweiligen Außenstelle mitbestimmt. Zudem gibt es Aufnahmequoten für

die einzelnen Bundesländer gemäß des sogenannten „Königsteiner Schlüssels“ (gemäß § 45 AsylG). Er regelt die Verteilung der Asylwerber auf die Erstaufnahmeeinrichtungen der Bundesländer. Dieser berechnet sich jährlich anhand der Steuereinnahmen und der Bevölkerungszahlen des jeweiligen Bundeslandes. Seit dem 1. November 2015 werden auch unbegleitete Minderjährige nach dem Königsteiner Schlüssel bundesweit verteilt (gemäß § 42c, 42d SGB VIII) [13]. Zunächst nehmen die Jugendämter vor Ort die unbegleiteten Minderjährigen in Obhut. Danach sollen die Bundes- und Landesverwaltungsämter die Minderjährigen im Umkreis des betreffenden Jugendamtes unterbringen. Wenn das Bundesland seine Quote schon erfüllt hat, wird der unbegleitete Minderjährige auf das nächstgelegene Land verteilt.

In [Abbildung 4](#) ist die Verteilung der Asylsuchenden nach dem Königsteiner Schlüssel für das Jahr 2015 dargestellt. Die Zuteilung erfolgt proportional zur Bevölkerungszahl der einzelnen Bundesländer. Daher ergibt sich der höchste Anteil mit 21,2 % für Nordrhein-Westfalen und der geringste mit 0,9 % für Bremen. Die Verteilungsregelung berücksichtigt allerdings nicht die unterschiedlichen gesundheitlichen und sozialen Bedarfe der Asylsuchenden: Besonders vulnerable Gruppen wie Kinder, Ältere und Frauen mit besonderen Bedarfen finden sich in größerer Zahl in Bundesländern mit niedrigerem Steueraufkommen wie Bremen, Berlin und Nordrhein-Westfalen [14].



**Abbildung 4**  
Verteilungsquoten von Asylsuchenden nach dem Königsteiner Schlüssel in 2015

Quelle: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge [4]

**Asylsuchende sind grundsätzlich durch die gleichen Infektionskrankheiten gefährdet wie die in Deutschland lebende Bevölkerung.**

#### 4. Der aktuelle Forschungs- und Wissenstand zur Gesundheit von Asylsuchenden und Flüchtlingen

Bislang stehen keine repräsentativen Daten zur gesundheitlichen Situation und Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland zur Verfügung [2]. Eine wichtige Datenquelle könnten die Erstaufnahmeuntersuchungen sein, der sich Asylsuchende gemäß § 62 AsylG und § 36 Infektionsschutzgesetz (IfSG) vor oder unmittelbar nach der Aufnahme in eine Gemeinschaftsunterkunft unterziehen müssen. Die Untersuchungen dienen dem Erkennen von akut übertragbaren Erkrankungen, wie zum Beispiel der ansteckungsfähigen Lungentuberkulose. Das Robert Koch-Institut hat eine Empfehlung für Mindeststandards für die standardisierte Erstaufnahmeuntersuchung gemäß Asylgesetz erstellt [15]. Die Untersuchung auf Lungentuberkulose soll bundesweit durchgeführt werden, weitere Untersuchungen liegen im Ermessen der obersten Landesgesundheitsbehörde der Bundesländer. Daher variiert der Umfang und Inhalt der Erstuntersuchung zwischen den Bundesländern stark [16] und die Daten können nicht flächendeckend ausgewertet werden und sind schwer vergleichbar [2]. Für die folgende Darstellung der gesundheitlichen Situation von Asylsuchenden und Flüchtlingen kann daher nur auf eine eingeschränkte Datenlage zurückgegriffen werden.

##### 4.1 Übertragbare Erkrankungen

Asylsuchende sind grundsätzlich durch die gleichen Infektionskrankheiten gefährdet wie die in Deutschland

lebende Bevölkerung. Sie sind jedoch aufgrund der schwierigen Lebensbedingungen während der Flucht, eines möglicherweise unvollständigen Impfschutzes, der teils höheren Prävalenzen in den Herkunftsländern und infolge des räumlich beengten Aufenthaltes in Massenunterkünften besonders vulnerabel für Infektionskrankheiten. Das Robert Koch-Institut sieht derzeit weiterhin keine erhöhte Infektionsgefährdung der Allgemeinbevölkerung durch Asylsuchende [17]. In Erstaufnahmeeinrichtungen besteht jedoch generell eine große Sorge vor Ausbrüchen übertragbarer Erkrankungen. Eine Analyse der Meldedaten zu Ausbrüchen von Infektionserkrankungen gemäß Infektionsschutzgesetz in Gemeinschaftsunterkünften von Asylsuchenden im Zeitraum von 2004 bis 2014 zeigte eine steigende Anzahl an Ausbrüchen über diesen Zeitraum [18]. Deutlich wurde auch, dass sich die Erkrankten in den meisten Fällen in Deutschland angesteckt hatten. Dem Robert Koch-Institut wurden in dem beobachteten Zeitraum insgesamt 119 Ausbrüche mit 615 Fällen in Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende gemäß Infektionsschutzgesetz übermittelt. Hierbei traten Windpocken am häufigsten auf (29%), gefolgt von Skabies (18%), Masern (12%), Tuberkulose und Rotavirus-Gastroenteritis (8%) sowie anderen Krankheiten (<5%). Eine Ausbreitung der Ausbrüche über die Gemeinschaftsunterkünfte hinaus wurde nur in Einzelfällen beschrieben. Durch frühzeitige Impfungen, Aufklärungen und Hygienemaßnahmen wäre der überwiegende Anteil dieser Ausbrüche vermeidbar gewesen [18].

Seit Ende 2015 erstellt das Robert Koch-Institut pro Kalenderwoche einen Bericht zur Verteilung von

Infektionskrankheiten bei Asylsuchenden, die gemäß Infektionsschutzgesetz gemeldet und danach an das Robert Koch-Institut übermittelt wurden [19]. Von der 1. bis zur 52. Kalenderwoche 2016 (Datenstand 18.01.2017) wurden 6.326 Fälle bei Asylsuchenden übermittelt. Dies entspricht 1,9 % der insgesamt übermittelten Fälle meldepflichtiger Infektionskrankheiten (329.974) in der Gesamtbevölkerung. Seit Jahresanfang 2016 ist ein leichter Rückgang dieser Fallzahlen zu beobachten. Die unzureichende Datenlage zur aktuellen Anzahl der Asylsuchenden und geographischen Verteilung in Deutschland erschwert den Bezug der gemeldeten absoluten Fallzahlen auf die Bevölkerung. Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass in der Gesamtbevölkerung keine systematischen Untersuchungen auf Infektionserkrankungen erfolgen. Damit ist ein Vergleich der Inzidenzen bzw. Prävalenzen zwischen Asylsuchenden und anderen Bevölkerungsgruppen schwierig.

Dass die Prävalenz einzelner Infektionserkrankungen bei Asylsuchenden höher als in der ansässigen Bevölkerung ist, lässt sich beispielhaft anhand von Hepatitis B-Daten zeigen: Die Prävalenz des HBV-Oberflächenantigens (HBsAg) als wichtigster Marker einer Hepatitis B war unter ankommenden Asylsuchenden in Deutschland mit 2,3 % deutlich höher als in der Gesamtbevölkerung [20]. Unter anderem aufgrund entsprechender Screening-Programme werden bei Asylsuchenden vermehrt Tuberkulose- und Hepatitis B- und C-Fälle gefunden. Von anderen schwerwiegenden importierten Infektionskrankheiten wie zum Beispiel Läuserückfallfieber wird nur vereinzelt berichtet [17].

Da die Inhalte der Screening-Programme in den Bundesländern mit Ausnahme der vorgeschriebenen Untersuchung auf Lungentuberkulose stark variieren [16, 21], können die Prävalenzen für Infektionserkrankungen zwischen verschiedenen Studien sehr unterschiedlich sein: Eine Studie mit 102 unbegleiteten Minderjährigen im Alter von 12 bis 18 Jahren in Bielefeld berichtete eine hohe Prävalenz (58,8 %) an Infektionskrankheiten: Dies war vor allem auf eine hohe Prävalenz von *Helicobacter pylori*-Infektionen zurückzuführen. Die Prävalenz für eine Tuberkulose lag bei etwa einem Prozent [22]. Das Bremer Gesundheitsprogramm hingegen berichtete für die Zeiträume von 2001 bis 2008 [23] sowie von 2011 bis 2014 [24] nur geringe Prävalenzen für Infektionserkrankungen bei Asylsuchenden.

Weiterhin stehen vor allem Magen-Darm-Infektionen und impfpräventable Krankheiten im Vordergrund. Bisherige Studien zeigen, dass der Impfstatus bei Asylsuchenden häufig nicht durchgehend erhoben wird [21] und insbesondere Kleinkinder oft unvollständig geimpft sind [25]. Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt deswegen Asylsuchende mit unvollständigem oder unbekanntem Impfschutz frühzeitig zu impfen [26]. Derzeit gibt es Informationsmaterial zu Impfungen in 19 Fremdsprachen [27]. Einen Überblick über epidemiologisch relevante Infektionskrankheiten [28] sowie die Impfeempfehlungen stellt das Robert Koch-Institut auf seiner Internetseite zur Verfügung [19].

Dennoch werden deutliche Schwierigkeiten bei der Umsetzung der STIKO-Empfehlungen beobachtet, wie beispielsweise bezüglich der Empfehlungen zur Polio-Impfung und zum Stuhlscreening auf Polioviren

im Kontext des Polioausbruches in Syrien 2013 [29]. Eine Evaluation der Umsetzung dieser Empfehlungen ergab deutliche Unterschiede zwischen den Erstaufnahmeeinrichtungen [30]. Die Umsetzung war umso schwieriger, je größer die Einrichtung war. Personalmangel und Sprachbarrieren wurden als Haupthindernisse bei der Umsetzung genannt [30].

#### 4.2 Nichtübertragbare Erkrankungen

Mit nichtübertragbaren Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, chronischen Atemwegserkrankungen und psychischen Störungen ist eine hohe Krankheitslast für die Bevölkerung in Deutschland verbunden. In den bisherigen Studien zu nichtübertragbaren Erkrankungen bei Asylsuchenden in Deutschland lag der Fokus bisher auf den psychischen Erkrankungen [1].

##### *Psychische Erkrankungen*

Einige Flüchtlinge und Asylsuchende aus Konflikt- und Kriegsgebieten haben vor ihrer Flucht in ihren Heimatländern Kriegserfahrungen, politische Verfolgung, Folter, Überfälle und sexuelle Übergriffe erlebt. Zu diesen traumatisierenden Erlebnissen in den Herkunftsländern kommt der lange Weg der Flucht. Da Asylsuchende und Flüchtlinge mehrere Transitländer durchqueren müssen, sind sie häufig Monate oder sogar Jahre unterwegs. Neben der Bedrohung des eigenen Lebens erleben einige den Verlust von Angehörigen oder werden Augenzeugen vom Tod anderer Flüchtenden. Unbegleitete Minderjährige sind beson-

ders von Überfällen und sexuellen Übergriffen auf der Flucht bedroht [31].

Traumatische Erlebnisse können das Risiko für eine Traumafolgestörung erhöhen [32]. Dazu gehören die posttraumatische Belastungsstörung, Depressionen, Angststörungen, chronische Schmerzen und somatoforme Störungen. Darüber hinaus sind Postmigrationsstressoren wie zum Beispiel die Anhörung und die Dauer des Asylverfahrens, die Trennung von den engsten Bezugspersonen oder auch Diskriminierung und Sprachschwierigkeiten Risikofaktoren für psychische Erkrankungen [32].

Wie die Daten aus dreizehn Gemeinschaftsunterskünften in Baden-Württemberg mit insgesamt 104 begleiteten Minderjährigen zeigen, haben viele der Betroffenen traumatische Ereignisse erlebt: 41,3 % dieser Kinder waren Zeugen körperlicher Angriffe, 37,5 % hatten kriegerische Auseinandersetzungen erlebt, 25,0 % hatten Leichen gesehen, 15,4 % erlebten selbst einen körperlichen Angriff und 4,8 % waren sexuell missbraucht worden [33]. Im Vergleich zu begleiteten Minderjährigen erleiden unbegleitete Minderjährige rund doppelt so häufig traumatische Erlebnisse. In einer Studie aus den Niederlanden berichteten von 1.187 begleiteten Kindern 23,2 % körperlich misshandelt und 8,3 % sexuell missbraucht worden zu sein. Unter den 1.100 unbegleiteten Minderjährigen lagen diese Werte mit 63,3 % beziehungsweise 20,3 % deutlich höher. Hierbei hatten 39,3 % der weiblichen und 12,1 % der männlichen unbegleiteten Minderjährigen sexuelle Missbrauchserfahrungen erlebt [34].

Für posttraumatische Belastungsstörungen wurden bei begleiteten und unbegleiteten Minderjährigen in

## Ein prioritärer Versorgungsbedarf besteht besonders in den Bereichen der psychischen und chronischen Erkrankungen sowie bei Kindern.

Deutschland Prävalenzen von 14,0% bis 60,0% [35, 36] und für Depressionen von 6,2% bis 33,5% berichtet [35]. Eine systematische Übersichtsarbeit zu psychischen Erkrankungen bei Asylsuchenden (Minderjährige und Erwachsene) verdeutlicht, dass die Prävalenzschätzer für posttraumatische Belastungsstörungen sowohl in institutionsbasierten Stichproben (6,7%–76,7%) als auch in populationsbasierten Stichproben (16,4–54,9%) stark variieren [1]. Die stark abweichenden Prävalenzen haben verschiedenen Gründe. Zum einen spielen die Fallzahlen sowie die Art der Stichprobenziehung und die Zusammensetzung der Stichprobe eine große Rolle. Zum anderen beeinflussen die heterogenen Herkunftsländer und Kulturkreise sowie die eingesetzten Methoden und Messinstrumente die Diagnosestellung für eine posttraumatische Belastungsstörung [1]. Insbesondere kulturell oder sprachlich nicht adaptierte Screening- und Diagnostikinstrumente stellen eine Herausforderung bei der Erfassung von posttraumatischen psychischen Erkrankungen dar [35]. Daher können Fehldiagnosen nicht ausgeschlossen werden. Dennoch ist festzuhalten, dass die Prävalenzen bei Asylsuchenden im Vergleich zur Bevölkerung Deutschlands um ein Vielfaches höher sind. Repräsentative Untersuchungen ergaben für die Gesamtheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland eine Lebenszeitprävalenz von 1,3% für posttraumatische Belastungsstörungen [37] und eine Prävalenz von 5,4% für Depressionen [38].

Darüber hinaus leiden viele Asylsuchende und Flüchtlinge an Beschwerden wie zum Beispiel Rücken-, Kopf oder Nackenschmerzen, die häufig zusammen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung auftreten [39]. Diese Beschwerden fanden sich bei 16,9% [24] bezie-

ungsweise bei 25,4% [23] der Untersuchten in den ärztlichen Sprechstunden in den Gemeinschaftsunterkünften des Bremer Gesundheitsprogramms („Bremer Modell“). Sie können ein Hinweis für eine hohe psychische Belastung sein [24]. Hierunter fallen Reaktionen auf Stress während der Flucht oder in der Zeit der Einreise sowie auf die belastende Aufenthaltssituation und die unklare Bleibeperspektive.

### *Andere nichtübertragbare Erkrankungen*

Auch die Datenlage zu anderen nichtübertragbaren chronischen Erkrankungen wie zum Beispiel Krebs, chronische Atemwegserkrankungen, Diabetes mellitus und Herz-Kreislaufkrankungen ist noch sehr unzureichend [1]. Ein Grund hierfür ist, dass derzeit überwiegend junge Menschen (<30 Jahre) Asyl in Deutschland suchen, die vergleichsweise selten an chronischen Erkrankungen leiden. So berichtet eine Studie aus Bielefeld niedrige Prävalenzen für nichtübertragbare chronische Erkrankungen bei 102 unbegleiteten Minderjährigen: Die Prävalenz für Asthma betrug 3,9%, eine Fettstoffwechselstörung mit einer extremen Adipositas wurde bei zwei Minderjährigen und eine Entzündung des Knochenmarks (Osteomyelitis) sowie ein Post-Polio-Syndrom bei jeweils nur einer Person diagnostiziert [22].

Darüber hinaus liefern die ärztlichen Sprechstunden, die in den Bremer Gemeinschaftsunterkünften des Bremer Modells auf freiwilliger Basis in Anspruch genommen werden können, für den Analysezeitraum zwischen 2011 und 2014 Daten zu verschiedenen Erkrankungen bei Asylsuchenden [24]: Mit 29,6% kamen „Faktoren, die zur Inanspruchnahme des Gesundheits-

**Für eine adäquate gesundheitliche Versorgung sollte ein frühzeitiger und niedrighschwelliger Zugang zum Gesundheitssystem erwogen werden.**

wesens führen“ am häufigsten in der Sprechstunde vor. Dazu zählten zum Beispiel Erstuntersuchungen ohne Krankheitsbefund, Impfberatung sowie Beratung von Schwangeren. Zu den häufigsten Diagnosen nach ICD-10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision) gehörten Krankheiten des Atmungssystems mit 18,1 %. Hierbei handelte es sich überwiegend um akute Erkältungskrankheiten, an denen sich die Asylsuchenden zumeist in den Unterkünften angesteckt haben. Mit 16,9 % folgten unklare, andernorts nicht klassifizierte Symptome, vor allem unspezifische Schmerzsymptome ohne erkennbare organische Ursache wie zum Beispiel Kopfschmerzen. Weiterhin traten Krankheiten des Verdauungssystems (6,1 %) auf, die unter anderem auf die ungewohnte und unregelmäßige Ernährung oder psychosomatisch bedingt auf psychische Belastungen zurückgeführt werden können [24]. Zu den weiteren Diagnosen gehörten Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (je 6,0 %) sowie der Haut und Unterhaut (3,6 %). Des Weiteren variierte die Häufigkeit von akuten Zahnproblemen, die vor oder während der Flucht nicht behandelt werden konnten, stark nach dem Herkunftsland [24]. Einen pathologischen Zahnstatus wiesen auch etwa 20 % der 102 unbegleiteten Minderjährigen in Bielefeld auf [22, 36]. Darüber hinaus wurden bei den weiblichen unbegleiteten Minderjährigen Eisenmangelanämien mit 29,2 % deutlich häufiger diagnostiziert als bei den männlichen unbegleiteten Minderjährigen mit 14,1 % [22].

## 5. Die medizinische Versorgung und der Zugang zum Gesundheitssystem

Die kontinuierliche gesundheitliche Versorgung von erkrankten Asylsuchenden stellt das deutsche Gesundheitssystem vor besondere Herausforderungen [20]. Eine Befragung aller Gesundheitsämter zur gesundheitlichen Versorgung von Asylsuchenden in Deutschland zeigte, dass die Versorgung von Personen mit psychischen oder schwerwiegenden chronischen Erkrankungen aus Sicht der Befragten nicht ausreichend sichergestellt ist. Auch die Versorgung von Kindern asylsuchender Familien ist im Vergleich zu unbegleiteten Minderjährigen danach bislang nur in einem geringeren Ausmaß gewährleistet [21].

Aufgrund eines je nach Bundesland mehr oder weniger eingeschränkten Zugangs zu medizinischen Leistungen in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts, ist nach Ansicht vieler Akteure eine adäquate Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen nicht flächendeckend gewährleistet [40–42]. Der rechtliche Anspruch für die Gesundheitsversorgung sowie der Zugang zum deutschen Gesundheitssystem und die damit verbundenen Probleme werden im Folgenden näher erläutert.

### 5.1 Die gesundheitliche Versorgung nach Asylbewerberleistungsgesetz

Die medizinische Versorgung von Asylsuchenden ist über das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) geregelt. Nach § 4 Absatz 1 haben Asylsuchende einen Anspruch auf eine Gesundheitsversorgung bei akut

## Der Zugang zum Gesundheitssystem ist bundesweit nicht einheitlich geregelt.

behandelbaren Erkrankungen und Schmerzen. In diesen Fällen sind laut Gesetz „die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren. Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist.“

Chronische Erkrankungen, die ohne Behandlung zu akuten Notfällen werden oder zu einer Verschlechterung der Gesundheit führen, können ebenfalls nach dem Asylbewerberleistungsgesetz behandelt werden. Ohne Einschränkungen sind medizinische Leistungen wie Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen zu gewähren. Zudem erhalten werdende Mütter gemäß § 4 Absatz 2 AsylbLG ärztliche und pflegerische Hilfe sowie Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel. Eine Vervollständigung des Impfschutzes für alle Asylsuchenden soll frühzeitig angeboten werden (gemäß § 4 Absatz 3 AsylbLG).

Darüber hinaus regelt § 6 Absatz 1 AsylbLG, dass sonstige Leistungen gewährt werden können, „wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich [...] sind.“ Weiterhin wird gemäß § 6 Absatz 2 „Personen, die eine Aufenthaltserlaubnis gemäß § 24 Abs. 1 des Aufenthaltsgesetzes besitzen und die besondere Bedürfnisse haben, wie beispielsweise unbegleitete Minderjährige oder Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe gewährt.“

Die Einschränkungen des Behandlungsanspruches bei Krankheit für Asylsuchende gegenüber gesetzlich Krankenversicherten durch die § 4 und 6 AsylbLG und ihre Umsetzung in der Praxis werden häufig kritisiert [41–43]. Ein wichtiger Kritikpunkt ist, dass Asylsuchende ohne elektronische Gesundheitskarte jeden Arztbesuch vorab bei der zuständigen Behörde, zum Beispiel beim Sozialamt, beantragen müssen, um einen Behandlungsschein für den Arzt zu erhalten. Ob ein Antrag auf Krankenbehandlung bewilligt oder abgelehnt wird, liegt dann häufig im Ermessen von medizinisch nicht fachkundigem Personal [41].

### 5.2 Die gesundheitliche Versorgung mittels elektronischer Gesundheitskarte

Spätestens nach einem Aufenthalt von 15 Monaten haben Asylsuchende Anspruch auf den vollen Leistungsumfang und erhalten bei einer gesetzlichen Krankenversicherung eine elektronische Gesundheitskarte nach SGB XII [40]. Es besteht damit aber keine echte Mitgliedschaft in der Krankenversicherung, da das zuständige Sozialamt der Krankenversicherung die Behandlungskosten nach § 264 des SGB V zuzüglich einer fünfprozentigen Verwaltungspauschale erstattet [40].

Der Zugang zum Gesundheitssystem ist bundesweit nicht einheitlich geregelt. In einigen Bundesländern erhalten Asylsuchende eine elektronische Gesundheitskarte schon vor Ablauf der 15 Monate, in Bremen beispielsweise seit 2005 schon etwa drei Monate nach ihrer Registrierung [23]. Der Leistungsumfang entspricht bis auf einige Beschränkungen dem Leistungs-

spektrum der gesetzlich krankenversicherten Mitglieder. Zu den Leistungen, die nicht übernommen werden, gehören künstliche Befruchtung, Disease-Management-Programme, Entbindungs- und Mutterschaftsgeld und Leistungen im Ausland. Weiterhin besteht in der Regel kein Anspruch auf Psychotherapie, Vorsorgekuren und Rehabilitationsmaßnahmen, Sehhilfen, Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlungen [44]. Im Einzelfall können diese Leistungen aber nach Begutachtung bewilligt werden. Im Jahr 2012 führte auch Hamburg die elektronische Gesundheitskarte für Asylsuchende ein. Zu den Leistungseinschränkungen in Hamburg gehören Langzeitpsychotherapien, Rehabilitationsmaßnahmen, Zahnersatz und Leistungen im Ausland [40].

Durch das im Oktober 2015 beschlossene Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz wurde die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Asylsuchende schon vor Ablauf der 15 Monate erleichtert. Die Bundesländer entscheiden, ob sie das Gesetz nutzen oder die bestehenden Strukturen beibehalten. Ist dies der Fall, sind die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, eine Rahmenvereinbarung mit dem Land zu schließen. Voraussetzung dafür ist, dass die Vereinbarung sich mindestens auf Ebene der Landkreise oder der kreisfreien Städte erstreckt [40]. Die Kommunen können frei entscheiden, ob sie sich diesen Rahmenvereinbarungen anschließen. Diese Rahmenvereinbarungen regeln den Leistungsumfang, die Abrechnungsmodalitäten und die Abrechnungsprüfung der Leistungen sowie den Ersatz der Aufwendungen und der Verwaltungskosten der Krankenkassen [40].

Seit Einführung des Gesetzes haben auch Schleswig-Holstein und Berlin flächendeckend eine elektronische Gesundheitskarte für Asylsuchende eingeführt und erleichtern somit den Zugang zum Gesundheitssystem. In Nordrhein-Westfalen sind bislang 20 Kommunen der Rahmenvereinbarung zwischen Land und Kommunen beigetreten. Da sich der Leistungsumfang dennoch an den Vorgaben der § 4 und § 6 AsylBLG orientiert, haben Asylsuchende auch in diesen Bundesländern im Vergleich zu gesetzlich Krankenversicherten nur einen eingeschränkten Anspruch auf medizinische Leistungen [40]. Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, das Saarland, Brandenburg und Thüringen haben Rahmenvereinbarungen mit den Krankenkassen abgeschlossen, denen aber viele Kommunen noch nicht beigetreten sind. Hessen befindet sich derzeit noch in Gesprächen mit den gesetzlichen Krankenkassen und kommunalen Spitzenverbänden [45]. Bayern, Sachsen, Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt haben sich mittlerweile gegen die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte entschieden [45].

Einsparungen können nach aktuellem Wissensstand mit der Einschränkung des Zugangs zu medizinischen Leistungen für Asylsuchende kaum erzielt werden: Erfahrungen aus der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration der Freien und Hansestadt Hamburg, legen im Gegenteil nahe, dass durch die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Asylsuchende die Leistungsausgaben pro Kopf gleich geblieben sind, während beträchtliche Summen an administrativen Kosten eingespart werden konnten [46]. Weiterhin zeigt eine Studie mit Daten des Statistischen Bundesamtes der Jahre 1994

## Die unklare Kostenübernahme von Sprachmittlung ist eine Barriere für die Inanspruchnahme von Psychotherapien.

bis 2013, dass die jährlichen Pro-Kopf-Ausgaben für die medizinische Versorgung bei Asylsuchenden mit eingeschränktem Zugang höher ausfielen als bei Asylsuchenden mit vollem Leistungsanspruch [47]. Neben humanitären Gründen finden sich also auch ökonomische Argumente, die dafür sprechen, die Schwellen im Zugang zu Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung abzubauen.

### 5.3 Die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung

Psychiatrische Behandlungen zählen laut Asylbewerberleistungsgesetz zur Akutversorgung. Dagegen ist die Psychotherapie für gewöhnlich nicht im Leistungsumfang enthalten. Für die Bewilligung einer Psychotherapie wird daher oft der § 6 AsylbLG herangezogen, nach dem zumindest eine Kurzzeittherapie erstattet werden kann. Eine weitere Hürde für die Beantragung einer Psychotherapie stellt die Kostenerstattung für Sprachmittlung (Übersetzung) während der Therapiesprache dar [32]. Asylsuchende, über deren Asylantrag noch nicht entschieden wurde, können eine Übernahme der Leistungen für Sprachmittlung nach § 4 und § 6 AsylbLG über das Sozialamt beantragen [48]. Minderjährige Asylsuchende haben die größten Chancen auf eine Kostenübernahme. Besonders für Anerkannte und Asylsuchende, die länger als 15 Monate in Deutschland sind, ist es dagegen schwierig, Leistungen für Sprachmittlung zu erhalten. Da Deutsch in den Sozialgesetzbüchern als Amtssprache festgelegt ist, übernehmen die gesetzlichen Krankenversicherungen die Kosten nicht. Jedoch können

Leistungen für Sprachmittlung nach § 73 SGB XII oder ggf. nach § 53 SGB XII beim Sozialamt beantragt werden, hierbei handelt es sich jedoch um Ermessensleistungen [35]. Daher ist ein wesentlicher Hinderungsgrund für die Inanspruchnahme von Psychotherapien die unzureichende geregelte Kostenübernahme von Leistungen für Sprachmittlung [32, 35].

Die psychotherapeutische Behandlung erfolgt in Deutschland bisher vor allem in spezialisierten psychosozialen Behandlungszentren. Derzeit sind in der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF) 26 psychosoziale Behandlungszentren in Deutschland vernetzt [49]. Ein Viertel der Klientinnen und Klienten in den Zentren sind Minderjährige, davon sind ungefähr 45% unbegleitet [49]. Das geringe Angebot und der erschwerte Zugang zu psychotherapeutischen und psychosozialen Strukturen verhindern eine frühzeitige Behandlung der oft schwer traumatisierten Menschen. Daher erhalten bislang nur wenige Asylsuchende Zugang zu einer Therapie. Eine Analyse der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer ergab, dass 15% der Psychotherapieanträge durch die Sozialbehörden abgelehnt wurden. Bei gesetzlich Krankenversicherten traf dies nur auf 1% bis 3% der Anträge zu [49].

Des Weiteren gibt es in den Zentren ein Ungleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage. Es müssen jedes Jahr deutlich mehr Asylsuchende abgelehnt werden als aufgenommen werden können. Daher gibt es lange Wartelisten und nur 5% der Klientinnen und Klienten aus den psychosozialen Zentren können jedes Jahr an niedergelassene Therapeutinnen und Thera-

peuten weitervermittelt werden [49]. Weiterhin bedarf es der Entwicklung von sprachlich und kulturell adaptierten Screening- und Diagnostikinstrumenten, um Asylsuchende mit einer hohen psychischen Belastung und somit erhöhtem Erkrankungsrisiko frühzeitig zu erkennen [35]. Außerdem besteht ein erhöhter Bedarf an speziell geschultem und weitergebildetem Fachpersonal, vor allem im Bereich der Kinder- und Jugendpsychotherapie [35]. Für die Behandlung von traumatisierten Asylsuchenden wird ein multimodales und dolmetschergestütztes Behandlungskonzept empfohlen, in dem eine Psychotherapie von Sozialarbeit, medizinischer Versorgung und aufenthaltsrechtlicher Beratung begleitet wird [32].

## 6. Diskussion

Die stark gestiegene Zuwanderung von Asylsuchenden stellt das Gesundheitssystem in Deutschland vor große Herausforderungen. Erste Ergebnisse legen einen besonderen Versorgungsbedarf in Bezug auf psychische und chronische Erkrankungen sowie bei Kindern asylsuchender Familien nahe [1, 21]. Vor diesem Hintergrund wird von vielen Akteuren für wichtig erachtet, das Recht auf Zugang zu gesundheitlichen Leistungen für Asylsuchende möglichst frühzeitig dem der übrigen Bevölkerung anzugleichen [41, 50]. Des Weiteren lassen sich in der Literatur einige Bereiche identifizieren, in denen von vielen Akteuren ein besonderer Handlungsbedarf gesehen wird:

- ▶ Weitgehende Einigkeit besteht darin, die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission bei Asylsuchenden

zeitnah umzusetzen [18, 21, 26, 30]. Hier gibt es Hinweise, dass potenzielle Hindernisse in großen Erstaufnahmeeinrichtungen aufgrund von Personal- und Sprachbarrieren bestehen [30].

- ▶ Es besteht offenbar ein hoher Informationsbedarf bei Asylsuchenden in Bezug auf Themen wie Impfen und Schwangerschaft [24]. Aus Sicht der Gesundheitsämter sind Informationsmaterialien zu Themen wie Orientierung im Gesundheitswesen, lokale Anlaufstellen zu Gesundheitsfragen, impfpräventable Erkrankungen, sexuell übertragbare Erkrankungen, Ernährung während der Schwangerschaft/Stillzeit, Zahnhygiene bei Kindern, psychischen Erkrankungen, Suchtverhalten sowie Tuberkulose relevant [21].
- ▶ Ein erhöhter Handlungsbedarf besteht nach Auffassung vieler Beobachter im Bereich der psychischen Gesundheit [31, 32, 35, 51]. Ein sehr hoher Bedarf trafe danach auf wenig entwickelte Versorgungsstrukturen. Als problematisch wird das Fehlen sprachlich und kulturell validierter Screeninginstrumente gesehen [35]. Zudem sei aufgrund des AsylbLG der Zugang zu Behandlungen erschwert. Bewilligte Therapien würden durch fehlende Fachkräfte und überlastete Behandlungsstrukturen sowie die unklare Kostenübernahme von Leistungen wie Sprachmittlung zusätzlich erschwert [32, 35, 51].
- ▶ Empfohlen wird von vielen Seiten zudem die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte [41, 52]. Sie würde helfen Verwaltungskosten einzusparen und die Inanspruchnahme von Leistungen durch Asylsuchende zu vereinfachen [41]. Ein entscheidender Vorteil sei demnach, dass Arztbesuche nicht vorab

bei den Sozialbehörden beantragt werden müssten und über den Behandlungsbedarf direkt das medizinische Personal entscheiden kann [41].

Um Versorgungslücken oder -bedarfe zu erkennen, sind verlässliche Informationen erforderlich. Bisherige Studien beruhen aber häufig auf geringen Fallzahlen, sind regional begrenzt und kaum belastbar [1]. Die starke Heterogenität in Bezug auf unterschiedliche Studienpopulationen und Erhebungsinstrumente verhindert eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse [1]. Fehlende Vergleichsgrößen mit Bezug zur Allgemeinbevölkerung erschweren zudem die Einordnung von Gesundheitsproblemen unter Asylsuchenden und Flüchtlingen. Auch fehlen in den Daten zumeist wichtige Differenzierungsmerkmale. Asylsuchende sind eine sehr heterogene Bevölkerungsgruppe mit unterschiedlichen Ressourcen, gesundheitlichen Problemlagen und medizinischen Bedarfen. So erfolgt in den bestehenden Untersuchungen in der Regel keine Unterscheidung zwischen Frauen und Männern, sodass eine gendersensitive Betrachtungsweise bislang kaum möglich ist. Angesichts der großen Heterogenität dieser Gruppe wäre eine differenziertere Betrachtung wie zum Beispiel nach Herkunftsland, kulturellem Hintergrund oder möglichen Fluchtursachen wünschenswert.

Mitverantwortlich für den derzeit noch unzureichenden Informationsstand ist aber auch das Vorgehen bei den Gesundheitsuntersuchungen in den Erstaufnahmeeinrichtungen [2, 21]. Die relevanten Informationen werden nicht immer regelhaft erhoben und weitergegeben [21]. Auch unterscheidet sich das inhaltliche Spektrum

der Untersuchungen zwischen den Bundesländern [16]. Daher sind in der jüngeren Vergangenheit wichtige Initiativen entstanden, welche die Informationsgrundlage zur Gesundheit von Asylsuchenden und Flüchtlingen verbessern wollen und eine enge Vernetzung wichtiger Akteure anstreben. So werden im Rahmen des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Projekts RESPOND der Universitätsklinik Heidelberg Bevölkerungssurveys zur Gesundheit und Versorgung von Asylsuchenden in Baden-Württemberg durchgeführt [53]. Die vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte „Dateninitiative Gesundheit und medizinische Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen“ des Universitätsklinikums Heidelberg sucht zudem nach Möglichkeiten der Vereinheitlichung der Dokumentation der medizinischen Versorgungsangebote in Aufnahmeeinrichtungen der Bundesländer [54]. Ziel ist es, Gesundheitsprobleme schnell zu erkennen und die Informationen für eine routinemäßige Berichterstattung und wissenschaftliche Analysen zu nutzen. Das Fortschrittskolleg „FlüGe – Herausforderungen und Chancen globaler Flüchtlingsmigration für die Gesundheitsversorgung in Deutschland“ an der Universität Bielefeld bearbeitet darüber hinaus spezifische Fragestellungen zur gesundheitlichen Situation und Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen [55]. Daneben fördert das Ministerium für Innovation, Wissenschaft und Forschung Nordrhein-Westfalen zwei weitere Projekte an der Universität Bielefeld zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Asylsuchende.

Darüber hinaus führt das Robert Koch-Institut im Rahmen des Infektionsschutzes Projekte durch. Beispielsweise verbessert die syndromische Surveillance in Notunterkünften für Asylsuchende in Berlin und die Auswertung aus medizinischen Versorgungspunkten das Verständnis für Behandlungsursachen. Zudem wird das Wissen zum Vorkommen multiresistenter Erreger sowie zu Hepatitis und Tuberkulose erweitert und eine bessere Grundlage für Empfehlungen geschaffen. Um den Informationsbedürfnissen im Sinne des Infektionsschutzgesetzes in Zeiten stärkerer Zuwanderung künftig schneller und besser gerecht zu werden, wird derzeit außerdem das Deutsche Elektronische Meldesystem für den Infektionsschutz (DEMIS) eingeführt und damit das Meldewesen modernisiert.

Im Mittelpunkt der Initiativen am Robert Koch-Institut stehen aber nicht allein Asylsuchende und Flüchtlinge. Auch zu Menschen mit Migrationshintergrund, die schon länger in Deutschland leben oder als Nachkommen von Zuwanderern bereits in Deutschland geboren sind, liegen nur unzureichende Informationen vor. So ist es im Rahmen der bevölkerungsrepräsentativen Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts in der Basiserhebung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS-Basiserhebung, 2003–2006) zwar gelungen, Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund proportional einzu beziehen [56]. Für die Folgeerhebung KiGGS Welle 1 (2009–2012) und die Surveys „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) und „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS<sub>1</sub>) gilt dies aber nicht gleichermaßen [57].

Daher strebt das vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Vorhaben „Maßnahmen zur Verbesserung der Informationsgrundlagen zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund“ die Weiterentwicklung des Gesundheitsmonitorings und der Gesundheitsberichterstattung am Robert Koch-Institut an. Zum einen werden die Zugangswege und Rekrutierungsmaßnahmen, aber auch die Inhalte und die Erhebungsinstrumente überprüft und weiterentwickelt, um die Einbindung von Menschen mit Migrationshintergrund in das Gesundheitsmonitoring zu verbessern. Zum anderen werden die Nutzungsmöglichkeiten von Routinedaten, aber auch von Daten des Mikrozensus und des Sozio-oekonomischen Panels berücksichtigt.

Perspektivisch werden die aufgeführten Initiativen die Informationsgrundlage zur gesundheitlichen Lage von Asylsuchenden aber auch von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland spürbar verbessern. Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes wird wichtige Vorarbeiten leisten, um, basierend auf bestehenden Erfahrungen [56, 58, 59], ein Berichtskonzept zu entwickeln, das zentrale Themen und Datenquellen benennt, den Transfer der Befunde in Politik und Gesellschaft sicherstellt und den gesellschaftlichen Debatten ebenso wie politischen Initiativen als Grundlage dient.

## Literatur

1. Bozorgmehr K, Mohsenpour A, Saure D et al. (2016) Systematische Übersicht und "Mapping" empirischer Studien des Gesundheitszustands und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990–2014). Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 59(5):599-620
2. Razum O, Bunte A, Gilsdorf A et al. (2016) Gesundheitsversorgung von Geflüchteten - Zu gesicherten Daten kommen. Dtsch Arztebl Int 113(4): A-130
3. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2016) Ablauf des deutschen Asylverfahrens. Ein Überblick über die einzelnen Verfahrensschritte und rechtlichen Grundlagen. BAMF, Nürnberg (Stand August 2016)
4. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2016) Das Bundesamt in Zahlen 2015 Asyl. BAMF, Nürnberg
5. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2016) Ablauf des deutschen Asylverfahrens. BAMF, Nürnberg. [http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Asyl/schema-ablauf-asylverfahren.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Asyl/schema-ablauf-asylverfahren.pdf?__blob=publicationFile) (Stand 19.01.2017)
6. Bundesministerium des Inneren (2016) 890.000 Asylsuchende im Jahr 2015, Pressemitteilung vom 30.09.2016. <http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2016/09/asylsuchende-2015.html> (Stand 19.01.2017)
7. Bundesregierung (2016) EASY und Asylantrag - das ist der Unterschied, Pressemitteilung vom 25.5.2016. <https://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2016/05/2016-05-24-easy-asylantrag-unterschied.html> (Stand 19.01.2017)
8. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2016) Aktuelle Zahlen zu Asyl. Ausgabe Dezember 2016. BAMF, Nürnberg
9. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2016) Asylgeschäftsstatistik für den Monat Dezember 2016. BAMF, Nürnberg
10. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) Migration nach Deutschland - sichere Herkunftsländer. BAMF, Nürnberg <http://www.bamf.de/DE/Migration/AsylFluechtlinge/Asylverfahren/BesondereVerfahren/SichereHerkunftsl%C3%A4nder/sichere-herkunftsl%C3%A4nder-node.html> (Stand 19.01.2017)
11. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2016) Zugangszahlen zu unbegleiteten Minderjährigen. <http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Asyl/um-zahlen-entwicklung.html?nn=7525966> (Stand 19.01.2017)
12. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2015) Aktuelle Zahlen zu Asyl. Ausgabe Dezember 2015. BAMF, Nürnberg
13. Bundesfachverband unbegleitete Minderjährige Flüchtlinge e.V. U (2015) Vorläufige Inobhutnahme – Was ändert sich zum 01.11.2015? <http://www.b-umf.de/images/ablauf-vorl.-inobhutnahme.pdf> (Stand 19.01.2017)
14. Bozorgmehr K, Szecsenyi J, Stock C et al. (2016) Europe's response to the refugee crisis: why relocation quotas will fail to achieve 'fairness' from a health perspective. Eur J Public Health 26(1):5-6
15. Robert Koch-Institut (2015) Standardisierte Erstaufnahmeuntersuchung gemäß Asylgesetz, Mindeststandard aus Sicht des RKI. [http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/A/Asylsuchende/Inhalt/Erstaufnahmeuntersuchung\\_Tab.html](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/A/Asylsuchende/Inhalt/Erstaufnahmeuntersuchung_Tab.html) (Stand 19.01.2017)
16. Wahedi K, Nost S, Bozorgmehr K (2017) Die Gesundheitsuntersuchung von Asylsuchenden: Eine bundesweite Analyse der Regelungen in Deutschland § 62 Asylverfahrensgesetz. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 60(1):108-117
17. Robert Koch-Institut (2016) Dem Robert Koch-Institut übermittelte meldepflichtige Infektionskrankheiten bei Asylsuchenden in Deutschland <http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/A/Asylsuchende/Asylsuchende.html> (Stand 19.01.2017)
18. Kühne A, Gilsdorf A (2016) Ausbrüche von Infektionskrankheiten in Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende 2004-2014 in Deutschland. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 59(5):570-577
19. Robert Koch-Institut (2016) Asylsuchende und Gesundheit. <http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/A/Asylsuchende/Asylsuchende.html> (Stand 19.01.2017)

20. Hampel A, Solbach P, Cornberg M et al. (2016) Aktuelle Seroprävalenz, Impfstatus und prädiktiver Wert der Leberenzyme für Hepatitis B bei Flüchtlingen in Deutschland. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 59(5):578-583
21. Bozorgmehr K, Nost S, Thaiss HM et al. (2016) Die gesundheitliche Versorgungssituation von Asylsuchenden : Bundesweite Bestandsaufnahme über die Gesundheitsämter. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 59(5):545-555
22. Marquardt L, Krämer A, Fischer F et al. (2016) Health status and disease burden of unaccompanied asylum-seeking adolescents in Bielefeld, Germany: cross-sectional pilot study. Trop Med Int Health 21(2):210-218
23. Jung F (2011) Das Bremer Modell- Gesundheitsversorgung Asylsuchender. Bericht 08/2011 Gesundheitsamt Bremen, Bremen. <http://www.gesundheitsamt.bremen.de/publikationen-3093#G-BE%20INFO> (Stand 19.01.2017)
24. Mohammadzadeh Z, Jung F, Lelgemann M (2016) Gesundheit für Flüchtlinge - das Bremer Modell. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 59(5):561-569
25. Brockmann SO, Wjst S, Zelmer U et al. (2016) ÖGD-Initiative zur Verbesserung der Durchimpfung bei Asylsuchenden. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 59(5):592-598
26. Robert Koch-Institut (2015) Konzept zur Umsetzung frühzeitiger Impfungen bei Asylsuchenden nach Ankunft in Deutschland. Empfehlung des Robert Koch-Instituts Epidemiologisches Bulletin 41/2015 [http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/Ausgaben/41\\_15.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/Ausgaben/41_15.pdf?__blob=publicationFile) (Stand 19.01.2017)
27. Robert Koch-Institut (2015) Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen. [http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/materialien\\_fremdsprachig\\_node.html](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/materialien_fremdsprachig_node.html) (Stand 19.01.2017)
28. Beermann S, Rexroth U, Kirchner M et al. (2015) Asylsuchende und Gesundheit in Deutschland: Überblick über epidemiologisch relevante Infektionskrankheiten. Dtsch Arztebl Int 112(42): A-1717
29. Ständige Impfkommision (STIKO) (2017) Mitteilung der Ständigen Impfkommision (STIKO) am RKI zur Impfung gegen Poliomyelitis. Epidemiologisches Bulletin 47/2013 [http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2013/Ausgaben/47\\_13.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2013/Ausgaben/47_13.pdf?__blob=publicationFile) (Stand 19.01.2017)
30. Zeitlmann N, George M, Falkenhorst G (2016) Polioimpfung und Stuhlscreening in deutschen Erstaufnahmeeinrichtungen für Asylsuchende, November 2013-Januar 2014 : Was wurde umgesetzt? Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 59(5):584-591
31. Bühring P (2015) Traumatisierte Flüchtlinge: Krieg, Verlust und Gewalt. Dtsch Arztebl Int 112(40): A-1603
32. Böttche M, Heeke C, Knaevelsrud C (2016) Sequenzielle Traumatisierungen, Traumafolgestörungen und psychotherapeutische Behandlungsansätze bei kriegstraumatisierten erwachsenen Flüchtlingen in Deutschland. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 59(5):621-626
33. Ruf M, Schauer M, Elbert T (2010) Prävalenz von traumatischen Stresserfahrungen und seelischen Erkrankungen bei in Deutschland lebenden Kindern von Asylbewerbern. Z Klin Psychol Psychother 39:151-160
34. Bean T, Derluyn I, Eurelings-Bontekoe E et al. (2007) Comparing psychological distress, traumatic stress reactions, and experiences of unaccompanied refugee minors with experiences of adolescents accompanied by parents. J Nerv Ment Dis 195(4):288-297
35. Metzner F, Reher C, Kindler H et al. (2016) Psychotherapeutische Versorgung von begleiteten und unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen und Asylbewerbern mit Traumafolgestörungen in Deutschland. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 59(5):642-651
36. Spallek J, Tempes J, Ricksgers H et al. (2016) Gesundheitliche Situation und Versorgung unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge - eine Näherung anhand qualitativer und quantitativer Forschung in der Stadt Bielefeld. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 59(5):636-641
37. Perkonig A, Kessler RC, Storz S et al. (2000) Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. Acta Psychiatr Scand 101(1):46-59
38. Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S et al. (2007) Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 50(5-6):871-878
39. Liedl A, Knaevelsrud C (2008) Chronic pain and PTSD: the Perpetual Avoidance Model and its treatment implications. Torture 18(2):69-76

40. Wächter-Raquet M (2016) Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende und Flüchtlinge. Der Umsetzungsstand im Überblick der Bundesländer. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh  
[https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie\\_VV\\_Gesundheitskarte\\_Fluechtlinge\\_2016.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_Gesundheitskarte_Fluechtlinge_2016.pdf)  
(Stand 19.01.2017)
41. Razum O, Wenner J, Bozorgmehr K (2016) Wenn Zufall über den Zugang zur Gesundheitsversorgung bestimmt: Geflüchtete in Deutschland. *Gesundheitswesen* 78(11):711-714
42. Bühring P (2016) Asylsuchende und Flüchtlinge - Therapiefreiheit ist nicht gesichert. *Dtsch Arztebl Int* 113(24): A-1147
43. Klinkhammer G, Korzilius H (2014) Asyleleistungen in Deutschland: Flüchtlinge sind Patienten dritter Klasse. *Dtsch Arztebl Int* 111(13): A-540
44. Classen GFB, Das Bremer Modellprojekt Krankenversicherungs-Chipkarten zur medizinischen Versorgung nach §§ 4 und 6 AsylbLG.  
[http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/Bremer\\_Modell\\_Medizin\\_AsylbLG.pdf](http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/Bremer_Modell_Medizin_AsylbLG.pdf) (Stand 19.01.2017)
45. Wächter-Raquet (2016) Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende und Flüchtlinge. Der Umsetzungsstand im Überblick der Bundesländer. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh  
[https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Integrierte\\_Krankenversicherung/Ueberblick\\_Gesundheitskarte\\_Fluechtlinge\\_Mai2016.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Integrierte_Krankenversicherung/Ueberblick_Gesundheitskarte_Fluechtlinge_Mai2016.pdf)  
(Stand 19.01.2017)
46. Burmester F, (2014) Auswirkungen der Zusammenarbeit mit der AOK Bremen/Bremerhaven aus Sicht der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration. In: Gesundheitsversorgung Ausländer Best Practice Beispiele aus Hamburg, Hamburg  
<http://www.hamburg.de/contentblob/4465734/data/gesundheitsversorgung-auslaender.pdf>  
(Stand 19.01.2017)
47. 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(7):e0131483
48. Classen G, Flüchtlingsrat Berlin (2011) Die Finanzierung ambulanter Psychotherapien für Flüchtlinge.  
[http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/arbeitshilfen/Psychotherapie\\_fuer\\_Fluechtlinge.pdf](http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/arbeitshilfen/Psychotherapie_fuer_Fluechtlinge.pdf) (Stand 19.01.2017)
49. Baron J, Schriefers S (2015) Versorgungsbericht - Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF eV)  
[http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2015/09/Versorgungsbericht\\_mit-Umschlag\\_2015.compressed.pdf](http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2015/09/Versorgungsbericht_mit-Umschlag_2015.compressed.pdf)  
(Stand 19.01.2017)
50. Razum O, Bozorgmehr K (2016) Restricted entitlements and access to health care for refugees and immigrants: The example of Germany. *Global Social Policy* Vol. 16(3) 321-324
51. Böttche M, Stammel N, Knaevelsrud C (2016) Psychotherapeutische Versorgung traumatisierter geflüchteter Menschen in Deutschland. *Nervenarzt* 87(11):1136-1143
52. Robert Bosch Expertenkommission zur Neuausrichtung der Flüchtlingspolitik (2016) Themendossier: Zugang zu Gesundheitsleistungen und Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge und Asylbewerber: Von der Erstversorgung bis zur psychosozialen Behandlung. Robert Bosch Stiftung, Gütersloh
53. Universitätsklinikum Heidelberg (o.J.) RESPOND - Improving regional health system responses to the challenges of migration through tailored interventions for asylum-seekers and refugees.  
<https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/RESPOND-Improving-regional-health-system-responses-to-the-challenges-of-migration-through-tailored.141896.o.html?&L=0>  
(Stand 19.01.2017)
54. Universitätsklinikum Heidelberg (o.J.) Sentinel Surveillance der Gesundheit und primärmedizinischen Versorgung von Asylsuchenden in Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften in Deutschland.  
<https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/Sentinel-Surveillance-der-Gesundheit-und-primarmedizinischen-Versorgung-von-Asylsuchenden-in-Erstau.141902.o.html?&L=0>  
(Stand 19.01.2017)
55. Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften (o.J.) Herausforderungen und Chancen globaler Flüchtlingsmigration für die Gesundheitsversorgung in Deutschland. NRW Fortschrittskolleg.  
[http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag2/fluege\\_nrw/](http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag2/fluege_nrw/)  
(Stand 19.01.2017)
56. Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2008) Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003 - 2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin, RKI.
57. Sass AC, Grüne B, Brettschneider AK et al. (2015) Beteiligung von Menschen mit Migrationshintergrund an Gesundheitsveys des Robert Koch-Instituts Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 58(6):533-542

58. Razum O, Zeeb H, Meesmann U et al. (2008) Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut (Hrsg), RKI, Berlin [http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/migration.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/migration.pdf?__blob=publicationFile) (Stand 20.02.2017)
- 
59. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin [http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit\\_in\\_deutschland\\_2015.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile) (Stand 20.02.2017)
-

## Impressum

### Journal of Health Monitoring

#### Institution der beteiligten Autorinnen und Autoren

Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring und Abteilung für Infektions-epidemiologie, Berlin

Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissen-schaften

Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemein-medizin und Versorgungsforschung

Charité-Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizi-nische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft

#### Korrespondenzadresse

Laura Frank

Robert Koch-Institut

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring

General-Pape-Str. 62–66

12101 Berlin

E-Mail: [FrankL@rki.de](mailto:FrankL@rki.de)

#### Interessenkonflikt

Die korrespondierende Autorin gibt für sich und die Koautorinnen und Koautoren an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

#### Herausgeber

Robert Koch-Institut

Nordufer 20

13353 Berlin

#### Redaktion

Dr. Franziska Prütz, Martina Rabenberg,  
Alexander Rommel, Dr. Anke-Christine Saß,

Stefanie Seeling, Martin Thißen, Dr. Thomas Ziese

Robert Koch-Institut

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring

General-Pape-Str. 62–66

12101 Berlin

Tel.: 030-18 754-3400

E-Mail: [healthmonitoring@rki.de](mailto:healthmonitoring@rki.de)

[www.rki.de/journalhealthmonitoring](http://www.rki.de/journalhealthmonitoring)

#### Satz

Gisela Dugnus, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

#### Zitierweise

Frank L, Yesil-Jürgens R, Razum O et al. (2017)

Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von  
Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland.

Journal of Health Monitoring 2(1):24–47

DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-005

ISSN 2511-2708



Dieses Werk ist lizenziert unter einer  
Creative Commons Namensnennung 4.0  
International Lizenz.



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im  
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit