

Morbiditätsanalyse von Geflüchteten in Bayern
—
eine empirische Untersuchung

Dissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Wirtschaftswissenschaft
der Rechts- und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät
der Universität Bayreuth

Vorgelegt
von
Katharina Fernando Samarappuli
aus
Olpe

Dekan:

Prof. Dr. Claas Christian Germelmann

Erstberichterstatter:

Prof. Dr. Dr. med. habil. Dr. phil. Dr. theol. h.c. Eckhard Nagel

Zweitberichterstatter:

Univ.-Prof. Dr. rer. pol. Michael Lauerer, Dipl.-Sozialw. Univ.

Tag der mündlichen Prüfung: 15. Juli 2025

Zusammenfassung

Die Erhebung und Analyse von Gesundheitsdaten sind für ein adäquates Angebot von Leistungen zur Gesundheitsversorgung von zentraler Bedeutung. Während es für die allgemeine Wohnbevölkerung in Deutschland longitudinal angelegte und standardisierte Gesundheitssurveys gibt, erweist sich die Datenlandschaft zur Gesundheitssituation von nach Deutschland Geflüchteten als lückenhaft. Im Rahmen der vorliegenden Thesis wurde sich dieser wissenschaftlichen Forschungslücke gewidmet.

Zu Beginn dieser Thesis wird die spezifische und gleichzeitig heterogene und sich dynamisch verändernde Population der Geflüchteten definiert. Neben den rechtlichen Rahmenbedingungen und dem theoretischen Hintergrund zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, werden bereits bestehende Forschungskenntnisse zur Gesundheitssituation von Geflüchteten dargelegt (TEIL I).

TEIL II widmet sich der empirischen Untersuchung der Gesundheitssituation von Geflüchteten in Bayern. Im Rahmen des vom Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege beauftragten Gutachtens „Auswirkungen des Zustroms von Asylbewerbern auf die gesundheitliche Versorgung in Bayern“ konnte eine umfassende Primärdatenerhebung zur Gesundheit von Geflüchteten in Aufnahmeeinrichtungen in sechs der sieben in Bayern liegenden Regierungsbezirke durchgeführt werden. Neben der Erfassung somatischer Beschwerden, konnten mithilfe eines standardisierten Fragebogens und der Verwendung validierter Messinstrumente ebenfalls Erkenntnisse zur psychischen Gesundheitssituation von Geflüchteten gewonnen werden. Die empirischen Ergebnisse zeigen, dass insbesondere psychische Belastungen wie Depressionssymptomatiken und die Posttraumatische Belastungsstörung von quantitativer Relevanz sind. Im Hinblick auf die erfassten (psycho-) somatischen Beschwerden ergeben sich insbesondere für chronische Rückenschmerzen, Erkrankungen der Zähne und des Mundes sowie des Magens und Darms, Blasenschwäche und Bluthochdruck – im Vergleich zu den anderen erfassten Erkrankungen – hohe (Lebenszeit- und 12-Monats-)Prävalenzen. Weibliche Befragte der Studienkohorte gaben häufiger an, erkrankt zu sein, als männliche Geflüchtete.

Die Ergebnisse erlauben ein umfassendes Verständnis der Gesundheitssituation von Geflüchteten, die sich zum Zeitpunkt der Erhebung in Aufnahmeeinrichtungen in Bayern aufhielten. Gleichzeitig zeigen sie die Notwendigkeit weiterer Untersuchungen, um

Versorgungsbedarfe frühzeitig identifizieren und -angebote schaffen zu können. Hierfür gilt es neben der standardisierten und flächendeckenden Erfassung der Gesundheitssituation von Geflüchteten ebenfalls vorherrschende Zugangsbarrieren zur Versorgung abzubauen, um bereits bestehende Ressourcen bestmöglich nutzen zu können.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	III
Inhaltsverzeichnis	V
Abbildungsverzeichnis	VIII
Tabellenverzeichnis	IX
Abkürzungsverzeichnis	XI
Vorbemerkung	XVI
TEIL I: Einleitung und theoretischer Hintergrund	1
1 Problemstellung und Aufbau der Thesis	2
2 Geflüchtete in Deutschland	4
2.1 Allgemeine Begriffsbestimmung nach Deutschland geflüchteter Menschen.....	4
2.2 Das Asylverfahren.....	6
2.2.1 Reguläres Asylverfahren	6
2.2.2 Familienasyl, Familieneinheiten und Familiennachzug	14
2.3 Schutzformen für Schutzsuchende	15
2.4 Quantitative Bedeutung des Zuzugs und Bedeutung für Bayern.....	17
2.4.1 Allgemeine Entwicklungen.....	17
2.4.2 Zustrom von Geflüchteten in den Jahren 2015 – 2017.....	21
2.4.3 Quantitative Bedeutung des Zustroms von Geflüchteten für Bayern	31
2.4.4 Mögliche Fluchtgründe	32
3 Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten in Deutschland	37
3.1 Rechtlicher Anspruch auf Gesundheitsversorgung für Geflüchtete – Leistungsberechtigte und -umfang nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	37
3.2 Zugang zur Gesundheitsversorgung und Leistungsanspruchnahme	43
3.3 Gesundheit und verfügbare Gesundheitsdaten von Geflüchteten in Deutschland	51
3.3.1 Notwendigkeit und Verfügbarkeit von Gesundheitsdaten von Geflüchteten	52
3.3.2 Gesundheitszustand von Geflüchteten	55
3.3.3 Zentrale Forschungsbestrebungen zur Erhebung des Gesundheitszustands	69
4 Zwischenfazit.....	70
TEIL II: Empirische Untersuchung der Morbidität von Geflüchteten in Bayern	71
5 Hintergrund, Einordnung und Ableiten der Forschungsfragen.....	72
6 Methodisches Vorgehen	73
6.1 Konzeption eines standardisierten Fragebogens als Erhebungsinstrument.....	73
6.1.1 Aufbau und Struktur des Fragebogens.....	73
6.1.2 Validierung des Erhebungsinstruments und Pretest	77
6.1.3 Sprachauswahl und Übersetzung des Erhebungsinstruments.....	79
6.2 Stichprobenkonzeption und -ziehung.....	80

6.3	Datenerhebung und Rekrutierung der Studienteilnehmer:innen in Erstaufnahme- und Gemeinschaftsunterkünften.....	83
6.4	Datenbereinigung und -auswertung.....	84
7	Ergebnisse.....	86
7.1	Beschreibung der Studienpopulation.....	86
7.2	Allgemeine Gesundheitsindikatoren.....	88
7.3	Somatische Erkrankungen von Geflüchteten in Bayern.....	90
7.4	Psychische Belastungen von Geflüchteten in Bayern.....	112
7.5	Lebensereignisse und -erfahrungen.....	116
8	Limitationen.....	118
8.1	Methodische Limitationen.....	118
8.2	Übertragbarkeit und Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse.....	122
9	Zwischenfazit.....	124
TEIL III: Ergänzende systematische Literaturrecherche.....		126
10	Hinführung.....	127
11	Methodisches Vorgehen der Literaturrecherche.....	127
11.1	Suchstrategie.....	127
11.2	Suchterminus.....	127
11.3	Ein- und Ausschlusskriterien.....	128
11.4	Screeningprozess.....	129
12	Ergebnisse.....	129
13	Limitationen.....	148
14	Zwischenfazit.....	148
TEIL IV: Diskussion und Fazit.....		150
15	Einordnung der zentralen Ergebnisse der Primärdatenerhebung aus TEIL II anhand ausgewählter Studien aus TEIL III und mögliche Erklärungsmodelle.....	151
15.1	Zusammenfassung zentraler Erkenntnisse.....	151
15.2	Einordnung der Erkenntnisse zur psychischen Gesundheit in den allgemeinen Forschungskontext.....	153
15.3	Einordnung der Erkenntnisse zu somatischen Beschwerden in den allgemeinen Forschungskontext.....	161
15.4	Erklärungsansätze und Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Geflüchteten...166	
16	Handlungsimplicationen zur Verbesserung der Gesundheitssituation Geflüchteter. 171	

17 Limitationen	180
18 Schlussbetrachtung	181
Literaturverzeichnis	183
Rechtsquellen und Kommentare	206
Anhang	208
Anhang 1: Unterschiede im Auftreten der Lebenszeitprävalenz somatischer Erkrankungen nach Geschlecht, Altersgruppen und Herkunftsstaaten: Ergebnisse des Exakten Tests nach Fisher.....	209
Anhang 2: Unterschiede im Auftreten der 12-Monatsprävalenz somatischer Erkrankungen nach Geschlecht, Altersgruppen und Herkunftsstaaten: Ergebnisse des Exakten Tests nach Fisher.....	211
Anhang 3: Unterschiede im Auftreten der Prävalenzen psychischer Belastungen nach Geschlecht, Altersgruppen und Herkunftsstaaten: Ergebnisse des Exakten Tests nach Fisher.....	212
Anhang 4: Beschreibung der relevanten, in der systematischen Literaturrecherche identifizierten Studien	213

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Schematische Darstellung des Asylverfahrens	12
Abbildung 2:	Schutzformen für schutzsuchende Menschen in Deutschland.....	15
Abbildung 3:	Entwicklung der Asylantragszahlen und Verteilung der zehn zugangsstärksten Herkunftsländer	20
Abbildung 4:	Anzahl der Asylerstanträge in den Jahren 2015 - 2017 der zehn stärksten Herkunftsländer (alphabetische Sortierung).....	22
Abbildung 5:	Anzahl der Asylerstanträge in den Jahren 2015 - 2017 nach Altersgruppen und Geschlecht	25
Abbildung 6:	Verteilung der Asylantragstellenden auf die Bundesländer im Jahr 2016.....	32
Abbildung 7:	Gründe für das Verlassen des Herkunftslandes	34
Abbildung 8:	Fluchtrouten nach Deutschland	35
Abbildung 9:	Anzahl der aus Syrien und innerhalb Syriens geflohenen Menschen.....	36
Abbildung 10:	Erfahrungen mit Fluchtrisiken	37
Abbildung 11:	Rechtlicher Anspruch auf Gesundheitsleistungen für Geflüchtete	43
Abbildung 12:	Anzahl der 20 häufigsten Diagnosen der Erwachsenenprechstunde einer Notunterkunft in Köln von Januar bis Dezember 2015	60
Abbildung 13:	Verteilung der Erhebungsorte in Bayern	83
Abbildung 14:	Zeit seit Verlassen des Heimatlandes (Stichtag Datum des Ausfüllens des Fragebogens).....	87
Abbildung 15:	Ausmaß dauerhafter Einschränkung in der Ausübung alltäglicher Tätigkeiten durch Krankheit.....	89
Abbildung 16:	Verursachung erfahrener Verletzungen und Vergiftungen.....	116
Abbildung 17:	Stärke der Beeinträchtigung im Befinden durch erfahrenen körperlichen Angriff in den letzten 12 Monaten.....	117
Abbildung 18:	Stärke der Beeinträchtigung im Befinden durch erfahrene Abwertung in den letzten 12 Monaten	117
Abbildung 19:	Screening-Prozess der systematischen Literaturrecherche	130
Abbildung 20:	Mögliche Risikofaktoren für psychische Störungen unter Geflüchteten	171

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Begriffsbestimmungen geflüchteter Menschen	5
Tabelle 2:	Geschlechterverteilung der Asylerstanträge in den Jahren 2015 - 2017 nach den zehn stärksten Hauptstaatsangehörigkeiten (alphabetische Sortierung).....	23
Tabelle 3:	Entscheidungsquoten über Asylerst- und -folgeanträge in den Jahren 2015-2017 differenziert nach Hauptherkunftsländern (alphabetische Sortierung).....	29
Tabelle 4:	Übersicht über die medizinische Versorgung von Asylbewerber:innen in Bayern	45
Tabelle 5:	Im Rahmen der Registrierung von Geflüchteten erhobene Gesundheitsdaten ..	54
Tabelle 6:	Übersicht über Studien, die zwischen 2014 und April 2017 zum Gesundheitszustand von Geflüchteten veröffentlicht wurden.....	63
Tabelle 7:	Charakterisierung der Studienpopulation der postalischen Erhebung	73
Tabelle 8:	Aufbau des strukturierten Fragebogens und inkludierte Instrumente.....	74
Tabelle 9:	Kategorien der Validierung des Erhebungsinstruments.....	78
Tabelle 10:	Sprachauswahl Erhebungsinstrument	80
Tabelle 11:	Übersicht über die für die Datenerhebung inkludierten Erstaufnahme- und Gemeinschaftsunterkünfte.....	81
Tabelle 12:	Verteilung der Studienpopulation nach Alter, Geschlecht und Herkunftsstaat.	87
Tabelle 13:	Charakterisierung der Studienpopulation	88
Tabelle 14:	Einschränkung in alltäglichen Aktivitäten oder Arbeit aufgrund von Gesundheitsproblemen differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht.....	90
Tabelle 15:	Häufigkeiten ausgewählter muskuloskelettaler Erkrankungen der Gesamtpopulation, differenziert nach Geschlecht und Altersgruppen	92
Tabelle 16:	Häufigkeiten ausgewählter muskuloskelettaler Erkrankungen differenziert nach Herkunftsstaaten.....	92
Tabelle 17:	Häufigkeiten von Herz-/Kreislaufkrankungen der Gesamtpopulation, differenziert nach Geschlecht und Altersgruppen	95
Tabelle 18:	Häufigkeiten von Herz-/Kreislaufkrankungen differenziert nach Herkunftsstaaten	96
Tabelle 19:	Häufigkeiten von Atemwegserkrankungen der Gesamtpopulation, differenziert nach Geschlecht und Altersgruppen	99
Tabelle 20:	Häufigkeiten von Atemwegserkrankungen differenziert nach Herkunftsstaaten	99

Tabelle 21:	Häufigkeiten von Erkrankungen der Leber und der Niere der Gesamtpopulation, differenziert nach Geschlecht und Altersgruppen	101
Tabelle 22:	Häufigkeiten von Erkrankungen der Leber und der Niere differenziert nach Herkunftsstaaten.....	101
Tabelle 23:	Häufigkeiten von Krebserkrankungen der Gesamtpopulation, differenziert nach Geschlecht und Altersgruppen	103
Tabelle 24:	Häufigkeiten von Krebserkrankungen differenziert nach Herkunftsstaaten....	103
Tabelle 25:	Fallzahl ausgewählter Infektionserkrankungen	105
Tabelle 26:	Häufigkeiten von infektiösen oder parasitären Erkrankungen der Gesamtpopulation, differenziert nach Geschlecht und Altersgruppen	106
Tabelle 27:	Häufigkeiten von infektiösen oder parasitären Erkrankungen differenziert nach Herkunftsstaaten.....	106
Tabelle 28:	Häufigkeiten von Erkrankungen der Organsysteme bzw. weiteren physischen Belastungen der Gesamtpopulation, differenziert nach Geschlecht und Altersklassen.....	110
Tabelle 29:	Häufigkeiten von Erkrankungen der Organe bzw. weiteren physischen Belastungen differenziert nach Herkunftsstaaten	111
Tabelle 30:	Prävalenzen psychischer Belastungen der gesamten Stichprobe, differenziert nach Geschlecht und Altersklassen	114
Tabelle 31:	Prävalenzen psychischer Belastungen differenziert nach Herkunftsstaaten.....	115
Tabelle 32:	TOP-10 somatischer Erkrankungen basierend auf den relativen Häufigkeiten der Gesamtstichprobe.....	124
Tabelle 33:	Ein- und Ausschlusskriterien der Literaturrecherche.....	128
Tabelle 34:	Übersicht relevanter Studien zur Gesundheitssituation von Geflüchteten in Deutschland.....	132

Abkürzungsverzeichnis

AllMBI	Allgemeines Ministerialblatt
AnKER	Ankunfts-, Entscheidungs- und Rückkehr-Einrichtung
AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
AsylG	Asylgesetz
ATC	Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation
AufenthG	Aufenthaltsgesetz
AZR	Ausländerzentralregister
AZRG	Gesetz über das Ausländerzentralregister
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BDI-II	Beck Depression Inventory Revision
BISS	Body Image States Scale
BGBI	Bundesgesetzblatt
BMI	Body Mass Index
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
BSI	Brief Symptom Inventory
CASMIN- Klassifikation	Klassifikation nach der Comparative Analysis of Social Mobility in Industrial Nations
CATI	Computer-assisted telephone interviews
CAWI	Computer-assisted web interviews
C-PE	Carbapenemase bildende Enterobacteriaceae
CSE	Concept of Coping Self-Efficacy
CXR	Chest X-rays
DEGS	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland, Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
DESTATIS	Statistisches Bundesamt

DMF-Index	Decay-missing-filled-Index
DMFT	Decay-missing-filled tooth
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EASY	Erstverteilung von Asylbegehrenden
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
ECHI	European Core Health Indicators
EHEC	Enterohämorrhagische Escherichia coli
EHIS	European Health Interview Survey
ESBL-PE	Extended-spectrum beta-lactamase bildende Enterobacteriaceae
ETI	Essener Trauma-Inventar
EU	Europäische Union
EURODAC	European Dactyloscopy
EUROHIS-QOL	European Health Interview Survey-Quality of Life
GAD	Generalized Anxiety Disorder
GBE	Gesundheitsberichterstattung des Bundes
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell
GesUVV	Gesundheitsuntersuchungsverwaltungsvorschrift
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HAV	Hepatitis A-Virus
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
HNO	Hals, Nasen, Ohren
HRQoL	Health-Related Quality of Life
HSCL-25	Hopkins-Symptom-Checklist 25
HTQ	Harvard Trauma Questionnaire

IAB	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (10. Version)
ICSEY	International Comparative Study of Ethnocultural Youth
IES	Impact of Event Scale
IfSG	Infektionsschutzgesetz
IgG	Immunglobulin G
IMIRA	Improving Health Monitoring in Migrant Populations
ISMI-10	Internalized Stigma of Mental Illness Scale-10
KAP Survey	Knowledge, Attitude and Practices Survey
KI	Konfidenzintervall
KVB	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
LEC-5	Life Events Checklist
LS-SOEP	Loneliness Scale (Version des sozio-ökonomischen Panels)
MADRS	Montgomery-Asberg Depression Scale
MCS	Mental health Component Score
MDR-GNB	Multidrug-resistant Gram-negative bacteria
MEHM	Minimum European Health Module
MINI	MINI-International Neuropsychiatric Interview
MOS-SSS	Medical Outcomes Study Social Support Survey
MRGN	Multiresistente gramnegative Bakterien
MRSA	Methicillin-resistente Staphylococcus aureus
OR	Odds Ratio
PCL	Posttraumatic Stress Disorder Checklist
PC-PTSD-4	Primary Care PTSD-Screen for DSM-IV
PCS	Physical health Component Score

PCWC	Primary Care Walk-in Clinic
PDS-8	Posttraumatic Diagnostic Scale-8
PHQ	Patient Health Questionnaire
PMLD	Post-Migration Living Difficulties Checklist
PROTECT	Process of Recognition and Orientation of Torture victims in European Countries to facilitate Care and Treatment
PSQI	Pittsburgh Schlafqualitätsindex
PSS-I	PTSD Symptom Scare - Interview Version
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PTU	Physikalisch-technische Urkundenuntersuchung
RESPOND	Improving regional health system responses to the challenges of migration through tailored interventions for asylum-seekers and refugees
RHS	Refugee Health Screener
SCID-4	Structured Clinical Interview for DSM 4
SCL	Symptom Checklist
SF-12-SOEP	Short Form 12 (Version des sozio-ökonomischen Panels)
SGB	Sozialgesetzbuch
SNI	Social Network Index
SOEP	Sozio-ökonomisches Panel
SSS-8	Somatic Symptom Scale-8
SSS-PSD	Short Screening Scale for Posttraumatic Stress Disorder
TGI-SR	Traumatic Grief Inventory-Self Report
TPE	Typhus, Paratyphus, Enteritis
UN	United Nations
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
VO	Verordnung

VRE	Vancomycin-resistente Enterokokken
WHO	World Health Organization
WHO-5	WHO-5 well-being Index
WHOLIS	WHO Library

Vorbemerkung

Die vorliegende Thesis basiert auf Daten, die im Rahmen der Studie „Auswirkungen des Zustroms von Asylbewerbern auf die gesundheitliche Versorgung in Bayern“, die vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege in Auftrag gegeben wurde, erhoben wurden.

Für die Möglichkeit, die Daten für die weitere Forschung nutzen und somit einen Beitrag zur wissenschaftlichen Erkenntnisgewinnung leisten zu können, bedanke ich mich beim Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege herzlich.

TEIL I: Einleitung und theoretischer Hintergrund

In TEIL I werden in **Kapitel 1** einleitende Worte zur Problemstellung und zum Aufbau der vorliegenden Thesis gefunden.

In **Kapitel 2** werden die theoretischen Grundlagen zu Geflüchteten in Deutschland gelegt. Neben Begriffsbestimmungen werden das Asylverfahren sowie die daraus resultierenden Schutzformen beschrieben und die quantitative Bedeutung des Zuzugs von Geflüchteten nach Deutschland dargestellt. Auch Hintergründe wie bspw. bekannte Fluchtgründe und Erfahrungen während und nach der Flucht werden – mit Blick auf mögliche Auswirkungen auf die Gesundheit – ausgeführt.

Kapitel 3 widmet sich den theoretischen Kenntnissen zur Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Geflüchteten in Deutschland im Allgemeinen und in Bayern im Spezifischen. Neben den rechtlichen Bestimmungen wird auf die Notwendigkeit von Gesundheitsdaten im Rahmen des Gesundheitsmonitorings eingegangen und zentrale Kenntnisse zur Gesundheit von Geflüchteten vorgestellt.

In **Kapitel 4** folgt ein kurzes Zwischenfazit.

1 Problemstellung und Aufbau der Thesis

*„Health for all, including refugees and migrants: **time to act now**“¹*

(World Health Organization (2022))

Unter diesem Leitgedanken veröffentlichte die World Health Organization (WHO) im Jahr 2022 den „World report on the health of refugees and migrants“ als ersten Bericht, der einen globalen und umfassenden Blick auf die Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Geflüchteten richtet und dringenden Handlungsbedarf zur Verbesserung des Zugangs zu populationssensiblen Gesundheitsversorgungsangeboten aufruft.²

Zum Ende des Jahres 2023 sind weltweit 117,3 Mio. Menschen auf der Flucht. Folter, Konflikte, Gewalt, Menschenrechtsverletzungen führen dazu, dass Menschen ihre Heimat verlassen.³ Allein 2016 stellten 745.545 Menschen einen Asylantrag in Deutschland und suchten Schutz.

Mögliche Versorgungsengpässe resultieren nicht nur aufgrund der Knappheit des Wohnangebots, sondern auch im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung, auf die aktuell mehrere Krisen einwirken: Neben Personalmangel, sind die Folgen der COVID-19-Pandemie und die Auswirkungen globaler Krisen spürbar.⁴

Gesundheit umfasst laut Definition der WHO von 1948 „(...) *a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*“⁵ und ist ebenfalls in den Menschenrechten verankert. So hat jede:r laut Artikel 2 Absatz 2 Grundgesetz (GG) „(...) *das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit*“⁶. Was genau körperliche Unversehrtheit umfasst, ist wiederum von der zugrundeliegenden Gesundheitsdefinition abhängig. Auch wenn aus juristischer Perspektive der Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 GG nicht die Gesundheitsdefinition der WHO umfasst, macht dieser dennoch deutlich, dass für die körperliche Unversehrtheit sowohl die Körperlichkeit, also die biologisch-physiologische Gesundheit, als auch die psychische Integrität, die Auswirkungen auf körperliche Effekte haben kann, umfasst.⁷ Das Grundgesetz gilt

¹ World Health Organization 2022, Titelseite. Fettmarkierung im Original ebenfalls vorhanden.

² Vgl. World Health Organization 2022, S. vii.

³ Vgl. UNHCR - The UN Refugee Agency 2024b, S. 2.

⁴ Vgl. u. a. Bühring 2023, S. 449, 2024, S. 20–21; DESTATIS Statistisches Bundesamt 24.01.2024; Bundesministerium für Gesundheit 2024.

⁵ World Health Organization 2020, S. 1.

⁶ Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 GG.

⁷ Rixen, in: Sachs, GG, Art. 2 Rn. 148 und Rn. 149.

nicht nur für Bürger:innen der Bundesrepublik, sondern für alle sich in Deutschland aufhaltenden Menschen und somit auch für nach Deutschland Geflüchtete.⁸ Um die Gesundheit schützen zu können, besteht eine – im Sinne des sozialrechtlichen Gesundheitsschutzes – Fürsorgepflicht des Staates. Um der Fürsorgepflicht adäquat nachkommen zu können, gilt es zu definieren, welche Gesundheitsbedarfe bestehen. Dies bezieht sich im vorliegenden Fall auf die Versorgungsbedarfe der spezifischen Population Geflüchteter, die sich – wie im weiteren Verlauf der Thesis deutlich wird – als heterogene Population im Hinblick auf gesundheitsbezogene Charakteristika definieren lässt. Im Zuge des starken Zustroms Geflüchteter im Jahr 2015 wurde im Rahmen des Sonderprogramms „Zusammenhalt fördern, Integration stärken“ die Studie „Auswirkungen des Zustroms von Asylbewerbern auf die gesundheitliche Versorgung in Bayern“ vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege beauftragt. Teilelement des Studienprojektes war die Primärdatenerhebung zur Abschätzung der Morbidität von Geflüchteten in Bayern. Auf Grundlage der im Rahmen dieser Studie gewonnenen Daten, die in der vorliegenden Arbeit verwendet werden dürfen, können erstmalig Erkenntnisse zum Gesundheitszustand Geflüchteter in Bayern in diesem Umfang gewonnen werden. Die vorliegende Thesis hat daher zum Ziel, einen umfassenden Überblick über die Morbidität – sowohl im Hinblick auf somatische Erkrankungen als auch psychische Beschwerden – von Geflüchteten, die 2016 und 2017 in Erstaufnahmeeinrichtungen untergebracht waren, zu geben und damit eine wesentliche Forschungslücke zu schließen. Gesundheitsdaten sind die Grundlage für die Planung weiterer Maßnahmen, um dem „Recht auf Gesundheit“ gerecht werden zu können.

Um strukturiert auf die sich ergebenden Fragestellungen eingehen zu können, gliedert sich die vorliegende Thesis in TEIL I bis TEIL V.

In **TEIL I** werden nach **einleitenden Worten** die **theoretischen Grundlagen** für das Verständnis von Geflüchteten und deren Gesundheitssituation und -versorgung gelegt. Kapitel 2 widmet sich grundlegenden Informationen zu Geflüchteten in Deutschland. Nachdem die für die Thesis relevante Studienpopulation theoretisch definiert wird (Abschnitt 2.1), folgt eine Darstellung des Asylverfahrens (Abschnitt 2.2), der in Deutschland bestehenden Schutzformen als Konsequenz des Asylverfahrens (Abschnitt 2.3) sowie die Darstellung der quantitativen Bedeutung des Zuzugs von Geflüchteten nach Deutschland (Abschnitt 2.4). In Kapitel 3 wird auf die

⁸ Vgl. Artikel 2 GG.

theoretischen Grundlagen zur Gesundheit und gesundheitlichen Versorgung von Geflüchteten in Deutschland abgestellt. Nach der Analyse des rechtlichen Anspruchs auf Gesundheitsversorgung in Abschnitt 3.1, wird im folgenden Abschnitt 3.2 der Zugang zur Gesundheitsversorgung und die Leistungsanspruchnahme durch Geflüchtete beschrieben. Abschließend werden in diesem Kapitel die zentralen Erkenntnisse zur Gesundheit und bestehende Gesundheitsdaten von Geflüchteten dargestellt (Abschnitt 3.3). TEIL I schließt mit einem Zwischenfazit und dem Ableiten zentraler Forschungsfragen (Kapitel 4).

TEIL II widmet sich der eigenen **empirischen Primärdatenerhebung zur Morbidität von Geflüchteten** in Bayern. Nach einer kurzen Einordnung der empirischen Untersuchung in den zum Zeitpunkt der Studiendurchführung bestehenden Forschungsauftrag (Kapitel 5), kann dem Kapitel 6 das umfassend beschriebene methodische Vorgehen zur Erhebung der Gesundheitsdaten von Geflüchteten entnommen werden. Anschließend werden die Forschungsergebnisse strukturiert in Kapitel 7 präsentiert. TEIL II schließt mit einem Zwischenfazit (Kapitel 0).

In **TEIL III** wird eine ergänzende **systematische Literaturrecherche** dargelegt. Diese stellt auf die Darstellung des nach der Primärdatenerhebung erfolgten Publikationszuwachses ab. Nach einer knappen Hinführung in Kapitel 10, wird das methodische Vorgehen in Kapitel 11 beschrieben. Anschließend werden die als relevant identifizierten Studien listenartig dargestellt (Kapitel 12).

TEIL IV der vorliegenden Thesis umfasst die **Diskussion** der Studie. Nach einer Einordnung der Ergebnisse der Primärdatenerhebung in den allgemeinen Forschungskontext und der Darstellung möglicher Erklärungsansätze in Kapitel 15, werden in Kapitel 16 mögliche Handlungsimplicationen für die Verbesserung der Gesundheitssituation von Geflüchteten abgeleitet. Abschließend werden in Kapitel 17 die Limitationen der Primärdatenerhebung aufgezeigt.

Die Thesis schließt mit **TEIL V** und der in Kapitel 17 folgenden **Schlussbetrachtung**. Nach einer knappen Zusammenfassung der zentralen Erkenntnisse kann dem Fazit ein Ausblick entnommen werden.

2 Geflüchtete in Deutschland

2.1 Allgemeine Begriffsbestimmung nach Deutschland geflüchteter Menschen

Die Genfer Flüchtlingskonvention definiert in Artikel 1 im Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 28. Juli 1951 den Begriff „Flüchtling“. Gemäß Artikel 1 A. Nr. 2

Genfer Flüchtlingskonvention wird eine Person als „Flüchtling“ bezeichnet, die sich, „(...) aus der begründeten Furcht vor Verfolgung wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung (...) außerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt, und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Befürchtungen nicht in Anspruch nehmen will; oder die sich als staatenlose infolge solcher Ereignisse außerhalb des Landes befindet, in welchem sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt hatte, und nicht dorthin zurückkehren kann oder wegen der erwähnten Befürchtungen nicht dorthin zurückkehren will“.

In § 3 Asylgesetz (AsylG) ist weiterhin die Zuerkennung der Flüchtlingseigenschaft geregelt. Darin wird sich ebenfalls auf die Genfer Flüchtlingskonvention von 1951 bezogen.

Neben dem Begriff „Flüchtling“ werden im deutschen Sprachgebrauch einige weitere Begriffe verwendet, um geflüchtete Menschen zu bezeichnen. Tabelle 1 gibt einen Überblick über verschiedene Termini und deren Beschreibung. Dabei sind die Bezeichnungen häufig abhängig von dem Status des Asylverfahrens und dem Entscheid über das Asylverfahren (vgl. hierzu Kapitel 2.2 und 2.3).

Tabelle 1: Begriffsbestimmungen geflüchteter Menschen

Quelle: Eigene Darstellung.⁹

Terminus	Begriffsbestimmung
Flüchtling	Anerkannter Flüchtling im Sinne der Genfer Flüchtlingskonvention, der nach Abschluss des Asylverfahrens den Flüchtlingsschutz erhält (vgl. hierzu Kapitel 2.3).
Asylsuchende:r	Mensch, der die Absicht verfolgt, einen Asylantrag zu stellen und noch nicht als Asylantragstellende:r beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) erfasst ist.
Asylbewerber:in	Mensch, der bereits einen Asylantrag gestellt hat, der sich noch im laufenden Asylverfahren befindet und noch nicht als asylberechtigt gilt.
Schutzsuchende:r	Ausländer:innen, die sich aufgrund von humanitären Gründen in Deutschland aufhalten. Es kann zwischen Schutzsuchenden mit offenem Schutzstatus (über den Asylantrag wurde noch nicht entschieden), Schutzsuchende mit anerkanntem Schutzstatus (= Asylberechtigte:r) und Schutzsuchenden mit abgelehntem Schutzstatus (Asylantrag wurde abgelehnt) differenziert werden.
Schutzberechtigte:r Bleibeberechtigte:r	Menschen, die eine Asylberechtigung, einen Flüchtlingsschutz oder subsidiären Schutz erhalten oder aufgrund eines Abschiebungsverbotes (vgl. hierzu Kapitel 2.3) in Deutschland bleiben dürfen.

⁹ Vgl. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2023a, S. 3; Statistisches Bundesamt (DESTATIS) 2021, S. 4.

Terminus	Begriffsbestimmung
Asylantragstellender:	Asylbewerber:innen, die sich im Asylverfahren befinden, deren Verfahren noch nicht entschieden ist.
Asylberechtigte:r Anerkannte:r Asylbewerber:in	Mensch, der einen Asylantrag gestellt hat, der positiv entschieden wurde. Das Asylverfahren ist somit bereits abgeschlossen.

In der vorliegenden Arbeit wird vornehmlich von Geflüchteten oder geflüchteten Menschen gesprochen. Insbesondere im Kontext der empirischen Untersuchung wurde sich nicht auf eine spezifische Personengruppe in Abhängigkeit des Asylverfahrens fokussiert. In Anlehnung an die Verwendung des Begriffs des Robert Koch-Instituts werden im Rahmen der vorliegenden Arbeit Menschen als Geflüchtete verstanden, die aus ihrem Land (aus unterschiedlichen Gründen) geflohen sind. Dabei werden auch solche Menschen inkludiert, die nach Deutschland geflohen und keine Anerkennung als „Flüchtling“ im Sinne der Genfer Flüchtlingskonvention erhalten.¹⁰

2.2 Das Asylverfahren

2.2.1 Reguläres Asylverfahren

Der rechtliche Rahmen für das Asylverfahren in Deutschland ist durch das Asylgesetz gegeben. Das Asylverfahren findet in vier wesentlichen Schritten statt: (1) Stellung des Asylgesuchs, (2) Registrierung der Asylsuchenden, (3) förmliche Antragstellung und (4) Asylananhörung, Prüfung und Entscheidung über den Antrag.¹¹

Die folgenden Erläuterungen zum Asylverfahren beziehen sich auf erwachsene Schutzsuchende. Unbegleitete Minderjährige stellen eine besondere Personengruppe dar, auf die das beschriebene Verfahren nicht vollständig übertragen werden kann. So erfolgt bspw. eine erste Inobhutnahme durch das Jugendamt und ein Erstscreening, in dem u. a. das Alter der Schutzsuchenden bestimmt wird.¹² Da in der vorliegenden Arbeit ausschließlich volljährige Schutzsuchende als zu untersuchende Zielgruppe definiert wurden, wird auf weitere spezifische Ausführungen zum Asylverfahren von unbegleiteten Minderjährigen verzichtet.

Reisen Schutzsuchende nach Deutschland ein, sind sie verpflichtet ihr **(1) Asylgesuch bei einer staatlichen Stelle zu äußern**. Dies kann bspw. bei der Grenz-, Polizei- oder Ausländerbehörde

¹⁰ Vgl. Robert Koch-Institut 2022, S. 8.

¹¹ Vgl. Grote 2021, S. 13.

¹² Vgl. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2023a, S. 44.

erfolgen. Die Daten werden in das Ausländerzentralregister¹³ (AZR) aufgenommen und mit bereits darin vorliegenden Daten des Bundeskriminalamtes abgeglichen. Ebenfalls werden ein Foto und ein Fingerabdruck von dem oder der Asylsuchenden aufgenommen, sie werden erstmals erkennungsdienstlich behandelt. Mithilfe eines Datenabgleiches durch European Dactyloscopy (Eurodac), dem europäischen System zur Erfassung und Speicherung von Fingerabdrücken, wird geprüft, ob die Schutzsuchenden bereits einen Asylantrag in einem anderen europäischen Land gestellt haben.¹⁴ Schutzsuchende erhalten im Rahmen der Asylgesuchstellung eine Anlaufbescheinigung, die als Nachweis für das Melden des Asylgesuchs dient.¹⁵ Die §§ 18, 18a und 19 AsylG regeln die Aufgaben der Grenzbehörden, das Verfahren bei Einreise auf dem Luftweg sowie die Aufgaben der Ausländerbehörde und der Polizei.¹⁶

Die Erstverteilung und die Unterbringung der Schutzsuchenden erfolgt in der nächstgelegenen Aufnahmeeinrichtung des jeweiligen Bundeslandes. Durch das Quotensystem für eine gerechte Verteilung EASY (Erstverteilung von Asylbegehrenden), einem computergestützten System, soll eine angemessene und gerechte Verteilung der Asylbegehrenden auf die Bundesländer gewährleistet werden. Die Aufnahmequoten (Verteilung der Aufnahmen von Asylbegehrenden durch die einzelnen Länder) werden gemäß § 45 AsylG nach dem sogenannten Königsteiner Schlüssel festgelegt.¹⁷ Dieser ist ein *„(...) von dem Büro der Gemeinsamen Wirtschaftskonferenz im Bundesanzeiger veröffentlichte(r) Schlüssel, der für das vorangegangene Kalenderjahr entsprechend*

¹³ Im vom Bundesverwaltungsamt gestellte und gemäß § 1 Gesetz über das Ausländerzentralregister (AZRG) vom BAMF geführte AZR werden Daten von Ausländer:innen gespeichert, die sich nicht nur vorübergehend in Deutschland aufhalten (darunter auch bspw. ein Asylgesuch geäußert haben) (vgl. § 2 AZRG). Die gespeicherten Daten umfassen bspw. personenbezogene Daten wie Familienname, Geburtsname, Vornamen, Geburtsdatum und -ort, Geschlecht, Doktorgrad, Staatsangehörigkeit, Lichtbild etc. (vgl. § 3 AZRG). Die Daten werden laut AZRG vom BAMF gespeichert und an mit der Durchführung von ausländer- und asylrechtlicher Vorschrift betrauten Behörden und anderen öffentlichen Stellen übermittelt, um diese zu unterstützen.

¹⁴ Rechtsgrundlage für Eurodac ist die Verordnung (EU) Nr. 603/2013 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013 über die Einrichtung von Eurodac für den Abgleich von Fingerabdruckdaten zum Zwecke der effektiven Anwendung der Verordnung (EU) Nr. 604/2013 zur Festlegung der Kriterien und Verfahren zur Bestimmung des Mitgliedstaats, der für die Prüfung eines von einem Drittstaatsangehörigen oder Staatenlosen in einem Mitgliedstaat gestellten Antrags auf internationalen Schutz zuständig ist und über der Gefahrenabwehr und Strafverfolgung dienende Anträge der Gefahrenabwehr- und Strafverfolgungsbehörden der Mitgliedstaaten und Europol auf den Abgleich mit Eurodac-Daten sowie zur Änderung der Verordnung (EU) Nr. 1077/2011 zur Errichtung einer Europäischen Agentur für das Betriebsmanagement von IT-Großsystemen im Raum der Freiheit, der Sicherheit und des Rechts (Neufassung).

¹⁵ Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2023a, S. 10–11; Vgl. Grote 2021, 13–14.; Bundesministerium des Innern und für Heimat.

¹⁶ Vgl. Grote 2021, S. 13–14.

¹⁷ Dies bezieht sich nach § 45 Absatz 1 S.1 AsylG bis zum Zustandekommen/Wegfall einer Vereinbarung durch die Länder.

Steuereinnahmen und Bevölkerungszahl der Länder errechnet worden ist“ (§ 45 Absatz 1 Satz 2 AsylG). Der Verteilalgorithmus berücksichtigt zum einen die Zuständigkeit der Herkunftsländer der einzelnen Länder sowie zum anderen die Soll/Ist-Abweichung von der Aufnahmeverpflichtung nach dem Königsteiner Schlüssel. Das EASY-System soll neben der Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Bundesländern zu einer Verkürzung der Reisewege und damit zu einem schnellstmöglichen Asylverfahrensbeginn, geringeren Reisekosten und einer gleichmäßigen Auslastung der Aufnahmeeinrichtungen beitragen.¹⁸ Nach der Stellung des Asylgesuchs werden die Schutzsuchenden unverzüglich an eine Aufnahmeeinrichtung vermittelt. Diese muss unverzüglich oder bis zu einem von den Behörden vorgegebenen Zeitpunkt aufgesucht werden.¹⁹ Nach Ankunft in der für den oder die Schutzsuchende:n zuständigen Aufnahmeeinrichtung erfolgt die **(2) Registrierung**. Je nachdem ob der oder die Asylbegehrende bereits erkennungsdienstlich behandelt wurde, können die bereits vorhandenen Daten zur Registrierung aus dem AZR übernommen werden. Anderenfalls erfolgt ein Abgleich nationaler und europäischer Register per Fast-ID, einem System zur Prüfung von Fingerabdruckdaten unter Verwendung der Datenbank AIFS-A (INPOL), um mögliche Vorregistrierungen identifizieren zu können.²⁰ Die Registrierung in der Aufnahmeeinrichtung geht auf § 22 Absatz 1 Satz 1 AsylG zurück, wonach eine persönliche Meldepflicht in der Aufnahmeeinrichtung besteht. Die Asylsuchenden erhalten dann unverzüglich einen Ankunftsnachweis gemäß § 63a Absatz 1 AsylG, der auf maximal sechs Monate befristet ist und ggf. um weitere drei Monate verlängert werden kann, § 63a Absatz 2 AsylG. Ferner beinhaltet § 63a Absatz 4 AsylG Regelungen zur Gültigkeit des Ankunftsnachweises. Diese erlischt mit Ablauf der Frist, mit der Ausstellung der Bescheinigung über die Aufenthaltsgestattung nach § 63 AsylG oder mit Erlöschen der Aufenthaltsgestattung nach § 67 AsylG. Der Ankunftsnachweis dient als erstes offizielles Dokument zur Berechtigung des Aufenthaltes in Deutschland und zur Inanspruchnahme staatlicher Leistungen wie Unterbringung, medizinische Versorgung und Verpflegung.²¹

Der nächste Schritt im Prozess des Asylverfahrens umfasst die **(3) förmliche Antragstellung** der Schutzsuchenden. Gemäß § 63a Absatz 4 Satz 1 AsylG i. V. m. § 67 Absatz 1 Nr. 2 AsylG erlischt

¹⁸ Vgl. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2022.

¹⁹ Vgl. Grote 2021, S. 20.

²⁰ Vgl. Grote 2021, S. 15–16.

²¹ Vgl. Grote 2021, S. 15–16; Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2023a, S. 11.

die Aufenthaltsgestattung u. a., wenn die Frist für die förmliche Antragstellung von zwei Wochen nach Erhalt des Ankunftsnachweises nicht eingehalten wird. Rechtliche Grundlage dafür bilden §§ 13, 14, 23 AsylG. Der Antrag wird beim BAMF, in der Regel in eingerichteten Außenstellen in den Aufnahmeeinrichtungen oder sogenannten Ankunfts-, Entscheidungs- und Rückkehr-Einrichtungen (AnKER-Einrichtungen)²² persönlich, in Ausnahmefällen wie bspw. wenn der oder die Schutzsuchende minderjährig ist oder sich in einem Krankenhaus befindet schriftlich, gestellt. Sollten zu diesem Zeitpunkt noch keine persönlichen Daten erfasst worden sein, erfolgt dies im Rahmen der förmlichen Antragstellung. In diesem Rahmen muss auch die Identität nachgewiesen werden. Dies kann bspw. durch den Nationalpass, Geburtsurkunden oder andere Personaldokumente erfolgen. Mittels physikalisch-technischer Urkundenuntersuchung (PTU) prüft das BAMF die Dokumente auf Originalität. Die Schutzsuchenden erhalten eine Bescheinigung über die Aufenthaltsgestattung, die sich auf den Bezirk der zuständigen Aufnahmeeinrichtung beschränkt (sogenannte Residenzpflicht). Vor der weiteren Prüfung des Antrags durch das BAMF erfolgt die Zuständigkeitsbestimmung zur Durchführung des Asylverfahrens in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union (EU), Norwegen, Island, Liechtenstein und der Schweiz nach dem sogenannten Dublin-Verfahren. Ziel des Verfahrens ist die Sicherstellung der einmaligen Prüfung eines Asylantrags durch einen einzigen Staat, um die Sekundärwanderung innerhalb Europas zu begrenzen. Rechtliche Grundlage für das Dublin-Verfahren sind die Dublin III-Verordnung (EU) Nr. 604/2013 in Verbindung mit der Durchführungsverordnung zur Dublin III-Verordnung (EU) Nr. 118/2014 und die EURODAC II-Verordnung Nr. 603/2013. Nach der Antragstellung folgt ein persönliches Gespräch auf Grundlage des Art. 5 Dublin III-VO. Dieses dient der Feststellung des zuständigen Mitgliedstaats im Dublin-Verfahren. Ergeben sich aus dem Gespräch Anhaltspunkte für die Zuständigkeit eines anderen Mitgliedstaats, wird das Dublin-Verfahren im zuständigen Dublinzentrum eingeleitet. Aus der Prüfung kann ein Übernahmearbeit an einen anderen Mitgliedstaat resultieren. Der Mitgliedstaat hat die Möglichkeit dem Übernahmearbeit zuzustimmen oder dies abzulehnen. Im Falle einer Zustimmung wird die Abschiebung des oder der Antragstellenden in den

²² AnKER-Einrichtungen (Ankunft, Entscheidung und kommunale Verteilung bzw. Rückkehr) kennzeichnen sich durch die Bündelung von Funktionen und Zuständigkeiten, wobei alle am Asylverfahren beteiligten Akteur:innen an einem Ort gebündelt sind und somit das Asylverfahren effizient gestaltet werden soll. AnKER-Einrichtungen wurden 2018 an sieben bayerischen Standorten eingeführt (vgl. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2023b; Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2018c).

zuständigen Mitgliedstaat angeordnet und die Unzulässigkeit des Asylantrags in Deutschland durch das BAMF festgestellt.²³

Im letzten Schritt des Prozesses des Asylverfahrens erfolgt die **(4) Asylanhörungs, Prüfung und Entscheidung über den Asylantrag** auf Grundlage der §§ 25, 31 ff. AsylG. Die Anhörung der Schutzsuchenden erfolgt persönlich und dient der persönlichen Vorstellung der individuellen Fluchtgründe, des Fluchtweges, der im Herkunftsland vorherrschenden Lebensumstände, des persönlichen Lebenslaufs sowie der Umstände, die bei einer Rückkehr in das Herkunftsland zu erwarten wären, gegenüber den Entscheider:innen des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge. Neben den Entscheider:innen nehmen Dolmetscher:innen und ggf. Rechtsanwält:innen an der persönlichen Anhörung teil. Zusätzlich zum verbalen Vortrag der Schutzsuchenden, werden diese aufgefordert, entsprechende Beweismittel (bspw. Fotos, Schriftstücke, ärztliche Atteste etc.) vorzulegen. Die von den Schutzsuchenden erfolgten Aussagen werden im Anschluss übersetzt, protokolliert und in die Sprache der Schutzsuchenden rückübersetzt, um mögliche Ergänzungen oder Korrekturen vornehmen zu können. Das Protokoll wird von den Schutzsuchenden durch Unterschrift bestätigt. Im Anschluss an die persönliche Anhörung erfolgt die Prüfung des Antrags durch das BAMF im Hinblick auf die vier möglichen Schutzformen (vgl. Abschnitt 2.3). Sofern keine Schutzform erteilt werden kann, wird der Asylantrag abgelehnt und eine Abschiebungsandrohung ausgesprochen. Hierbei wird zwischen (1) der einfachen Ablehnung und (2) der Ablehnung als „offensichtlich begründet“ differenziert. Bei (1) der einfachen Ablehnung muss der Schutzsuchende innerhalb von 30 Tagen ausreisen, wohingegen die Ausreisefrist bei (2) der Ablehnung als „offensichtlich begründet“ eine Woche beträgt. Mögliche Ausschlussgründe können bspw. schwere nichtpolitische Straftaten außerhalb Deutschlands, Kriegsverbrechen oder eine Gefahr für die Sicherheit der Bundesrepublik oder für die Allgemeinheit beinhalten. Die Rückführung bei Ablehnung des Asylantrags erfolgt über die Ausländerbehörden. Diesen obliegt es, eine Duldung oder befristete Aufenthaltserlaubnis zu erteilen, sofern Rückführungshindernisse vorliegen. Die Antragstellenden können gemäß §§ 74 Absatz 1, 38 AsylG im Fall einer Antragsablehnung

²³ Vgl. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2023a, S. 16–17; Grote 2021, S. 18–19.

innerhalb von zwei Wochen nach Zustellung Klage²⁴ gegen die Entscheidung des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge erheben.²⁵

Kann eine Schutzform erteilt werden, wird eine Aufenthaltserlaubnis von der zuständigen Ausländerbehörde erteilt. Diese differiert je nach Schutzform (vgl. hierfür Abschnitt 2.3).

Abbildung 1 zeigt den Prozess des Asylverfahrens noch einmal schematisch und zusammenfassend auf.

²⁴ Während im Jahr 2013 lediglich 31.075 Gerichtsentscheidungen über Asylanträge verzeichnet werden konnten, stieg die Anzahl bis 2018 auf einen Höchststand von 173.416 Asylanträgen. Während 2015 141.811 Asylanträge abgelehnt und 31,9 % der Ablehnungen beklagt wurden, stieg der Anteil der beklagten abgelehnten Asylanträge in den Folgejahren bis auf 75,8 % im Jahr 2018. 2022 wurden insgesamt 64,0 % der abgelehnten Asylbescheide beklagt. Die geringen Schutzquoten, die häufiger in Ablehnungen von Asylanträgen resultieren, können die hohe Anzahl an Klagen begründen (vgl. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2023c, S. 65; Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2021).

²⁵ Vgl. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2023a, S. 18–32; Grote 2021, S. 19–20.

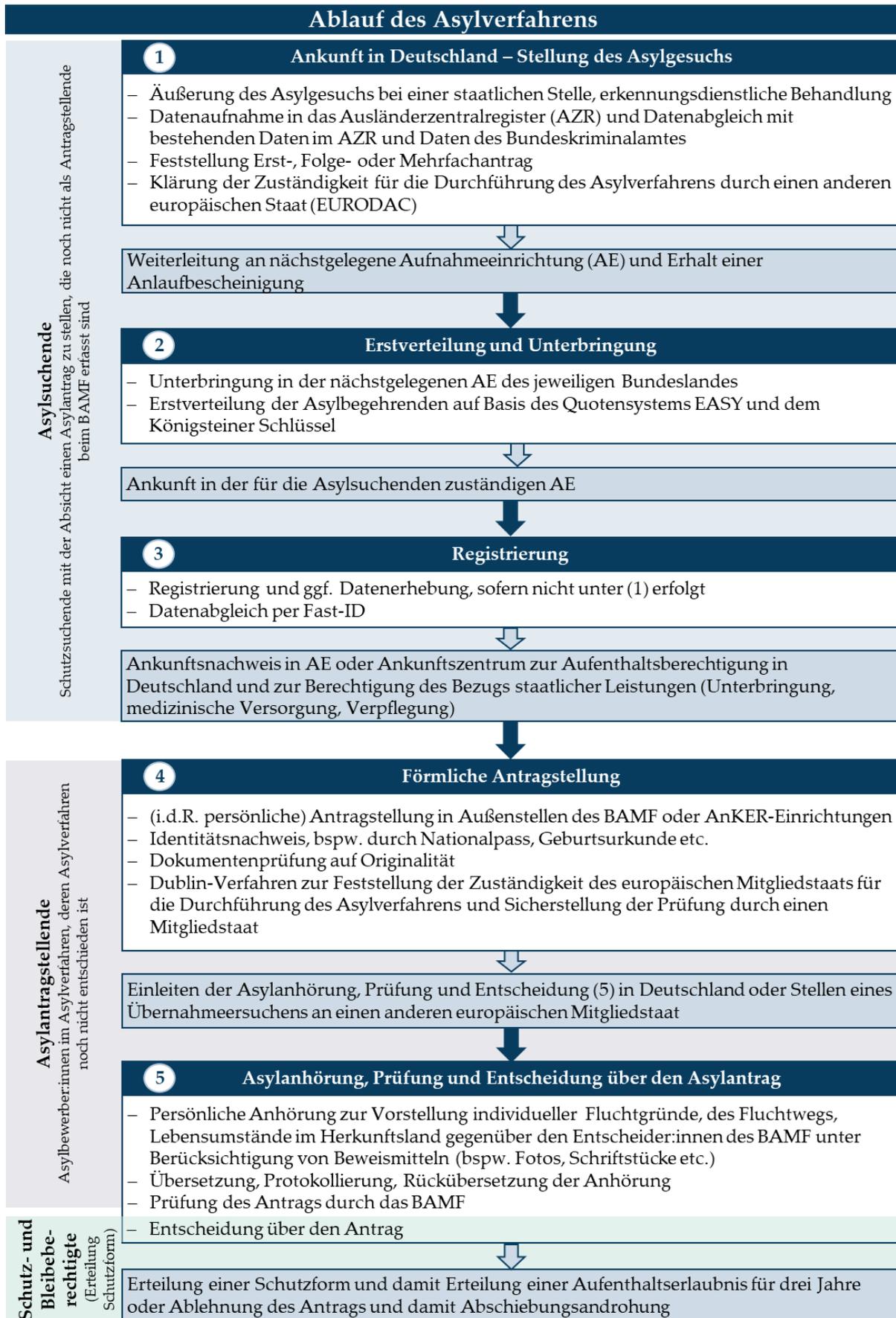


Abbildung 1: Schematische Darstellung des Asylverfahrens

Quelle: Eigene Darstellung.

Zum 01. Januar 2023 ist das Gesetz zur Beschleunigung der Asylgerichtsverfahren und Asylverfahren in Kraft getreten. Ziel des Gesetzes ist die Entlastung der Verwaltungsgerichte. Aufgrund einer hohen Anzahl an Klageverfahren und der gleichzeitig steigenden Anzahl von Asylverfahren und damit steigender Klagequote beträgt die Dauer der Klageverfahren durchschnittlich über zwei Jahre. Die prozessualen Änderungen sollen in einer Beschleunigung der Gerichtsverfahren resultieren. Darüber hinaus soll das BAMF durch vereinfachte Asylverfahren entlastet werden.²⁶ Mit Einführung des Gesetzes (§ 12a AsylG) wurde auch die behördenunabhängige, ergebnisoffene, unentgeltliche, individuelle und freiwillige Asylverfahrensberatung (§ 12a Absatz 1 Satz 1 AsylG) eingeführt. Diese ermöglicht es Schutzsuchenden über den Ablauf und Inhalt des Asylverfahrens informiert zu werden und während des Verfahrens Unterstützung zu erfahren. Ferner sollen durch die unabhängige Beratung insbesondere vulnerable Personengruppen, darunter bspw. queere Schutzsuchende, identifiziert und ihre besonderen Bedarfe im Verfahren besser berücksichtigt werden. Die Beratung erfolgt durch Wohlfahrtsverbände oder zivilgesellschaftliche Akteur:innen, die mit monetären Mitteln durch das Bundesministerium des Innern und für Heimat gefördert werden.²⁷ Die Dauer der Asylverfahren im Sinne der Gesamtverfahrensdauer – dies inkludiert die Dauer der Gerichtsverfahren und Zeiten der Aussetzung von Entscheidungen in die Berechnung der Gesamtdauer – der Erst- und Folgeanträge betrug im Jahr 2016 durchschnittlich 8,7 Monate. Dabei wurden 55,7 % der Fälle innerhalb von sechs Monaten abgeschlossen und 93,5 % aller Fälle wurden innerhalb von zwei Jahren abgeschlossen. Dennoch betrug die Gesamtverfahrensdauer von 0,4 % der Fälle mehr als vier Jahre.²⁸

Insbesondere vor dem Hintergrund der steigenden Asylantragszahlen nach 2015 (vgl. hierzu Abschnitt 2.4 und insbesondere 2.4.2) wurden Maßnahmen zur Beschleunigung der Asylverfahren ergriffen. Hierzu zählen u. a. die Einführung des Datenaustauschverbesserungsgesetzes, des Gesetzes zur Einführung beschleunigter Asylverfahren (bekannt als sogenanntes Asylopaket II) sowie des Integrationsgesetzes. Darüber hinaus wurden die Personalkapazitäten des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge

²⁶ Vgl. Bundesministerium des Innern und für Heimat 2023.

²⁷ Vgl. Bundesministerium des Innern und für Heimat 2024.

²⁸ Vgl. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2017b, S. 55.

ausgebaut²⁹ und Prozessoptimierungen vorgenommen sowie bestehende Infrastruktur angepasst. Als weitere zur Beschleunigung der Asylverfahren beitragende Maßnahme wurde die Digitalisierung des Verfahrens forciert.³⁰

2.2.2 Familienasyl, Familieneinheiten und Familiennachzug

§ 26 AsylG regelt das sogenannte Familienasyl und den internationalen Schutz für Familienangehörige. Demnach werden Ehe- und Lebenspartner:innen von Asylberechtigten, minderjährige ledige Kinder, personensorgeberechtigte Eltern von minderjährigen ledigen Kindern, andere erwachsene Personen, die für minderjährige ledige Kinder personensorgeberechtigt sind und minderjährige ledige Geschwister von Minderjährigen auf Antrag asylberechtigt. Familienasyl wird gewährt für Schutz nach Artikel 16a GG, Flüchtlingsschutz nach § 3 AsylG und subsidiären Schutz nach § 4 AsylG. Bei Vorliegen eines Abschiebungsverbotes hingegen kann kein Familienasyl gewährt werden.

Neben den Regelungen zum Familienasyl gelten weitere Regelungen zu Familieneinheiten. §§ 14a, 43 Absatz 3 Satz 1 AsylG gelten als gesetzliche Grundlage für die Familieneinheit. Demnach gelten Asylanträge auch für sich im Bundesgebiet aufhaltende minderjährige Kinder eines Antragstellers oder einer Antragstellerin als gestellt. Erfolgt die Einreise des minderjährigen Kindes oder wird dieses in Deutschland nach der Antragstellung geboren, ist dies anzuzeigen, sodass dies als Asylantrag für das Kind gilt. Weiterhin darf die Ausländerbehörde auch die Abschiebung vorübergehend aussetzen, um der Familie eine gemeinsame Ausreise zu ermöglichen.

§ 36a Aufenthaltsgesetz (AufenthG) regelt darüber hinaus den sogenannten Familiennachzug. Demnach ist es möglich, Ehepartner:innen oder minderjährige Kinder von Schutzberechtigten aus humanitären Gründen eine Aufenthaltserlaubnis zu erteilen. Humanitäre Gründe umfassen laut § 36a Absatz 2 Satz 1-4 AufenthG die Herstellung der familiären Lebensgemeinschaft, das Betreffen eines minderjährigen Kindes, die Gefährdung von Leib, Leben oder Freiheit eines Ehepartners oder einer Ehepartnerin, des minderjährigen Kindes oder der Eltern eines minderjährigen Kindes im Aufenthaltsstaat sowie eine schwerwiegende Erkrankung oder

²⁹ Während Ende 2015 ca. 3.300 Personen (gemessen in Vollzeitäquivalenten, VZÄ) beschäftigt waren, betrug die Anzahl Ende 2016 über ca. 9.700 VZÄ inklusive 3.100 Unterstützungskräfte (vgl. Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat 2019, S. 19).

³⁰ Vgl. Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat 2019, S. 18–19.

Pflegebedürftigkeit im Sinne einer schweren Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten und eine schwere Behinderung.

2.3 Schutzformen für Schutzsuchende

Wird der gestellte Asylantrag mit einem positiven Bescheid beantwortet, ergeben sich auf Grundlage des geltenden Rechts unterschiedliche Schutzformen für geflüchtete Menschen. Einen Überblick über die unterschiedlichen Arten der Schutzgewährung und der damit verbundenen Aspekte des Aufenthaltes in Deutschland gibt die nachstehende Abbildung 2.

Schutzformen für Schutzsuchende					
Schutzform	Asyl	Flüchtlings-schutz	Subsidiärer Schutz	Abschiebungs- verbot	Duldung*
Rechtliche Grundlage	Artikel 16a GG	§ 3 AsylG	§ 4 AsylG	§ 60 Abs. 5 und Abs. 7 AufenthG	§ 60a AufenthG
Aufenthalts- erlaubnis	Drei Jahre		Ein Jahr, bei Verlängerung weitere zwei Jahre	Mind. ein Jahr, wiederholte Verlängerung möglich	
Nieder- lassungs- erlaubnis	Nach drei oder fünf Jahren möglich unter Erfüllung von Voraussetzungen (bspw. Sicherung des Lebensunterhalts, ausreichende Deutschkenntnisse)		Nach fünf Jahren möglich unter Erfüllung von Voraussetzungen		
Erwerbs- tätigkeit	Uneingeschränkter Arbeitsmarktzugang, Gestattung der Erwerbstätigkeit			Mit Erlaubnis der Ausländerbehörde Beschäftigung möglich	

 Zählt nicht als Schutzform, sondern als vorübergehende Aussetzung der Abschiebung ausreisepflichtiger Ausländer:innen

Abbildung 2: Schutzformen für schutzsuchende Menschen in Deutschland

Quelle: Eigene Darstellung.

Im Folgenden werden die einzelnen Schutzformen kurz beschrieben. Hierbei wird insbesondere auf die rechtlichen Rahmenbedingungen der jeweiligen Schutzform eingegangen.

Asyl nach Artikel 16a GG

In Artikel 16a GG für die Bundesrepublik Deutschland ist geregelt, wer in Deutschland Asyl erhält. Demnach haben in Deutschland politisch verfolgte Menschen Recht auf Asyl (vgl. Artikel 16a Absatz 1 GG für die Bundesrepublik Deutschland). Absatz 2 regelt weiterhin, dass sich auf Absatz 1 nicht berufen werden kann, „*wer aus einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaften oder aus einem anderen Drittstaat einreist, in dem die Anwendung des Abkommens über die Rechtsstellung der Flüchtlinge und der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten sichergestellt ist. Die Staaten außerhalb der Europäischen Gemeinschaften, auf die die Voraussetzungen des Satzes 1 zutreffen, werden durch Gesetz, das der Zustimmung des Bundesrates bedarf, bestimmt. In*

den Fällen des Satzes 1 können aufenthaltsbeendende Maßnahmen unabhängig von einem hiergegen eingelegten Rechtsbehelf vollzogen werden.“

Flüchtlingsschutz nach der Genfer Flüchtlingskonvention

Das Asylgesetz ist in Deutschland geltendes Recht für Ausländer:innen, die Schutz vor politischer Verfolgung nach Artikel 16a Absatz 1 des GG oder gemäß § 1 Absatz 1 Satz 2 AsylG Folgendes beantragen: *„internationalen Schutz nach der Richtlinie 2011/95/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 13. Dezember 2011 über Normen für die Anerkennung von Drittstaatsangehörigen oder Staatenlosen als Personen mit Anspruch auf internationalen Schutz, für einen einheitlichen Status für Flüchtlinge oder für Personen mit Anrecht auf subsidiären Schutz und für den Inhalt des zu gewährenden Schutzes (ABl. L 337 vom 20.12.2011, S. 9); der internationale Schutz im Sinne der Richtlinie 2011/95/EU umfasst den Schutz vor Verfolgung nach dem Abkommen vom 28. Juli 1951 über die Rechtsstellung der Flüchtlinge (BGBl. 1953 II S. 559, 560) und den subsidiären Schutz im Sinne der Richtlinie; der nach Maßgabe der Richtlinie 2004/83/EG des Rates vom 29. April 2004 über Mindestnormen für die Anerkennung und den Status von Drittstaatsangehörigen oder Staatenlosen als Flüchtlinge oder als Personen, die anderweitig internationalen Schutz benötigen, und über den Inhalt des zu gewährenden Schutzes (ABl. L 304 vom 30.9.2004, S. 12) gewährte internationale Schutz steht dem internationalen Schutz im Sinne der Richtlinie 2011/95/EU gleich; § 104 Absatz 9 des Aufenthaltsgesetzes bleibt unberührt.“* Nach § 3 AsylG sind somit Ausländer:innen Flüchtlinge im Sinne der Genfer Flüchtlingskonvention, die sich

1. *„aus begründeter Furcht vor Verfolgung wegen [deren] Rasse, Religion, Nationalität, politische[r] Überzeugung oder Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe*
2. *außerhalb des Landes (Herkunftsland) befind[e]n,*
 - a) *de[ren] Staatsangehörigkeit [sie] besitz[en] und de[ren] Schutz [sie] nicht in Anspruch nehmen k[önnen] oder wegen dieser Furcht nicht in Anspruch nehmen w[ollen] oder*
 - b) *in dem [sie] als Staatenlose[...] [ihren] vorherigen gewöhnlichen Aufenthalt hatte[n] und in das [sie] nicht zurückkehren k[önnen] oder wegen dieser Furcht nicht zurückkehren w[ollen].“*

Subsidiärer Schutz nach § 4 AsylG

Eine weitere Schutzform ist der sogenannte subsidiäre Schutz nach § 4 AsylG. Demnach sind Ausländer:innen subsidiär Schutzberechtigte, wenn *„(...) stichhaltige Gründe für die Annahme*

vorgebracht [worden sind], dass ihm in seinem Herkunftsland ein ernsthafter Schaden droht“ (§ 4 Absatz 1 AsylG). Als ernsthafte Schäden gelten

„1. Die Verhängung oder Vollstreckung der Todesstrafe,

2. Folter oder unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Bestrafung oder

3. eine ernsthafte individuelle Bedrohung des Lebens oder der Unversehrtheit einer Zivilperson infolge willkürlicher Gewalt im Rahmen eines internationalen oder innerstaatlichen bewaffneten Konflikts“

(§ 4 Absatz 1 AsylG).

Nationales Abschiebungsverbot

Sofern die Schutzformen Asylberechtigung, Flüchtlingsschutz und subsidiärer Schutz nicht greifen, kann unter bestimmten Voraussetzungen ein Abschiebungsverbot erteilt werden. Die gesetzliche Grundlage für das Abschiebungsverbot bietet § 60 AufenthG. Demnach darf u. a. keine Rückführung in den Zielstaat erfolgen, wenn diese eine Verletzung der Europäischen Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten darstellt oder eine erhebliche konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit besteht.

Duldung

Eine Duldung ist zwar nicht als Schutzform von Flüchtlingen anzusehen und bietet somit keine Möglichkeit eines rechtmäßigen Aufenthalts in Deutschland. Dennoch wird (vorrübergehend) davon abgesehen, die Menschen abzuschieben.

Nach § 60a Absatz 1 AufenthG darf „(...) aus völkerrechtlichen oder humanitären Gründen oder zur Wahrung politischer Interessen der Bundesrepublik Deutschland“ angeordnet werden, dass die Abschiebung für maximal drei Monate ausgesetzt wird.

2.4 Quantitative Bedeutung des Zuzugs und Bedeutung für Bayern

2.4.1 Allgemeine Entwicklungen

Der Zuzug nach Deutschland erfolgt aus unterschiedlichen Intentionen, die sich im Wesentlichen in vier Kategorien aufteilen lassen und für die Erteilung von Aufenthaltstiteln maßgeblich sind:

(1) **Als familiäre Gründe** werden bspw. die Ehe, der Nachzug von Kindern oder Eltern minderjähriger Kinder oder anderer Familienmitglieder angeführt. Ein weiterer Aufenthaltsweg ist in dem Ersuchen einer (2) **Ausbildung**, darunter der Besuch der Schule, das Absolvieren einer Berufsausbildung oder eines Studiums, begründet. Die (3) **Erwerbstätigkeit** ist

ein weiterer Aufenthaltszweck. Hierunter fällt bspw. die Ausführung einer hochqualifizierten, sonstigen, saisonalen oder selbstständigen Tätigkeit oder aber auch Forschungstätigkeiten oder unternehmensinterne Entsendungen. Ferner gelten **(4) völkerrechtliche, humanitäre und/oder politische Gründe** als Aufenthaltszweck. Hierunter fallen die in Kapitel 2.3 aufgeführten Schutzformen Asyl, subsidiärer Schutz, Abschiebungsschutz und Duldung.³¹

Im Hinblick auf die Aufenthaltszwecke zeigt sich in der Gesamtentwicklung von 2008 bis 2016 eine Zunahme der Zuzüge aus humanitären Gründen mit einem Höchststand im Jahr 2015.³² Tabelle 10 und 11 des Anhangs der Verordnung zur Durchführung des Gesetzes über das Ausländerzentralregister (AZRG-Durchführungsverordnung – AZRG-DV) bietet einen Überblick über die verschiedenen Aufenthaltszwecke.³³ Aufgrund des Fokus der vorliegenden Arbeit auf geflüchtete Menschen, stellen die weiteren Ausführungen zum Zuzug auf die quantitative Bedeutung der Asylerst- und -folgeanträge ab.

Das BAMF veröffentlicht in regelmäßigen Abständen³⁴ aktualisierte Daten zur Entwicklung der Asylanträge, die Aufschluss über den Zuzug von Geflüchteten nach Deutschland geben. Im folgenden Abschnitt wird zum einen auf die aktuelle Situation und quantitative Bedeutung geflüchteter Menschen in Deutschland abgestellt. Vielmehr wird zum anderen mit Blick auf die in Teil II durchgeführte empirische Analyse der Gesundheitssituation von Geflüchteten in den Jahren 2016 und 2017 den Deutschland betreffenden Zuzug Geflüchteter zu diesem Zeitpunkt beleuchtet.

Die Entwicklung der Asylantragszahlen verläuft dynamisch. In der Gesamtschau der Entwicklung der Asylerst- und -folgeanträge³⁵ von 1953 bis 2023 wurden im Jahr 2016 mit 745.545 die meisten Anträge gestellt. Dabei konnte eine stetige Zunahme der Anträge von 2008 mit 28.018 Anträgen bis zum Jahr 2016 verzeichnet werden. Im Jahr 2017 nahm die Anzahl der Anträge bereits wieder ab, wenngleich sie mit 222.683 Anträgen in der Gesamtschau weiterhin von quantitativer Bedeutung ist. Bis zum Jahr 2020 fiel die Anzahl der Erst- und Folgeanträge auf

³¹ Vgl. Grote und Vollmer 2016, S. 17.

³² Vgl. Brücker et al. 2017, S. 4.

³³ Vgl. Grote und Vollmer 2016, S. 16.

³⁴ Die Statistiken des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge werden mit Stand März 2024 im monatlichen Turnus aktualisiert. Die monatlichen Statistiken können seit Januar 2017 ausgewiesen werden. Vgl. hierzu Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2024a, o. J.a..

³⁵ Gesetzliche Grundlage für einen Folgeantrag ist § 71 AsylG. Demnach wird als Folgeantrag ein erneut gestellter Asylantrag nach Rücknahme oder unanfechtbarer Ablehnung eines früheren Asylantrags durch Ausländer:innen bezeichnet.

122.170, woraufhin bis 2023 eine weitere Zunahme bis auf 351.915 Erst- und Folgeanträgen verzeichnet werden kann. In der Gesamtentwicklung ergeben sich somit drei Hochphasen des Zuzugs im Sinne der Antragstellungen von Erst- und Folgeanträgen: 1992, 2016 und eine steigende Tendenz von 2020 bis 2023.³⁶ Abbildung 3 verdeutlicht den dynamischen Verlauf der Asylantragszahlen graphisch. Neben der quantitativen Dynamik zeigt sich auch eine Dynamik hinsichtlich der Verteilung der zehn zugangsstärksten Herkunftsländer, die in Abbildung 3 exemplarisch für drei Zeitpunkte – 1992, 2016 und 2023 – entnommen werden kann. Während der Zuzug im Sinne der Asylantragszahlen 1992 von Menschen aus dem heute ehemaligen Jugoslawien, Rumänien, Bulgarien und der Türkei geprägt war, zeigt sich in den Jahren 2016 und 2023 ein Zuzug insbesondere von Menschen aus Syrien, Afghanistan, Irak und Iran.³⁷ 2023 nehmen Asylantragstellende aus der Türkei den zweitgrößten Anteil unter den zehn zugangsstärksten Herkunftsländern ein.³⁸

³⁶ Vgl. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2024a, S. 10.

³⁷ Im Hinblick auf den Zuzug von geflüchteten Menschen aus der Ukraine sei angemerkt, dass eine Asylantragstellung nicht notwendig ist, da der für sie erforderliche Schutz im Rahmen anderer Verfahren gewährt werden kann (Aufenthaltserlaubnis nach § 24 AufenthG). Somit sei im Hinblick auf die Interpretation der Daten zu berücksichtigen, dass es sich lediglich um die Anzahl der Asylanträge handelt, die nicht mit der Anzahl an Geflüchteten gleichzusetzen ist. Aufgrund der in dieser Arbeit untersuchten Zielpopulation wird im Folgenden nicht weiter auf die (gesundheitliche) Situation ukrainischer Geflüchteter eingegangen (vgl. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge o. J.c).

³⁸ Vgl. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2024a, 10, 16; Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2004, S. 33.

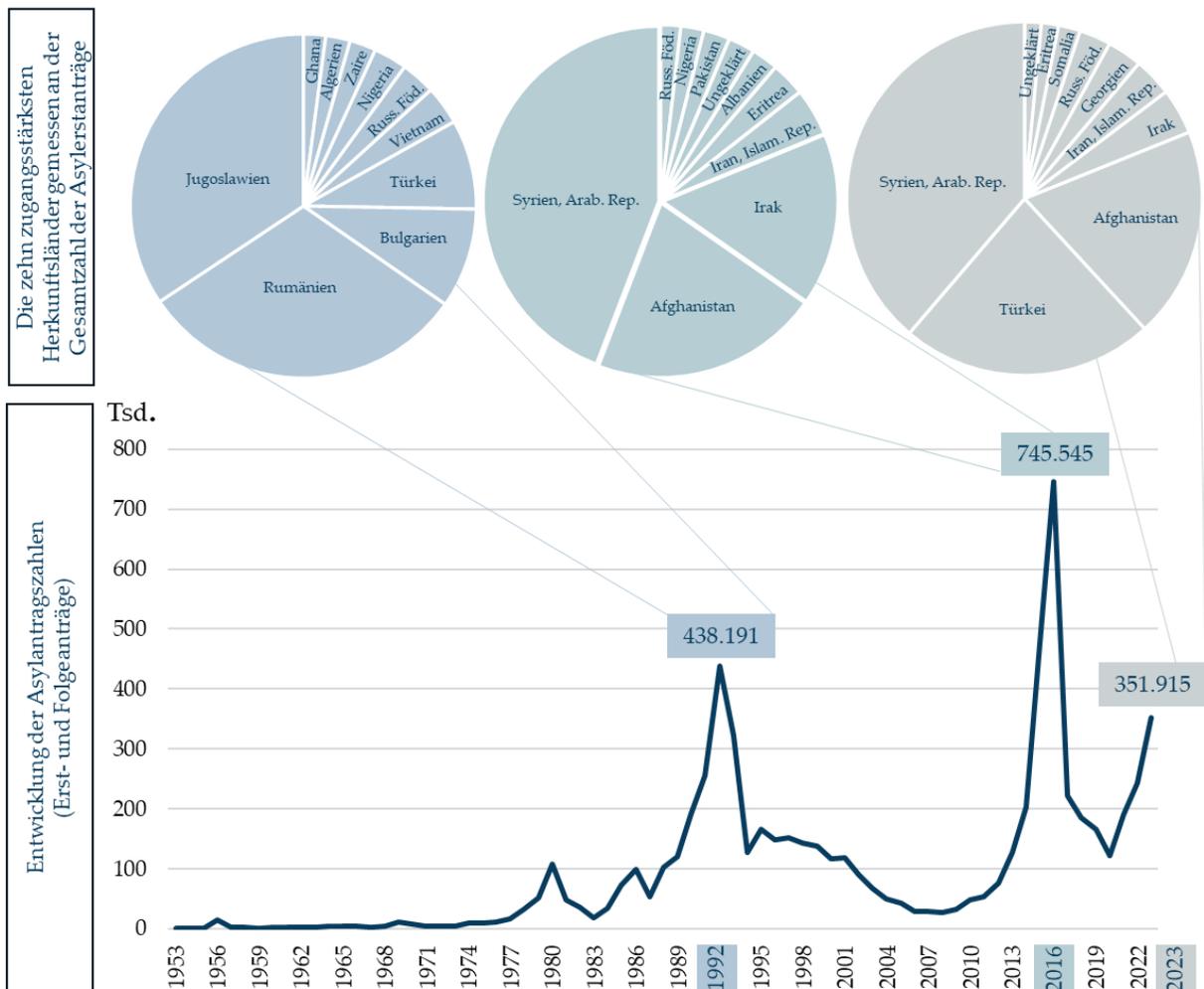


Abbildung 3: Entwicklung der Asylantragszahlen und Verteilung der zehn zugangsstärksten Herkunftsländer

Quelle: Eigene Darstellung.

Datenquellen: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2024a, S. 10, 16; Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2004, S. 33.

Der Anstieg der Asylerst- und -folgeanträge in den 1990er-Jahren lässt sich auf den im Balkan stattfindenden Bürgerkrieg, den Zusammenbruch der Sowjetunion und erleichterte Reisemöglichkeiten aus Osteuropa nach Deutschland zurückführen.³⁹ Anschließend fallen die Asylantragszahlen rapide. 1993 kommt es zum sogenannten „Asylkompromiss“ als Reaktion auf die hohe Anzahl Asylsuchender aufgrund schlechter wirtschaftlicher Bedingungen im Herkunftsland. Mit dem neuen Artikel 16a GG kann sich fortan nicht mehr auf das Asylrecht bezogen werden, wenn die Grundfreiheiten und der Schutz vor politischer Verfolgung im Herkunftsland ausreichend gewährleistet sind – Ausnahmen sind bei entsprechender

³⁹ Vgl. Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2004, S. 3; Bundesamt für Migration und Flüchtlinge o. J.b.

Begründung einer politischen Verfolgung im sicheren Herkunftsland möglich. In der Folge sinkt die Anzahl der Asylanträge in Deutschland.⁴⁰

Ab 2011 ist ein weiterer Anstieg der Asylantragszahlen zu verzeichnen, der im Jahr 2016 einen historischen Höchststand von 745.545 Erst- und Folgeanträge erreicht. Im Hinblick auf den Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit und den Zeitpunkt der Datenerhebung wird der Zustrom in diesem Zeitraum im Folgenden detaillierter beschrieben.

2.4.2 Zustrom von Geflüchteten in den Jahren 2015 – 2017

Die Entwicklung der Asylantragszahlen zeigt mehr als eine Verzehnfachung der Asylerstanträge von 2010 bis 2015 von 41.332 auf 441.899 Asylerstanträge.⁴¹ Wie Abbildung 3 zu entnehmen ist, wurde 2016 ein historischer Höchststand in der Entwicklung der Asylantragszahlen erreicht. Im folgenden Abschnitt wird der Zustrom im Hinblick auf die Merkmale Staatsangehörigkeit, Geschlecht und Alter näher betrachtet. Datengrundlage bilden die vom BAMF veröffentlichten Asylstatistiken wie bspw. die Asylgeschäftsstatistiken oder Berichte „Das Bundesamt in Zahlen“.⁴²

Abbildung 4 zeigt die Gesamtanzahl der Asylerstanträge in den Jahren 2015 – 2017 auf. Dabei wird sich in der Darstellung auf die zehn stärksten Herkunftsländer fokussiert. Es zeigt sich, dass 2015 insbesondere Schutzsuchende aus Syrien, Arab. Rep., Afghanistan, Irak, Iran, Islam. Rep. und Menschen ungeklärter Staatsangehörigkeit einen Erstantrag stellten. Im Hinblick auf die Entwicklung der Asylantragszahlen auf monatlicher Ebene zeigt sich, dass im August 2016 die meisten Anträge (Erst- und Folgeanträge) mit einer Gesamtanzahl von 91.331, darunter 89.703 Erstanträge, gestellt wurden. Während im Januar 2016 die Gesamtanzahl der Asylanträge 52.103 betrug, wurden im Juni und Juli 2016 bereits über 74.000 Anträge gestellt. Nach Erreichen des Peaks im August 2016 fielen die Antragszahlen im September 2016 auf 76.400 Anträge, im Oktober 2016 auf 32.640 und im November 2016 schließlich auf 26.438 Anträge.⁴³

⁴⁰ Vgl. Deutscher Bundestag o. J. und § 16a Absatz 3 GG.

⁴¹ Vgl. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2024a, S. 18.

⁴² Vgl. hierzu bspw. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2023c, 2024a, 2018a, 2017a, 2016b.

⁴³ Vgl. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2016a, S. 5.

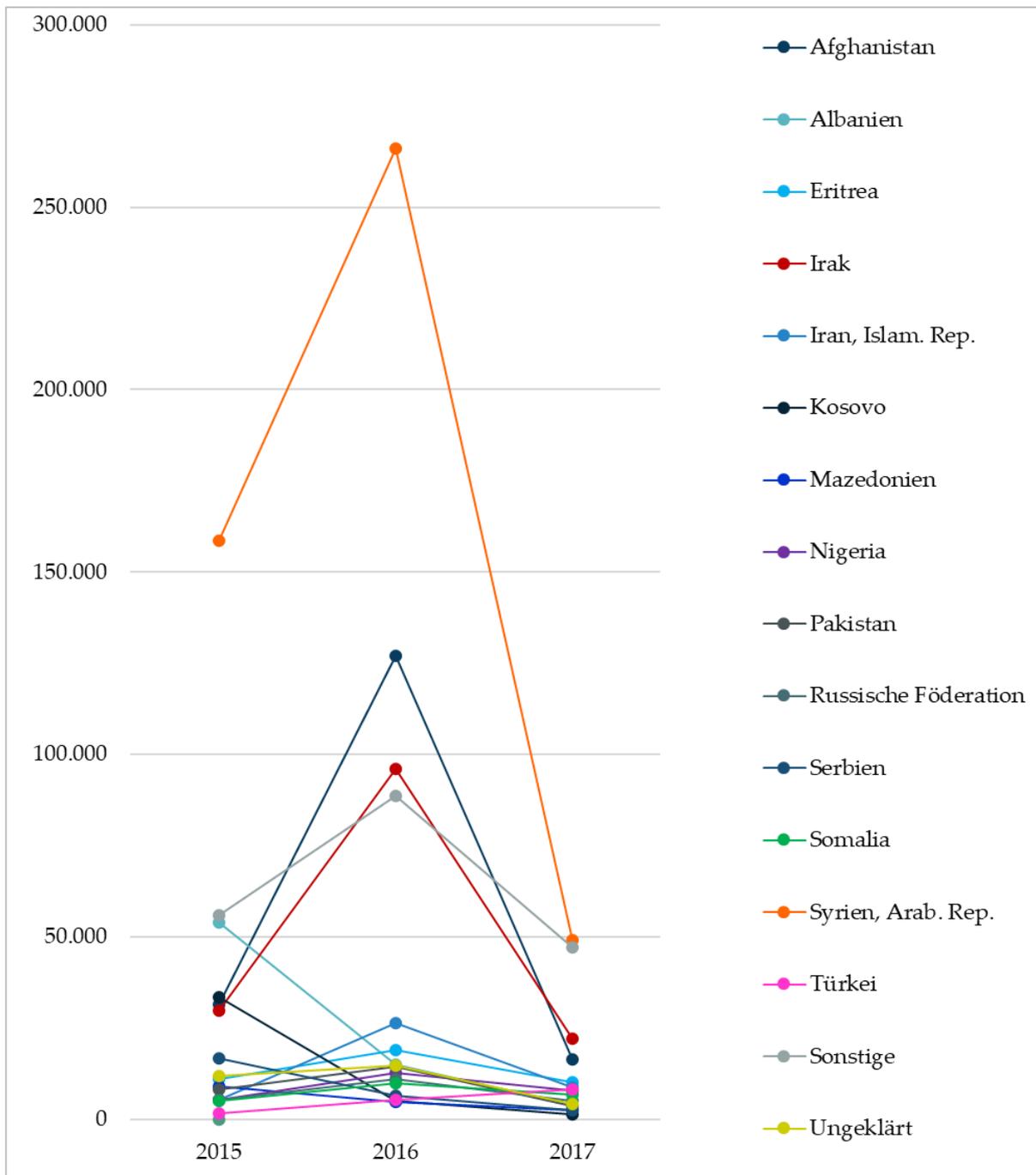


Abbildung 4: Anzahl der Asyleranträge in den Jahren 2015 - 2017 der zehn stärksten Herkunftsländer (alphabetische Sortierung)

Quelle: Eigene Darstellung.

Datenquellen: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2018a, 2017a, 2016b.

Der nachstehenden Tabelle 2 kann die Geschlechterverteilung der Asyleranträge in den Jahren 2015 – 2017 nach Hauptherkunftsstaaten entnommen werden. Es zeigt sich über alle Herkunftstaaten hinweg ein homogenes Bild: Grundsätzlich stellten mehr männliche als weibliche Schutzsuchende Asyleranträge in den Jahren 2015 – 2017. So lag im Jahr 2015 der Anteil männlicher Asylerantragssteller bei 69,2 %, 2016 bei 65,7 % und 2017 bei 60,5 %. Differenziert nach den Herkunftstaaten zeigt sich ein besonders hoher Anteil – und damit über

dem Durchschnitt der Gesamtantragstellenden – männlicher Schutzsuchender aus Pakistan mit über 90 %, Eritrea mit bis zu 75,6 %, Syrien im Jahr 2015 mit 73,8 % und dem Iran, Islam. Rep. im Jahr 2016 mit einem Anteil von 71,1 %.

In der Betrachtung der zeitlichen Entwicklung von 2015 – 2017 zeigt sich über alle Herkunftsstaaten hinweg – die Russische Föderation exkludierend – eine Abnahme des Anteils männlicher Asylersantragssteller.⁴⁴

Tabelle 2: Geschlechterverteilung der Asylersanträge in den Jahren 2015 - 2017 nach den zehn stärksten Hauptstaatsangehörigkeiten (alphabetische Sortierung)

Quelle: Eigene Darstellung.

Datenquellen: Vgl. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2018b, S. 24, 2017b, S. 22, 2016c, S. 22.

	2015		2016		2017	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
Afghanistan	73,0 %	27,0 %	68,2 %	31,8 %	66,1 %	33,9 %
Albanien	60,3 %	39,7 %	58,9 %	41,1 %	k. A.	k. A.
Eritrea	75,6 %	24,4 %	69,7 %	30,3 %	67,6 %	32,4 %
Irak	70,9 %	29,1 %	61,5 %	38,5 %	53,2 %	46,8 %
Iran, Islam. Rep.	k. A.	k. A.	71,1 %	28,9 %	58,2 %	41,8 %
Kosovo	64,4 %	35,6 %	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Mazedonien	52,0 %	48,0 %	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Nigeria	k. A.	k. A.	63,9 %	36,1 %	57,5 %	42,5 %
Pakistan	92,7 %	7,3 %	91,9 %	8,1 %	k. A.	k. A.
Russische Föderation	k. A.	k. A.	50,5 %	49,5 %	50,9 %	49,1 %
Serbien	51,0 %	49,0 %	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Somalia	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	64,8 %	35,2 %
Syrien, Arab. Rep.	73,8 %	26,2 %	63,6 %	36,4 %	51,0 %	49,0 %
Türkei	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	64,9 %	35,1 %
Ungeklärt	69,5 %	30,5 %	65,7 %	34,4 %	60,9 %	39,1 %
Gesamt	69,2 %	30,8 %	65,7 %	34,4 %	60,5 %	39,5 %

k. A.: keine Angabe zur Geschlechterverteilung verfügbar, da nicht unter den zehn stärksten Hauptstaatsangehörigkeiten im entsprechenden Jahr.

Die nachstehende Abbildung 5 zeigt die Anzahl der Asylersanträge differenziert nach Altersgruppen für die Jahre 2015, 2016 und 2017 auf. Zudem kann die Geschlechterverteilung innerhalb der Altersgruppe entnommen werden. Für die Jahre 2015 – 2017 zeigt sich, dass die meisten Asylersanträge in der Altersgruppe der 18- bis unter 25-jährigen Schutzsuchenden

⁴⁴ Vgl. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2018b, S. 24, 2017b, S. 22, 2016c, S. 22.

gestellt wurden. Im Jahr 2016 beläuft sich die absolute Anzahl der Asylersanträge in dieser Altersgruppe auf 169.853. Dies entspricht einem Anteil von 23,5 % aller im Jahr 2016 gestellten Asylersanträge. 2015 lag der Anteil in dieser Altersgruppe bei 24,8 % und 2017 bei 18,9 %. Ein höherer Anteil kann lediglich im Jahr 2017 von der Altersgruppe der unter Vierjährigen mit 23,3 % aller im Jahr 2017 gestellten Asylersanträge erzielt werden. In den darauffolgenden Gruppen kann die Tendenz abgeleitet werden, dass mit steigender Altersgruppe weniger Asylersanträge gestellt werden. So beläuft sich die Anzahl der Asylersanträge in der Gruppe der Schutzsuchenden im Alter von 65 Jahren oder älter im Jahr 2016 auf insgesamt 4.172, was einem Gesamtanteil von 0,6 % der im Jahr 2016 gestellten Asylersanträge entspricht.

Auch im Hinblick auf die Geschlechterverteilung innerhalb der jeweiligen Altersgruppen zeigt sich ein homogenes Bild. So stellten in den Jahren 2015 – 2017 in allen Altersgruppen – die Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren ausgenommen – mehr männliche Schutzsuchende einen Asylersantrag als Frauen. Im Jahr 2017 stellten zudem in der Altersgruppe der 60-65-Jährigen gleich viele männliche wie weibliche Schutzsuchende einen entsprechenden Antrag. Über alle drei Jahre des Betrachtungszeitraums hinweg zeigt sich ferner ein besonders hoher Anteil männlicher Antragsteller in den Altersgruppen der 16-18-Jährigen und 18- bis unter 25-Jährigen. So waren bspw. im Jahr 2015 80,3 % der 18-25-jährigen und 79,4% der 16-18-jährigen Asylantragstellenden männlich. 2016 lag der Anteil der männlichen Antragstellenden bei 80,3 % in der Altersgruppe der 16-18-Jährigen und 76,0 % in der Gruppe der 18- bis unter 25-Jährigen.⁴⁵

⁴⁵ Vgl. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2018b, S. 24, 2017b, S. 22, 2016c, S. 22.

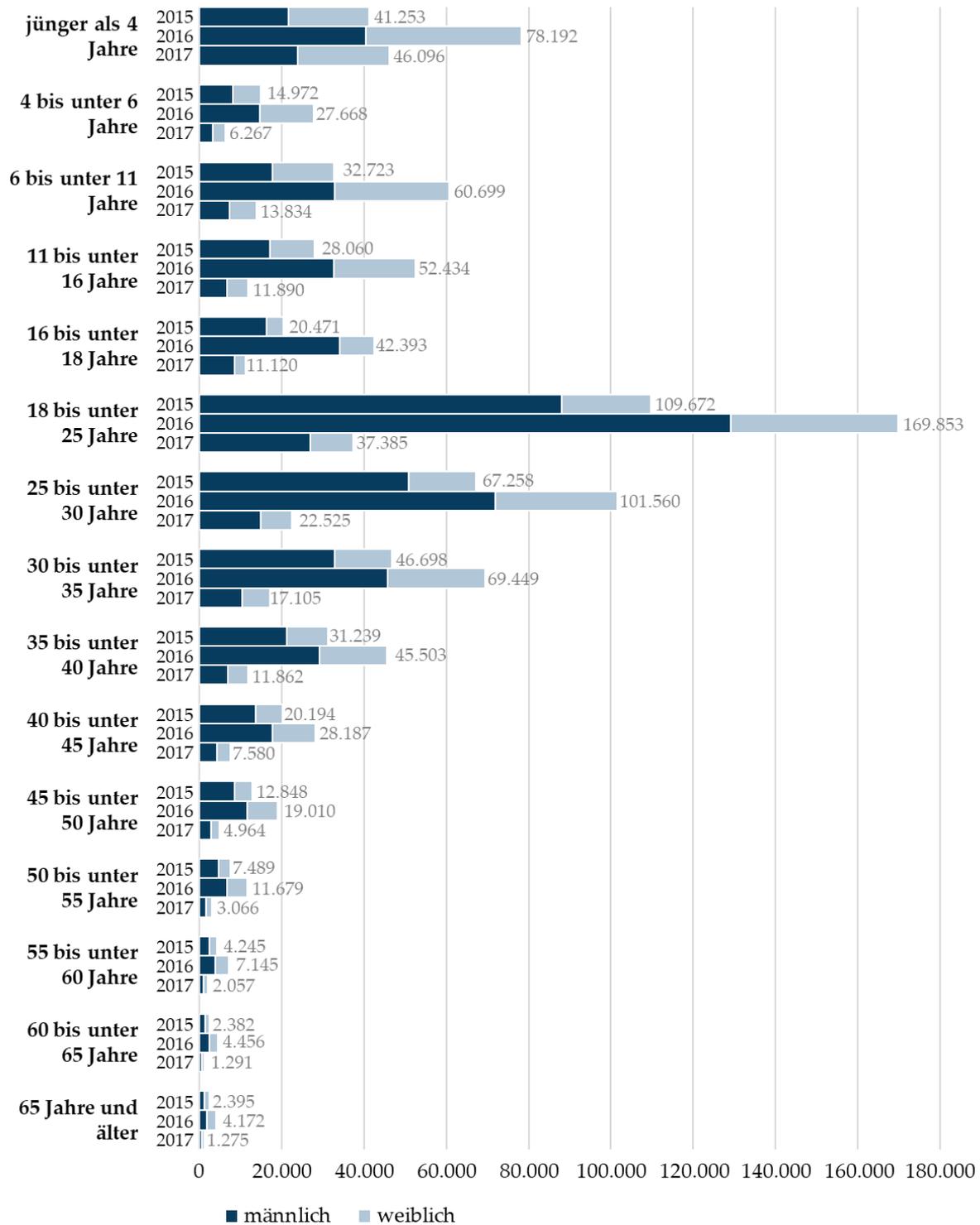


Abbildung 5: Anzahl der Asylerstanträge in den Jahren 2015 - 2017 nach Altersgruppen und Geschlecht

Quelle: Eigene Darstellung.

Datenquellen: Vgl. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2018b, S. 24, 2017b, S. 22, 2016c, S. 22.

Nachdem die Asylantragszahlen detailliert nach den Merkmalen Herkunftsland, Alter und Geschlecht für die Jahre 2015, 2016 und 2017 beschrieben wurden, werden im Folgenden die Entscheidungsquoten für diesen Zeitraum deskriptiv dargelegt. Hieraus kann abgeleitet werden,

wie viele Schutzsuchende nach Entscheid über den gestellten Asylantrag in Deutschland verweilen dürfen. Die Schutzquote unterliegt gewissen Einflussfaktoren: Zum einen ist sie abhängig von den im Betrachtungszeitraum entschiedenen Fällen. Zum anderen ist sie von der in den Herkunftsstaaten der Antragstellenden vorherrschenden Situation, z. B. der politischen Situation oder der Entwicklung medizinischer Versorgung, abhängig. Zudem werden Daten bzw. Auswertungen anderer Institutionen wie bspw. der United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) berücksichtigt.⁴⁶ In diesem Kontext wird auch von sogenannten sicheren Herkunftsstaaten gesprochen. Hierbei handelt es sich um Staaten, „(...) von denen (...) aufgrund des demokratischen Systems und der allgemeinen politischen Lage davon ausgegangen werden kann, dass dort generell keine staatliche Verfolgung zu befürchten ist und dass der jeweilige Staat grundsätzlich vor nichtstaatlicher Verfolgung schützen kann.“⁴⁷ Welche Staaten als sichere Herkunftsstaaten gelten, richtet sich nach § 29a Absatz 2 AsylG (Mitgliedstaaten der EU) sowie die in der Anlage II bezeichneten Staaten. Die Gesamtschutzquote, welche „(...) sich aus der Anzahl der Asylanerkennungen, der Flüchtlingsanerkennungen, der Gewährungen von subsidiärem Schutz und der Feststellungen eines Abschiebungsverbotes bezogen auf die Gesamtzahl der Entscheidungen im betreffenden Zeitraum“⁴⁸ ergibt, betrug im Jahr 2015 49,8 %, im Jahr 2016 62,4 % und sank im Jahr 2017 auf 43,4 %.⁴⁹ Die Anzahl der Entscheidungen stieg von 2015 mit 282.726 Entscheidungen über Erst- und Folgeanträge auf 695.733 bzw. 603.428 Entscheidungen im Jahr 2016 bzw. 2017 an. Tabelle 3 zeigt die Verteilung der Entscheidungen über Asylerst- und -folgeanträge für die Jahre 2015, 2016 und 2017 differenziert nach Hauptherkunftsstaaten auf. Wie den Daten zu entnehmen ist, variiert die Zuerkennung einer Schutzform und damit die Annahme eines Asylantrags je nach Hauptherkunftsland. Im Hinblick auf die Rechtsstellung als Flüchtling nach § 2 Abs. 1 AsylG, Art. 16a GG zeigt sich, welcher Dynamik die Entscheidungen über einen Asylantrag unterliegen. Während im Jahr 2015 48,5 % aller getroffenen Entscheidungen über gestellte Asylanträge die Rechtsstellung als Flüchtling erhielten, sank der Anteil bis 2017 auf 20,5 %. Der höchste Anteil über Asylentscheide zugunsten der Rechtsstellung als Flüchtling erhielten im Jahr 2015 Staatsbürger:innen aus Syrien, Arab. Rep., mit einem Anteil von 95,8 % ihrer gestellten Asylanträge. Es ist ein Rückgang des Anteils auf 35,0 % bis 2017 zu beobachten. 88,3 % der

⁴⁶ Vgl. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2024a, S. 37.

⁴⁷ Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2024c.

⁴⁸ Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2018b, S. 50.

⁴⁹ Vgl. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2018b, S. 50.

Entscheidungen über Anträge von Eritreer:innen wurden 2015 zugunsten der Rechtsstellung als Flüchtling getroffen. Der Anteil belief sich 2017 auf 46,1 %. Asylantragstellenden aus dem Irak wurden 2015 zu 86,4 % die Rechtsstellung als Flüchtling zuerkannt, wohingegen sich der Anteil im Jahr 2017 auf 33,9 % verringerte. Ein Anstieg des Anteils von Entscheidungen für die Rechtsstellung als Flüchtling von 2016 bis 2017 konnte für Schutzsuchende mit Staatsherkunft aus Nigeria und Russische Föderation verzeichnet werden, während Antragstellende aus Somalia und der Türkei im Jahr 2017 erstmalig unter den zehn Hauptherkunftsstaaten gelistet wurden und 26,2 % bzw. 26,1 % der Entscheidungen ihrer Asylanträge als Rechtsstellung als Flüchtling ausfallen. Lediglich geringe Anteile der Entscheidungen über die Anträge werden in den Jahren 2016 bis 2017 zugunsten des subsidiären Schutzes gemäß § 4 Abs. 1 AsylG bzw. zugunsten eines Abschiebungsverbotes gemäß § 60 Abs. 5 oder 7 AufenthG getroffen. Herauszustellen sind die Entscheidungen über Anträge von syrischen Schutzsuchenden, die im Jahr 2016 zu 41,2 % bzw. 2017 zu 56,0 % zugunsten des subsidiären Schutzes getroffen wurden. Abschiebeverbote wurden insbesondere für Antragstellende aus Somalia (2017: 11,6 % aller Entscheidungen über Asylanträge somalischer Schutzsuchender) und Afghanistan (2015 13,6 % bzw. 2017 22,8 % aller Entscheidungen über Asylanträge afghanischer Schutzsuchender) erteilt. 2015 wurden insgesamt 32,4 % der Asylanträge, über die entschieden wurde, abgelehnt. 2016 sank der Anteil auf 25,0 % und stieg 2017 erneut auf 38,5 % an. Differenziert nach Herkunftsstaaten der Antragstellenden zeigen sich sowohl zwischen den Herkunftsstaaten als auch in der zeitlichen Entwicklung variierende Anteile. Anträge von Antragstellenden aus Albanien (2015: 87,2 % und 2016: 79,7 %), dem Kosovo (2015: 87,7 %), Mazedonien (2015: 67,7 %), Serbien (2015: 60,9 %), Pakistan (2015: 41,9 % bzw. 2016: 63,4 %) und der Russischen Föderation (2016: 44,6 % bzw. 2017: 56,3 %) werden zu größten Teilen abgelehnt.⁵⁰

Formelle Entscheidungen, darunter v. a. „(...) Entscheidungen nach dem Dublin-Verfahren, weil ein anderer Mitgliedstaat zuständig ist; Verfahrenseinstellungen wegen Antragsrücknahme seitens der Antragstellenden; Entscheidungen im Folgeantragsverfahren, dass kein weiteres Asylverfahren durchgeführt wird“⁵¹, variieren ebenfalls nach Herkunftsstaat der Antragstellenden und nach zeitlichem Verlauf. Insgesamt wurden 2017 18,1 % der gestellten Anträge formell entschieden. Anträge von Schutzsuchenden aus Afghanistan bspw. wurden 2015 zu 38,6 % formell

⁵⁰ Vgl. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2018b, 52, 2017b, S. 50, 2016c, S. 50.

⁵¹ Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2018b, S. 48.

entschieden. Der höchste in den Jahren 2015 bis 2017 verzeichnete Anteil an formellen Entscheidungen wurde mit einem Anteil von 50,2 % aller von Schutzsuchenden aus der Russischen Föderation gestellten Anträge erteilt.⁵²

Ein umfassender Überblick über die Entwicklung und die Verteilung der Entscheidungen über gestellte Asylerst- und -folgeanträge ist der nachstehenden Tabelle 3 zu entnehmen.

⁵² Vgl. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2018b, S. 52, 2017b, S. 50, 2016c, S. 50.

Tabelle 3: Entscheidungsquoten über Asylerst- und -folgeanträge von 2015-2017 differenziert nach Hauptherkunftsstaaten (alphabetische Sortierung)

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2018b, S. 52, 2017b, S. 50, 2016c, S. 50.

	Sachentscheidungen																	
	Anzahl der Entscheidungen insgesamt			Rechtsstellung als Flüchtling (§ 3 Abs. 1 AsylG, Art. 16a GG)			Gewährung von subsidiärem Schutz (§ 4 Abs. 1 AsylG)			Abschiebungsverbot (§ 60 Abs. 5 oder Abs. 7 AufenthG)			Ablehnungen			Formelle Entscheidungen		
				davon Anerkennung als Asylberechtigte (Art. 16a GG und Familienasyl)									2015	2016	2017			
2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	
Afghanistan	5.966	68.246	115.537	28,6 % 0,8 %	20,2 % 0,1 %	15,5 % 0,1 %	5,4 %	8,6 %	6,0 %	13,6 %	27,0 %	22,8 %	13,7 %	36,4 %	49,1 %	38,6 %	7,8 %	6,6 %
Albanien	35.721	37.673	k. A.	0,0 % 0,0 %	0,0 % 0,0 %	k. A. k. A.	0,1 %	0,2 %	k. A.	0,1 %	0,2 %	k. A.	87,2 %	79,7 %	k. A.	12,6 %	19,9 %	k. A.
Eritrea	10.099	22.160	21.909	88,3 % 0,4 %	75,2 % 0,5 %	46,1 % 3,0 %	3,4 %	16,5 %	33,5 %	0,4 %	0,5 %	3,3 %	0,4 %	0,6 %	2,1 %	7,5 %	7,2 %	15,0 %
Irak	16.796	68.562	71.703	86,4 % 0,9 %	53,7 % 0,4 %	33,9 % 0,5 %	1,7 %	15,9 %	19,9 %	0,5 %	0,6 %	2,3 %	0,8 %	20,8 %	30,9 %	10,6 %	9,0 %	12,9 %
Iran, Islam. Rep.	k. A.	11.528	30.626	k. A.	47,2 % 3,9 %	46,2 % 1,8 %	k. A.	2,2 %	2,1 %	k. A.	1,3 %	1,1 %	k. A.	33,0 %	37,2 %	k. A.	16,2 %	13,4 %
Kosovo	29.801	k. A.	k. A.	0,0 % 0,0 %	k. A.	k. A.	0,1 %	k. A.	k. A.	0,3 %	k. A.	k. A.	87,7 %	k. A.	k. A.	11,8 %	k. A.	k. A.
Mazedonien	8.245	k. A.	k. A.	0,3 % 0,0 %	k. A.	k. A.	0,0 %	k. A.	k. A.	0,2 %	k. A.	k. A.	67,7 %	k. A.	k. A.	31,8 %	k. A.	k. A.
Nigeria	k. A.	3.786	23.252	k. A.	3,4 % 0,3 %	6,8 % 0,2 %	k. A.	0,9 %	1,2 %	k. A.	5,6 %	9,3 %	k. A.	47,2 %	54,2 %	k. A.	42,9 %	28,5 %

	Sachentscheidungen																	
	Anzahl der Entscheidungen insgesamt			Rechtsstellung als Flüchtling (§ 3 Abs. 1 AsylG, Art. 16a GG) davon Anerkennung als Asylberechtigte (Art. 16a GG und Familienasyl)			Gewährung von subsidiärem Schutz (§ 4 Abs. 1 AsylG)			Abschiebungsverbot (§ 60 Abs. 5 oder Abs. 7 AufenthG)			Ablehnungen			Formelle Entscheidungen		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Pakistan	2.015	12.935	k. A.	8,0 % 0,2 %	2,1 % 0,1 %	k. A.	0,5 %	0,4 %	k. A.	1,2 %	0,8 %	k. A.	41,9 %	63,4 %	k. A.	48,3 %	33,3 %	k. A.
Russ. Föderation	k. A.	12.799	17.436	k. A.	2,8 % 0,2 %	4,5 % 1,1 %	k. A.	1,0 %	2,5 %	k. A.	1,4 %	2,1 %	k. A.	44,6 %	56,3 %	k. A.	50,2 %	34,6 %
Serbien	22.341	k. A.	k. A.	0,0 % 0,0 %	k. A.	k. A.	0,0 %	k. A.	k. A.	0,1 %	k. A.	k. A.	60,9 %	k. A.	k. A.	39,0 %	k. A.	k. A.
Somalia	k. A.	k. A.	18.746	k. A.	k. A.	26,2 % 0,1 %	k. A.	k. A.	23,1 %	k. A.	k. A.	11,6 %	k. A.	k. A.	12,5 %	k. A.	k. A.	26,6 %
Syrien, Arab. Rep.	105.620	295.040	99.527	95,8 % 1,1 %	56,4 % 0,3 %	35,0 % 0,7 %	0,1 %	41,2 %	56,0 %	0,2 %	0,3 %	0,5 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %	4,0 %	2,0 %	8,3 %
Türkei	k. A.	k. A.	12.617	k. A.	k. A.	26,1 % 7,7 %	k. A.	k. A.	1,1 %	k. A.	k. A.	0,9 %	k. A.	k. A.	55,4 %	k. A.	k. A.	16,5 %
Ungeklärt	4.128	15.371	11.329	79,7 % 0,8 %	44,1 % 0,2 %	23,2 % 0,6 %	0,1 %	39,6 %	23,9 %	0,3 %	0,7 %	3,4 %	8,5 %	7,7 %	29,4 %	11,3 %	7,8 %	20,0 %
Sonstige	41.994	147.633	180.746	17,5 % 1,4 %	6,3 % 0,3 %	5,2 % 0,4 %	1,5 %	3,5 %	2,9 %	1,7 %	2,3 %	2,7 %	30,5 %	56,78 %	58,8 %	48,8 %	31,2 %	30,4 %
Insgesamt	282.726	695.733	603.428	48,5 % 0,7 %	36,8 % 0,3 %	20,5 % 0,7 %	0,6 %	22,1 %	16,3 %	0,7 %	3,5 %	6,6 %	32,4 %	25,0 %	38,5 %	17,8 %	12,6 %	18,1 %

k. A.: keine Angabe zur Geschlechterverteilung verfügbar, da nicht unter den zehn stärksten Hauptstaatsangehörigkeiten im entsprechenden Jahr.

2.4.3 Quantitative Bedeutung des Zustroms von Geflüchteten für Bayern

Nachdem die quantitative Bedeutung des Zustroms von Geflüchteten bzw. Asylers- und -folgeantragsstellenden auf Bundesebene dargestellt wurde und die empirische Untersuchung des TEIL II in Bayern stattfand, soll im vorliegenden Abschnitt die besondere Bedeutung für das Bundesland Bayern herausgestellt werden.

Wie in Abschnitt 2.2.1 bereits erwähnt, beruhen die Aufnahmequoten, d. h. die Verteilung der Aufnahmen von Asylbegehrenden durch die einzelnen Länder, gemäß § 45 AsylG auf dem Königsteiner Schlüssel. Hierbei berücksichtigt der Verteilalgorithmus neben der Zuständigkeit der Herkunftsländer der einzelnen Länder ebenfalls die Soll/Ist-Abweichung von der Aufnahmeverpflichtung nach dem Königsteiner Schlüssel.

Abbildung 6 zeigt die Verteilung der Asylersanträge auf Ebene der Bundesländer für das Jahr 2016 und die Quote nach dem Königsteiner Schlüssel auf. Demnach werden 15,51873 % der Asylsuchenden im Jahr 2016 auf Bayern verteilt. Dies entspricht nach Nordrhein-Westfalen mit einem Anteil von über 21 % dem zweitgrößten Anteil bundesweit. In der Betrachtung der tatsächlichen Verteilung der Asylersanträge auf die Bundesländer zeigen sich einige Abweichungen von den Quoten nach dem Königsteiner Schlüssel.⁵³ So entfallen bspw. über 27 % der Erstanträge auf Nordrhein-Westfalen. Hingegen entfallen mit 11,35194 % weniger Asylersanträge auf Bayern als die Quote nach dem Königsteiner Schlüssel entspricht. So entfielen im Jahr 2016 insgesamt 82.003 Asylersanträge auf Bayern. Auf Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und Niedersachsen entfielen mehr Asylersanträge.⁵⁴

Bayern kommt somit im Bundeskontext eine bedeutende Rolle in der Aufnahme von Geflüchteten zu. Die damit verbundenen Herausforderungen – insbesondere vor dem Hintergrund einer adäquaten Gesundheitsversorgung – werden an späterer Stelle diskutiert.

⁵³ Die Abweichungen zwischen der tatsächlichen Verteilung der Asylersanträge und der Quote nach dem Königsteiner Schlüssel lässt sich darin begründen, dass „(...) nicht alle Asylbegehrende(n) nach diesem Schlüssel verteilt werden“ (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2017b, S. 16).

⁵⁴ Vgl. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2017b, S. 16.

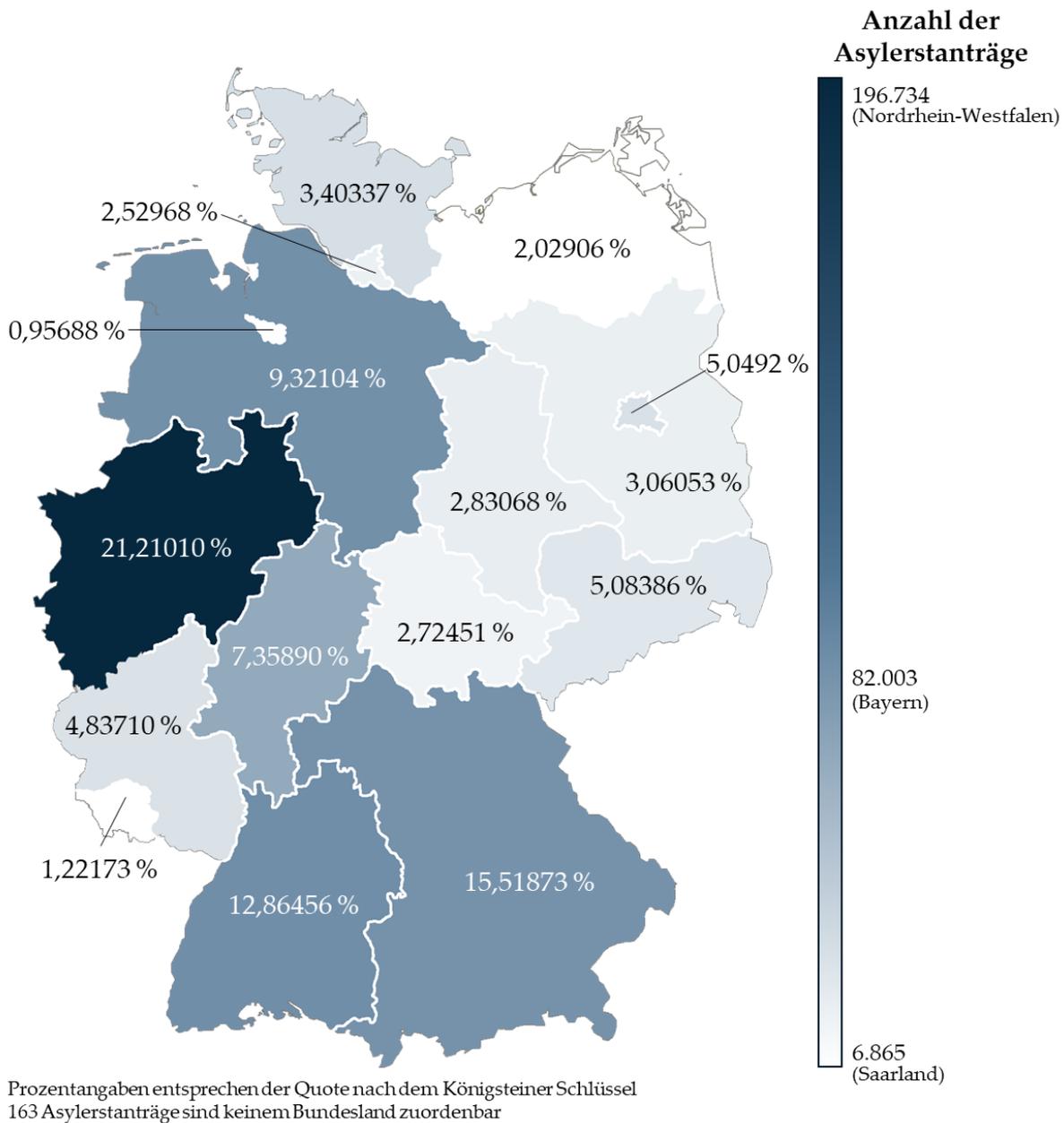


Abbildung 6: Verteilung der Asylanstragstellenden auf die Bundesländer im Jahr 2016

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2017b, S. 16–17.

Kartenmaterial: Pixabay (<https://pixabay.com/de/illustrations/deutschland-deutschlandkarte-1281059/>).

2.4.4 Mögliche Fluchtgründe

Nachdem die quantitative Bedeutung des Zustroms von Geflüchteten nach Deutschland und Bayern deskriptiv dargelegt wurde, soll der vorliegende Abschnitt einen Kurzüberblick über unterschiedliche Gründe für eine Flucht nach Deutschland aufzeigen. Hierbei wird aufgrund der in Abschnitt 2.4.2 beschriebenen quantitativen Bedeutung von geflüchteten Menschen aus Syrien – insbesondere in dem im Untersuchungszeitraum der folgenden empirischen Untersuchung in TEIL II – exemplarisch eingegangen. Es besteht nicht der Anspruch, Migrationstheorien

umfassend darzustellen. Vielmehr soll ein Eindruck im Hinblick auf die Studienpopulation der empirischen Untersuchung in TEIL II gegeben werden, welche Bedingungen zu einer Flucht in der Praxis führen.

Wenn über Fluchtgründe und -wege gesprochen wird, so gilt es ebenso die Begrifflichkeit „Flucht“ zu untersuchen. Kleist zeigt im Kontext der Flucht- und Flüchtlingsforschung auf, dass *„(...) der Begriff „Flucht“ gerade aufgrund seiner Unspezifik zur Bezeichnung einer Forschungsrichtung sinnvoll (wird), die sich einem Phänomen widmet, das sich einer Kategorisierung zu versperren scheint“*⁵⁵. Im Rahmen der IAB-BAMF-SOEP-Befragung⁵⁶ von Geflüchteten wurden die Fluchtursachen aus Sicht der Geflüchteten⁵⁷ untersucht. Abbildung 7 zeigt die Gründe für das Verlassen des Herkunftslandes von Studienteilnehmer:innen auf, die mindestens einen Grund nannten. Die häufigsten Nennungen entfielen im Zusammenhang mit *„(...) Krieg, anderen Formen der Gewalt und politischer Verfolgung“*⁵⁸. Angst vor gewaltsamen Konflikten/Krieg, gefolgt von Verfolgung wurden dabei am häufigsten genannt. Insbesondere wurde von befragten Syrer:innen überdurchschnittlich häufig Angst vor gewaltsamen Konflikten/Krieg genannt. Hingegen wurden von afghanischen, irakischen und iranischen Befragten überdurchschnittlich häufig Verfolgung als Grund für das Verlassen des Herkunftslandes genannt. Schlechte persönliche Lebensbedingungen, eine schlechte wirtschaftliche Situation im Herkunftsland sowie Diskriminierung stellten v. a. für Geflüchtete aus den Westbalkan-Staaten einen Grund für die Flucht dar.⁵⁹

⁵⁵ Kleist 2019, S. 12.

⁵⁶ Das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) führt die Befragung gemeinsam mit dem BAMF und dem Sozio-oekonomischen Panel (SOEP) durch.

⁵⁷ Zur Bestimmung der Grundgesamtheit wurden Daten des AZR zum Stand 30.06.2016 herangezogen. Aufgrund des längsschnittlichen Studiendesigns wurden überproportional viele Geflüchtete mit positivem Asylbescheid und einer günstigen Bleibeperspektive in die Studie inkludiert. Zudem wurden weibliche Geflüchtete und Menschen über 30 Jahre überproportional berücksichtigt, um eine hinreichende Fallzahl der in der Grundgesamtheit kleinen Gruppen generieren zu können (vgl. Brücker et al. 2016, S. 18–19).

⁵⁸ Brücker et al. 2016, S. 23.

⁵⁹ Vgl. Brücker et al. 2016, S. 23–24.

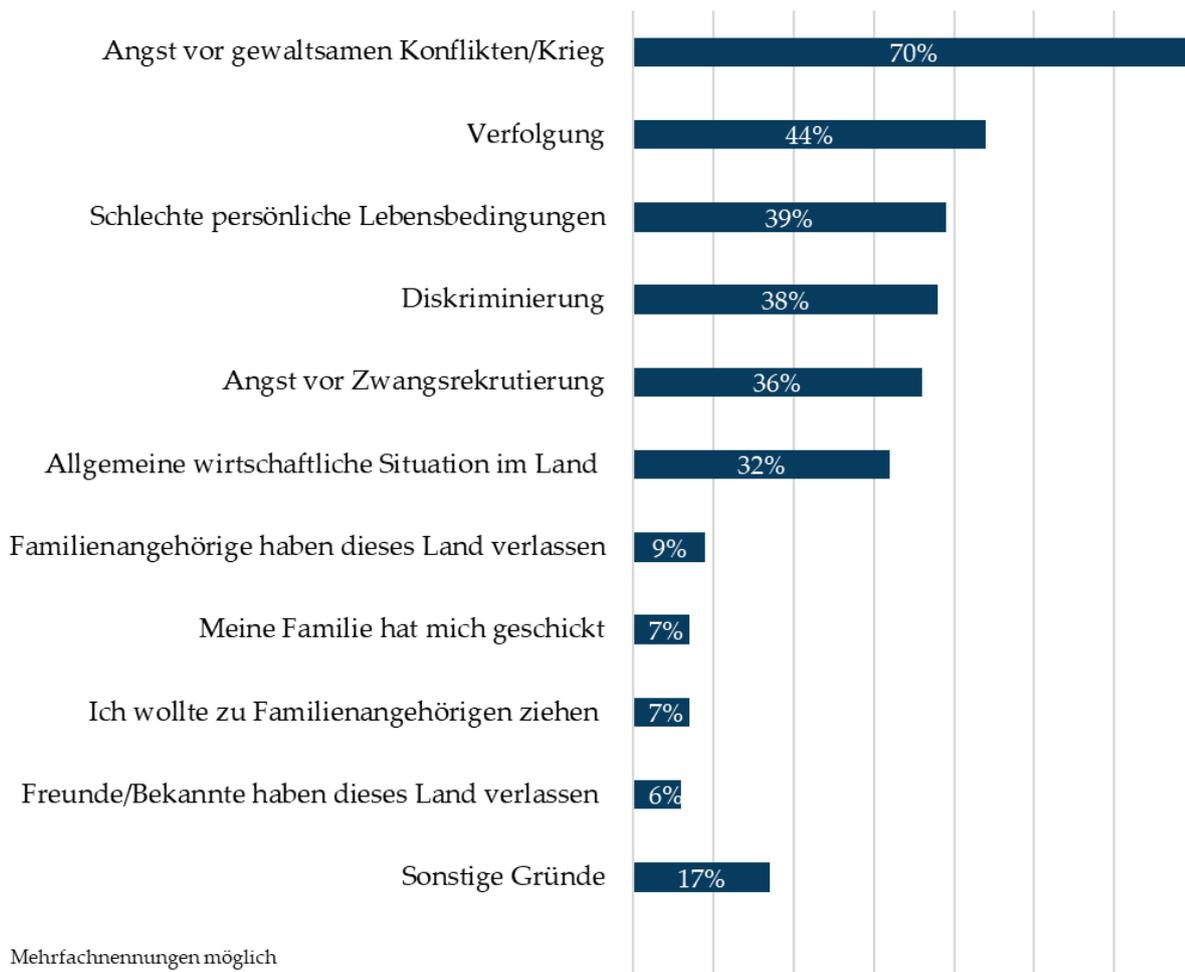


Abbildung 7: Gründe für das Verlassen des Herkunftslandes

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Brücker et al. 2016, S. 24.

Die Flucht kann auf unterschiedlichen Wegen erfolgen, die sich in Fluchtrouten zusammenfassen lassen. Diese können der Abbildung 8 entnommen werden. Während Menschen aus Afghanistan, dem Irak und Syrien v. a. über die (1) östliche Mittelmeerroute nach Deutschland kamen, nutzte der Großteil der Eritreer:innen die (2) zentrale Mittelmeerroute. Beide Fluchtrouten werden mit dem Boot oder Schiff zurückgelegt: (1) von der Türkei nach Griechenland oder (2) von Nordafrika nach Italien oder Malta.⁶⁰

⁶⁰ Vgl. Kristen und Nebelin 2024, S. 184–185.

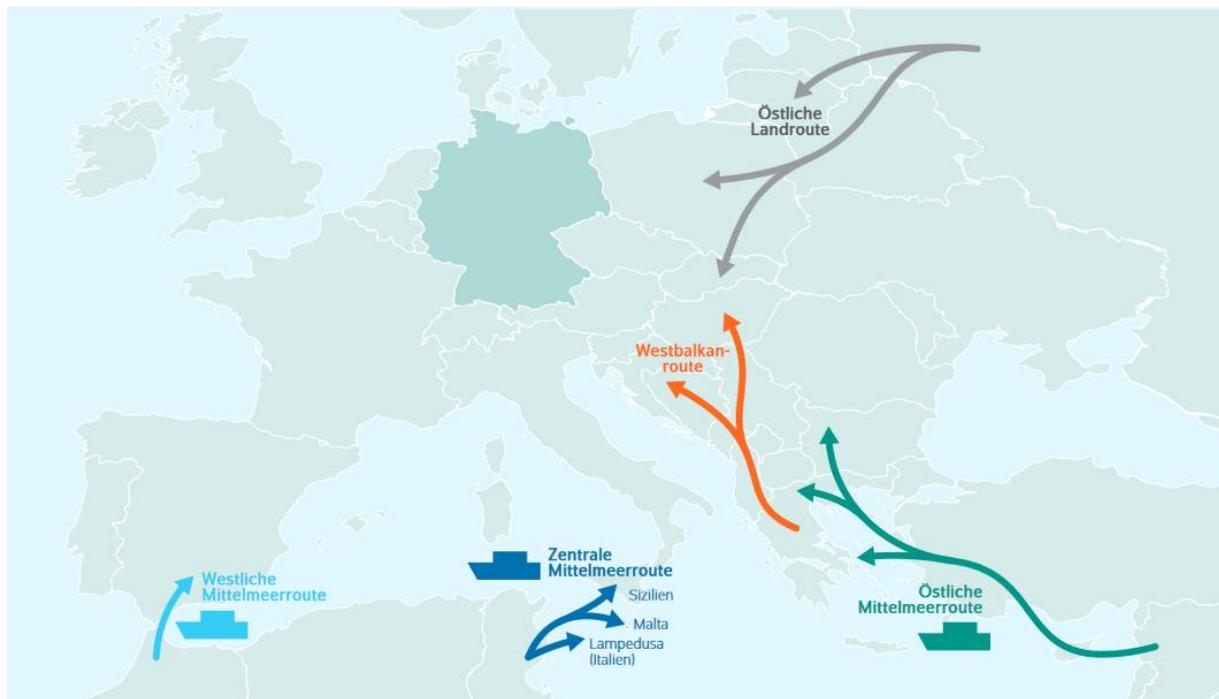


Abbildung 8: Fluchtrouten nach Deutschland

Quelle: Kristen und Nebelin 2024, S. 183.

Im Hinblick auf die Situation in Syrien konstatiert die UNHCR zum Stand des 14. März 2024, dass 5.034.875 Syrer:innen insgesamt und 6.850.000 Menschen innerhalb Syriens geflüchtet sind.⁶¹ Abbildung 9 verdeutlicht dies graphisch. Der Bedarf an humanitärer Hilfe in Syrien im Jahr 2024 ist aufgrund der dort vorherrschenden und langanhaltenden Konflikte groß. So gelten bspw. 12,9 Millionen Menschen als vom Hunger bedroht und 16,7 Millionen Menschen benötigen humanitäre Unterstützung.⁶² Die oben beschriebenen von den Geflüchteten geäußerten Fluchtgründe stützen diese Ergebnisse.

⁶¹ Vgl. UNHCR - The UN Refugee Agency 2024c; Statista 2024.

⁶² Vgl. UNHCR - The UN Refugee Agency 2024a.

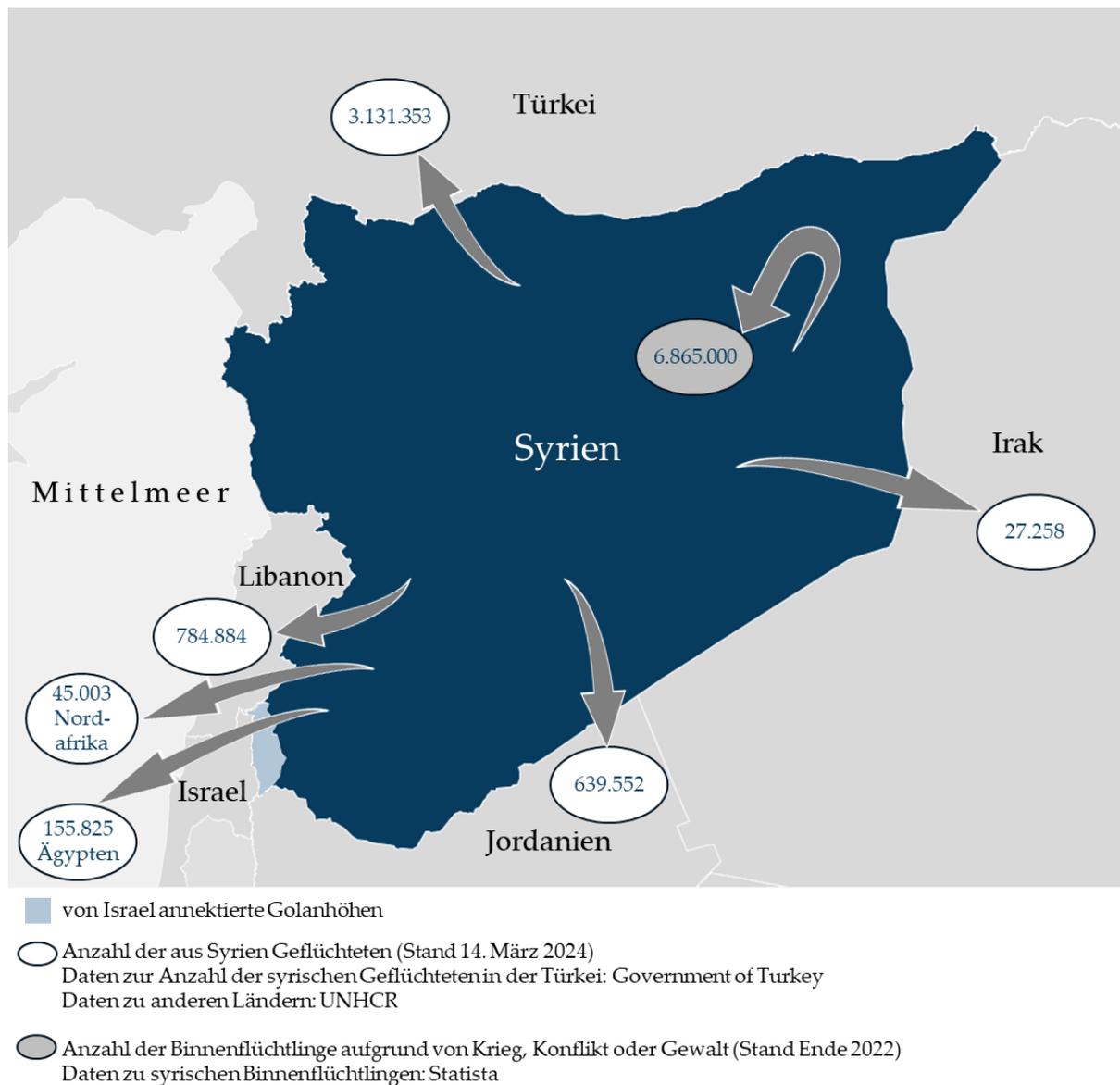


Abbildung 9: Anzahl der aus Syrien und innerhalb Syriens geflohenen Menschen

Quelle: Eigene Darstellung (Kartenmaterial: MS Excel).

Datenquelle: UNHCR - The UN Refugee Agency 2024c; Statista 2024.

Die Flucht geht auch mit gewissen Risiken einher. Dies bestätigen nicht nur die Selbstangaben von Geflüchteten, sondern es spiegelt sich zudem in den fluchtroutenspezifischen Zahlen der Todesfälle wider. 63,0 % der Todesopfer auf den Fluchtrouten sind der zentralen Mittelmeerroute zuzuordnen, während 17,5 % auf die westliche und 13,6 % auf die östliche Mittelmeerroute entfallen. Die wenigsten Todesopfer in Relation fordern die Westbalkanroute (5,2 %) und die östliche Landroute (0,7 %). Risiken auf der Flucht bestehen nicht nur in Hunger und Durst,⁶³ sondern beziehen sich auch auf andere Erfahrungen. Abbildung 10 zeigt die Erfahrungen mit

⁶³ Vgl. Kristen und Nebelin 2024, S. 185–186.

Fluchtrisiken auf, die von Geflüchteten im Rahmen der IAB-BAMF-SOEP-Befragung genannt wurden.⁶⁴

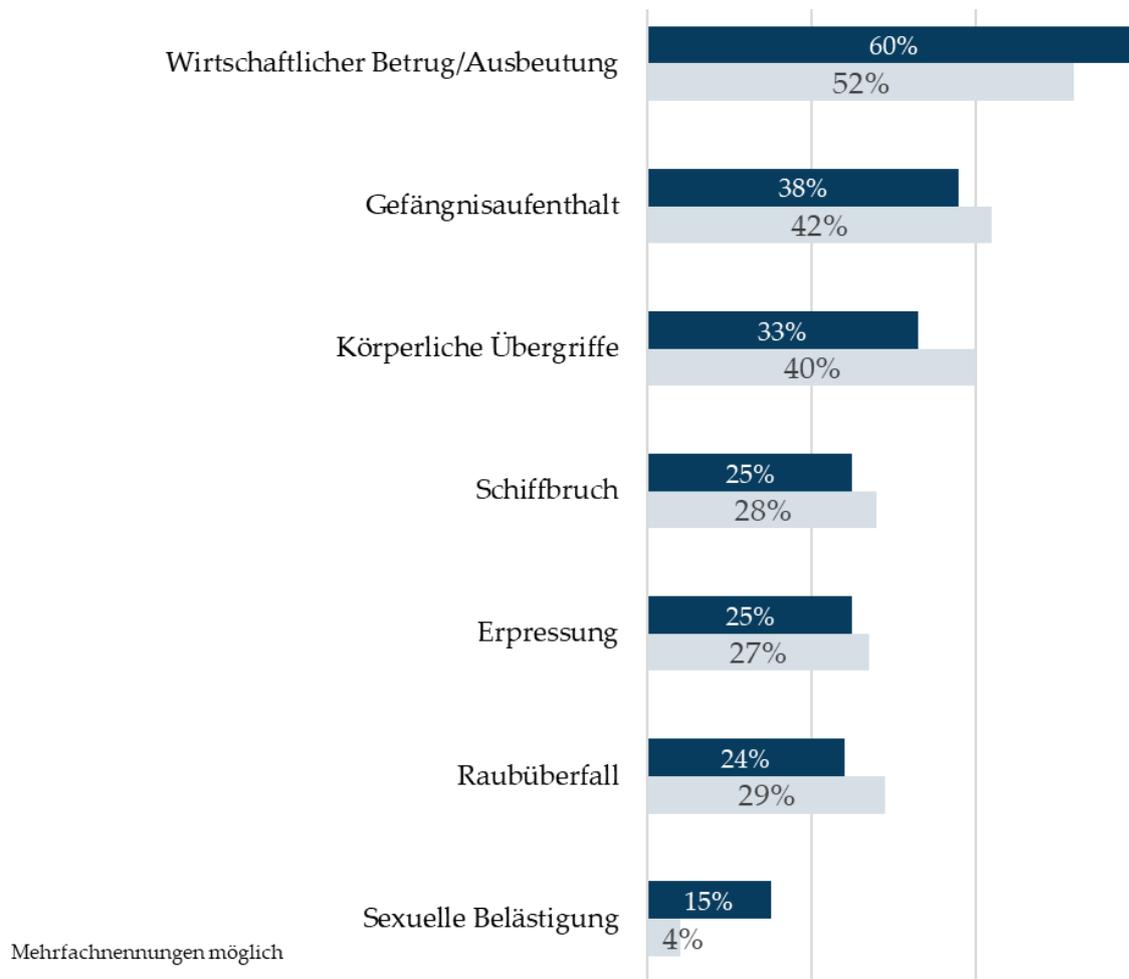


Abbildung 10: Erfahrungen mit Fluchtrisiken

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Brücker et al. 2016, S. 27.

Aufgrund der oben beschriebenen Fakten kann festgehalten werden, dass Geflüchtete besonderen Risiken, insbesondere im Rahmen ihrer Flucht, ausgesetzt sind.

3 Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten in Deutschland

3.1 Rechtlicher Anspruch auf Gesundheitsversorgung für Geflüchtete – Leistungsberechtigte und -umfang nach dem Asylbewerberleistungsgesetz

Der rechtliche Rahmen für den Anspruch auf Gesundheitsversorgung von Geflüchteten ergibt sich aus dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) und dem Sozialgesetzbuch (SGB). Gemäß

⁶⁴ Vgl. Brücker et al. 2016, S. 27.

§ 2 AsylbLG erhalten Geflüchtete (Gesundheits-)Leistungen in den ersten 36 Monaten ihres Aufenthaltes in Deutschland⁶⁵. Durch einen im November 2023 gefassten Beschluss sind sogenannte Analogleistungen nach dem Sozialgesetzbuch seit März 2024 erst nach 36 Monaten des Aufenthalts in Deutschland zu gewähren – bis Ende Februar 2024 erhielten Geflüchtete automatisch nach 18 Monaten ihres Aufenthaltes im Bundesgebiet Anspruch auf Analogleistungen. Hintergrund der entsprechenden Änderung ist die Reduzierung von Anreizen „(...) für die Sekundärmigration innerhalb Europas nach Deutschland“^{66,67} Zum Zeitpunkt der in TEIL II durchgeführten empirischen Untersuchung belief sich die Dauer von der Ankunft in Deutschland bis zum Anspruch auf Analogleistungen nach dem Sozialgesetzbuch auf 15 Monate. Die Gesetzesänderung erfolgte im Rahmen des Zweiten Gesetzes zur besseren Durchsetzung der Ausreisepflicht.⁶⁸

Weiterhin werden Analogleistungen gemäß § 23 Absatz 1 Satz 4 SGB XII gewährt, wenn Ausländer:innen über eine Niederlassungserlaubnis oder einen befristeten Aufenthaltstitel verfügen und sich zudem voraussichtlich dauerhaft im Bundesgebiet aufhalten.

Auf den Asylkompromiss im Jahre 1992 folgten massive Einschränkungen im Asylrecht, die insbesondere auch die Sozialleistungen betrafen.⁶⁹ In der Folge wurde das Asylbewerberleistungsgesetz im Jahr 1993 eingeführt. Das Asylbewerberleistungsgesetz regelt neben den Leistungsberechtigten auch die Art und den Umfang von Leistungen für Asylbewerber:innen.⁷⁰ Gemäß § 1 Absatz 1 AsylbLG erhalten sich im Bundesgebiet Deutschland aufhaltende Ausländer:innen Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, die

- „(...) 1. eine Aufenthaltsgestattung nach dem Asylgesetz besitzen,*
- 1a. ein Asylgesuch geäußert haben und nicht die in den Nummern 1, 2 bis 5 und 7 genannten Voraussetzungen erfüllen,*
- 2. über einen Flughafen einreisen wollen und denen die Einreise nicht oder noch nicht gestattet ist,*
- 3. eine Aufenthaltserlaubnis besitzen*

⁶⁵ Der Aufenthalt im Bundesgebiet darf nicht wesentlich unterbrochen werden und die Dauer des Aufenthalts dadurch rechtsmissbräuchlich selbst beeinflusst haben (vgl. § 2 Absatz 1 AsylbLG).

⁶⁶ Deutscher Bundestag 2024, S. 4.

⁶⁷ Vgl. Deutscher Bundestag 2024, S. 4. § 2 Absatz 1 AsylbLG.

⁶⁸ Vgl. Zweites Gesetz zur besseren Durchsetzung der Ausreisepflicht Artikel 5 Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes, Bundesgesetzblatt (BGBl.) Jahrgang 2019 Teil I Nr. 31, S. 1305.

⁶⁹ Asylbewerber:innen, geduldeten und ausreisepflichtigen Ausländer:innen wurden zuvor eingeschränkte Sozialhilfeleistungen gemäß § 120 Abs. 2 BSHG gewährt (vgl. Kommentar Rz. 1).

⁷⁰ Vgl. § 1 ff. AsylbLG.

- a) wegen des Krieges in ihrem Heimatland nach § 23 Absatz 1 des Aufenthaltsgesetzes,
- b) nach § 25 Absatz 4 Satz 1 des Aufenthaltsgesetzes oder
- c) nach § 25 Absatz 5 des Aufenthaltsgesetzes, sofern die Entscheidung über die Aussetzung ihrer Abschiebung noch nicht 18 Monate zurückliegt,
4. eine Duldung nach § 60a des Aufenthaltsgesetzes besitzen,
5. vollziehbar ausreisepflichtig sind, auch wenn eine Abschiebungsandrohung noch nicht oder nicht mehr vollziehbar ist,
6. Ehegatten, Lebenspartner oder minderjährige Kinder der in den Nummern 1 bis 5 genannten Personen sind, ohne daß sie selbst die dort genannten Voraussetzungen erfüllen,
7. einen Folgeantrag nach § 71 des Asylgesetzes oder einen Zweitantrag nach § 71a des Asylgesetzes stellen oder
8. a) eine Aufenthaltserlaubnis nach § 24 Absatz 1 des Aufenthaltsgesetzes besitzen, die ihnen nach dem 24. Februar 2022 und vor dem 1. Juni 2022 erteilt wurde, oder
b) eine entsprechende Fiktionsbescheinigung nach § 81 Absatz 5 in Verbindung mit Absatz 3 oder Absatz 4 des Aufenthaltsgesetzes besitzen, die nach dem 24. Februar 2022 und vor dem 1. Juni 2022 ausgestellt wurde, und bei denen weder eine erkennungsdienstliche Behandlung nach § 49 des Aufenthaltsgesetzes oder nach § 16 des Asylgesetzes durchgeführt worden ist, noch deren Daten nach § 3 Absatz 1 des AZR-Gesetzes gespeichert wurden; das Erfordernis einer erkennungsdienstlichen Behandlung gilt nicht, soweit eine erkennungsdienstliche Behandlung nach § 49 des Aufenthaltsgesetzes nicht vorgesehen ist.“⁷¹

Im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung für Geflüchtete sind insbesondere die §§ 4 und 6 AsylbLG von Relevanz. In § 4 AsylbLG werden Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt geregelt. Demnach werden den in § 1 AsylbLG genannten Personengruppen „(...) 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“⁷² zur Behandlung „(...) akuter Erkrankungen und Schmerzzustände“⁷³ gewährt. Eine Definition des Begriffs „Erkrankung“ erfolgt im Gesetz nicht weiter. Grundsätzlich wird unter Erkrankung „(...) ein regelwidriger

⁷¹ § 1 AsylbLG.

⁷² § 4 Absatz 1 Satz 1 AsylbLG.

⁷³ § 4 Absatz 1 Satz 1 AsylbLG.

*körperlicher oder geistiger Zustand (...), der aus medizinischen Gründen ärztlicher Behandlung bedarf*⁷⁴ verstanden. Dennoch kann sich ein Behandlungsbedarf auch aus chronischen Erkrankungen begründen. Im Gegensatz zu akuten Erkrankungen, die sich als *„(...) plötzlich auftretende, schnell und heftig verlaufende Erkrankung*⁷⁵ auszeichnen, charakterisieren sich chronische Erkrankungen durch eine langsame Entwicklung oder Verlauf. Die Abgrenzung ist dennoch nicht in jedem Fall eindeutig. So können bspw. aus chronischen Erkrankungen akute und damit behandlungsbedürftige Zustände resultieren.⁷⁶ So könnte bspw. eine Behandlung einer chronischen Erkrankung erfolgen, wenn diese zu *„(...) akuten, konkret behandlungsbedürftigen Krankheitsschüben führt*⁷⁷. Schmerzzustände sind im Gesetz ebenfalls nicht weiter definiert. Grundsätzlich wird unter einem Schmerzzustand ein *„(...) mit einer aktuellen oder potenziellen Gewebeschädigung verknüpften unangenehmen Sinnes- und Gefühlszustand*⁷⁸ verstanden.

Weiterhin stehen Schutzimpfungen (gemäß §§ 47, 52 Absatz 1 Satz 1 SGB XII) sowie medizinisch gebotene Vorsorgeuntersuchungen zur Verfügung. Hierbei beschränkt sich der Versorgungsumfang im Hinblick auf einen Zahnersatz auf solche Einzelfälle, die aus medizinischen Gründen unaufschiebbar sind.⁷⁹ Der Leistungsumfang für Schutzimpfungen umfasst den Leistungsrahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) (§ 2 Absatz 1 i. V. m. § 52 Absatz 1 Satz 1 SGB XII), der Umfang von Vorsorgeuntersuchungen kann aus den im SGB V getroffenen Regelungen entnommen werden. Hierunter fallen bspw. Krebsvorsorgeuntersuchungen gemäß § 25 Absatz 2 SGB V oder Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche gemäß § 26 SGB V.⁸⁰ Die im Gesetz vorgenommene Einschränkung des Leistungsumfangs im Hinblick auf den Zahnersatz bezieht sich auf die Unaufschiebbarkeit. Dies kann dann der Fall sein, *„(...) wenn schwere Erkrankungen des Zahnsystems vorliegen, Zähne fehlen und die Verdauung hierdurch beeinträchtigt wird*⁸¹, d. h. ein alleiniger zahnmedizinischer Grund reicht für den Anspruch auf Zahnersatz nicht aus. Stattdessen muss ein medizinischer Grund vorliegen. Auch die (voraussichtliche) Aufenthaltsdauer des Leistungsempfängers bzw.

⁷⁴ Jung, in: Jung, AsylbLG, § 4 Rz. 4.

⁷⁵ Jung, in: Jung, AsylbLG, § 4 Rz. 5.

⁷⁶ Vgl. Jung, in: Jung, AsylbLG, § 4 Rz. 5.

⁷⁷ Jung, in: Jung, AsylbLG, § 4 Rz. 13. Fettmarkierung im Original ebenfalls vorhanden.

⁷⁸ Jung, in: Jung, AsylbLG, § 4 Rz. 6.

⁷⁹ § 4 Absatz 1 Satz 2 AsylbLG.

⁸⁰ Vgl. Jung, in: Jung, AsylbLG, § 4 Rz. 22.

⁸¹ Jung, in: Jung, AsylbLG, § 4 Rz. 23.

der -empfängerin ist von Relevanz. Hierbei ist die durchschnittliche Wartezeit (gemäß § 27 Absatz 2 SGB V) zu berücksichtigen. Im Falle der Versorgung mit Zahnersatz wird eine Mindestversicherungsdauer von krankenversicherten Leistungsinanspruchnehmenden – unabhängig von Härtefallregelungen – von einem Jahr vorgesehen.⁸²

Weitere Leistungen erhalten werdende Mütter und Wöchnerinnen. Ihnen werden gemäß § 4 Absatz 2 AsylbLG „(...) ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel“⁸³ gewährt. Leistungen wie Haushaltshilfen, Mutterschaftsgeld oder Eingliederungshilfen für das neugeborene Kind sind nicht vorgesehen. Weiterhin sind Leistungen zur Empfängnisverhütung nicht vorgesehen.⁸⁴

Gemäß § 6 Absatz 1 AsylbLG können darüber hinaus sonstige Leistungen gewährt werden, sofern sie „(...) zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich“⁸⁵ sind. Haben Personen mit Aufenthaltserlaubnis gemäß § 24 Absatz 1 AufenthG⁸⁶ besondere Bedürfnisse – hierunter fallen bspw. das Erfahren von „(...) Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt“⁸⁷ – wird ebenfalls medizinische Unterstützung gewährt. Durch den Gesetzeswortlaut wird ein Ermessensspielraum eingeräumt. Im Hinblick auf die Sicherung der Gesundheit besteht insbesondere die Schwierigkeit eine klare Abgrenzung zu Leistungen, die nach § 4 AsylbLG gewährt werden, zu schaffen. Der in § 6 AsylbLG gewählte Begriff „Gesundheit“ inkludiert ebenfalls das psychische Wohlbefinden, sofern die dadurch resultierenden Beeinträchtigungen in ihrem Ausmaß mit solchen durch physische Gesundheitsstörungen vergleichbar sind.⁸⁸ Bspw. kann eine Psychotherapie für ein chronisches Leiden nach § 6 AsylbLG gewährt werden, sofern ein fachärztliches Attest bescheinigt, dass keine gleichwertigen, kostengünstigeren Behandlungsalternativen zur Verfügung stehen.⁸⁹

⁸² Vgl. Jung, in: Jung, AsylbLG, § 4 Rz. 23.

⁸³ § 4 Absatz 2 AsylbLG.

⁸⁴ Vgl. Jung, in: Jung, AsylbLG, § 4 Rz. 24 und 25.

⁸⁵ § 6 Absatz 1 Satz 1 AsylbLG.

⁸⁶ § 24 AufenthG bezieht sich auf die Aufenthaltsgewährung zum vorübergehenden Schutz. Laut § 24 Absatz 1 AufenthG wird einem Ausländer eine Aufenthaltserlaubnis erteilt, „(...) dem auf Grund eines Beschlusses des Rates der Europäischen Union gemäß der Richtlinie 2001/55/EG vorübergehender Schutz gewährt wird und der seine Bereitschaft erklärt hat, im Bundesgebiet aufgenommen zu werden“.

⁸⁷ § 6 Absatz 2 AsylbLG.

⁸⁸ Vgl. Jung, in: Jung, AsylbLG, § 6 Rz. 10.

⁸⁹ Vgl. Jung, in: Jung, AsylbLG, § 6 Rz. 15.

Unter „Sicherung der Gesundheit“ ist ebenfalls zu prüfen, ob die Versorgung von chronischen Erkrankungen, die nicht unter § 4 AsylbLG fallen, verstanden werden kann. Hierbei sind neben der bisherigen und voraussichtlich zukünftigen Aufenthaltsdauer des oder der Erkrankten das Ausmaß und die Intensität der Erkrankung, der Schweregrad sowie die mögliche Dauer der Behandlung zu berücksichtigen. Darüber hinaus sind die daraus resultierenden Gesundheitsfolgen im Falle einer Nicht-Behandlung sowie der Ausschluss von gleichwertigen, kostengünstigeren Versorgungsalternativen zu beachten.⁹⁰

Eine weitere im Gesetz verankerte Gesundheitsleistung umfasst die Gesundheitsuntersuchung nach § 62 AsylG. Diese umfasst „(...) eine ärztliche Untersuchung auf übertragbare Krankheiten einschließlich einer Röntgenaufnahme der Atmungsorgane“⁹¹ und ist für Ausländer:innen, die in einer Gemeinschaftsunterkunft oder Aufnahmeeinrichtung wohnen, verpflichtend. Der Umfang der Untersuchung sowie der bzw. die die Untersuchung durchführende Arzt bzw. Ärztin werden von der obersten Landesgesundheitsbehörde bzw. einer von ihr bestimmten Stelle vorgegeben. Die Untersuchungsergebnisse werden der Behörde gemeldet, die für die Unterbringung der Untersuchten zuständig ist. Im Fall eines Verdachts auf eine oder Vorliegen einer meldepflichtigen Infektionskrankheit oder einem Erreger nach den §§ 6 oder 7 Infektionsschutzgesetz (IfSG) sind die Untersuchungsergebnisse darüber hinaus dem Bundesamt zu melden.⁹²

Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass aufgrund des gesetzlichen Rahmens ein eingeschränkter Leistungsanspruch auf Gesundheitsversorgung für Geflüchtete besteht, solange sie Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz erhalten. Die nachstehende Abbildung fasst den Anspruch auf Gesundheitsleistungen zusammen.

⁹⁰ Vgl. Gregarek, in Jung, AsylbLG, § 10 Rz. 13.

⁹¹ § 62 Absatz 1 Satz 1 AsylG.

⁹² Vgl. § 62 AsylG.

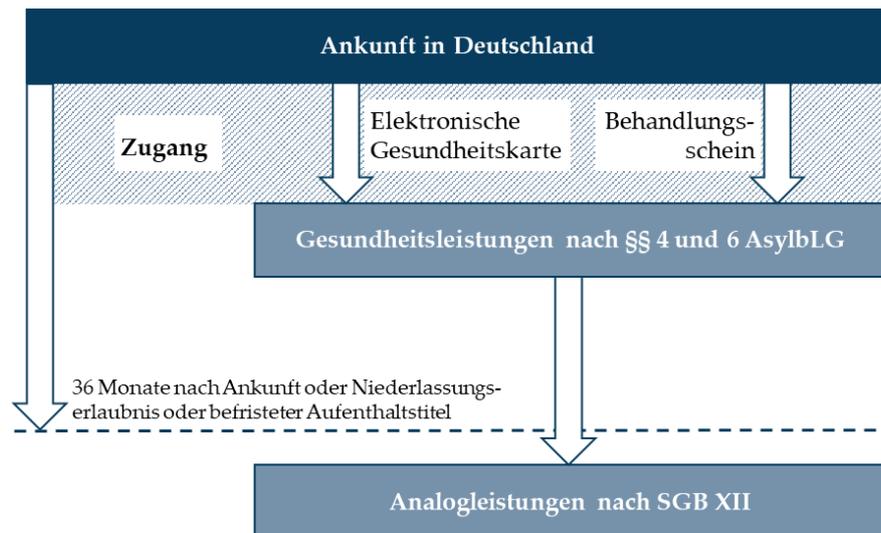


Abbildung 11: Rechtlicher Anspruch auf Gesundheitsleistungen für Geflüchtete

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Biddle 2024, S. 201.

3.2 Zugang zur Gesundheitsversorgung und Leistungsanspruchnahme

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung und damit die Umsetzung des Asylbewerberleistungsgesetzes – als Teil der Migrationspolitik Deutschlands – ist in Deutschland nicht einheitlich geregelt, sondern erfolgt über – in Abhängigkeit regionaler Regelungen – zwei unterschiedliche Modelle: (1) Neben der Möglichkeit, Zugang zum Versorgungssystem über die elektronische Gesundheitskarte zu erhalten, besteht (2) in einigen Ländern bzw. Kommunen Deutschlands die Notwendigkeit des Erhalts eines Behandlungsscheins durch die zuständige Sozialbehörde.⁹³ Während in Bremen, Hamburg, Schleswig-Holstein, Brandenburg, Berlin und Thüringen flächendeckend Zugang über die elektronische Gesundheitskarte gewährt wird, wurde dieser in Bayern, Baden-Württemberg, dem Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern politisch abgelehnt. In Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz entschieden sich einzelne Kommunen bzw. Kreise für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte.⁹⁴

Nach § 10 AsylbLG werden die zuständigen Behörden und Kostenträger von der Landesregierung bzw. den von der Landesregierung beauftragten Landesbehörden bestimmt. Ferner regelt § 10a AsylbLG im Allgemeinen und § 10a Absatz 2 AsylbLG im Spezifischen die örtliche Zuständigkeit. Demnach ist jene Behörde örtlich zuständig, in deren Bereich der

⁹³ Vgl. hierzu bspw. Führer 2023, S. 1085; Wenner et al. 2022, S. 2–3; Gottlieb und Schülle 2021, S. 116–117; Meyer et al. 2021, S. 1; Rolke et al. 2020, S. 962; Günther et al. 2019, S. 361.

⁹⁴ Vgl. Biddle 2024, S. 202.

gewöhnliche Aufenthalt⁹⁵ des Leistungsberechtigten im Zeitpunkt der Aufnahme oder in den zwei Monaten vor der Aufnahme zuletzt gehabt hat.⁹⁶ Im Hinblick auf die Kostenerstattung zwischen den Leistungsträgern greift § 10b AsylbLG. Infolgedessen werden der leistungserbringenden Behörde die Kosten von der örtlich zuständigen Behörde (gemäß § 10a Absatz 2 Satz1 AsylbLG) erstattet.

Der Behandlungsschein wird bei Bedarf von den zuständigen Sozialbehörden quartalsweise oder bedarfsweise – d. h. eine persönliche Vorstellung des Geflüchteten bei der Sozialbehörde vor jeder Inanspruchnahme einer Gesundheitsleistung zum Erhalt des Behandlungsscheins – ausgestellt. Im Notfall wird die Gesundheitsversorgung auch ohne Behandlungsschein gewährleistet.⁹⁷ Die Leistungsempfänger:innen haben freie Arztwahl innerhalb ihrer Kommune. Im Falle der quartalsweisen Ausstellung des Behandlungsscheins kann der oder die zuerst gewählte Leistungserbringer:in so oft wie notwendig aufgesucht werden. Hierbei ist die Vorlage des Behandlungsscheins lediglich bei der ersten Konsultation notwendig.⁹⁸

In Bayern⁹⁹ erfolgt der Zugang zur Gesundheitsversorgung über die Bereitstellung des Behandlungsscheins. Grundlage ist laut Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) die „Vereinbarung zum Zusammenwirken bei der Durchführung der ambulanten ärztlichen Versorgung von Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz mit dem Bayerischen Landkreistag und dem Bayerischen Städtetag“. ¹⁰⁰ Die Leistungserbringenden

⁹⁵ Als gewöhnlicher Aufenthalt gilt nach § 10a Absatz 3 Satz^o1 AsylbLG der Ort, „(...) an dem sich jemand unter Umständen aufhält, die erkennen lassen, daß er an diesem Ort oder in diesem Gebiet nicht nur vorübergehend verweilt.“ Darüber hinaus wird als gewöhnlicher Aufenthalt der Bereich der Wohnsitzauflage für einen bestimmten Bereich oder der Verteilung respektive die Zuweisung nach dem Asylgesetz oder Aufenthaltsgesetz gewertet. Wurde von § 45 Absatz 2 AsylG Gebrauch gemacht – d. h. es wurde eine Vereinbarung zwischen zwei Ländern getroffen, dass ein:e Asylbegehrende:r von einem anderen Land als seiner Aufnahmequote entsprechend aufgenommen wurde – gilt die für die Aufnahme zuständige Aufnahmeeinrichtung als Bereich des gewöhnlichen Aufenthaltes.

⁹⁶ Weiterhin ist der gewöhnliche Aufenthalt des oder der Leistungsberechtigten im Falle eines Übertritts von einer Einrichtung in eine andere bei Einsetzen der Leistung in § 10a Absatz 2 AsylbLG geregelt. Kann der gewöhnliche Aufenthalt nicht innerhalb von vier Wochen festgestellt werden oder handelt es sich um einen Einzelfall hat die nach § 10a Absatz 1 AsylbLG zuständige Behörde über die Leistung zu entscheiden.

⁹⁷ In Bayern ist im Nachgang an die Versorgung der Behandlungsschein über die ärztliche Anzeige einer Eilbehandlung beim zuständigen Kostenträger anzufordern (vgl. Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) o. J.b).

⁹⁸ Vgl. Gottlieb und Schülle 2021, S. 117.

⁹⁹ Diese Regelung gilt für alle 96 bayerischen Städte und Landkreise (vgl. Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) o. J.b).

¹⁰⁰ Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) o. J.b Die Vereinbarung ist nach Stand vom 04.06.2024 nach ausführlicher Recherche nicht online verfügbar.

rechnen die erbrachten Leistungen mit den Kostenträgern, anders als die GKV bei ihren Versicherten, also den kreisfreien Städten, Landkreisen und Bezirken Bayerns, ab.¹⁰¹

Tabelle 4 zeigt die Zuständigkeiten, erforderlichen Nachweise und Leistungen für Asylbewerber:innen in Abhängigkeit ihres Asylstatus noch einmal tabellarisch.

Tabelle 4: Übersicht über die medizinische Versorgung von Asylbewerber:innen in Bayern
Quelle: Aktualisierung von Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) 2020, S. 1–3.

	Zuständigkeit/ Kostenträger	Nachweis/Abrechnung	Leistungen
Erstaufnahme- einrichtung/ Erstscreening	Gesundheitsamt oder vertragliche Direktvereinbarung mit Leistungserbringern		
Asylbewerber:innen im Asylprozess (bis 36 Monate Aufenthaltsdauer)	Sozialhilfeträger	Behandlungsschein vom zuständigen Sozialhilfeträger Überweisungsschein Überweisungen durch Vorlegen des Überweisungsscheins und einer Kopie des Behandlungsscheins Behandlung im Notfall Eilanzeige der Notfallbehandlung beim zuständigen Sozialamt Krankenhausbehandlung Einweisung mit Zustimmung des Sozialhilfeträgers	Eingeschränkter Leistungsanspruch nach §§ 4 und 6 AsylbLG
Asylbewerber:innen im Asylprozess mit anerkanntem Asylstatus oder Aufenthaltsdauer von mindestens 36 Monaten	Gesetzliche Krankenkassen	Elektronische Gesundheitskarte Abrechnung gegenüber der Krankenkasse	GKV- Leistungsumfang

Durch das im Jahr 2015 beschlossene Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz wird es den Ländern vereinfacht, Geflüchteten, die sich noch keine 36 Monate – zum Zeitpunkt des Gesetzbeschlusses 15 Monate – in Deutschland aufhalten respektive über einen positiven Asylentscheid verfügen,

¹⁰¹ Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) o. J.a.

Zugang zum Gesundheitssystem über die elektronische Gesundheitskarte zu gewähren. Hierzu wurde in § 264 Absatz 1 SGB V, welcher die Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung regelt, ergänzt, dass eine elektronische Gesundheitskarte ausgegeben werden kann. Die Landesregierung bzw. die von ihr beauftragte Behörde hat die Möglichkeit, eine Rahmenvereinbarung auf Landesebene für die Übernahme der Krankenbehandlung von Geflüchteten zu fordern. In dem Fall sind die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen zum gemeinsamen Abschluss einer Rahmenvereinbarung nach § 264 Absatz 1 SGB V verpflichtet.

Erstmalig wurde die elektronische Gesundheitskarte für Geflüchtete im Rahmen des Bremer Gesundheitsprogramms für Asylsuchende, auch bekannt als „Bremer Modell“, eingeführt. Hintergrund der Einführung des Bremer Modells im Juni 1993 ist die Erkenntnis, dass Geflüchtete zum damaligen Untersuchungszeitpunkt nicht vorrangig an (übertragbaren) Infektionserkrankungen litten, sondern sich die Versorgungsbedarfe vielmehr auf psychische Belastungen – bspw. durch das Erfahren von Krieg, Folter oder anderen Gewalterfahrungen – bezogen. So war es die Absicht des Landes Bremen dort ankommenden Geflüchteten einen adäquaten Zugang zur Gesundheitsversorgung zu gewähren, der über die auf akute, (übertragbare) Infektionskrankheiten rechtlich ausgelegte Versorgung hinausgeht. Teil des Bremer Modells ist neben der Zurverfügungstellung der Gesundheitskarte, die begrenzten Zugang zur Regelversorgung (nach §§ 4 und 6 AsylbLG) gewährleistet, das Einführen eines Sprechstundenangebotes in den Gemeinschaftsunterkünften, das bereits seit Juni 1993 nach dem Prinzip „an Ort und Stelle“ für Geflüchtete zur Verfügung gestellt wird. Die nach § 62 AsylG verpflichtende ärztliche Untersuchung (sogenanntes „Erstscreening/-untersuchung“) auf übertragbare Krankheiten diente dabei als Ausgangspunkt für das Sprechstundenangebot, das auf die Erfassung des Gesundheitszustands, die Bereitstellung einer Basisversorgung vor Ort, das Erfüllen einer Gatekeeper-Funktion des Gesundheitssystems durch Überweisung an Fachpraxen sowie die wissenschaftliche Untersuchung von Ausstattung, Hygiene, Ernährung und die Alltagsgestaltung auf die ärztliche Konsultation abzielte. Die Gesundheitskarte wurde im Jahr 2005 für Geflüchtete eingeführt, für die die Freie Hansestadt Bremen/Bremerhaven eine Vereinbarung mit der AOK Bremen/Bremerhaven nach § 264 Absatz 1 SGB V abschloss. Die

Gesundheitskarte ermöglicht Zugang zur Regelversorgung ausgenommen der psychotherapeutischen Behandlung.¹⁰²

Die Fragen, die sich aus den differenten regionalen Regeln hinsichtlich des Zugangs zur Gesundheitsversorgung für Geflüchtete ergeben, beziehen sich zum einen auf mögliche Barrieren, die durch die Notwendigkeit des Behandlungsscheins entstehen. Zum anderen ist fraglich, ob der eingeschränkte Zugang tatsächlich zur Kostensenkung durch geringere Leistungsanspruchnahme führt. Auf beide Fragen wird im Folgenden kurz eingegangen.¹⁰³

Biddle et al. untersuchten in ihrer Studie¹⁰⁴ u. a. die Gesundheitsversorgung von Geflüchteten in Sammelunterkünften in Baden-Württemberg und kamen zu dem Ergebnis, dass 51,2 % bzw. 37,4 % der befragten geflüchteten Menschen primär- bzw. fachärztliche Versorgung in den letzten zwölf Monaten aufgesucht hätten. 30,5 % bzw. 30,9 % berichteten von ungedeckten Versorgungsbedarfen im Hinblick auf die allgemeinmedizinische bzw. fachärztliche Versorgung in den letzten zwölf Monaten. 44,7 % gaben an, in den letzten zwölf Monaten verschreibungspflichtige Medikamente in Anspruch genommen zu haben, während ein Anteil von 29,5 % die Notaufnahme besuchte. Vermeidbare Hospitalisierungen werden mit einem Anteil von 25,3 % angegeben.¹⁰⁵ Die Autor:innen schließen daraus, dass dies ein Hinweis für eine unzureichende Primärversorgung sein könnte.¹⁰⁶

Wenner et al. untersuchten die durch die oben beschriebenen unterschiedlichen Zugangswege zur Gesundheitsversorgung für Geflüchtete resultierenden Ungleichheiten. Sie stellen eine Benachteiligung von Geflüchteten, die für den Zugang zur Gesundheitsversorgung einen Behandlungsschein benötigen (Studienpopulation aus Erstaufnahme- respektive Gemeinschaftsunterkünften in Baden-Württemberg), gegenüber Geflüchteten, die Zugang über

¹⁰² Vgl. Mohammadzadeh et al. 2016, S. 561–563; Jung 2011b, S. 5–8, 2011a, S. 7, 21, 41.

¹⁰³ Vgl. hierzu bspw. Biddle 2024; Nowak und Hornberg 2023; Biddle et al. 2022a; Wenner et al. 2022; Aljadeeah et al. 2021; Boettcher et al. 2021; Kidane et al. 2021; Bozorgmehr und Razum 2020; Henry et al. 2020; Rolke et al. 2020; Müllerschön et al. 2019; Rolke et al. 2019; Wenner et al. 2019; Green 2017; Schneider et al. 2017; Spura et al. 2017; Bozorgmehr und Razum 2016; Razum et al. 2016c; Bozorgmehr und Razum 2015; Bozorgmehr et al. 2015; Schneider et al. 2015; Stich 2015.

¹⁰⁴ Die Studie „RESPOND“ (Improving regional health system responses to the challenge of forced migration) zielt auf die Erhebung valider Daten zum (1) Gesundheitszustand und (2) zur Gesundheitsversorgung von Geflüchteten ab. Im Rahmen eines bevölkerungsbezogenen Stichprobenverfahrens wurden u. a. 2018 (Studienlaufzeit 2016-2022) Daten in Sammelunterkünften in Baden-Württemberg erhoben. Für weitere Informationen zum Studiendesign, methodischen Vorgehen und zu den Ergebnissen des bevölkerungsbezogenen Surveys vgl. u. a. Bozorgmehr et al. 2024; Mohsenpour et al. 2023; Biddle et al. 2022a; Biddle et al. 2022b; Biddle et al. 2021; Wahedi et al. 2020; Biddle et al. 2019.

¹⁰⁵ Vgl. Biddle et al. 2021, S. 15–16.

¹⁰⁶ Vgl. Biddle et al. 2021, S. 20.

die elektronische Gesundheitskarte erhalten (Studienpopulation aus Erstaufnahme- bzw. Gemeinschaftsunterkünften aus Berlin), fest. So zeigen sich bspw. signifikante Unterschiede in der Inanspruchnahme von Facharztleistungen zwischen Geflüchteten mit Behandlungsschein und elektronischer Gesundheitskarte und Menschen mit regulärem Zugang zur Gesundheitsversorgung bei gleichem Versorgungsbedarf. Möglicherweise ist der Unterschied auf die mit dem Zugang über den Behandlungsschein verbundenen Barrieren zurückzuführen.¹⁰⁷ Als mögliche Barrieren identifizierten Nowak und Hornberg im Rahmen der FlüGe-Gesundheitsstudie¹⁰⁸ durch qualitative Befragungen u. a. Sprachbarrieren, wodurch Versorgungsbrüche resultieren können. Missverständnisse können bspw. aufgrund von fehlendem Sprachverständnis nicht verhindert oder richtiggestellt werden. Als weitere Barriere zeigte sich ein unzureichendes Wissen über die prozeduralen Abläufe im Versorgungssystem. Ein Teil der Befragten konstatierte, dass der Erhalt der elektronischen Gesundheitskarte zur Erleichterung im Hinblick auf den Zugang zur Versorgung beitrug. Weiterhin wurden Orientierungslosigkeit, Grenzerfahrungen wie Fehlbehandlungen oder Ablehnungserfahrungen als Zugangsbarrieren identifiziert.¹⁰⁹

Razum et al. konstatieren in ihrem Diskussionsbeitrag, dass der Zugang zur Gesundheitsversorgung für Geflüchtete in dreifacher Hinsicht vom Zufall abhängt: (1) durch die Zuweisung zum Bundesland (vgl. hierzu auch Abschnitt 2.2.1), (2) bei der Zuweisung zur Kommune und (3) vom „(...) Engagement und der juristischen Sachkenntnis der behandelnden ÄrztInnen“¹¹⁰. Im Hinblick auf den Erhalt des Behandlungsscheins im Falle einer Behandlungsabsicht des oder der Geflüchteten entscheiden Mitarbeiter:innen des Sozialamtes (kein medizinisches Personal) darüber, ob eine akute Erkrankung respektive ein Schmerzzustand im Sinne des Asylbewerberleistungsgesetzes vorliegt. Die Kenntnis der Ärzt:innen entscheidet letztlich im Falle einer Konsultation über die Behandlung der Patient:innen. Insbesondere im

¹⁰⁷ Vgl. Wenner et al. 2022, S. 3–7.

¹⁰⁸ Die FlüGe-Gesundheitsstudie („Herausforderungen und Chancen globaler Flüchtlingsmigration für die Gesundheitsversorgung in Deutschland“) untersucht neben dem Gesundheitszustand von Geflüchteten, Risikofaktoren, Barrieren der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, die Entwicklung zielgruppenspezifischer Interventionen sowie die ökonomischen Auswirkungen der Migration auf das Finanzsystem der GKV. Für weitere aus dem Forschungsprojekt resultierende Publikationen, welchen Studiendesign, methodisches Vorgehen und wissenschaftliche Ergebnisse entnommen werden können, Krämer und Fischer 2019; Bozorgmehr et al. 2018b; Bozorgmehr et al. 2017b; Bozorgmehr et al. 2017c; Frank et al. 2017; Bozorgmehr et al. 2016a; Bozorgmehr et al. 2016b; Bozorgmehr und Razum 2016; Marquardt et al. 2016; Razum et al. 2016b.

¹⁰⁹ Vgl. Nowak und Hornberg 2023, S. 1117–1120.

¹¹⁰ Razum et al. 2016c, S. 711.

Hinblick auf die Übernahme der durch die Behandlung entstehenden Kosten können Unsicherheiten bestehen.¹¹¹

Eine weitere empirische Untersuchung zum Zugang zur Gesundheitsversorgung führten Rolke et al. in drei nordrhein-westfälischen Kommunen, davon zwei Kommunen mit Behandlungsschein und eine mit elektronischer Gesundheitskarte, durch. Ziel der Studie war es, den Zugang zur Gesundheitsversorgung aus Sicht der Geflüchteten darzustellen und die Rolle der Zugangsmodelle (Behandlungsschein vs. elektronischer Gesundheitskarte) herauszustellen. Als Ergebnis der Interviewstudie ergeben sich fünf Dimensionen des Zugangs: (1) Zugänglichkeit und Möglichkeit wahrzunehmen, (2) Akzeptanz und Möglichkeit aufzusuchen, (3) Verfügbarkeit/Organisation und Möglichkeit zu erreichen, (4) Bezahlbarkeit und Möglichkeit Kosten zu tragen und (5) Angemessenheit und Möglichkeit zur Beteiligung. Im Hinblick auf (1) die Zugänglichkeit wird herausgestellt, dass Patient:innen mit Zugang durch die elektronische Gesundheitskarte schneller in die Nutzung des Gesundheitssystems einfinden, insbesondere auch bei Übergang in die Regelversorgung der GKV. Hingegen äußern Geflüchtete aus den Kommunen mit Behandlungsschein, dass Informationen über die Versorgung bei Übertritt in die Regelversorgung fehlten. Die (2) Akzeptanz und Möglichkeit aufzusuchen gestaltet sich insbesondere durch sprachliche Herausforderungen und die fehlende Bereitstellung von Dolmetscher:innen. Häufig fungierten Familienmitglieder oder andere in der Praxis anwesende Patient:innen als Sprachmittler:innen. Unter (3) Verfügbarkeit/Organisation und Möglichkeit zu erreichen wird zum einen die Problematik gefasst, dass Behandlungsbedarfe teilweise nicht als solche von dem Sozialamt erkannt und Behandlungsscheine entsprechend nicht ausgestellt werden. Zum anderen wird über hohen Behandlungsbedarf v. a. nach Ankunft in den ersten Monaten berichtet, während der rechtliche Anspruch im Hinblick auf den Umfang an Gesundheitsleistungen in dieser Zeit gering sei. Zudem sei die Gesundheitsversorgung durch die vorherige Anfrage beim Sozialamt mit zusätzlichen Wartezeiten verbunden. Die (4) Bezahlbarkeit und Möglichkeit Kosten zu tragen bezieht sich auf potentielle Zuzahlungen zu Gesundheitsleistungen. Diesbezüglich wurde von fehlenden Informationen über die Befreiung von Zuzahlungen sowie der Eigenfinanzierung von Medikamenten in beiden Zugangsmodellen berichtet. Die (5) Angemessenheit und Möglichkeit zur Beteiligung umfassen die Zufriedenheit und das Vertrauen in die Behandlung. Die Qualität der Gesundheitsversorgung wird von den

¹¹¹ Vgl. Razum et al. 2016c, S. 711–713.

Geflüchteten als gut wahrgenommen.¹¹² Die Wahrnehmung des Zugangs zur Versorgung aus Perspektive von Asylsuchenden untersuchten auch Spura et al.. Mittels qualitativer Leitfadeninterviews konnten die Autor:innen feststellen, dass der Zugang zur Versorgung über den Behandlungsschein mit Hürden verbunden sei. Hierunter fallen bspw. der Erhalt des Behandlungsscheins und damit verbundene praktische Herausforderungen (z. B. Verstehen und Nutzen von Fahr- und Stadtplänen) wie auch Verständigungsprobleme durch fehlende Mindeststandards im Hinblick auf Fremdsprachenkenntnisse (Englisch) der Mitarbeitenden der Sozialbehörden. Dies erschwert die Beurteilung des Versorgungsanspruchs.¹¹³

Biddle führte eine Untersuchung zu den Wartezeiten auf reguläre Gesundheitsversorgung durch. Als Datengrundlage diente die IAB-BAMF-SOEP Befragung des Sozioökonomischen Panels. Geflüchtete warteten 2021 im Durchschnitt 376 Tage, bis sie regulären Anspruch auf Gesundheitsversorgung erhielten, 24 % von ihnen erhielten Zugang zur Gesundheitsversorgung über die elektronische Gesundheitskarte. 64 % der Befragten erhielten regulären Anspruch aufgrund des Geltungszeitraums, 36 % hingegen erhielten einen positiven Asylbescheid. Frauen (17 Tage länger als Männer) und Geflüchtete mit niedriger Bildung (24 Tage länger als mit mittlerer Bildung) mussten signifikant länger auf regulären Anspruch auf Gesundheitsversorgung warten. Aufgrund der Verlängerung des Geltungszeitraums von 18 auf 36 Monate (vgl. hierzu Abschnitt 3.1) nach dem Asylbewerberleistungsgesetz ist mit einem Anstieg der Wartezeit auf reguläre Gesundheitsversorgung zu rechnen.¹¹⁴

Claassen und Jäger untersuchten in ihrer Studie¹¹⁵ die Auswirkungen der unterschiedlichen Zugangswege (Behandlungsschein vs. elektronische Gesundheitskarte) auf die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung (gemessen an der Konsultationsrate ambulanter Leistungserbringer:innen). Patient:innen mit Zugang über die elektronische Gesundheitskarte konsultierten ambulante Leistungserbringer im Durchschnitt signifikant häufiger als Patient:innen mit Behandlungsschein (Häufigkeit der Konsultationen: 0,49 vs. 0,21). Im Fall eines Übergangs von Behandlungsschein zu elektronischer Gesundheitskarte konnte ein signifikanter individueller Anstieg an Konsultationen festgestellt werden. Auch unter Kontrolle weiterer

¹¹² Vgl. Rolke et al. 2020, S. 961–964.

¹¹³ Vgl. Spura et al. 2017, S. 464–468.

¹¹⁴ Vgl. Biddle 2024, S. 203–204.

¹¹⁵ In der Studie wurden Geflüchtete in Bochum (Zugang über die elektronische Gesundheitskarte), Datteln und Herne in Nordrhein-Westfalen im Oktober 2016 und Oktober 2017 befragt.

Variablen (Vorliegen chronischer Krankheiten, Gemeinde, Aufenthaltsdauer in Deutschland, Deutschkenntnisse, Alter, Geschlecht, Bildungsstand, derzeitige Medikamenteneinnahme, Zeitpunkt der Befragung, Herkunftsland und Krankenhausbesuche oder Konsultationen ehrenamtlich tätiger Ärzt:innen) konnte eine höhere Konsultationsrate ambulanter Leistungserbringer:innen bei Vorliegen einer elektronischen Gesundheitskarte im Vergleich zum Zugang über den Behandlungsschein belegt werden.¹¹⁶ Ein weiterer Vergleich zwischen Geflüchteten, die Zugang über die Gesundheitskarte zur Gesundheitsversorgung erhielten, mit der allgemeinen deutschen Wohnbevölkerung¹¹⁷ zeigte, dass Geflüchtete Gesundheitsleistungen, gemessen an der Konsultationsrate ambulanter Leistungserbringer:innen, signifikant weniger in Anspruch nahmen als die deutsche Wohnbevölkerung. Hinweise für eine übermäßige Inanspruchnahme von Leistungen durch Gewährleisten des Zugangs über die Gesundheitskarte konnten nicht festgestellt werden.¹¹⁸

Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass unterschiedliche Zugangswege zur Gesundheitsversorgung mit unterschiedlichen Barrieren verbunden sind. Befürchtungen einer übermäßigen Inanspruchnahme von Leistungen und der dadurch resultierenden hohen Kosten konnten empirisch nicht belegt werden.

3.3 Gesundheit und verfügbare Gesundheitsdaten von Geflüchteten in Deutschland

Im vorliegenden Abschnitt wird ein kurzer Überblick über – v. a. zum Zeitpunkt der in TEIL II erfolgten empirischen Untersuchung – die verfügbaren Daten zum Gesundheitszustand von Geflüchteten in Deutschland, im Spezifischen in Bayern, gegeben. In einem zweiten Abschnitt wird auf zentrale Erkenntnisse zum Gesundheitszustand von Geflüchteten eingegangen. Eine ausführliche Listung von Studien(-ergebnissen), die nach der Studienkonzeption und -durchführung publiziert wurden, können TEIL III entnommen werden.

¹¹⁶ Vgl. Claassen und Jäger 2018, S. 1–7.

¹¹⁷ Als Vergleichsdaten wurden Daten der (Querschnitt-)Studie zur Gesundheit in Deutschland (DEGS1), die vom Robert Koch-Institut durchgeführt wurde, herangezogen (vgl. Jäger et al. 2019, S. 5).

¹¹⁸ Vgl. Jäger et al. 2019, S. 1–8.

3.3.1 Notwendigkeit und Verfügbarkeit von Gesundheitsdaten von Geflüchteten

Gesundheitsdaten dienen grundsätzlich der epidemiologischen Forschung. Durch das Robert Koch-Institut werden Gesundheitsdaten erhoben, um neben Erkenntnissen über das Krankheitsgeschehen in Deutschland ebenfalls Informationen zum Gesundheits- und Risikoverhalten der Bevölkerung zu generieren.¹¹⁹ In Deutschland werden zentrale Gesundheitsinformationen über die Bevölkerung in Form der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) als Element von Public Health zur Verfügung gestellt. Hierzu fließen unterschiedliche Datenquellen in die GBE, wie bspw. Daten des Gesundheitsmonitorings¹²⁰, ein. Weiterhin werden Daten zu Infektionskrankheiten (bspw. Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz), Registerdaten (Krebsregister), Routinedaten (bspw. Abrechnungs- oder Versorgungsdaten der GKV oder der Deutsche Rentenversicherung Bund), amtliche Statistiken (bspw. der Mikrozensus oder die Krankenhausstatistik) und weitere epidemiologische Studien (wie bspw. epidemiologische Suchtsurveys) berücksichtigt. Anhand der wissenschaftlichen Erkenntnisse können dann aktuelle Problemfelder und Handlungsbedarfe identifiziert und eine Grundlage für eine „evidenzbasierte Gesundheitsplanung“¹²¹ geschaffen werden. Ziel ist es, anhand von passgenauen Strategien und Konzepten, die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern.¹²² Die Größe und stetige Weiterentwicklung der GBE verdeutlicht die Relevanz von validen Gesundheitsdaten.

Die GBE thematisierte Gesundheit und Migration erstmals 2008 im Rahmen des Schwerpunktberichts der GBE. In diesem wird insbesondere der Frage Rechnung getragen, welchen besonderen Gesundheitsbelastungen Menschen mit Migrationshintergrund ausgesetzt sind und inwiefern sich die Gesundheit dieser spezifischen Bevölkerungsgruppe von Menschen ohne Migrationshintergrund unterscheidet.¹²³ Trotz der Weiterentwicklung im Hinblick auf die Erfassung von Gesundheitsdaten von Migrant:innen, zeigen sich nach wie vor Lücken in der

¹¹⁹ Vgl. Robert Koch-Institut 2024b.

¹²⁰ Studien zum Gesundheitsmonitoring umfassen bspw. die „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS) oder „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) für Erwachsene und „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS) für Kinder und Jugendliche (vgl. Ziese et al. 2020, S. 1059). Entsprechende Studien wurden auch bei der eigenen Studienkonzeption in TEIL II berücksichtigt (vgl. hierzu insbesondere Abschnitt 6.1).

¹²¹ Ziese et al. 2020, S. 1058.

¹²² Vgl. Ziese et al. 2020, S. 1057–1061.

¹²³ Vgl. Razum et al. 2008.

systematischen Erfassung von Gesundheitsdaten, die repräsentativ für geflüchtete Menschen sind. Bozorgmehr und Hövener führen hierfür unterschiedliche Gründe auf: Zum einen sind Geflüchtete während ihres Asylverfahrens nicht in Einwohnermelderegistern erfasst, sodass diese im Rahmen von herkömmlichen Stichprobenverfahren nicht berücksichtigt werden. Zum anderen bedarf es spezifischen Adaptionen von Erhebungsinstrumenten aufgrund der Diversität der spezifischen Population. So besteht eine Heterogenität bspw. hinsichtlich der Herkunftsländer, Sprachen, Hintergründe der Flucht und Bleibeperspektiven.¹²⁴

Neben aus Surveys stammenden Gesundheitsdaten, können Gesundheitsinformationen auch aus Routinedaten gewonnen werden. Die gemäß § 62 AsylG verpflichtende, sogenannte Erstuntersuchung beinhaltet neben einer Untersuchung auf übertragbare Krankheiten ebenfalls eine Röntgenaufnahme der Atmungsorgane. Hierbei hat die oberste Landesgesundheitsbehörde darüber zu entscheiden, welche Untersuchungen konkret durchgeführt werden sollen.¹²⁵ Auch entsprechend § 36 Absatz 4 IfSG sind Asylbewerber:innen aus Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung, vollziehbar Ausreisepflichtige, Flüchtlinge und Spätaussiedler¹²⁶ dazu verpflichtet, ein ärztliches Zeugnis vorzulegen, woraus sich die Bestätigung ergibt, dass keine Anhaltspunkte für eine ansteckungsfähige Lungentuberkulose vorliegen. In Bayern erfolgt der Vollzug der Gesundheitsuntersuchung über die untere Behörde für Gesundheit, Veterinärwesen, Ernährung und Verbraucherschutz (Gesundheitsamt). Dabei ist jenes Gesundheitsamt für die Durchführung zuständig, in dessen Bezirk die Aufnahmeeinrichtung liegt.¹²⁷ Die seit 2017 gültige Vorschrift besagt in Punkt 1.4, dass die im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung erhobenen Daten von der Behörde unverzüglich an die Registerbehörde des AZR zu übermitteln sind. Die Gesundheitsuntersuchung umfasst, neben einer körperlichen Untersuchung auf übertragbare Krankheiten, den Ausschluss einer Tuberkulose sowie eine serologische Untersuchung zum Ausschluss von Humanem Immundefizienz-Virus (HIV I und II), Hepatitis B¹²⁸. Darüber hinaus können anlassbezogene

¹²⁴ Vgl. Bozorgmehr und Hövener 2021, S. 3.

¹²⁵ Vgl. § 62 Absatz 1 Satz 2 AsylG.

¹²⁶ Von der Verpflichtung, eine Röntgenaufnahme zum Ausschluss einer ansteckungsfähigen Tuberkulose zu dulden, sind Schwangere ausgeschlossen. Die Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses, dass nach sonstigen Befunden keine ansteckungsfähige Tuberkulose zu befürchten ist, ist gemäß § 36 Absatz 4 IfSG für Schwangere notwendig.

¹²⁷ Vgl. Gesundheitsuntersuchungsverwaltungsvorschrift (GesUVV) vom 15. Februar 2017 (AIIMBI. S. 218).

¹²⁸ Die serologische Untersuchung wird bei Personen, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, durchgeführt (vgl. Gesundheitsuntersuchungsverwaltungsvorschrift (GesUVV) vom 15. Februar 2017 (AIIMBI. S. 218), Punkt 2.3).

Stuhluntersuchungen durchgeführt werden. Hierbei wird auf Erreger der TPE-Ruhr-Gruppe (Typhus, Paratyphus, Enteritis) und Darmparasiten bei Asylbewerber:innen, die aus einem Herkunftsland mit hoher Prävalenz stammen¹²⁹, abgestellt.¹³⁰ Die Daten werden nicht automatisch behandelnden Ärzt:innen zur Verfügung gestellt – hierzu bedarf es der Einwilligung der Asylbewerber:innen, dass die Daten von den Ärzt:innen bei dem zuständigen Gesundheitsamt angefragt werden dürfen.¹³¹ Nachstehend erfolgt ein tabellarischer Überblick über die im Rahmen der Registrierung von Geflüchteten erhobenen Gesundheitsdaten zum Stand 2021.

Tabelle 5: Im Rahmen der Registrierung von Geflüchteten erhobene Gesundheitsdaten

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Grote 2021, S. 34–35.

	Zuständigkeit Datenerhebung	Erhebungsart der Daten	Speicherformat der Daten	Bezeichnung der Datenbanken
Angaben zum Gesundheitszustand	Ärztlicher Dienst	- Mündlich (Interview, persönlich) - Dokumentenanalyse (z. B. Atteste)	- Elektronische Akte - Datenbanken	- IT-System des ärztlichen Dienstes - IT-System des Gesundheitsamtes - System der Aufnahmeeinrichtung - Meldepflichtige Krankheit oder Infektion: BAMF
- Nachweis über die Gesundheitsprüfung - Durchführung von Impfungen - Durchführung der Untersuchung auf eine ansteckungsfähige Lungentuberkulose	Ärztlicher Dienst	- Mündlich (Interview, persönlich) - Dokumentenanalyse (z. B. Atteste)	- Elektronische Akte - Datenbanken	- AZR - IT-System des ärztlichen Dienstes - IT-System des Gesundheitsamtes - System der Aufnahmeeinrichtung

Weitere Routinedaten könnten auch nach Übertritt in die GKV (vgl. hierzu § 264 SGB V sowie Abschnitt 3.2) und damit in die Regelversorgung aus Abrechnungsdaten generiert werden. Hierbei besteht die Problematik, dass aus diesen Daten keine Rückschlüsse auf die Zielpopulation geschlossen werden können, da diese nicht zuordenbar sind.¹³²

¹²⁹ Das Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) ist für die Festlegung der Herkunftsländer mit hoher Prävalenz aufgrund epidemiologischer Erkenntnisse verantwortlich (vgl. Gesundheitsuntersuchungsverwaltungsvorschrift (GesUVV) vom 15. Februar 2017 (AIIMBI. S. 218), Punkt 2.4 a)).

¹³⁰ Vgl. Gesundheitsuntersuchungsverwaltungsvorschrift (GesUVV) vom 15. Februar 2017 (AIIMBI. S. 218), Punkt 2.4.

¹³¹ Vgl. Gesundheitsuntersuchungsverwaltungsvorschrift (GesUVV) vom 15. Februar 2017 (AIIMBI. S. 218), Punkt 8.

¹³² Vgl. Razum et al. 2016a, S. A132.

Zusammenfassend lässt sich sowohl ein Mangel an Gesundheitsdaten von Geflüchteten als auch eine unzureichende Qualität der verfügbaren Daten – selbst zum aktuellen Zeitpunkt – feststellen. Zwar wird in Deutschland über entsprechende Konzepte und das Wissen über innovative Technologien zur systematischen Datenerhebung verfügt, dennoch scheint die Implementierung durch unterschiedliche politische Gegebenheiten auf Länderebene herausfordernd.¹³³

3.3.2 Gesundheitszustand von Geflüchteten

In der wissenschaftlichen Erforschung der Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland kann in den vergangenen Jahren eine Zunahme an Studien beobachtet werden (vgl. hierzu insbesondere die Studienlistung in TEIL III). Im vorliegenden Abschnitt wird sich insbesondere auf zentrale Forschungsbestrebungen mit ähnlicher Zielsetzung der vorliegenden Arbeit fokussiert und die Ausgangslage zum Wissensstand, auf dem die Studienkonzeption in TEIL III basiert, dargelegt. Hierzu wurde auf Grundlage der von Bozorgmehr et al. erarbeiteten systematischen Übersichtsarbeit und „Mapping“ empirischer Studien des Gesundheitszustands und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland eine ergänzende Literaturrecherche mit ähnlichem Ansatz durchgeführt. Insgesamt wurden n = 52 Studien von 1990 bis 2014 in den Review von Bozorgmehr et al. eingeschlossen. Die Studien in Bezug auf den Gesundheitszustand von erwachsenen Geflüchteten konnten in unterschiedliche Gesundheitsdomänen differenziert werden. Neben solchen, die Infektionserkrankungen thematisierten, konnten im Review Studien zu nicht übertragbaren chronisch körperlichen Erkrankungen, der psychischen Gesundheit bei (werdenden) Müttern, psychischer Gesundheit und Zahngesundheit angeführt werden.¹³⁴ Zur Identifikation weiterer nach 2014 publizierten Studien wurde im Rahmen des vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege in Auftrag gegebenen Gutachtens „Auswirkungen des Zustroms von Asylbewerbern auf die gesundheitliche Versorgung in Bayern“ eine systematische Recherche in unterschiedlichen Literaturdatenbanken¹³⁵ durchgeführt. Das methodische Vorgehen inklusive des Suchstrings, der Ein- und Ausschlusskriterien sowie der Beschreibung der Studienselektion kann genanntem

¹³³ Vgl. Bozorgmehr et al. 2023, S. 11.

¹³⁴ Vgl. Bozorgmehr et al. 2016a, S. 598–610.

¹³⁵ Die inkludierten Literaturdatenbanken bzw. Suchoberflächen umfassten PubMed, ISI Web of Science, Deutsche Nationalbibliothek, Sowport, Livivo und Cochrane Library (vgl. Nagel et al. 2018, S. 154).

Gutachten entnommen werden.¹³⁶ In Tabelle 6 sind die entsprechenden Studien inklusive einer Kurzbeschreibung der Zielsetzung und der zentralen Erkenntnisse gelistet. Diese und die Erkenntnisse des genannten Reviews bilden die Literaturlbasis für die nachstehenden Beschreibungen zum Gesundheitszustand von Geflüchteten.

Im Folgenden werden die einzelnen Gesundheitsdomänen näher beschrieben. Dabei wird darauf geachtet, lediglich Studienergebnisse aufzuführen, die sich auf eine ähnliche, wie in TEIL II untersuchte, Studienpopulation beziehen. Studien, die im Review von Bozorgmehr et al. untersucht wurden und sich bspw. auf Geflüchtete, die in den 1990er-Jahren nach Deutschland kamen, beziehen, werden nicht berücksichtigt. Hierbei ist davon auszugehen, dass sich die in den Studien untersuchte Zielgruppe aufgrund einer anderen Zusammensetzung des Zuzugs (vgl. hierzu Abschnitt 2.4.1) von der in der vorliegenden Studie inkludierten Studienpopulation in wesentlichen gesundheitszustandsbeeinflussenden Merkmalen – bspw. dem Herkunftsland¹³⁷ – unterscheidet.

Allgemeiner Gesundheitszustand

In der von Schneider et al. durchgeführten Querschnittstudie zur Identifikation gesundheitlicher Ungleichheiten zwischen Asylbewerber:innen und der deutschen Wohnbevölkerung wurden Geflüchtete aus Baden-Württemberg befragt. 19,4 % der befragten Geflüchteten gaben an, ihren Gesundheitszustand als sehr gut, 30,6 % als gut, 25,5 % als mittelmäßig, 20,4 % als schlecht und 4,1 % als sehr schlecht einzuschätzen. Im Vergleich zur deutschen Wohnbevölkerung¹³⁸ schätzten Geflüchtete ihren subjektiven Gesundheitszustand somit signifikant häufiger als schlecht ein (OR = 1,72). Zudem traten in der untersuchten Studienpopulation im Vergleich zur deutschen Wohnbevölkerung häufiger Einschränkungen bei Aktivitäten (OR = 1,97) und chronische Erkrankungen (OR = 6,23) auf.¹³⁹

Infektionskrankheiten

Die am häufigsten untersuchte Infektionskrankheit umfasst **Tuberkulose**. Zur Untersuchung der Ausbeute des Screenings auf aktive Tuberkulose¹⁴⁰ publizierten Bozorgmehr et al. einen

¹³⁶ Vgl. Nagel et al. 2018, S. 153–156.

¹³⁷ Vgl. Borde und Blümel 2020.

¹³⁸ Der Vergleich zur deutschen Wohnbevölkerung basiert auf Daten des Robert Koch-Instituts (DEGS1) (vgl. Schneider et al. 2015, S. 2).

¹³⁹ Vgl. Schneider et al. 2015, S. 1–4.

¹⁴⁰ Die Ausbeute des Screenings definiert sich als Anteil der Fälle an der Anzahl der gescreenten Personen.

systematischen Review und eine Metaanalyse. Die Ausbeute variierte zwischen 0,72 und 6,41 pro 1.000 Asylsuchende nach Ankunft in Deutschland. Die Ausbeute der jüngsten, im Review inkludierten Studie von Michels und Bartz, die eine Datenbasis aus dem Jahr 2014¹⁴¹ heranzieht, beläuft sich auf 3,409 pro 1.000 Asylsuchende.¹⁴² Die durchschnittliche Tuberkulose-Prävalenz zum Zeitpunkt der Aufnahme der Asylsuchenden in die Einrichtung beläuft sich auf 305 pro 100.000 Untersuchte von 2001 bis 2014 (95 %-KI: 240–371). 2014 wurden unter 10.528 Geflüchteten 47 Tuberkulose-Fälle identifiziert. Die höchste Prävalenz wurde unter Geflüchteten aus Somalia (2.037 pro 100.000 Untersuchte), Eritrea (1.002 pro 100.000 Untersuchte), Serbien (568 pro 100.000 Untersuchte) festgestellt.¹⁴³ Kühne und Gilsdorf untersuchten Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz im Hinblick auf Ausbrüche in Gemeinschaftsunterkünften von 2004 bis 2014. Von insgesamt 615 Fällen entfielen 3 % auf Tuberkulose.¹⁴⁴ Meier et al. konstatierten eine Prävalenz der gesicherten Tuberkulose von 0,093 %, 0,076 % waren infektiös unter neu ankommenden Geflüchteten in Friedland (2014-2015). Fünf der Infizierten kamen aus Eritrea, drei aus der ehemaligen Sowjetunion, zwei aus Pakistan und ein:e Infizierte:r aus Syrien. Es konnten keine Fälle unter Neuankommenden aus dem Libanon, Irak, Iran und Afghanistan festgestellt werden. Die Autor:innen nehmen an, dass die Wahrscheinlichkeit, an einer Tuberkulose zu erkranken, von dem Herkunftsland abhängig sein könnte.¹⁴⁵ Die von Weinrich et al. ausgewiesene Prävalenz einer aktiven Tuberkulose unter neuangekommenen und gescreenten Geflüchteten in Hamburg (2015) beläuft sich auf 0,103 % und liegt damit etwas über der von Meier et al. ausgewiesenen Prävalenz. Die positiv auf Tuberkulose gescreenten Geflüchteten kamen aus Eritrea (12), Somalia (10), Afghanistan (9), Syrien (4), Irak (2), Gaza, Elfenbeinküste und Mali (jeweils 1).¹⁴⁶

Neben Tuberkulose wurden ebenfalls Untersuchungen zur Häufigkeit der **Hepatitis A**-Immunität durchgeführt. Jablonka et al. untersuchten 2015 hierfür Serumproben von Geflüchteten einer Erstaufnahmeeinrichtung in Norddeutschland und kamen zu dem Ergebnis,

¹⁴¹ Die meisten in der Studie berücksichtigen Asylsuchenden in der Aufnahmeeinrichtung in Rheinland-Pfalz stammten aus den Herkunftsländern Syrien (2.835), Kosovo (1.130), Serbien (1.057), Eritrea (898), Albanien (660) und Somalia (540) (vgl. Michels und Bartz 2015, S. 88).

¹⁴² Vgl. Bozorgmehr et al. 2017a, S. 3.

¹⁴³ Vgl. Michels und Bartz 2015, S. 88.

¹⁴⁴ Vgl. Kühne und Gilsdorf 2016, S. 571.

¹⁴⁵ Vgl. Meier et al. 2016, S. 812–814.

¹⁴⁶ Vgl. Weinrich et al. 2017, S. 3246.

dass die Hepatitis A-Virus (HAV)-Gesamtimmunitätsrate innerhalb der Kohorte bei 89,2 % lag – bei gut 10 % der Partizipierenden war somit kein ausreichender Schutz gegen Hepatitis A vorhanden. Hierbei ist jedoch anzumerken, dass die HAV-Antikörperkonzentration minimal bei 8 IU/l lag – eine nicht nachweisbare HAV-Antikörperkonzentration lag bei keinem bzw. keiner Geflüchteten vor.¹⁴⁷

Im Hinblick auf das Vorkommen **multiresistenter Erreger** konnten Heudorf et al. mittels Screening aller Geflüchteten, die in sechs ausgewählten Krankenhäusern aufgenommen wurden, davon fünf in der Rhein-Main-Region (Dezember 2015 – März 2016), feststellen, dass bei 9,8 % der gescreenten untersuchten Proben MRSA-Stämme (Methicillin-resistente Staphylococcus aureus) und bei 23,3 % MRGN-Erreger (multiresistente gramnegative Bakterien) vorhanden waren. Die meisten gescreenten Patient:innen stammten aus Syrien oder Afghanistan, wobei nicht alle Herkunftsstaaten festgestellt werden konnten.¹⁴⁸

Jablonka et al. untersuchten in einer Querschnittstudie Serumproben von Geflüchteten aus sechs Aufnahmeeinrichtungen in Norddeutschland (Sommer 2015), die sich aufgrund akuter Beschwerden oder eines medizinischen Check-ups in der Einrichtungsambulanz vorstellten, hinsichtlich des IgG-Spiegels (Immunglobulin G) gegen **Tetanus und Diphtherie**, um Rückschlüsse auf möglichen Impfbedarf ziehen zu können. Alle an der Studie Partizipierenden wurden positiv auf IgG gegen Tetanus getestet, 2,1 % waren seronegativ gegen Diphtherie. Im Hinblick auf den Schutz gegen Tetanus war der IgG-Spiegel bei 56,3 % der Untersuchten nicht ausreichend für einen Langzeitschutz, 47,7 % benötigten umgehend eine Impfung. Bzgl. des Schutzes gegen Diphtherie reichte der Langzeitschutz bei 76,1 % der getesteten Geflüchteten nicht aus, 45,6 % benötigten direkt eine Schutzimpfung.¹⁴⁹

Weitere Studien bezogen sich nicht auf spezifische Erkrankungen, sondern untersuchten bspw. das Krankheitsspektrum. So stellten Kühne und Gilsdorf bspw. im Rahmen der Untersuchung von Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz fest, dass im Zeitraum von 2004 bis 2014 insgesamt 119 Ausbrüche infektiöser Erkrankungen in Gemeinschaftsunterkünften registriert wurden, die insgesamt zu 615 Krankheitsfällen führten. Die Fälle ließen sich zu 30 % auf Windpocken, 20 % auf Masern, 19 % auf Skabies, 8 % auf Rotavirus-Gastroenteritis, 4% auf

¹⁴⁷ Vgl. Jablonka et al. 2017b, S. 348–349.

¹⁴⁸ Vgl. Heudorf et al. 2016, S. 3–5.

¹⁴⁹ Vgl. Jablonka et al. 2017a, S. 158–161.

Salmonellose, 3 % auf Tuberkulose und 2 % auf Norovirus-Gastroenteritis zurückführen.¹⁵⁰ Alberer et al. untersuchten das Krankheitsspektrum von Geflüchteten, die die Ambulanz REFUDOCS, das Städtische Klinikum Schwabing und die Abteilung für Infektions- und Tropenmedizin der LMU München 2014-2015 besuchten. Die häufigsten Diagnosen von Infektionskrankheiten, die bei ambulant zu versorgenden Patient:innen gestellt wurden, umfassten Malaria tertiana (häufigste Herkunftsländer: Eritrea, Somalia), Hauterkrankungen (darunter v. a. Pyodermien, Skabies) und Schistosomiasis (v. a. Patient:innen aus den Herkunftsländern Eritrea, Somalia und Senegal). Die am häufigsten gestellten Diagnosen stationär zu versorgender Patient:innen umfassten Tuberkulose (pulmonale Tuberkulose: die häufigsten Herkunftsländer waren Eritrea, Somalia, Syrien; extrapulmonal: Herkunftsländer Somalia, Eritrea, Syrien, Afghanistan und Pakistan), Malaria, impetiginisierte Skabies, ambulant erworbene Pneumonie und unspezifische fieberhafte Virusinfektionen.¹⁵¹

Nichtübertragbare Erkrankungen/Körperliche Symptome

Das Krankheitsspektrum von Geflüchteten untersuchten Alberer et al. anhand von Daten von Geflüchteten, welche die Ambulanz von REFUDOCS, das Städtische Klinikum Schwabing und die Abteilung für Infektions- und Tropenmedizin der LMU München 2014-2015 besuchten. Ihre Analysen zeigten, dass 31,3 % der gestellten Hauptdiagnosen auf Atemwegserkrankungen/Erkrankungen der Hals, Nasen, Ohren (HNO), 14,0 % auf neurologische/psychiatrische, 11,6 % auf gastrointestinale/hepatologische, 10,7 % auf muskuloskeletale, 9,3 % auf Hauterkrankungen, 4,7 % auf kardiale-/Gefäß-Erkrankungen und jeweils 4,5 % auf gynäkologische bzw. ophthalmologische Erkrankungen entfielen. 3,9 % der Hauptdiagnosen umfassten solche zu zahnärztlichen Erkrankungen.¹⁵²

Borgschulte et al. kamen zu dem Ergebnis, dass die Ambulanz einer Kölner Notunterkunft in 65,0 % der Fälle¹⁵³ aufgrund körperlicher und 28,0 % wegen chronischer Beschwerden (darunter Beschwerden des Respirationstraktes, Bewegungsapparates, Kreislauf-, Verdauungssystems und

¹⁵⁰ Vgl. Kühne und Gilsdorf 2016, S. 571.

¹⁵¹ Vgl. Alberer et al. 2016, S. e12-e13.

¹⁵² Vgl. Alberer et al. 2016, S. e8-e11.

¹⁵³ Insgesamt konnten aus n = 961 Behandlungskontakten Besuchsdaten und Beschwerden aus ärztlichen Dokumentationen und Präsenzbeobachtungen in einer Notunterkunft in Köln analysiert werden (vgl. Borgschulte et al. 2016, S. 809).

der Haut) aufgesucht wurde. Die häufigsten Symptome bestehen aus Kopf-, Rücken- und Nackenschmerzen sowie akuten Infektionen der oberen Atemwege.¹⁵⁴

Abbildung 12 können die 20 Diagnosen graphisch entnommen werden, die in der Ambulanz im Rahmen der Erwachsenensprechstunde am häufigsten gestellt wurden.

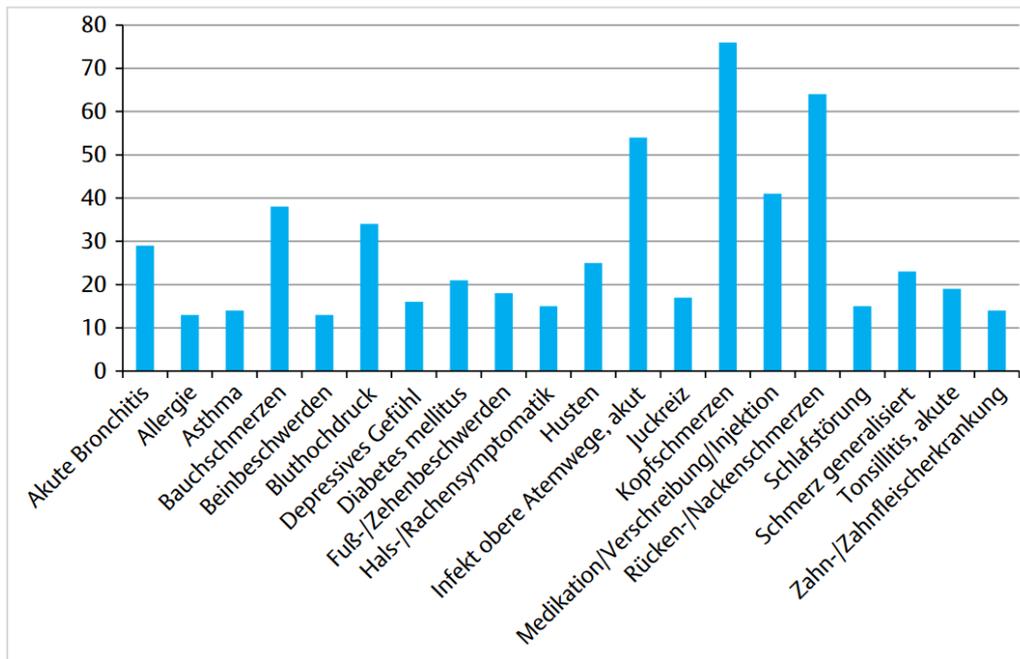


Abbildung 12: Anzahl der 20 häufigsten Diagnosen der Erwachsenensprechstunde einer Notunterkunft in Köln von Januar bis Dezember 2015

n = 559; Nges = 1.073

Quelle: Borgschulthe et al. 2016, S. 811.

Auch Führer et al. untersuchten körperliche Symptome von Geflüchteten und erhoben 2015 hierzu Gesundheitsdaten mittels strukturierten Fragebogens in Halle. Insgesamt gaben 37,9 % der 214 Befragten an, unter Schmerzen zu leiden, 8,9 % gaben kardiovaskuläre, 7,9 % gastrointestinale, 6,1 % pulmonale Erkrankungen, 3,3 % wiederkehrendes Fieber und 0,5 % Neubildungen an.¹⁵⁵

Auswertungen des Bremer Gesundheitsprogramms (vgl. hierzu Abschnitt 3.2) ergaben Anteile der von Geflüchteten in Anspruch genommene Gesundheitsleistungen und Diagnosen. Während 29,6 % der in Anspruch genommenen Leistungen ohne Krankheitsbefund waren, sondern auf Impfberatung und Beratung von Schwangeren entfielen, konnten 18,1 % der Befunde Erkrankungen des Atmungssystems, 16,9 % unklaren, anderenorts nicht klassifizierten Symptomen, 6,1 % Krankheiten des Verdauungssystems, 6,0 % Erkrankungen des Muskel-

¹⁵⁴ Vgl. Borgschulthe et al. 2016, S. 809.

¹⁵⁵ Vgl. Führer et al. 2016, S. 703–705.

Skelett-Systems und des Bindegewebes und 3,6 % Erkrankungen der Haut und Unterhaut zugeschrieben werden.¹⁵⁶

Psychische Belastungen

Führer et al. analysierten neben dem Auftreten körperlicher Symptome auch das Vorkommen psychischer Belastungen von Geflüchteten. Hierzu wurden die an der Studie Partizipierenden mittels Hopkins-Symptom-Checklist-25 und Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) befragt. Als Resultat ergab sich bei 54,7 % (95 %-KI: 48,0–61,3) eine Depression, bei 40,2 % (95 %-KI: 33,6–46,8) der Befragten Angststörungen und bei 18,2 % (95 %-KI: 13,1–22,4) eine PTBS. 5,6 %¹⁵⁷ der befragten Geflüchteten äußerten suizidale Gedanken. Unter den Befragten mit psychischer Belastung bestand zu 64,2 % mehr als eine psychische Erkrankung.¹⁵⁸

Eine weitere Untersuchung der psychischen Gesundheit von Geflüchteten geht auf Richter et al. zurück. In einer Querschnittstudie analysierten sie die Häufigkeit psychiatrischer Diagnosen mittels strukturierten diagnostischen Interviews und mehrerer Fremd- und Selbstbeurteilungsskalen¹⁵⁹, die in einer Aufnahmeeinrichtung in Zirndorf (2011-2012) zur Anwendung kamen. Insgesamt zeigten sich bei 63,6 % der Studienpopulation eine oder mehrere psychiatrische Diagnosen. Zu den häufigsten Diagnosen zählten PTBS (32,2 %), depressive Verstimmungen und rezidivierende depressive Episoden (21,9 %) sowie Anpassungsstörungen und chronische Insomnie (51,0 %). Die Studienpopulation lässt sich differenzieren nach Selbstzuweiser:innen und randomisiert zugewiesenen Geflüchteten. Im Hinblick auf die Häufigkeit der Diagnosen zeigt sich, dass der Anteil an psychiatrischen Diagnosen unter Selbstzuweiser:innen im Allgemeinen mit 78,5 % höher liegt als unter randomisiert Zugewiesenen (44,8 %). In der Betrachtung der psychiatrischen Diagnosen F0 bis F6 im Spezifischen zeigt sich ein heterogenes Bild. Während randomisiert Zugewiesene höhere Prävalenzen in den Gruppen F1 (psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen; 0,8 % vs. 0,6 %), F43.1 (PTBS; 39,3 % vs. 29,0 %) und F6 (andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen

¹⁵⁶ Vgl. Mohammadzadeh et al. 2016, S. 567–568.

¹⁵⁷ Für die Angabe der Häufigkeit suizidaler Gedanken wird kein 95 %-KI ausgewiesen (vgl. Führer et al. 2016, S. 704).

¹⁵⁸ Vgl. Führer et al. 2016, S. 703–705.

¹⁵⁹ Die verwendeten Instrumente umfassten MINI-Plus (MINI-International Neuropsychiatric Interview), Brief Symptom Inventory (BSI), MADRS (Montgomery-Asberg Depression Scale), WHO-5, Essener Trauma-Inventar (ETI), Pittsburgh Schlafqualitätsindex (PSQI) (vgl. Richter et al. 2015, S. 836).

Krankheit; 1,6 % vs. 0,6 %) der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (10. Version) (ICD-10) aufweisen, zeigen sich höhere relative Häufigkeiten unter Selbstzugewiesenen bei den Diagnosegruppen F0 (Demenz- und Alzheimer-Krankheit; 0,6 % vs. 0,0 %), F2 (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen; 1,3 % vs. 0,8 %), F3 (affektive Störungen; 29,1 % vs. 12,8 %), F4 (phobische Störungen; 41,1 % vs. 24,8 %) und F5 (Verhaltensauffälligkeiten; 5,1 % vs. 4,0%). Hinsichtlich traumatisierender Ereignisse wurden gewalttätige Angriffe (28 %), der unerwartete Tod einer Bezugsperson (24 %) und der Aufenthalt in Kriegsgebieten (22 %) genannt.¹⁶⁰

¹⁶⁰ Vgl. Richter et al. 2015, S. 834–836.

Tabelle 6: Übersicht über Studien, die zwischen 2014 und April 2017 zum Gesundheitszustand von Geflüchteten veröffentlicht wurden

Quelle: Eigene Darstellung. Die Literaturrecherche fand im Rahmen der Durchführung des Gutachtens der Auswirkungen des Zustroms von Asylbewerbern auf die gesundheitliche Versorgung in Bayern statt. Es fand eine Überarbeitung und Anpassung an die in dieser Arbeit vorliegenden Zielpopulation (Ausschluss von Studien zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen) statt (vgl. Nagel et al. 2018, S. 257–269).

#	Author:innen (Jahr) Titel	Untersuchungsgegenstand	Studiendesign	Studienpopulation/ Datenerhebung	Zentrale Erkenntnisse	a	b	c
a = übertragbare Krankheiten; b = nichtübertragbare/chronische Krankheiten; c = psychische Belastungen								
1	Alberer et al. (2016) Spectrum of diseases occurring in refugees and asylum seekers: data from three different medical institutions in the Munich area from 2014 and 2015	Analyse des Erkrankungsspektrums von Geflüchteten	Retrospektive Studie	n = 548 Geflüchtete, die in der Ambulanz von REFUDOCS, dem Städtischen Klinikum Schwabing und der Abteilung für Infektions- und Tropenmedizin der LMU München von 2014-2015 behandelt wurden	31,3 % der Hauptdiagnosen entfielen auf Atemwegserkrankungen/ HNO, 14,0 % auf neurologische/ psychiatrische, 11,6 % auf gastrointestinale/hepatologische, 10,7 % auf muskuloskeletale Erkrankungen, 9,3 % auf Hauterkrankungen, 4,7 % auf kardiale-/Gefäß-Erkrankungen, jeweils 4,5 % auf gynäkologische und ophthalmologische und 3,9 % auf zahnärztliche Erkrankungen.	x	x	x
2	Borgschulte et al. (2016) Health care of refugees in 2015 - Evaluation of an ambulance for refugees in a Cologne emergency accommodation (Cologne Model)	Analyse der Inanspruchnahme der gesundheitlichen Versorgung von Geflüchteten	Mixed-Methods-Studie	Erfassung von Besuchsdaten und Beschwerden aus ärztlicher Dokumentation, Präsenzbeobachtungen in einer Kölner Notunterkunft (2015). Analyse von insgesamt n = 961 Behandlungskontakten	73,0% der Behandlungskontakte stammten von Erwachsenen, 27 % von Kindern/Jugendlichen. Erwachsene suchten in 65,0 % der Fälle die Ambulanz aufgrund von körperlichen Beschwerden, 28,0 % wegen chronischer Beschwerden (darunter Beschwerden des Respirationstraktes, Bewegungsapparates, Kreislauf-, Verdauungssystems und der Haut) und in 7,0 % wegen psychischer Beschwerden, Schwangerschaften oder Impfungen auf. Die häufigsten Symptome umfassten Kopf-, Rücken- und Nackenschmerzen sowie akute Infektionen der oberen Atemwege.	x	x	x

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Untersuchungsgegenstand	Studiendesign	Studienpopulation/ Datenerhebung	Zentrale Erkenntnisse	a	b	c
a = übertragbare Krankheiten; b = nichtübertragbare/chronische Krankheiten; c = psychische Belastungen								
3	Bozorgmehr et al. (2017a) Yield of active screening for tuberculosis among asylum seekers in Germany: a systematic review and meta-analysis	Nutzen des Tuberkulosescreenings bei Asylsuchenden in Deutschland im Rahmen des Erstscreenings nach § 62 IfSG	Systematischer Review und Meta-Analyse	n = 6 relevante Studien von 1990 bis 2014	Die Ausbeute des Tuberkulose-Screenings bei Asylsuchenden nach Ankunft in Deutschland variierte zwischen 0,72 und 6,41 pro 1.000 Asylsuchende. Über alle Studien hinweg ergab sich eine Ausbeute von 3,47 pro 1.000 Asylsuchende (95 %-KI: 1,78–5,73). Die Ausbeute liegt in Deutschland im Vergleich zu internationalen Daten etwas höher (2,78, 95 %-KI: 1,00–3,67).	x		
4	Führer et al. (2016) Morbidity of asylum seekers in a medium-sized German city	Analyse der Prävalenz körperlicher und mentaler Beschwerden und des Impfstatus	Querschnittstudie	Befragung von n = 214 Geflüchteten in Halle mittels strukturierten Fragebogens	Psychische Belastungen Für 54,7 % der Befragten zeigten sich Depressionen (Hopkins-Symptom-Checklist-25 und HTQ), bei 40,2 % Angststörungen und bei 18,2 % eine PTBS. 5,6 % der Befragten äußerten suizidale Gedanken. Unter Befragten mit psychischer Erkrankung bestand zu 64,2 % mehr als eine psychische Erkrankung Körperliche Symptome 37,9 % gaben Schmerzen als körperliches Symptom an. 8,9 % gaben kardiovaskuläre Erkrankungen, 7,9 % gastrointestinale Erkrankungen, 6,1 % pulmonale Erkrankungen, 3,3 % wiederkehrendes Fieber und 0,5 % Neubildungen an.		x	x
5	Heudorf et al. (2016) Multidrug-resistant organisms in refugees: prevalences and impact on infection control in hospitals	Screening von in sechs unterschiedliche Krankenhäuser eingelieferten Geflüchteten auf MDRO und MRSA oder MRGN	Querschnittstudie	Sechs Krankenhäuser in der Rhein-Main-Region sendeten Ergebnisse von Aufnahme-Screening-Untersuchungen (Dezember 2015–März 2016) an das Gesundheitsamt.	Bei 9,8 % (n = 325) der untersuchten Proben konnten MRSA-Stämme und bei 23,3 % (n = 290) MRGN Erreger festgestellt werden.	x		

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Untersuchungsgegenstand	Studiendesign	Studienpopulation/ Datenerhebung	Zentrale Erkenntnisse	a	b	c
a = übertragbare Krankheiten; b = nichtübertragbare/chronische Krankheiten; c = psychische Belastungen								
6	Jablonka et al. (2017b) Hepatitis A immunity in refugees in Germany during the current exodus	Untersuchung der Hepatitis A-Immunität bei Geflüchteten einer Erstaufnahmeeinrichtung	Retrospektive Studie	Untersuchung von Serumproben von n = 249 Geflüchtete einer Erstaufnahmeeinrichtung in Norddeutschland (Sommer 2015)	Die HAV-Gesamtimmunitätsrate lag innerhalb der Kohorte bei 90,0 %, bei 10 % der Untersuchten konnte kein ausreichender Schutz gegen Hepatitis A festgestellt werden.	x		
7	Jablonka et al. (2017a) Tetanus and diphtheria immunity in refugees in Europe in 2015	Untersuchung der IgG-Spiegel gegen Tetanus und Diphtherie im Serum	Querschnittstudie	n = 678 Patient:innen, die sich aufgrund akuter Beschwerden oder medizinischer Check-ups in Ambulanzen (August 2015) sechs verschiedener Aufnahmeeinrichtungen in Norddeutschland vorstellten und in das serologische Screening inkludiert wurden.	Alle Studienteilnehmer:innen wurden positiv auf IgG gegen Tetanus getestet, 2,1 % waren seronegativ gegen Diphtherie. Bei 56,3 % bzw. 76,1 % der Partizipierenden waren die IgG-Spiegel nicht ausreichend für einen Langzeitschutz gegen Tetanus bzw. Diphtherie. 47,7 % bzw. 45,6 % benötigten umgehende Impfungen gegen Tetanus bzw. Diphtherie.	x		
8	Kühne und Gilsdorf (2016) Infectious disease outbreaks in centralized homes for asylum seekers in Germany from 2004-2014	Untersuchung der Verteilung der Krankheiten in Gemeinschaftsunterkünften Auswertung der Information-en zur Weiterverbreitung von Infektionskrankheiten in Gemeinschaftsunterkünften Identifizieren von Infektionskrankheiten und Ausbrüchen 2004-2014	Retrospektive Studie	Untersuchung von Meldedaten gemäß IfSG im Hinblick auf Ausbrüche in Gemeinschaftsunterkünften von 2004 bis 2014	Registrierung von 119 Ausbrüchen mit 615 Fällen von 2004 bis 2014. Davon waren 30 % auf Windpocken, 20 % auf Masern, 19 % auf Skabies, 8 % auf Rotavirus-Gastroenteritis, 4 % auf Salmonellose, 3 % auf Tuberkulose, 2 % auf Norovirus-Gastroenteritis und je <2 % auf andere Krankheiten zurückzuführen. 24 % der Fälle aus 2014 wurden hospitalisiert.	x		
9	Meier et al. (2016)	Bestimmung des Risikos einer aktiven Tuberkulose mittels Röntgenthorax	Prospektive Studie	Untersuchung von n = 11.773 neuankommenden Geflüchteten	Bei 0,136 % der Studienteilnehmer:innen lag ein Verdacht auf eine Tuberkulose vor, die	x		

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Untersuchungsgegenstand	Studiendesign	Studienpopulation/ Datenerhebung	Zentrale Erkenntnisse	a	b	c
a = übertragbare Krankheiten; b = nichtübertragbare/chronische Krankheiten; c = psychische Belastungen								
	Tuberculosis in newly arrived asylum seekers: A prospective 12 month surveillance study at Friedland, Germany			in Friedland mittels Röntgenthorax (2014-2015).	Prävalenz der gesicherten Tuberkulose beläuft sich auf 0,093 %, 0,076 % waren infektiös.			
10	Mohammadzadeh et al. (2016) Health for refugees - the Bremen model	Krankheitsspektrum nach Bremer Modell, Auswertung ICD-10 Angabe des Krankheitsspektrums in Form der prozentualen Verteilung der sechs häufigsten Diagnosegruppen nach ICD-10	Querschnittstudie	Auswertung von Daten des Gesundheitsprogramms Bremen (2011-2014)	Steigende Anzahl von Diagnosen und der Behandlungen von 2011 bis 2014, die durchschnittliche Anzahl an Behandlungen pro Person ist jedoch von 3,5 auf 2,1 gesunken. 29,6 % der in Anspruch genommenen Leistungen waren ohne Krankheitsbefund, zur Impfberatung und Beratung von Schwangeren. 18,1 % der Befunde entfielen auf Erkrankungen des Atmungssystems, 16,9 % unklare, andernorts nicht klassifizierte Symptome, 6,1 % Krankheiten des Verdauungssystems, 6 % auf Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes und 3,6 % auf Erkrankungen der Haut und Unterhaut.	x	x	x
11	Richter et al. (2015) Waiting for Asylum: Psychiatric Diagnosis in Bavarian Admission Center	Häufigkeiten und Art von psychiatrischen Diagnosen bei Asylbewerber:innen in der Zentralen Aufnahmeeinrichtung Zirndorf Empfehlungen für die psychiatrisch-	Querschnittstudie	Untersuchung von n = 283 Geflüchteten mittels strukturierten diagnostischen Interviews sowie mehrerer Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen (MINI, BSI, MADRS, WHO-5 (WHO-5 well-being Index), ETI, PSQI) in Zirndorf (2011-2012)	Insgesamt wurden bei 63,6 % der Studienpopulation eine oder mehrere psychiatrische Diagnosen gestellt. Zu den häufigsten Diagnosen zählten PTBS (32,2 %), depressive Verstimmungen und rezidivierende depressive Episoden (21,9 %), Anpassungsstörungen und chronische Insomnie (51,0%). Hinsichtlich traumatisierender Ereignisse wurden			x

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Untersuchungsgegenstand	Studiendesign	Studienpopulation/ Datenerhebung	Zentrale Erkenntnisse	a	b	c
a = übertragbare Krankheiten; b = nichtübertragbare/chronische Krankheiten; c = psychische Belastungen								
		psychologische Versorgung von Asylbewerber:innen			gewalttätige Angriffe (28 %), der unerwartete Tod einer Bezugsperson (24 %) und der Aufenthalt in Kriegsgebieten (22 %) genannt.			
12	Schneider et al. (2015) Disparities in health and access to healthcare between asylum seekers and residents in Germany: a population-based cross-sectional feasibility study	Identifizieren von Ungleichheiten hinsichtlich des Gesundheitszustands und Zugangs zur Gesundheitsversorgung zwischen Asylbewerber:innen und der deutschen Wohnbevölkerung	Querschnittstudie	Befragung von n = 156 Geflüchteten in Baden-Württemberg und Vergleichsdaten der deutschen Wohnbevölkerung (Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland, Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1))	4,1 % der Geflüchteten schätzten ihren Gesundheitszustand als sehr schlecht, 20,4 % als schlecht, 25,5 % als mittelmäßig, 30,6 % als gut und 19,4 % als sehr gut ein. Im Vergleich zur deutschen Wohnbevölkerung wird der subjektive Gesundheitszustand signifikant häufiger als schlecht eingeschätzt (OR=1,72). Bei Asylsuchenden traten im Vergleich zur Wohnbevölkerung häufiger Einschränkungen in Aktivitäten (OR=1,97) und chronische Erkrankungen (OR=6,23) auf.		x	x
13	Schock et al. (2016) Impact of new traumatic or stressful life events on pre-existing PTSD in traumatized refugees: results of a longitudinal study	Untersuchung des Verlaufs der PTBS-Symptome nach Erleben eines nachfolgenden kritischen (traumatischen oder belastenden) Lebensereignisses Vergleich des Verlaufs von PTBS-, Depressions- und Angstsymptomen mit PTBS-Patient:innen, die ein kritisches Lebensereignis erlebt haben (LE) oder nicht (Non-LE) Bewertung der Auswirkungen eines	Längsschnittstudie	Studiendurchführung am Behandlungszentrum für Folteropfer in Berlin (2009–2011). Alle n = 94 Studienteilnehmer:innen wurden als Patient:innen am Behandlungszentrum betreut. Ergänzende Datenerhebung mittels Fragebogen (Hopkins-Symptom-Checklist 25 (HSCL-25), The Posttraumatic Diagnostic Scale, PDS Part I (Posttraumatic Diagnostic Scale) (Foa, 1995) and the Harvard Trauma Questionnaire event list, List of Life Events)	Der mentale Gesundheitszustand aller Partizipierenden konnte signifikant verbessert werden. Es konnte ein signifikanter Unterschied zwischen Geflüchteten mit und ohne wiederholten Stress- oder Traumaerfahrungen hinsichtlich des Ausbildens posttraumatischer Stresssymptome und Angstzustände beobachtet werden.			x

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Untersuchungsgegenstand	Studiendesign	Studienpopulation/ Datenerhebung	Zentrale Erkenntnisse	a	b	c
a = übertragbare Krankheiten; b = nichtübertragbare/chronische Krankheiten; c = psychische Belastungen								
		traumatischen oder belastenden Lebensereignisses auf den Verlauf der PTBS-Symptome mit dem Ziel, zwischen den Symptommustern zu unterscheiden						
14	Weinrich et al. (2017) Yield of chest X-ray tuberculosis screening of immigrants during the European refugee crisis of 2015: a single-centre experience	Ermitteln der Prävalenz von Tuberkulose, Number needed to Screen und diagnostische Genauigkeit von CXR-Screening zur Erkennung aktiver Lungen-Tuberkulose ermitteln zur Beurteilung der Wirksamkeit des Screenings während der Flüchtlingskrise	Querschnittstudie	n = 17.487 gescreente Geflüchtete in Hamburg im Jahr 2015	Prävalenz der untersuchten Studienpopulation der Lungentuberkulose lag bei 0,103 %. NNS lag bei 1.749. Die Sensitivität des Röntgenthorax belief sich auf 55,6 % (95 %-KI: 30,8–78,5) und die Spezifität auf 98,3 % (95 %-KI: 98,1–98,5).	x		

3.3.3 Zentrale Forschungsbestrebungen zur Erhebung des Gesundheitszustands

Neben den in Abschnitt 3.3.2 beschriebenen Studien, konnten in den Folgejahren weitere zentrale Forschungsbestrebungen zur Gesundheit von Geflüchteten beobachtet werden. 2016 wurde erstmals die IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten durchgeführt. Die als Längsschnittstudie konzipierte Untersuchung inkludiert $n = 4.527$ erwachsene Geflüchtete aus 3.336 Haushalten.¹⁶¹ Zusätzlich zu allgemeinen Themen, die die Lebenssituation von Geflüchteten abbilden, wie Herkunft, Unterkunft in Deutschland und Bildung, wird auch der Gesundheitszustand erhoben. Die Daten stehen Wissenschaftler:innen über das Forschungsdatenzentrum des SOEP und das Forschungsdatenzentrum IAB für eigene Untersuchungen zur Verfügung.¹⁶² Zwar sind die Indikatoren zur Gesundheit von Geflüchteten in der Befragung beschränkt,¹⁶³ dennoch resultieren einige Studien aus den hierdurch verfügbaren Daten.¹⁶⁴

Die vom Robert Koch-Institut durchgeführte Studie GEDA setzte 2022/2023 einen besonderen Fokus auf Menschen mit Migrationshintergrund. Im Rahmen des Projekts IMIRA II¹⁶⁵ (Improving Health Monitoring in Migration Populations) wurden Daten zum Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, den Lebensbedingungen und dem Inanspruchnahmeverhalten von Gesundheitsleistungen mit dem Ziel erfasst, differenzierte Aussagen nach soziodemographischen und migrationsspezifischen Parametern treffen zu können. Von November 2021 bis Mai 2022 wurden Daten von Menschen mit italienischer, kroatischer, polnischer, syrischer und türkischer Staatsangehörigkeit erhoben.¹⁶⁶

Epidemiologische Daten von Geflüchteten werden ferner im Rahmen des bevölkerungsbezogenen Surveys RESPOND erhoben. Die Datenerhebung erfolgte während der Projektlaufzeit von 2016 bis 2022 in Erstaufnahme- und Gemeinschaftsunterkünften in Baden-Württemberg. Die Daten umfassen insbesondere solche zum allgemeinen Gesundheitszustand,

¹⁶¹ Die Zufallsstichprobe wird auf Grundlage der im AZR registrierten Geflüchteten gezogen und bezieht sich 2016 auf solche, die vom 01. Januar 2016 bis zum 31. Januar 2016 nach Deutschland eingereist und einen Asylantrag gestellt haben. Zusätzlich werden die Haushaltsmitglieder der zufällig gewählten Person inkludiert.

¹⁶² Vgl. Brücker et al. 2018 (korrigierte Fassung der Veröffentlichung aus dem Jahr 2017); Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2024b.

¹⁶³ Vgl. Bozorgmehr und Hövener 2021, S. 4.

¹⁶⁴ Vgl. hierzu bspw. Dudek et al. 2022; Georges et al. 2021; Stadtmüller et al. 2021; Nutsch und Bozorgmehr 2020; Walther et al. 2020a; Walther et al. 2020b.

¹⁶⁵ Vgl. Robert Koch-Institut 2024a.

¹⁶⁶ Vgl. Bartig et al. 2023, S. 7–9.

zu chronischen und psychischen Erkrankungen, zu Beeinträchtigungen durch gesundheitliche Probleme und zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität.¹⁶⁷

4 Zwischenfazit

In den vorangestellten Kapiteln wurden notwendige und zentrale theoretische und rechtliche Grundlagen zur Gesundheit von Geflüchteten gelegt. Es zeigt sich zum einen die Herausforderung in der Bestimmung der Zielgruppe „Geflüchteter“ in der wissenschaftlichen Forschung. Zum anderen ergeben sich systemische Unterschiede in der Gesundheitsversorgung von Geflüchteten durch regional unterschiedliche Zugangswege. Insbesondere in Abschnitt 3.2 konnten die daraus resultierenden Folgen aufgezeigt werden.

In Deutschland erhalten Geflüchtete in den ersten 36 Monaten ihres Aufenthaltes im Bundesgebiet oder bis zum Erhalt eines Aufenthaltstitels eingeschränkten Umfang an Gesundheitsleistungen auf rechtlicher Grundlage des Asylbewerberleistungsgesetzes. Die Leistungen stellen eine schlechtere Versorgung als die der gesetzlich Versicherten in Deutschland dar.¹⁶⁸

Insbesondere im Hinblick auf den Zeitpunkt der in TEIL II erfolgten Studienkonzeption und Primärdatenerhebung, aber auch zum jetzigen Zeitpunkt¹⁶⁹, zeigte sich ein Mangel an verfügbaren und belastbaren Gesundheitsdaten. An dieser Stelle sei vermerkt, dass viele Gesundheitsdaten, bspw. aus den Erstuntersuchungen, teilweise lediglich papierbasiert und nicht in digitalen Datenbanken erfasst wurden. Die vorliegenden Kapitel unterstreichen somit die Notwendigkeit der in TEIL II durchgeführten empirischen Untersuchung der Morbidität von Geflüchteten. Insbesondere für Bayern spezifische Daten sind nicht verfügbar.

Die sich hieraus ableitenden Forschungsfragen sowie die empirische Untersuchung zur Beantwortung dieser folgt im anschließenden TEIL II.

¹⁶⁷ Vgl. Sektion Health Equity Studies & Migration, Universitätsklinikum Heidelberg o. J.b; Biddle et al. 2019.

¹⁶⁸ Vgl. hierzu bspw. Janda 2023, S. 30; Biddle 2024, S. 200; Razum et al. 2016c, S. 712–713; Führer 2023, S. 1084.

¹⁶⁹ Vgl. Bozorgmehr et al. 2023, S. 11.

TEIL II: Empirische Untersuchung der Morbidität von Geflüchteten in Bayern

TEIL II umfasst die empirische Untersuchung der Morbidität von Geflüchteten in Bayern. Grundlage hierfür ist eine eigene Primärdatenerhebung, die in Erstaufnahmeeinrichtungen in sechs Regierungsbezirken in Bayern durchgeführt wurde.

In **Kapitel 5** erfolgt eine knappe Darstellung des Hintergrunds der Einordnung der empirischen Untersuchung in den Gesamtkontext der Studie „Auswirkungen des Zustroms von Asylbewerbern auf die gesundheitliche Versorgung in Bayern“.

In **Kapitel 6** wird das methodische Vorgehen ausführlich beschrieben. Neben der Konzeption des Erhebungsinstruments – einem standardisierten Fragebogen – der Validierung und Übersetzung des Fragebogens, wird auf die Stichprobenkonzeption und -ziehung eingegangen. Letztlich kann dem Kapitel entnommen werden, wie die Datenerhebung erfolgte sowie die Dokumentation der Datenbereinigung und -auswertung.

Kapitel 7 präsentiert die Ergebnisse der Primärdatenerhebung. Nach der Beschreibung der Studienpopulation wird strukturiert auf allgemeine Gesundheitsindikatoren, Prävalenzen somatischer Erkrankungen und psychischer Belastungen eingegangen. Zuletzt erfolgt die Auswertung spezifischer Lebenserfahrungen und -ereignisse.

Die mit der Primärdatenerhebung verbundenen Limitationen – sowohl methodische als auch solche im Hinblick auf die Übertragbarkeit und Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse – werden in **Kapitel 8** beschrieben.

Kapitel 9 fasst die zentralen Erkenntnisse aus der Primärdatenerhebung noch einmal knapp zusammen.

5 Hintergrund, Einordnung und Ableiten der Forschungsfragen

Im Zuge des Zustroms Geflüchteter im Jahre 2015¹⁷⁰ nach Deutschland und insbesondere nach Bayern sowie der bis dato mangelnden Datenlage zur Gesundheitssituation Geflüchteter¹⁷¹ und daraus ableitbar der notwendigen (zusätzlichen) Kapazitäten und Kompetenzen zur Deckung des Versorgungsbedarfs, gab das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege eine wissenschaftliche Untersuchung mit dem Titel „Auswirkungen des Zustroms von Asylbewerbern auf die gesundheitliche Versorgung in Bayern“ in Auftrag.¹⁷² Ein Element des Projektes war die Primärdatenerhebung zur Gesundheitssituation von Geflüchteten in Bayern, mithilfe derer die folgenden Forschungsfragen im Rahmen der vorliegenden Arbeit beantwortet werden sollen:

1. **Welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen treten bei Geflüchteten in Bayern auf?**
2. **Welche Unterschiede des Gesundheitszustands von Geflüchteten in Bayern lassen sich hinsichtlich des Geschlechts, des Alters und der Herkunftsstaaten erkennen?**

Zur Beantwortung der Forschungsfragen fand neben einer standardisierten Fragebogenerhebung in Aufnahmeeinrichtungen zudem eine postalische papierbasierte Fragebogenstudie statt. Die postalische Erhebung fand zeitlich versetzt und mit wenigen Abweichungen im Fragebogen im Vergleich zur Erhebung in den Unterkünften statt. Dies resultiert aus dem engen Zeitplan des Projekts und der fortlaufenden Validierung der Fragebögen (vgl. hierzu Abschnitt 6.1.2). Mittels Zufallsverfahren wurden zunächst 200 Meldeämter aus dem „Kommunalen Dienststellenverzeichnis – Bayern“ gezogen und kontaktiert. Insgesamt konnten 89 Meldeämter $n = 9.687$ Adressdaten von Menschen aus fünf Herkunftsländern, die im Vorfeld aufgrund der quantitativen Bedeutung des Zustroms identifiziert wurden, übermitteln, wovon $n = 4.106$ von Erwachsenen stammten. Fragebögen von $n = 207$ Studienteilnehmer:innen konnten für die Analysen gewonnen werden. Tabelle 7 zeigt die Differenzierung nach Altersgruppen, Geschlecht und Herkunftsländern. Aufgrund der zu kleinen Studienpopulation, v. a. die Subgruppen betreffend, wurde sich dafür entschieden, die Daten der postalischen Befragung nicht in die Analysen zu inkludieren. In den folgenden

¹⁷⁰ Vgl. hierzu TEIL I Kapitel 2, im Spezifischen Abschnitt 2.4.2.

¹⁷¹ Vgl. hierzu TEIL I Kapitel 3.3 sowie TEIL III Kapitel 12.

¹⁷² Vgl. Nagel et al. 2018.

Kapiteln wird sich daher auf das methodische Vorgehen und die Auswertung der Daten der Befragung in den Aufnahmeeinrichtungen für Geflüchtete fokussiert.

Tabelle 7: Charakterisierung der Studienpopulation der postalischen Erhebung
Quelle: Eigene Darstellung.

	18 – 29 Jahre		30 – 44 Jahre		45 – 64 Jahre		Über 64 Jahre		Gesamt
	m	w	m	w	m	w	m	w	
Afghanistan	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Eritrea	63	13	16	7	3	1	0	0	103
Irak	10	2	7	3	0	0	0	0	22
Iran	6	0	1	0	0	0	0	0	7
Syrien	21	9	24	12	8	1	0	0	75
Gesamt	100	24	48	22	11	2	0	0	207

6 Methodisches Vorgehen

6.1 Konzeption eines standardisierten Fragebogens als Erhebungsinstrument

6.1.1 Aufbau und Struktur des Fragebogens

Ziel der vorliegenden Querschnittstudie ist es, einen Überblick über die Gesundheitssituation Geflüchteter in Bayern in den Jahren 2016 und 2017 zu geben. Um die aus TEIL I Kapitel 4 hervorgehenden Forschungsfragen adäquat beantworten zu können, wurde sich für eine vollstrukturierte quantitative Befragung entschieden. Als Erhebungsinstrument diente ein vollstrukturierter elektronischer und Paper-Pencil-Fragebogen.

Vollstrukturierte schriftliche Befragungen in Form von standardisierten Fragebögen werden in der quantitativen Forschung als wissenschaftliche Methode eingesetzt. Insbesondere im Hinblick auf die Erfassung des subjektiven Erlebens und von Verhalten, das nicht direkt beobachtbar ist, eignet sich die schriftliche Befragung. Darüber hinaus bietet die schriftliche Befragungsmethode die Vorteile der effizienten Datensammlung und der Diskretion im Rahmen der Studiendurchführung. Die mit der Methode verbundenen möglichen Nachteile wie bspw. die Notwendigkeit der Lese- und Schreibkompetenz, die Beschränkung auf spezifische Befragungsinhalte und der Verzicht auf reaktives Nachfragen stehen dem gegenüber.¹⁷³

¹⁷³ Vgl. Döring 2023b, S. 393–394.

Der Fragebogen richtet sich an Geflüchtete selbst, sodass es sich bei der Darstellung der Gesundheitssituation um die subjektiv wahrgenommene Gesundheit handelt. Insbesondere vor dem Hintergrund möglicher psychischer Belastungen und (Lebens-)Erfahrungen scheint die subjektive Einschätzung angemessen. Eine ärztliche oder Labordiagnostik erfolgte nicht.

Nach einer ausführlichen Recherche und Gesprächen mit Expert:innen im Hinblick auf die Erfassung der Morbidität wurde sich dafür entschieden, bereits bestehende und zum Teil validierte Instrumente zu nutzen. Einerseits erfolgte hier eine Kombination bestehender Instrumente, um sowohl die physische als auch die psychische Gesundheitssituation Geflüchteter betrachten zu können. Andererseits erfolgte nach Rücksprache mit Expert:innen teilweise eine Adaption einzelner Items, um der spezifischen Zielgruppe gerecht zu werden (vgl. hierzu Abschnitt 6.1.2). Als Grundlage dienten insbesondere jene Instrumente, die zur Erhebung der Morbidität der deutschen Wohnbevölkerung genutzt werden. Hierzu wurden die Erhebungsinstrumente DEGS¹⁷⁴ und GEDA 2012¹⁷⁵ des Robert Koch-Instituts sowie weitere Instrumente zur Erfassung psychischer Belastungen und des gesundheitsbezogenen Befindens und Verhaltens von Erwachsenen (Patient Health Questionnaire (PHQ) und Process of Recognition and Orientation of Torture victims in European Countries to facilitate Care and Treatment (PROTECT)) herangezogen. Der Fragebogen umfasst demnach die in Tabelle 8 dargestellten Inhalte mit verschiedenen Items unter Berücksichtigung der verwendeten und zum Teil auf die Zielpopulation adaptierten Instrumente.

Tabelle 8: Aufbau des strukturierten Fragebogens und inkludierte Instrumente

Quelle: Eigene Darstellung.

Fragebogeninhalte	Verwendetes Instrument/Adaption
Allgemeine Angaben/Soziodemographie	Eigene Konstruktion
Allgemeiner Gesundheitszustand - Vorliegen einer chronischen Krankheit	GEDA 2012

¹⁷⁴ DEGS ist eine vom Robert Koch-Institut bundesweit repräsentative Querschnittstudie des Gesundheitsmonitorings in Deutschland. Aussagen zur Entwicklung der Gesundheit der Bevölkerung sind aufgrund der Einbeziehung von Studienteilnehmer:innen aus dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (BGS98) möglich (Längsschnitt). Die Befragung von DEGS1 erfolgte von 2008 – 2011. Vgl. hierzu Robert Koch-Institut 2021.

¹⁷⁵ GEDA ist eine vom Robert Koch-Institut durchgeführte Befragung ergänzend zum DEGS-Gesundheitsmonitoring, die seit 2019/2020 jährlich durchgeführt wird. Ziel ist es, zeitnahe Maßnahmen auf Grundlage der Studienergebnisse ergreifen zu können. Vgl. hierzu Robert Koch-Institut o. J..

Fragebogeninhalte	Verwendetes Instrument/Adaption
<ul style="list-style-type: none"> - Ausmaß dauerhafter Einschränkung in der Ausübung alltäglicher Tätigkeiten durch Krankheit 	
Psychische Beeinträchtigungen	PHQ ¹⁷⁶
<ul style="list-style-type: none"> - Somatoformes Syndrom - Depressives Syndrom <ul style="list-style-type: none"> o Major Depressives Syndrom o Andere Depressives Syndrom - Paniksyndrom - Andere Angstsyndrome - Alkoholmissbrauch 	(exkl. Fragen 6-8, die auf die Erfassung von Bulimia nervosa und Binge-Eating-Störung abzielen)
Somatische Erkrankungen	GEDA 2012; Adaption im Hinblick auf Verzicht nach der Frage ärztlicher Diagnosen zugunsten der Diagnosen durch medizinisches Personal
<ul style="list-style-type: none"> - Lebenszeitprävalenz - Diagnose in den letzten zwölf Monaten - Derzeitige Beeinträchtigungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausschluss der Frage nach der ärztlichen Diagnose erhöhter Blutfette und Cholesterinwerte - Ergänzung durch Frage nach infektiösen und parasitären Erkrankungen, Erkrankungen des Blutes bzw. der blutbildenden Organe, Erkrankungen des Nervensystems, des Magens oder Darms, der Haut, Zahnerkrankungen und Erkrankungen des Mundes
Beeinträchtigungen im Alltag	GEDA 2012; Ebenfalls Bestandteil des Minimum European Health Module (MEHM) (vgl. mit EU-SILC), European Health Interview Survey (EHIS) (2. Welle) ¹⁷⁷ und WHODAS 2.0 ¹⁷⁸ ; Daraus HS2 und HS3 ¹⁷⁹
<ul style="list-style-type: none"> - Anzahl der Tage in den letzten 30 Tagen aufgrund von Gesundheitsproblemen absolut unfähig alltägliche Aktivitäten oder Arbeit zu verrichten - Anzahl der Tage in den letzten 30 Tagen aufgrund von Gesundheitsproblemen alltägliche Aktivitäten oder Arbeit zu reduzieren 	

¹⁷⁶ Der „Gesundheitsfragebogen für Patienten“ (PHQ-D als deutsche Version) ist ein validiertes Instrument, das darauf abzielt, die häufigsten psychischen Störungen zu erkennen. Neben der kategorialen Auswertung einzelner psychischer Störungen bietet der PHQ zudem die Möglichkeit, Aussagen über den Schweregrad der Depressivität zu treffen (Vgl. Löwe et al. 2002, S. 4–9). Zur Konzeption des Instruments vgl. Spitzer et al. o. J..

¹⁷⁷ Der EHIS ist eine Studie zum Gesundheitszustand, zu Determinanten der Gesundheit, gesundheitlichen Versorgung und sozioökonomischen Lage der Bevölkerung, die von allen EU-Mitgliedsstaaten durchgeführt wird. Ziel ist es, auf Grundlage der Ergebnisse politische Richtlinien weiterzuentwickeln und eine gezielte Maßnahmenplanung durchführen zu können. In Deutschland wurde die Studie vom Robert Koch-Institut im Rahmen der GEDA-Welle 2019/2020-EHIS durchgeführt. Vgl. hierzu Robert Koch-Institut 2023.

¹⁷⁸ WHODAS 2.0 ist ein standardisiertes Instrument, um die Gesundheit und Behinderung in verschiedenen Kulturen zu messen. Die ausgewählten Fragen zielen darauf ab, zu erfassen, inwieweit unterschiedliche gesundheitliche Schwierigkeiten das Leben der Befragten beeinträchtigt haben (vgl. Üstün et al. 2010, S. 3, 55).

¹⁷⁹ Vgl. European Union 2013, S. 13–17.

Fragebogeninhalte	Verwendetes Instrument/Adaption
Frauen- und männerspezifische Gesundheitsfragen	DEGS; Adaption <ul style="list-style-type: none"> - Frauenspezifisch: Verzicht der Abfrage von Lebend-, Fehl-, Totgeburten und Schwangerschaftsabbrüchen - Männerspezifisch: Verzicht auf Abfrage der Verwendung von Kondomen beim Geschlechtsverkehr
Verletzungen und Vergiftungen	DEGS; Adaption <ul style="list-style-type: none"> - Ausschluss der Antwortmöglichkeit „Kolleg(inn)en/Vorgesetzte am Arbeitsplatz“ im Hinblick auf die Erfassung körperlicher Angriffe und Verletzungen - Verzicht auf Abfrage, ob selbst jemand angegriffen oder verletzt wurde
Beeinträchtigungen/Hilfsmittel	Eigene Konzeption
Psychische Beeinträchtigungen Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	PROTECT ¹⁸⁰
Belastende Lebensereignisse	DEGS; Adaption der Antwortoptionen und -reihenfolge (Verzicht auf Abfrage von Lebensereignissen, die in Zusammenhang mit dem zweiten Weltkrieg, dem Mauerbau oder DDR-System stehen, durch den Übergang in den Ruhestand, durch Trennung oder Scheidung oder den Tod des Lebenspartners oder der Lebenspartnerin (subsummiert unter Tod einer nahestehenden Person))
Körpergröße und -gewicht	Eigene Konzeption
Gesundheitsverhalten	Rauchen:
- Rauchen	DEGS; keine Nachfragen zum weiteren Rauchverhalten
- Substanzkonsum	oder Tabakkonsum
	Substanzkonsum: Eigene Konzeption
Lebensumstände und Soziodemographie	DEGS, GEDA, eigene Konzeption
Sexualität und Gewalt (frauen- und männerspezifische Fragen)	DEGS; Adaption von Fragen und Antwortoptionen <ul style="list-style-type: none"> - Verzicht auf Frage, ob jemals die Antibaby-Pille eingenommen wurde

¹⁸⁰ Der aus zehn Items bestehende standardisierte Fragebogen wurde spezifisch für Geflüchtete entwickelt und erfasst die Abfrage einer möglichen PTBS durch einen Punktscore. Er dient dem Screening von Geflüchteten und kann sowohl von ungeschultem Personal wie Ehrenamtler:innen als auch geschultem, bspw. medizinischem Personal verwendet werden. Primäres Ziel des Fragebogens ist es, Geflüchtete mit einer psychischen Belastung frühzeitig zu identifizieren und an Fachpersonal weiterleiten zu können, um einer Verschlechterung und Chronifizierung der gesundheitlichen Belastung entgegenzuwirken. Das Instrument umfasst alle drei Symptomkategorien einer PTBS (Wiedererleben des traumatischen Erlebnisses, Vermeidungsverhalten oder emotionale Taubheit sowie eine erhöhte Erregung) (vgl. Dimitrova et al. o. J., S. 4–7, 32).

Fragebogeninhalte	Verwendetes Instrument/Adaption
	<ul style="list-style-type: none">- Anpassung von Antwortoptionen hinsichtlich der Erfassung von zurzeit genutzten Verhütungsmitteln (bspw. Ergänzung Femidom, Zusammenfassen hormoneller Verhütungsmittel etc.)- Ergänzung nach Erfahrungen von Belästigung oder Vergewaltigung inkl. der Abfrage, ob die Erfahrung in Deutschland stattgefunden hat

6.1.2 Validierung des Erhebungsinstruments und Pretest

Um den spezifischen Anforderungen der Erhebung bei der Zielgruppe der Geflüchteten gerecht werden zu können, wurden insgesamt 14 Expert:innen mittels semistrukturierter Leitfadeninterviews und schriftlicher Konsultation kontaktiert. Hieraus sollten sich notwendige Änderungen am Erhebungsinstrument (bspw. aufgrund von Kulturspezifika und Zielgruppensensibilität) – sowohl im Hinblick auf einzelne Fragestellungen als auch bzgl. der Anordnung der unterschiedlichen Items – zeigen.

Die Expert:innen setzten sich u. a. aus folgenden Fachbereichen zusammen: Psychologie und Psychotherapie, Medizin, Public Health, Interkulturelle Kompetenz, Sozialwissenschaften, Epidemiologie, Gesundheitswissenschaften und Migrationsforschung.

Die Gesprächsnotizen, auditiven Aufnahmen bzw. schriftlichen Rückmeldungen wurden tabellarisch erfasst und komparativ-inhaltsanalytisch ausgewertet. Erfolgten widersprüchliche Anmerkungen, so wurde eine Einschätzung eines:r weitere:n Expert:in eingeholt und in einem konsensorientierten Verfahren unter Beteiligung der Wissenschaftler:innen eingeleitet.

Die Auswertung ergab die in der nachstehenden Tabelle folgenden Kategorien, für die Änderungen am Erhebungsinstrument resultierten.

Tabelle 9: Kategorien der Validierung des Erhebungsinstruments

Quelle: Eigene Darstellung.

Kategorie	Beschreibung	Beispiele
Allgemeine und operative Hinweise	Hinweise zur Situation in Unterkünften, zur Befragung, Incentivierung	<ul style="list-style-type: none"> - Erfahrung, dass bei monetärer Incentivierung zur Studienteilnahme gehäuft schemenhafte Antworten gegeben wurden - Befragung von Männern und Frauen gleichzeitig, Hinweise zur Einhaltung der Privatsphäre - Wissenschaftlerinnen sollten weibliche Geflüchtete ansprechen, Wissenschaftler sollten männliche Geflüchtete rekrutieren
Wording	Ändern von Formulierungen aufgrund unterschiedlicher Aspekte (Berücksichtigung von Kulturspezifika, Verständlichkeit etc.)	<ul style="list-style-type: none"> - Aus Frage nach ärztlicher Diagnose wurde die Frage nach Diagnose durch medizinisches Personal - Verzicht auf Fachtermini
Komplexität	Komplexität einzelner Formulierungen oder Items oder mit dem Konstrukt Fragebogen	Erfahrung, dass bei Befragung von Geflüchteten mittels Fragebogen Überforderung aufgrund des Befragungskonstrukts „Fragebogen“ entsteht, da bspw. Multiple Choice unbekannt
Länge	Länge des Gesamtfragebogens	Verzicht auf weitere Instrumente (bspw. SF-36) oder einzelner Items
Reihenfolge der Items	Anordnung der einzelnen Instrumente und Items im Fragebogen	Fragen nach dem Sexualverhalten sollten am Ende des Fragebogens gestellt werden
Sensibilität	Kultur-, Herkunftsland- und Fluchtspezifika	Fragen nach traumatischen Erlebnissen, Geschlechtskrankheiten oder Sexualverhalten
Validität	Validität der einzelnen Instrumente und des Erhebungsinstruments durch Kombination der Instrumente	<ul style="list-style-type: none"> - Validität durch Übersetzungen des Gesamterhebungsinstruments nicht geprüft - Mögliche Auswirkungen auf die Validität durch Kombination unterschiedlicher und Adaption einzelner Instrumente
Layout und Formales	Fragebogenlayout und formale Kriterien inkl. Filterfragen, Orthographie und Grammatik	<ul style="list-style-type: none"> - Falsche Nummerierung der Fragen - Fragen nach (somatischen) Erkrankungen tabellarisch abfragen

Im Ergebnis liegt ein Erhebungsinstrument vor, das die Beurteilung der Gesundheitssituation von Geflüchteten erfasst.

Im Anschluss an die Validierung folgte ein Pretest in zwei unterschiedlichen Unterkünften (Dependance Bayreuth, Wilhelm-Busch-Straße und Gemeinschaftsunterkunft Nürnberg,

Regensburger Straße). Der Pretest zielte darauf ab, zu prüfen, ob sich die Beantwortung der Fragen digital oder per Papierfragebögen eignet, ob die Übersetzungen sprachlich und inhaltlich verständlich sind und ob der Befragungsmodus im Allgemeinen und das selbstständige Ausfüllen des Fragebogens für die Geflüchteten im Speziellen praktikabel sind. Daraus resultierten neben kleineren sprachlichen und inhaltlichen Anpassungen Hinweise für die operative Studiendurchführung und die Entscheidung zugunsten der digitalen Datenerfassung. Aufgrund des engen zeitlichen Rahmens des ursprünglichen Projektes konnte der vollständig validierte Fragebogen lediglich bei der postalischen Nacherhebung (vgl. hierzu Kapitel 5) eingesetzt werden.

6.1.3 Sprachauswahl und Übersetzung des Erhebungsinstruments

Nachdem der validierte, strukturierte Fragebogen vorlag, galt es das Erhebungsinstrument zu übersetzen. Für die Sprachauswahl wurde in einem ersten Schritt die quantitative Bedeutung der Herkunftsländer der Geflüchteten im Hinblick auf den Zustrom der Geflüchteten zum Stichtag des 31.05.2016 festgelegt.¹⁸¹ Demnach wurde sich auf die fünf Herkunftsländer – Afghanistan, Eritrea, Irak, Iran und Syrien – fokussiert. Aufgrund der Vielzahl an Sprachen, die in den fünf genannten Herkunftsländern gesprochen werden, wurde sich für eine breite Auswahl an Sprachen entschieden. Insbesondere die Sprachkompetenz im Hinblick auf Zweit- bzw. Ausweichsprachen konnte im Vorfeld nur beschränkt eingeschätzt werden. Demnach wurde sich für die in Tabelle 10 dargestellte Sprachauswahl – differenziert nach den Herkunftsländern der Geflüchteten – entschieden. Sprachen, die in den Herkunftsländern von weniger als 10 % der Bevölkerung gesprochen werden, wurden bei der Übersetzung nicht berücksichtigt. Ausgenommen sei hier die kurdische Sprache, die für einen überproportionalen Anteil der Geflüchteten relevant zu sein scheint. Um auch Geflüchtete aus anderen Herkunftsländern befragen zu können, wurde sich zudem für eine Übersetzung in die englische und französische Sprache entschieden.

¹⁸¹ Für die Ermittlung der quantitativen Bedeutung wurde die Statistik der Erstasylanträge herangezogen. Vgl. hierzu bspw. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2023c, 2024a, 2018a, 2017a, 2016b.

Tabelle 10: Sprachauswahl Erhebungsinstrument

Quelle: Eigene Darstellung.

Herkunftsland	Sprachauswahl
Afghanistan	Persisch (Dari), Paschtu, Urdu
Eritrea	Tigrinya, Tigre
Irak	Arabisch, Kurmandschi, Sorani
Iran	Persisch (Fari)
Syrien	Arabisch
Sonstige	Deutsch, Englisch, Französisch

Zur Qualitätssicherung und zur Prüfung insbesondere kultursensibler Aspekte wurden die Fragebögen in einem ersten Schritt von qualifizierten Übersetzer:innen in die jeweilige ausgewählte Sprache übersetzt, bevor sie in einem zweiten Schritt von einem:r zweite:n unabhängigen Übersetzer:in in die deutsche Sprache rückübersetzt werden konnte. So konnten mögliche Korrekturen am Fragebogen vorgenommen werden.

Aufgrund einer Vielzahl an Abweichungen zwischen dem Fragebogen in deutscher Sprache und dem aus Tigre rückübersetzten Fragebogen wurde auf den Fragebogen in Tigre verzichtet. Ebenfalls zeigten sich Qualitätsmängel bei der Übersetzung des Fragebogens auf Sorani. Nach Sichtung der Hinübersetzung durch den zweiten Übersetzer zeigten sich elementare Qualitätsmängel, sodass auf eine Rückübersetzung verzichtet wurde und sich stattdessen für eine Neuübersetzung entschieden wurde.

6.2 Stichprobenkonzeption und -ziehung

Angestrebt wurde eine nicht-probabilistische Stichprobenziehung mit bewusster Auswahl per Quotenverfahren. Als Quotierungsmerkmale dienten das Herkunftsland, Alter und Geschlecht. Im Hinblick auf die quantitative Bedeutung der Asylersanträge aus 2015 und 2016 und der Gesamtschutzquote zum Zeitpunkt der Studienkonzeption wurde sich für fünf Herkunftsländer entschieden: Afghanistan, Eritrea, Irak, Iran und Syrien. Die Grundgesamtheit ist auf den Stichtag, 31. Mai 2016, festgelegt. Aufgrund der dynamischen Entwicklung und der Veränderung der Grundgesamtheit zwischen Studienkonzeption und Datenerhebung, wurde im Rahmen der Datenerhebung in den Unterkünften auf das Einhalten der Quoten verzichtet und es kann kein Anspruch auf Repräsentativität durch die Quotierung erhoben werden. Vielmehr stellt die

Stichprobe ein Abbild der Geflüchteten dar, wie sie in den Unterkünften angetroffen werden konnten.

Optimal wäre eine Annäherung an die Grundgesamtheit durch Zufallsstichprobe oder Quotierung gewesen, die aufgrund der vorherrschenden Dynamik in den Unterkünften nicht realisiert werden konnte. Eine Gewichtung der Fälle wird als Goldstandard angesehen. Diese würde jedoch in diesem Fall den Anschein vermitteln, dass die Ergebnisse repräsentativ seien, was sie trotz der Gewichtung aufgrund der kleinen Stichprobe nicht sind. Somit wird auf eine Gewichtung sowie das Clustern der Standardfehler bewusst verzichtet.

Die Ziehung der Unterkünfte erfolgte über das Bayerische Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales. Grundlage für die Auswahl der Unterkünfte war die Besetzung der Unterkünfte nach Herkunftsländern. Aufgrund der quantitativen Bedeutung wurden solche Unterkünfte ausgewählt, in denen Geflüchtete aus Afghanistan, Eritrea, Irak, Iran oder Syrien anzutreffen waren. Insgesamt konnten Geflüchtete in 21 Erstaufnahme- und Gemeinschaftsunterkünften aus sechs der sieben Regierungsbezirke Bayerns befragt werden. Eine vollständige Übersicht über die Unterkünfte ist Tabelle 11 zu entnehmen.

Tabelle 11: Übersicht über die für die Datenerhebung inkludierten Erstaufnahme- und Gemeinschaftsunterkünfte

Quelle: Eigene Darstellung.

#	Unterkunft	Regierungsbezirk	Tag der Erhebung	n = 648
1	AE Regensburg DP Amberg (Adalbert-Stifter-Str. 18, 92224 Amberg)	Oberpfalz	14.11.2016	20
2	Arzberg, Marktredwitzer Straße	Oberfranken	08.02.2017	7
3	Bamberg, An der Breitenau (Hotel Mainfranken)	Oberfranken	02.02.2017	15
4	AE Ankunfts- u. Rückführungseinrichtung (ARE II) (Erlenweg 4, 96050 Bamberg)	Oberfranken	17.11.2016 22.11.2016	30 33
5	AE Deggendorf (Stadtfeldstr. 11, 94469 Deggendorf)	Niederbayern	29.11.2016	33
6	AE München DP Eichstätt (Residenzplatz 16, 85072 Eichstätt)	Mittelfranken	18.11.2016	19
7	AE München DP Fliegerhorst-FFB (Neufeld-Nord, 82256 Fürstenfeldbruck)	Oberbayern	28.11.2016	40
8	ZAE Zirndorf DP Fürth, Höffner Seeackerstr. (Seeackerstr. 45, 90765 Fürth)	Mittelfranken	12.11.2016	38
9	Garmisch-Partenkirchen, Heidemannstraße (Abrams, kurz danach geschlossen)	Oberbayern	13.12.2016	36
10	AE München DP M. Am Moosfeld (Am Moosfeld 37, 81829 München)	Oberbayern	23.11.2016	31
11	AE München DP M. Funkkaserne (Frankfurter Ring 200, 80807 München)	Oberbayern	24.11.2016	23

#	Unterkunft	Regierungsbezirk	Tag der Erhebung	n = 648
12	AE München DP M. McGraw (Tegenseer Landstr. 239a, 80807 München)	Oberbayern	25.11.2016	18
13	ZAE Dienststelle Nürnberg (Beuthener Straße 37-39, 90471 Nürnberg)	Mittelfranken	08.11.2016	23
14	ZAE Zirndorf DP Nürnberg, Witschelstr. (Witschelstr. 73, 90431 Nürnberg)	Mittelfranken	09.11.2016	11
15	AE Regensburg (Zeißstr. 1, 93053 Regensburg)	Oberpfalz	07.12.2016 14.12.2016	53 86
16	AE Schweinfurt (Kasernenweg 1, 97424 Schweinfurt)	Unterfranken	15.11.2016	25
17	AE München DP Bfz Waldkraiburg (Neisseweg 2-10, 84478 Waldkraiburg)	Oberbayern	30.11.2016	32
18	Weismain, Geutenreuther Straße	Oberfranken	09.02.2017	37
19	AE Schweinfurt DP Modul GU WÜ (Veitshöchheimer Str. 100, 97082 Würzburg)	Unterfranken	06.12.2016	21
20	ZAE Zirndorf (Rothenburger Str. 31, 90513 Zirndorf)	Mittelfranken	21.11.2016	24

AE = Aufnahmeeinrichtung; ZAE = Zentrale Aufnahmeeinrichtung

Die nachstehende Abbildung 13 zeigt die Verteilung der in der Studie inkludierten Erhebungsorte graphisch auf. Die Größe des Kreises steht dabei in proportionalem Zusammenhang mit der Anzahl der in der Studie berücksichtigten Teilnehmer:innen. Die Bezeichnung der Aufnahmeeinrichtungen sind mit den in Tabelle 11 zugehörigen Nummerierungen versehen.

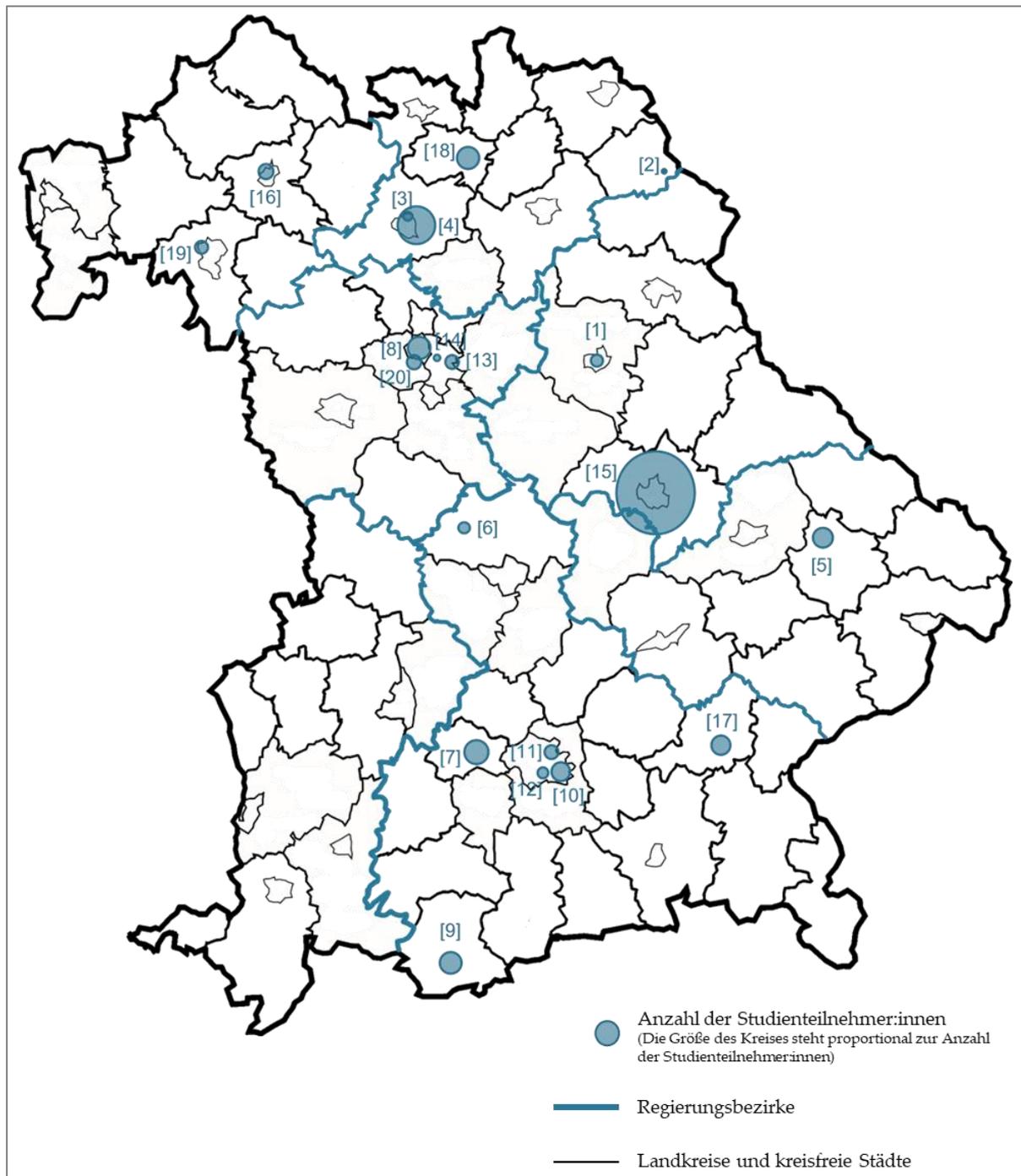


Abbildung 13: Verteilung der Erhebungsorte in Bayern

Quelle: Eigene Darstellung. Kartenmaterial: Bayerisches Landesamt für Statistik 2017.

6.3 Datenerhebung und Rekrutierung der Studienteilnehmer:innen in Erstaufnahme- und Gemeinschaftsunterkünften

Die **Datenerhebung** erfolgte vom 27. Oktober 2016 bis zum 09. Februar 2017 in insgesamt 20 Erstaufnahme- und Gemeinschaftsunterkünften in sechs der sieben Regierungsbezirke in Bayern (vgl. Tabelle 11). Die **Rekrutierung** der Studienteilnehmer:innen erfolgte durch direkte Ansprache, vorwiegend in Muttersprache, der Unterkunftsbewohner:innen durch ein

geschultes Team aus Wissenschaftler:innen und studentischen Hilfskräften. Im Rahmen einer Schulung durch eine Expertin für Migration und Gesundheit wurden wesentliche Inhalte zum Thema Kultursensibilität und zum sensiblen Umgang mit Geflüchteten vermittelt. Neben dem Antreffen der Bewohner:innen in den Gemeinschaftsräumen der Unterkünfte wurden diese auch gezielt in den Wohneinheiten aufgesucht und über das Studienvorhaben informiert.

In einem durch die Unterkünfte zur Verfügung gestellten Raum konnten die Fragebögen sowohl digital über ein Tablet oder eigenes Endgerät als auch als Paper-Pencil-Fragebogen ausgefüllt werden. Der digitale Fragebogen konnte über Qualtrics ausgefüllt werden. Um die Privatsphäre zu gewähren und eine möglichst hohe Datenqualität zu erzielen, wurden die Studienteilnehmer:innen gebeten, in mobilen Wahlkabinen an der Befragung teilzunehmen. Dies wurde nicht vollständig eingehalten. Analphabetische Studienteilnehmer:innen nahmen zum Teil durch Unterstützung anderer Bewohner:innen teil.

Durch das eigenständige und schriftliche Ausfüllen des Fragebogens soll gewährleistet werden, dass auch sensible oder möglicherweise schambehaftete Angaben gemacht werden können, ohne dass diese einem:r Interviewer:in gegenüber offenbart werden müssen. Zum anderen ermöglicht es die Befragung von Geflüchteten in unterschiedlichen Sprachen ohne die Notwendigkeit von Dolmetscher:innen (die Ansprache zur Teilnahme an der Befragung sei hier ausgenommen).

Die Teilnahme an der Studie erfolgte anonym und auf freiwilliger Basis. Die Teilnehmer:innen wurden schriftlich – in einer der zwölf verfügbaren Sprachen – über das Studienvorhaben und Datenschutzaspekte aufgeklärt. Insbesondere wurde auch herausgestellt, dass die Studienteilnahme in keinerlei Verbindung zum potenziell gestellten Asylantrag steht. Die Studienteilnehmer:innen wurden auf Anraten der beratenden Expert:innen (vgl. Abschnitt 6.1.2) darüber hinaus über mögliche (psychologische) Hilfsangebote und die Notrufnummer 112 für den Fall einer Retraumatisierung informiert. Das Studienvorhaben wurde im Vorfeld von der Ethikkommission der Universität Bayreuth geprüft. Ethische Bedenken wurden nicht geäußert.

6.4 Datenbereinigung und -auswertung

Nach einer allgemeinen Datenbereinigung reduzierte sich die Stichprobengröße aufgrund fehlender Angaben bzgl. des Alters, Geschlechts und Herkunftslands auf $n = 526$ Fälle. Nach Betrachtung der Stichprobe kombiniert nach Alter, Geschlecht und Herkunftsland wurde sich dafür entschieden, die Altersgruppen 45-64 Jahre ($n = 13$, davon eine weibliche Teilnehmerin) und über 64 Jahre ($n = 1$) aufgrund der geringen Teilnahme auszuschließen. Dies entspricht der Alters- und Geschlechterstruktur derer, die tatsächlich in den Unterkünften aufzufinden waren

und geflüchtet sind. Zudem wurde sich dafür entschieden nur die Fälle aus solchen Herkunftsländern einzuschließen, aus denen mindestens 25 Personen teilgenommen haben. Somit reduzierte sich die Anzahl der in die Analyse inkludierten Fälle auf $n = 434$. Eine Beschreibung der Stichprobe nach den genannten Merkmalen erfolgt in Abschnitt 7.1.

Im Fokus der Auswertung steht die Berechnung der Prävalenzen psychischer Belastungen und somatischer Erkrankungen differenziert nach Alter, Geschlecht und Herkunftsland. Die standardisierte Erfassung der somatischen Erkrankungen erfolgte durch die Antwortmöglichkeiten „Ja“, „Nein“, „Weiß nicht“ und „Keine Angabe“. Dabei wurden die beiden letzteren als fehlende Angaben berücksichtigt. Die Erfassung der 12-Monats-Prävalenz der somatischen Erkrankungen erfolgt mittels Filterfrage, die nur denjenigen Befragten angezeigt wurde, die bei der vorangestellten Fragestellung nach der Lebenszeitprävalenz der entsprechenden Erkrankung „Ja“ ausgewählt haben. Die 12-Monatsprävalenz bezieht sich daher auf die Anzahl der Befragten, die die Frage nach der Lebenszeitprävalenz mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet haben. Falls notwendig, wurde die Bezugsgröße korrigiert um die Anzahl der Befragten, die die Nachfrage, ob die Erkrankung auch in den letzten zwölf Monaten vorlag, hätten beantworten können, aber nicht beantwortet haben.

Die Auswertung der psychischen Belastungen, die aus dem PHQ resultieren, erfolgt auf Grundlage des vorgegebenen Auswertungsalgorithmus des Instruction Manuals¹⁸². Die Differenzierung der Wahrscheinlichkeiten für eine PTBS ergibt sich durch die Bildung von Summenscores der im PROTECT-Fragebogen erfassten Items. Als Resultat liegen eine geringe, mittlere oder hohe Wahrscheinlichkeit für eine PTBS vor.¹⁸³

Die Auswertung erfolgte deskriptiv und inferenzstatistisch mit der Software IBM SPSS Statistics (Version 28.0). Die ausgewiesenen Konfidenzintervalle (KI) der Anteile basieren auf der Berechnung des Wilson-Scores¹⁸⁴. Die Unterschiede in den Prävalenzen zwischen kategorialen Variablen werden mithilfe des Exakten Tests nach Fisher (exakter Chi-Quadrat-Test) untersucht.

¹⁸² Vgl. Pfizer o. J.; Löwe et al. 2002, S. 6.

¹⁸³ Vgl. Dimitrova et al. o. J., S. 6.

¹⁸⁴ Die einfache Berechnung der Konfidenzintervalle für Populationsanteile setzt die Standardnormalverteilung als Approximation der Binomialverteilung unter folgender Bedingung voraus: $n \cdot p \cdot (1 - p) > 9$ (vgl. Döring 2016, S. 648). Diese Bedingung erfüllen die vorliegenden Daten nicht. Das Wilson-Intervall weist im vorliegenden Fall exaktere Werte aus und wird mit nachstehender Formel berechnet:

$$\hat{p} = \frac{\hat{p} + \frac{z^2}{2n}}{1 + \frac{z^2}{n}} \pm \frac{z}{1 + \frac{z^2}{n}} \cdot \sqrt{\left(\frac{\hat{p}(1 - \hat{p})}{n} + \frac{z^2}{4n^2}\right)}$$

Für die Untersuchung der Unterschiede der metrischen Variablen wurde aufgrund fehlender Normalverteilung der Daten der Mann-Whitney-U-Test durchgeführt. Dies trifft auf die in Abschnitt 7.2 dargestellten Ergebnisse zu den allgemeinen Gesundheitsindikatoren zu.

7 Ergebnisse

Im folgenden Kapitel erfolgt die Ergebnispräsentation der Morbidität von Geflüchteten in Bayern basierend auf der in Kapitel 6 beschriebenen Primärdatenerhebung. Nach der Charakterisierung der Studienpopulation in Abschnitt 7.1 folgt die quantitative Beschreibung der Gesundheitssituation Geflüchteter basierend auf Prävalenzen. Nach einem kurzen Überblick zu allgemeinen Gesundheitsindikatoren in Abschnitt 7.2 sind die Ergebnisse zu den somatischen Erkrankungen in Abschnitt 7.3. Abschließend werden die Häufigkeiten psychischer Belastungen in Abschnitt 7.4 ausgewiesen und auf ausgewählte Lebensereignisse und -erfahrungen in 7.5 eingegangen.

7.1 Beschreibung der Studienpopulation

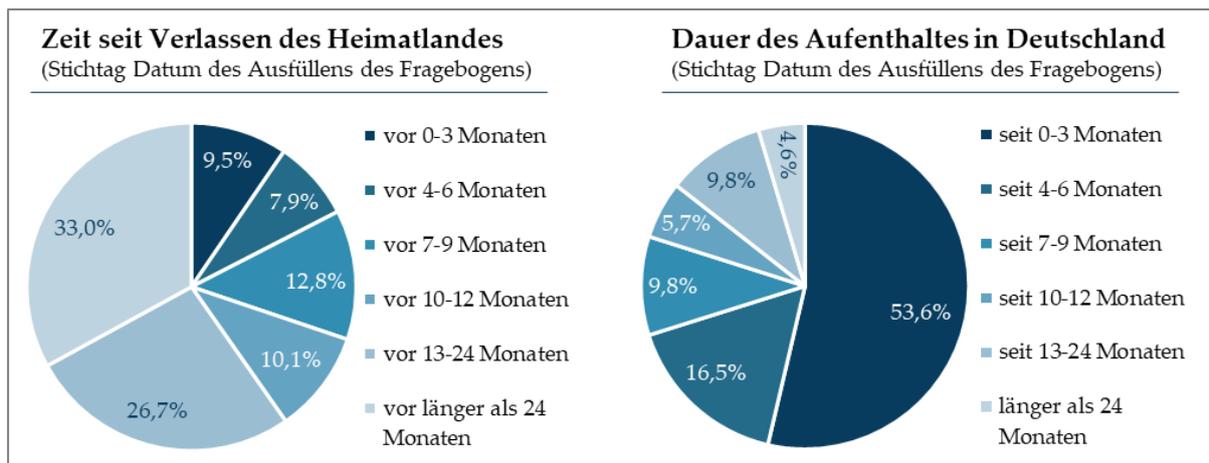
Insgesamt nahmen $n = 648$ Geflüchtete an der Studie teil. Erforderlich waren die Angaben nach Alter, Geschlecht und Herkunftsland. Ausgeschlossen wurden Teilnehmer:innen, die angaben, jünger als 18 Jahre alt zu sein und Fälle, die angaben, staatenlos zu sein. Somit ergab sich eine Gesamtgröße von $n = 526$ Teilnehmer:innen. Aufgrund der geringen Teilnahme von Menschen im Alter von 45 Jahren oder älter, wurden diese aus der Analyse ausgeschlossen. Weiterhin wurden Teilnehmer:innen ausgeschlossen, sofern weniger als 20 Personen aus dem entsprechenden Herkunftsland teilnahmen. Somit umfasst die der Analyse zugrundeliegende Stichprobe $n = 434$ Geflüchtete im Alter zwischen 18 und 44 Jahren, davon sind 75,6 % männlich. Das durchschnittliche Alter beträgt 25,7 Jahre ($SD = 6,4$), wobei Frauen ein durchschnittliches Alter von 26,8 ($SD = 6,7$) Jahren und Männer von 25,3 ($SD = 6,3$) Jahren aufweisen. Ein umfassender Überblick über die Verteilung der Stichprobe nach Alter, Geschlecht und Herkunftsland bietet Tabelle 12.

Tabelle 12: Verteilung der Studienpopulation nach Alter, Geschlecht und Herkunftsstaat

Quelle: Eigene Darstellung.

	18-29 Jahre		30-44 Jahre		Gesamt
	Männlich	Weiblich	Männlich	Weiblich	
Äthiopien	25	5	2	3	35
Afghanistan	21	6	2	2	31
Eritrea	70	25	13	2	110
Irak	38	15	13	6	72
Iran	15	3	16	3	37
Nigeria	27	4	15	2	48
Somalia	20	4	1	0	25
Syrien	31	13	19	13	76
Gesamt	247 (56,9 %)	75 (17,3 %)	81 (18,7 %)	31 (7,1 %)	434 (100 %)

Ein Großteil (59,7 %) der Studienteilnehmer:innen verließ ihr Heimatland vor mehr als einem Jahr (zum Zeitpunkt der Erhebung), 17,4 % hingegen verließen ihr Heimatland vor sechs Monaten oder weniger. 70,1 % der Studienpopulation ist seit sechs Monaten oder kürzer in Deutschland, im Durchschnitt hält sich die Studienpopulation seit 5,6 Monaten in Deutschland auf (vgl. Abbildung 14).

**Abbildung 14: Zeit seit Verlassen des Heimatlandes (Stichtag Datum des Ausfüllens des Fragebogens)**

Quelle: Eigene Darstellung.

Der Großteil der Studienpopulation (70,7 %) wartet zum Zeitpunkt der Datenerhebung auf einen Asylbescheid, 10,5 % verfügen bereits über eine Aufenthaltserlaubnis. Die Studienpopulation charakterisiert sich darüber hinaus überwiegend als ledig (51,2 %) und kinderlos (69,4%) mit bestehendem Wunsch des Familiennachzugs (52,1 %). Im Hinblick auf den Familiennachzug wurde angegeben, dass 55 Personen ihre:n Ehepartner:in, 98 Personen ihre Mutter bzw. 63 ihren Vater, 55 Personen ihr/ihre Kind/Kinder und 44 andere Verwandte nach Deutschland nachholen möchten. Tabelle 13 bietet einen Überblick über die Charakterisierung der Studienpopulation.

Tabelle 13: Charakterisierung der Studienpopulation

Quelle: Eigene Darstellung.

Merkmal		n (%)
Aufenthaltsstatus (n = 410)	Asylantrag gestellt, Antwort ausstehend	290 (70,7 %)
	Duldung	30 (7,3 %)
	Aufenthaltserlaubnis	43 (10,5 %)
	Niederlassungserlaubnis	5 (1,2 %)
	Keinen Aufenthaltstitel	9 (2,2 %)
	Anderer Aufenthaltstitel	6 (1,5 %)
	Unbekannt	27 (6,6 %)
Familienstand (n = 369)	Verheiratet, mit Ehepartner:in zusammenlebend	100 (27,1%)
	Verheiratet, von Ehepartner:in getrenntlebend	59 (16,0 %)
	Ledig	189 (51,2 %)
	Geschieden	10 (2,7 %)
	Verwitwet	11 (3,0 %)
Kinder (n = 273)	Ja	116 (30,6 %)
	Nein	263 (69,4 %)
Gewünschter Familiennachzug (n = 340)	Ja	177 (52,1 %)
	Nein	116 (34,1 %)
	Weiß ich noch nicht	34 (10,0 %)
	Keine Angabe	13 (3,8 %)
Berufliche Situation im Herkunftsland (n = 364)	Schüler:in/Student:in	113 (31,0 %)
	Arbeiter:in	70 (19,2 %)
	Selbstständig	74 (20,3 %)
	Angestellte:r	48 (13,2 %)
	Andere	59 (16,2%)
	(Hausfrau/-mann, arbeitslos, Renter:in, keine Angabe)	

7.2 Allgemeine Gesundheitsindikatoren

An einer chronischen Krankheit erkrankt zu sein geben 13,2 % der Studienteilnehmer:innen an, 72,6 % verneinen das Vorliegen einer chronischen Erkrankung. 20,3 % fühlen sich in der Ausübung alltäglicher Tätigkeiten durch Krankheit (erheblich) eingeschränkt. Der Großteil von 56,0 % fühlt sich nicht eingeschränkt (vgl. Abbildung 15).

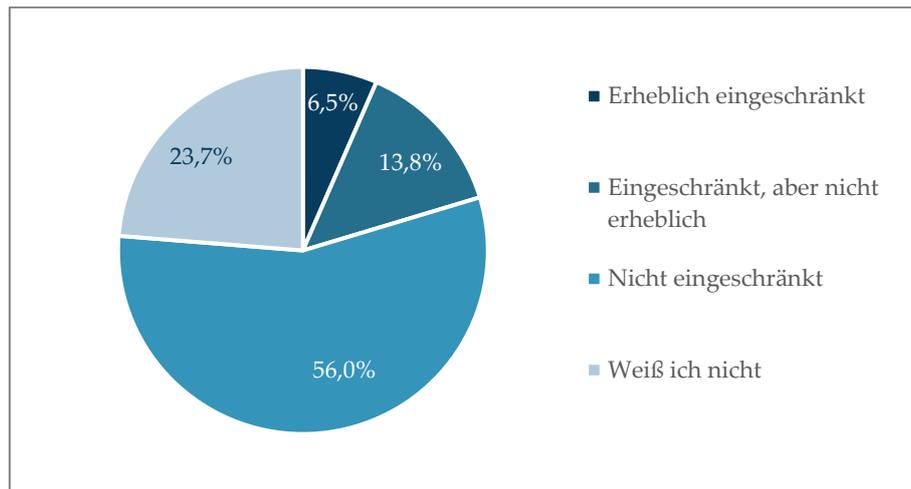


Abbildung 15: Ausmaß dauerhafter Einschränkung in der Ausübung alltäglicher Tätigkeiten durch Krankheit

Quelle: Eigene Darstellung.

Im Durchschnitt geben die Befragten 4,6 Tage ($SD = 7,9$) an, in den letzten 30 Tagen aufgrund von Gesundheitsproblemen absolut unfähig gewesen zu sein, alltägliche Aktivitäten oder Arbeit zu verrichten und 3,9 Tage ($SD = 7,0$) ebendiese aufgrund von Gesundheitsproblemen reduziert zu haben.

Frauen geben im Durchschnitt eine höhere Anzahl an Tagen an, an denen sie ihren alltäglichen Aktivitäten oder ihre Arbeit nicht verrichten können bzw. diese aufgrund von Gesundheitsproblemen reduziert haben, als Männer ($M = 7,0$ $SD = 9,3$ Frauen vs. $M = 3,8$, $SD = 7,4$ Männer). Der Mann-Whitney-U-Test bestätigt einen statistisch signifikanten Unterschied der Anzahl der angegebenen Tage, aufgrund von Gesundheitsproblemen unfähig gewesen zu sein, alltägliche Aktivitäten oder Arbeit zu verrichten, nach dem Geschlecht, $U = 4.807,500$, $Z = -3,347$, $p < 0,001$. Ebenfalls kann ein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der Anzahl an Tagen, an welchen alltägliche Aktivitäten oder die Arbeit aufgrund von Gesundheitsproblemen reduziert wurden, bestätigt werden, $U = 3.777,000$, $Z = -3,124$, $p = 0,001$.

Im Hinblick auf Unterschiede zwischen den Altersklassen zeigen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede ($U = 6.939,500$, $Z = -1,482$, $p = 0,138$ bzgl. der absoluten Unfähigkeit alltägliche Aktivitäten oder Arbeit zu verrichten; $U = 5.702,000$, $Z = -0,882$, $p = 0,378$ bzgl. der Reduzierung der Aktivitäten und Arbeit aufgrund von Gesundheitsproblemen).

Tabelle 14: Einschränkung in alltäglichen Aktivitäten oder Arbeit aufgrund von Gesundheitsproblemen differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht

Quelle: Eigene Darstellung.

		Anzahl an Tagen, aufgrund von Gesundheitsproblemen absolut unfähig gewesen zu sein, alltägliche Aktivitäten oder Arbeit zu verrichten			Anzahl an Tagen, aufgrund von Gesundheitsproblemen alltägliche Aktivitäten oder Arbeit reduziert zu haben		
		n	M*	SD	n	M*	SD
Alter	18–29 Jahre	189	5,0	8,4	167	4,2	7,1
	30–44 Jahre	82	3,5	6,8	73	3,4	6,7
Geschlecht	Männlich	209	3,8	7,4	185	3,4	7,0
	Weiblich	62	7,0	9,3	55	5,6	7,0

*M = Mittelwert

7.3 Somatische Erkrankungen von Geflüchteten in Bayern

Die somatischen Erkrankungen wurden in ihrer Lebenszeit- und in der 12-Monatsprävalenz sowohl als Gesamtprävalenz für die gesamte Stichprobe als auch differenziert nach Geschlecht, Altersgruppen und Herkunftsland inklusive ihrer Konfidenzintervalle ausgewiesen. Im Folgenden werden die Ergebnisse strukturiert nach sieben Krankheitskategorien dargestellt. Die Ergebnisse der inferenzstatistischen Tests bzgl. der Unterschiede zwischen den Gruppen lassen sich dem Anhang 1 (Lebenszeitprävalenz) und Anhang 2 (12-Monatsprävalenz) entnehmen.

Unter **(1) ausgewählten muskuloskelettalen Erkrankungen** sind Arthrose, Arthritis, Osteoporose und chronische Rückenschmerzen zusammenzufassen. Die Lebenszeit- und 12-Monatsprävalenzen inklusive der 95 %-Konfidenzintervalle lassen sich für die Gesamtstichprobe und differenziert nach Geschlecht und Altersgruppen der Tabelle 15 entnehmen. Die Ergebnisse differenziert nach Herkunftsstaaten werden in Tabelle 16 ausgewiesen.

Insbesondere sind **chronische Rückenschmerzen** mit einer Gesamtlebenszeitprävalenz von 21,5 % und einer 12-Monatsprävalenz von 16,3 % in Bezug auf die quantitative Bedeutung herauszustellen. Frauen geben mit 28,8 % (Lebenszeit-) bzw. 22,4 % (12-Monatsprävalenz) häufiger an, an chronischen Rückenschmerzen zu leiden als Männer (19,3 % bzw. 14,5 % Lebenszeit- bzw. 12-Monatsprävalenz). In der höheren Altersklasse von 30-44 Jahren ist sowohl die Lebenszeit- als auch die 12-Monatsprävalenz mit 30,2 % bzw. 25,5 % signifikant höher als in der jüngeren Altersklasse von 18-29 Jahre mit 18,1 % bzw. 12,6 % ($p = 0,019$ vs. $p = 0,005$). Im Hinblick auf die Verteilung der Anteile nach Herkunftsstaaten zeigt sich eine Spannweite von 8,0 % unter äthiopischen, 12,5 % unter eritreischen Teilnehmer:innen bis 23,1 % unter

afghanischen bzw. 33,3 % unter somalischen Studienpartizipierenden. Die festgestellten Unterschiede in den Prävalenzen nach Herkunftsstaaten sind nicht statistisch signifikant.

Die weiteren in die Untersuchung eingeschlossenen muskuloskelettalen Erkrankungen treten im Vergleich zu chronischen Rückenschmerzen deutlich seltener auf. Insgesamt geben 5,5 % der Gesamtstudienpopulation an jemals und 4,0 % in den letzten zwölf Monaten an **Arthritis** erkrankt gewesen zu sein. Weibliche und Studienteilnehmer:innen der älteren Altersklasse äußern häufiger, daran erkrankt gewesen zu sein, wobei der Geschlechterunterschied bei der Lebenszeitprävalenz signifikant ist ($p = 0,047$). Am häufigsten bestätigen syrische Teilnehmer:innen, jemals bzw. in den letzten zwölf Monaten an Arthritis erkrankt gewesen zu sein (13,6 % bzw. 6,9 %). Keine Teilnehmer:in aus dem Iran, Äthiopien und Somalia berichtet das Vorliegen einer Arthritis in den letzten zwölf Monaten.

Das Vorkommen von **Osteoporose** wird von insgesamt 4,2 % (Lebenszeit-) bzw. 3,1 % der Studienteilnehmenden angegeben. Auch hier zeigt sich das Muster, dass weibliche und ältere Studienteilnehmer:innen häufiger an Osteoporose erkrankt sind. Im Hinblick auf die Verteilung der Prävalenzen nach Herkunftsstaaten zeigt sich, dass keine nigerianische:r Befragte:r das Vorhandensein einer Osteoporose bestätigt. Hingegen liegt die Lebenszeitprävalenz zwischen 2,7 % unter eritreischen und 14,3 % unter somalischen Studienteilnehmenden, während die 12-Monatsprävalenz mit 7,7 % unter äthiopischen Studienteilnehmer:innen am höchsten ist. Die festgestellten Differenzen zwischen Studienteilnehmer:innen der verschiedenen Herkunftsstaaten sind nicht signifikant.

Die geringste Prävalenz bezieht sich auf das Auftreten von **Arthrose** mit einer Gesamtlebenszeitprävalenz von 3,4 % und einer 12-Monatsprävalenz von 0,9 %. Hier kann – im Gegensatz zu allen weiteren ausgewählten muskuloskelettalen Erkrankungen – konstatiert werden, dass männliche und jüngere Studienteilnehmer:innen eher angeben, in den vergangenen zwölf Monaten an Arthrose erkrankt gewesen zu sein. Der Geschlechts- und Altersunterschied ist jedoch nicht statistisch signifikant. Auch in Bezug auf die Herkunftsstaaten können keine statistisch signifikanten Unterschiede beobachtet werden, allerdings zeigen die deskriptiven Auswertungen, dass Arthrose lediglich von 3,2 % der Iraker:innen und 1,4 % der Eritreer:innen in den letzten zwölf Monaten bestätigt wird.

Tabelle 15: Häufigkeiten ausgewählter muskuloskelettaler Erkrankungen der Gesamtpopulation, differenziert nach Geschlecht und Altersgruppen

Quelle: Eigene Darstellung.

	Gesamt			Männer			Frauen			18-29 Jahre			30-44 Jahre		
	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)
Lebenszeitprävalenz															
Arthrose	327	3,4	(1,9–5,9)	252	3,2	(1,6–6,1)	75	4,0	(1,4–11,1)	238	2,9	(1,4–5,9)	89	4,5	(1,8–11,0)
Arthritis	330	5,5	(3,5–8,5)	251	4,0	(2,2–7,2)	79	10,1	(5,2–18,7)	242	5,0	(2,9–8,5)	88	6,8	(3,2–14,1)
Osteoporose	330	4,2	(2,5–7,0)	255	3,5	(1,9–6,6)	75	6,7	(2,9–14,7)	240	4,2	(2,3–7,5)	90	4,4	(1,7–10,9)
Chronische Rückenschmerzen	339	21,5	(17,5–26,2)	259	19,3	(15,0–24,5)	80	28,8	(20,0–39,5)	243	18,1	(13,8–23,4)	96	30,2	(21,9–40,0)
12-Monatsprävalenz															
Arthrose	325	0,9	(0,3–2,7)	251	1,2	(0,4–3,5)	74	0,0	(0,0–4,9)	237	1,3	(0,4–3,7)	88	0,0	(0,0–4,2)
Arthritis	328	4,0	(2,3–6,7)	251	3,2	(1,6–6,2)	77	6,5	(2,8–14,3)	241	3,3	(1,7–6,4)	87	5,7	(2,5–12,8)
Osteoporose	327	3,1	(1,7–5,5)	254	2,8	(1,3–5,6)	73	4,1	(1,4–11,4)	238	2,9	(1,4–6,0)	89	3,4	(1,2–9,5)
Chronische Rückenschmerzen	332	16,3	(12,7–20,6)	256	14,5	(10,7–19,3)	76	22,4	(14,5–32,9)	238	12,6	(9,0–17,4)	94	25,5	(17,8–35,2)

*Die Berechnung der Konfidenzintervalle der Anteile basieren auf dem Wilson-Intervall.

Tabelle 16: Häufigkeiten ausgewählter muskuloskelettaler Erkrankungen differenziert nach Herkunftsstaaten

Quelle: Eigene Darstellung.

	Syrien			Afghanistan			Irak			Iran			Eritrea			Äthiopien			Nigeria			Somalia		
	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)
Lebenszeitprävalenz																								
Arthrose	60	3,3	(0,9–11,4)	27	0,0	(0,0–12,5)	62	6,5	(2,5–15,4)	32	0,0	(0,0–10,7)	69	4,3	(1,5–12,0)	28	3,6	(0,6–17,7)	34	0,0	(0,0–10,2)	15	6,7	(1,2–29,8)
Arthritis	59	13,6	(7,0–24,5)	29	3,4	(0,6–17,2)	62	6,5	(2,5–15,4)	33	0,0	(0,0–10,4)	71	2,8	(0,8–9,7)	27	3,7	(0,7–18,3)	34	5,9	(1,6–19,1)	15	0,0	(0,0–20,4)
Osteoporose	60	5,0	(1,7–13,7)	29	3,4	(0,6–17,2)	60	5,0	1,7–13,7	33	3,0	(0,5–15,3)	73	2,7	(0,8–9,5)	26	7,7	(2,1–24,1)	35	0,0	(0,0–9,9)	14	14,3	(4,0–39,9)
Chronische Rückenschmerzen	62	22,6	(14,0–34,4)	27	29,6	(15,9–48,5)	64	26,6	17,3–38,5	35	20,0	(10,0–35,9)	72	12,5	(6,7–22,1)	28	28,6	(15,3–47,1)	36	13,9	(6,1–28,7)	15	33,3	(15,2–58,3)
12-Monatsprävalenz																								
Arthrose	59	0,0	(0,0–6,1)	27	0,0	(0,0–12,5)	62	3,2	(0,9–11,0)	32	0,0	(0,0–10,7)	69	1,4	(0,3–7,8)	28	0,0	(0,0–12,1)	34	0,0	(0,0–10,2)	14	0,0	(0,0–21,5)
Arthritis	58	6,9	(2,7–16,4)	29	3,4	(0,6–17,2)	62	6,5	(2,5–15,5)	33	0,0	(0,0–10,4)	71	2,8	(0,8–9,7)	26	0,0	(0,0–12,9)	34	5,9	(1,63–19,1)	15	0,0	(0,0–20,4)
Osteoporose	59	3,4	(0,9–11,5)	29	3,4	(0,6–17,2)	59	3,4	(0,9–11,5)	33	3,0	(0,5–15,3)	72	1,4	(0,3–7,5)	26	7,7	(2,1–24,4)	35	0,0	(0,0–9,9)	14	7,1	(1,3–31,5)
Chronische Rückenschmerzen	61	19,7	(11,6–31,3)	26	23,1	(11,0–42,1)	63	22,2	(13,7–33,9)	34	17,6	(8,4–33,5)	72	11,1	(5,7–20,4)	25	8,0	(2,2–25,0)	36	11,1	(4,4–25,3)	15	13,3	(3,7–37,9)

*Die Berechnung der Konfidenzintervalle der Anteile basieren auf dem Wilson-Intervall.

Unter den **(2) Herz-/Kreislaferkrankungen** sind Diabetes, Bluthochdruck, Herzerkrankungen wie koronare Herzerkrankung und Durchblutungsstörungen des Herzens, Herzinfarkt, Herzinsuffizienz und Schlaganfall subsummiert. Tabelle 17 kann die Lebenszeit- und 12-Monatsprävalenz der Gesamtstichprobe sowie differenziert nach Geschlecht und Altersgruppen entnommen werden, während Tabelle 18 entsprechende Prävalenzen für die Studienteilnehmer:innen nach Herkunftsstaaten ausweist.

Unter den Herz-/Kreislaferkrankungen ist **Bluthochdruck** die häufigste Erkrankung. Während sich die Lebenszeitprävalenz der Gesamtstichprobe auf 8,1 % beläuft, geben 4,1 % der Befragten an, in den letzten zwölf Monaten an Bluthochdruck erkrankt gewesen zu sein. Weibliche und ältere Studienteilnehmer:innen bestätigen das Vorliegen von Bluthochdruck tendenziell häufiger (statistisch nicht signifikant). Die höchste Lebenszeitprävalenz im Hinblick auf die Gruppierungen nach Herkunftsstaaten weisen Studienteilnehmer:innen aus Afghanistan mit 22,2 % auf, wohingegen kein:e afghanische:r Befragte:r angibt, in den letzten zwölf Monaten an Bluthochdruck erkrankt gewesen zu sein. Die höchste 12-Monatsprävalenz zeigt sich für Geflüchtete aus Syrien mit 8,8 %.

Insgesamt geben 4,8 % an, jemals an **Diabetes** erkrankt gewesen zu sein, während 1,8 % der Befragten ein Auftreten in den letzten zwölf Monaten bestätigen. Weibliche Personen und solche der höheren Altersgruppe bejahen häufiger – sowohl jemals als auch in den vergangenen zwölf Monaten – eine Diabetes-Erkrankung (statistisch nicht signifikant). So beläuft sich die Lebenszeitprävalenz bzw. 12-Monatsprävalenz der weiblichen Studienteilnehmer:innen auf 8,9 % bzw. 3,8 %, wohingegen für Männer ein Anteil von 3,6 % bzw. 1,2 % ausgewiesen werden kann. Im Hinblick auf die Altersgruppe der 18-29-Jährigen wird eine 12-Monatsprävalenz von 0,8 %, wohingegen 30-44-Jährige mit 4,4 % signifikant häufiger angeben, an Diabetes erkrankt zu sein ($p = 0,049$). Die differenzierte Betrachtung der Häufigkeiten von Diabetes bezüglich der Herkunftsstaaten weist eine Spannweite von 0,0 % für afghanische, äthiopische, nigerianische und somalische Befragte bis 4,6 % für irakische Partizipierende in den letzten zwölf Monaten auf. **Herzerkrankungen**, darunter koronare Herzerkrankungen und Durchblutungsstörungen des Herzens, werden von 3,4 % (jemals) bzw. 2,5 % (in den letzten zwölf Monaten) der Gesamtstichprobe konstatiert. Auch hier zeigt sich, dass weibliche und Teilnehmer:innen der älteren Altersgruppe von 30–44 Jahren (statistisch nicht signifikant) etwas häufiger das Auftreten von Herzerkrankungen bejahen. So beläuft sich die 12-Monatsprävalenz weiblicher Befragter auf 2,7 %, während für Männer ein entsprechender Anteil von 2,4 % ausgewiesen wird und für die

Altersgruppe der 30–44-Jährigen auf 3,5 % vs. 2,2 % bei den 18–29-Jährigen. Werden die Herkunftsstaaten differenziert betrachtet, so zeigen sich keine (statistisch signifikanten) Unterschiede. Während 5,9 % der nigerianischen Befragten bestätigen, in den letzten zwölf Monaten an einer Herzerkrankung erkrankt gewesen zu sein, belief sich die 12-Monatsprävalenz der äthiopischen und afghanischen Befragten auf jeweils 3,7 %, die der Syrer:innen auf 3,3 %, der Iraner:innen auf 3,1 % und die der afghanischen und somalischen Partizipierenden auf 0,0 %.

Für **Herzinfarkte, Herzinsuffizienz und Schlaganfälle** werden für die Gesamtpopulation Lebenszeitprävalenzen von jeweils 1,5 % ausgewiesen, die 12-Monatsprävalenz von Herzinfarkten und -insuffizienzen beläuft sich auf jeweils 1,2 %, wobei sich für Schlaganfälle ein Anteil von 0,3 % ergibt. Im Hinblick auf Unterschiede zwischen den Geschlechtern und Altersgruppen können keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden. Statistisch signifikante Unterschiede ergeben sich jedoch für die Lebenszeitprävalenzen von Herzinsuffizienz und Schlaganfall in Bezug auf das Herkunftsland ($p = 0,032$ bzw. $p = 0,038$). So geben 7,1 %, 6,3 % bzw. 3,0 % der Befragten aus Äthiopien, Somalia bzw. Eritrea an, jemals einen Schlaganfall erlitten zu haben, während sich für die restliche Studienpopulation eine entsprechende Prävalenz von 0,0 % ergibt. Das Auftreten einer Herzinsuffizienz wird von 7,4 % der Äthiopier:innen, von 6,7 % der Afghan:innen und von 1,6 % der befragten Eritreer:innen bejaht. Studienpartizipierende aus anderen Herkunftsstaaten verneinen das Vorkommen einer Herzinsuffizienz.

Tabelle 17: Häufigkeiten von Herz-/Kreislaufkrankungen der Gesamtpopulation, differenziert nach Geschlecht und Altersgruppen

Quelle: Eigene Darstellung.

	Gesamt			Männer			Frauen			18-29 Jahre			30-44 Jahre		
	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)
Lebenszeitprävalenz															
Diabetes	331	4,8	(3,0–7,7)	252	3,6	(1,9–6,6)	79	8,9	(4,4–17,2)	241	4,1	(2,3–7,5)	90	6,7	(3,1–13,8)
Bluthochdruck	321	8,1	(5,6–11,6)	247	7,3	(4,7–11,2)	74	10,8	(5,6–19,9)	240	7,5	(4,8–11,5)	81	9,9	(5,1–18,3)
Herzerkrankungen**	319	3,4	(1,9–6,1)	246	3,3	(1,7–6,3)	73	4,1	(1,4–11,4)	232	2,6	(1,2–5,5)	87	5,7	(2,5–12,8)
Herzinfarkt	338	1,5	(0,6–3,4)	259	1,5	(0,6–3,9)	79	1,3	(0,2–6,8)	244	1,6	(0,6–4,1)	94	1,1	(0,2–5,8)
Herzinsuffizienz	328	1,5	(0,7–3,5)	254	1,2	(0,4–3,4)	74	2,7	(0,7–9,3)	236	1,7	(0,7–4,3)	92	1,1	(0,2–5,9)
Schlaganfall	338	1,5	(0,6–3,4)	259	1,5	(0,6–3,9)	79	1,3	(0,2–6,8)	242	2,1	(0,9–4,7)	96	0,0	(0,0–3,9)
12-Monatsprävalenz															
Diabetes	330	1,8	(0,8–3,9)	251	1,2	(0,4–3,5)	79	3,8	(1,3–10,6)	240	0,8	(0,2–3,0)	90	4,4	(1,7–10,9)
Bluthochdruck	319	4,1	(2,4–6,8)	245	3,7	(1,9–6,8)	74	5,4	(2,1–13,1)	238	3,4	(1,7–6,5)	81	6,2	(2,7–13,7)
Herzerkrankungen**	318	2,5	(1,3–4,9)	245	2,4	(1,1–5,2)	73	2,7	(0,8–9,5)	232	2,2	(0,9–5,0)	86	3,5	(1,2–9,8)
Herzinfarkt	338	1,2	(0,5–3,0)	259	1,2	(0,4–3,4)	79	1,3	(0,2–6,8)	244	1,2	(0,4–3,6)	94	1,1	(0,2–5,8)
Herzinsuffizienz	328	1,2	(0,5–3,1)	254	1,2	(0,4–3,4)	74	1,4	(0,2–7,3)	236	1,3	(0,4–3,7)	92	1,1	(0,2–5,9)
Schlaganfall	338	0,3	(0,1–1,7)	259	0,4	(0,1–2,2)	79	0,0	(0,0–4,6)	242	0,4	(0,1–2,3)	96	0,0	(0,0–3,9)

*Die Berechnung der Konfidenzintervalle der Anteile basieren auf dem Wilson-Intervall; ** KHK, Durchblutungsstörungen des Herzens

Tabelle 18: Häufigkeiten von Herz-/Kreislaufkrankungen differenziert nach Herkunftsstaaten

Quelle: Eigene Darstellung.

	Syrien			Afghanistan			Irak			Iran			Eritrea			Äthiopien			Nigeria			Somalia		
	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)
Lebenszeitprävalenz																								
Diabetes	59	3,4	(0,9–11,5)	28	7,1	(2,0–22,6)	65	4,6	(1,6–12,7)	29	3,4	(0,6–17,2)	74	5,4	(2,1–13,1)	24	8,3	(2,3–25,8)	37	5,4	(1,5–17,7)	15	0,0	(0,0–20,4)
Bluthochdruck	57	10,5	(4,9–21,2)	27	22,2	(10,6–40,8)	57	8,8	(3,8–18,9)	32	3,1	(0,6–15,7)	67	4,5	(1,5–12,4)	30	6,7	(1,8–21,3)	36	8,3	(2,9–21,8)	15	0,0	(0,0–20,4)
Herzkrankungen**	61	6,6	(2,6–15,7)	27	3,7	(0,7–18,3)	58	0,0	(0,0–6,2)	32	3,1	(0,6–15,7)	64	1,6	(0,3–8,3)	27	7,4	(2,1–23,4)	34	5,9	(1,6–19,1)	16	0,0	(0,0–19,4)
Herzinfarkt	63	1,6	(0,3–8,5)	30	3,3	(0,6–16,7)	63	1,6	(0,3–8,5)	35	0,0	(0,0–9,9)	66	1,5	(0,3–8,1)	29	0,0	(0,0–11,7)	36	2,8	(0,5–14,2)	16	0,0	(0,0–19,4)
Herzinsuffizienz	60	0,0	(0,0–6,0)	30	6,7	(1,8–21,3)	61	0,0	(0,0–5,9)	35	0,0	(0,0–9,9)	64	1,6	(0,3–8,3)	27	7,4	(2,1–23,4)	36	0,0	(0,0–9,6)	15	0,0	(0,0–20,4)
Schlaganfall	64	0,0	(0,0–5,7)	29	0,0	(0,0–11,7)	62	0,0	(0,0–5,8)	35	0,0	(0,0–9,9)	67	3,0	(0,8–10,2)	28	7,1	(2,0–22,6)	37	0,0	(0,0–9,4)	16	6,3	(1,1–28,3)
12-Monatsprävalenz																								
Diabetes	59	1,7	(0,3–9,0)	28	0,0	(0,0–12,1)	65	4,6	(1,6–12,7)	29	3,4	(0,6–17,2)	73	1,4	(0,2–7,4)	24	0,0	(0,0–13,8)	37	0,0	(0,0–9,4)	15	0,0	(0,0–20,4)
Bluthochdruck	57	8,8	(3,8–18,9)	27	0,0	(0,0–12,5)	57	5,3	(1,8–14,4)	32	3,1	(0,6–15,7)	65	1,5	(0,3–8,2)	30	6,7	(1,9–21,3)	36	2,8	(0,5–14,2)	15	0,0	(0,0–20,4)
Herzkrankungen**	60	3,3	(0,9–11,4)	27	3,7	(0,7–18,3)	58	0,0	(0,0–6,2)	32	3,1	(0,6–15,7)	64	1,6	(0,3–8,3)	27	3,7	(0,2–20,9)	34	5,9	(1,6–19,1)	16	0,0	(0,0–19,4)
Herzinfarkt	63	1,6	(0,3–8,5)	30	3,3	(0,6–16,7)	63	0,0	(0,0–5,8)	35	0,0	(0,0–9,9)	66	1,5	(0,3–8,1)	29	0,0	(0,0–11,9)	36	2,8	(0,5–14,2)	16	0,0	(0,0–19,4)
Herzinsuffizienz	60	0,0	(0,0–6,0)	30	6,7	(1,9–21,3)	61	0,0	(0,0–5,9)	35	0,0	(0,0–9,9)	64	1,6	(0,3–8,3)	27	3,7	(0,2–20,9)	36	0,0	(0,0–9,4)	15	0,0	(0,0–20,4)
Schlaganfall	64	0,0	(0,0–5,7)	29	0,0	(0,0–11,7)	62	0,0	(0,0–5,8)	35	0,0	(0,0–9,9)	67	1,5	(0,3–8,0)	28	0,0	(0,0–12,1)	37	0,0	(0,0–9,4)	16	0,0	(0,0–19,4)

*Die Berechnung der Konfidenzintervalle der Anteile basieren auf dem Wilson-Intervall; ** KHK Durchblutungsstörungen des Herzens

Unter **(3) Atemwegserkrankungen** werden Asthma bronchiale und chronische Bronchitis zusammengefasst. Der Tabelle 19 können die Lebenszeit- und 12-Monatsprävalenz inklusive der 95 %-Konfidenzintervalle der Gesamtpopulation sowie für die Geschlechter und Altersgruppen spezifisch entnommen werden. Tabelle 19 weist die entsprechenden Häufigkeiten für die Studienpopulation differenziert nach Herkunftsstaaten aus.

An **chronischer Bronchitis** litten 4,9 % bzw. 3,1 % der Stichprobe jemals bzw. in den vergangenen zwölf Monaten. Hierbei zeigt sich, dass weibliche Teilnehmerinnen (statistisch nicht signifikant) häufiger eine chronische Bronchitis bestätigen. So beläuft sich die Lebenszeitprävalenz auf 9,1 %, während Männer zu 3,6 % angeben, daran erkrankt (gewesen) zu sein. Im Hinblick auf Unterschiede im Auftreten der chronischen Bronchitis differenziert nach Altersgruppen zeigt sich für die Lebenszeitprävalenz ein etwas höherer relativer Anteil für die jüngere Altersgruppe (5,1 % vs. 4,5 %), während für die 12-Monatsprävalenz ein leicht höherer Anteil für die ältere Altersgruppe ausgewiesen wird (3,4 % vs. 3,0 %). Hinsichtlich der Herkunftsstaaten zeigen sich zwar Unterschiede zwischen den Teilnehmer:innen, die jedoch nicht (statistisch) signifikant sind. Die höchste Lebens- und 12-Monatsprävalenz ergibt sich für Menschen aus Syrien (11,1 % bzw. 7,9 %), gefolgt von Partizipierenden aus Somalia (6,7 % bzw. 0,0 %). Für Geflüchtete der Studienpopulation aus dem Iran ergibt sich eine Lebenszeit- bzw. 12-Monatsprävalenz von 6,1 % bzw. 3,0 %. Keine Teilnehmer:in aus Afghanistan und Nigeria gibt an, jemals oder in den letzten zwölf Monaten an chronischer Bronchitis erkrankt gewesen zu sein.

Für die Gesamtstichprobe ergibt sich eine Lebenszeit- bzw. 12-Monatsprävalenz von **Asthma bronchiale** von 3,9 % bzw. 3,0 %. Studienteilnehmerinnen geben signifikant häufiger an, an Asthma bronchiale erkrankt zu sein, als Studienteilnehmer (*Lebenszeit: $p = 0,014$; 12 Monate: $p = 0,012$*). So ergibt sich eine Lebenszeit- bzw. 12-Monatsprävalenz für Frauen von 9,2 % bzw. 7,9 %, wohingegen sich der Anteil der Männer auf 2,4 % bzw. 1,6% beläuft. In der jüngeren Altersgruppe der 18-29-Jährigen werden tendenziell höhere Prävalenzen ausgewiesen als in der älteren Altersgruppe (statistisch nicht signifikant). Auch zeigen sich Unterschiede im Auftreten von Asthma bronchiale in Abhängigkeit der Herkunftsstaaten (*Lebenszeit: $p = 0,001$; 12 Monate: $p = 0,002$*). 15,2 % der befragten Iraner:innen geben an, sowohl jemals als auch in den letzten zwölf Monaten an Asthma bronchiale erkrankt gewesen zu sein. Somalier:innen bejahen das dereinstige Vorliegen von Asthma bronchiale zu 14,3 %. Die Prävalenz in Bezug auf die vergangenen zwölf Monate halbiert sich nahezu auf 7,1 %. Eine – im Vergleich zu den anderen Herkunftsstaaten – hohe Prävalenz zeigt sich auch für aus Afghanistan stammende Geflüchtete

der Studienpopulation. So geben sie zu 13,0 % an, jemals und zu 8,7 % in den letzten zwölf Monaten an Asthma bronchiale erkrankt zu sein. Geringere relative Häufigkeiten in der Lebenszeit bzw. den vergangenen zwölf Monaten zeigen sich für Befragte aus Syrien (jeweils 3,2 %), Eritrea (jeweils 1,4 %), Irak, Äthiopien und Nigeria (jeweils 0,0 %).

Tabelle 19: Häufigkeiten von Atemwegserkrankungen der Gesamtpopulation, differenziert nach Geschlecht und Altersgruppen

Quelle: Eigene Darstellung.

	Gesamt			Männer			Frauen			18-29 Jahre			30-44 Jahre		
	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)
Lebenszeitprävalenz															
Asthma bronchiale	330	3,9	(2,3–6,6)	254	2,4	(1,1–5,1)	76	9,2	(4,5–17,8)	243	4,5	(2,5–7,9)	87	2,3	(0,6–8,0)
Chronische Bronchitis	324	4,9	(3,1–7,9)	247	3,6	(1,9–6,8)	77	9,1	(4,5–17,6)	235	5,1	(2,9–8,7)	89	4,5	(1,8–11,0)
12-Monatsprävalenz															
Asthma bronchiale	330	3,0	(1,7–5,5)	254	1,6	(0,6–4,0)	76	7,9	(3,7–16,2)	243	3,3	(1,7–6,4)	87	2,3	(0,6–8,0)
Chronische Bronchitis	324	3,1	(1,7–5,6)	247	2,0	(0,9–4,7)	77	6,5	(2,8–14,3)	235	3,0	(1,5–6,0)	89	3,4	(1,2–9,5)

*Die Berechnung der Konfidenzintervalle der Anteile basieren auf dem Wilson-Intervall.

Tabelle 20: Häufigkeiten von Atemwegserkrankungen differenziert nach Herkunftsstaaten

Quelle: Eigene Darstellung.

	Syrien			Afghanistan			Irak			Iran			Eritrea			Äthiopien			Nigeria			Somalia		
	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)
Lebenszeitprävalenz																								
Asthma bronchiale	62	3,2	(0,9–11,0)	23	13,0	(4,5–32,1)	61	0,0	(0,0–5,9)	33	15,2	(6,7–30,9)	71	1,4	(0,2–7,6)	29	0,0	(0,0–11,7)	37	0,0	(0,0–9,4)	14	14,3	(4,0–39,9)
Chronische Bronchitis	63	11,1	(5,5–21,2)	24	0,0	(0,0–13,8)	60	5,0	(1,7–13,7)	33	6,1	(1,7–19,6)	68	2,9	(0,8–10,1)	28	3,6	(0,6–17,7)	33	0,0	(0,0–10,4)	15	6,7	(1,2–29,8)
12-Monatsprävalenz																								
Asthma bronchiale	62	3,2	(0,9–11,0)	23	8,7	(2,4–26,8)	61	0,0	(0,0–5,9)	33	15,2	(6,7–30,9)	71	1,4	(0,3–7,6)	29	0,0	(0,0–11,9)	37	0,0	(0,0–9,4)	14	7,1	(1,3–31,5)
Chronische Bronchitis	63	7,9	(3,4–17,3)	24	0,0	(0,0–13,8)	60	1,7	(0,3–8,9)	33	3,0	(0,5–15,3)	68	2,9	(0,8–10,1)	28	3,6	(0,6–17,7)	33	0,0	(0,0–10,4)	15	0,0	(0,0–20,4)

*Die Berechnung der Konfidenzintervalle der Anteile basieren auf dem Wilson-Intervall.

Unter **(4) Erkrankungen der Leber und der Niere** werden die Niereninsuffizienz und chronische Lebererkrankungen (ausgeschlossen Hepatitis A) verstanden. Der Tabelle 21 können sowohl die Lebenszeit- als auch die 12-Monatsprävalenz für die Gesamtstichprobe sowie differenziert nach Geschlecht und Altersgruppen entnommen werden. Tabelle 22 bezieht sich auf die entsprechenden relativen Häufigkeiten differenziert nach Herkunftsstaaten der Studienpopulation.

Die **Niereninsuffizienz** wird von 5,1 % bzw. 2,1 % der Gesamtstichprobe jemals bzw. in den vergangenen zwölf Monaten bestätigt. Männer geben (nicht statistisch signifikant) häufiger an, daran erkrankt (gewesen) zu sein als Frauen (Lebenszeit: 5,9 % vs. 2,6 %; 12 Monate: 2,8 % vs. 1,3 %). Jüngere Geflüchtete im Alter von 18-29 Jahren geben mehr als 2,5-fach so häufig an, jemals an Niereninsuffizienz zu leiden als Geflüchtete der Altersklasse von 30-44 Jahren. Ein (statistisch) signifikanter Unterschied kann nicht festgestellt werden. Die höchste Lebenszeitprävalenz differenziert nach Herkunftsstaaten entfällt auf Somalier:innen mit 20,0 %, wohingegen sich die 12-Monatsprävalenz auf 0,0 % beläuft. Äthiopier:innen bejahen zu 12,5 % jemals bzw. zu 4,2 % in den vergangenen zwölf Monaten an Niereninsuffizienz erkrankt zu sein. Keine Fälle werden von Menschen aus dem Iran und Nigeria angegeben. Die Unterschiede nach Herkunftsstaaten zeigen keine statistische Signifikanz auf.

Für **chronische Lebererkrankungen** ergibt sich eine Gesamtlebenszeit- und 12-Monatsprävalenz von 3,6 % und 0,9 %, wobei diese häufiger von Frauen als von Männern bestätigt wird (Lebenszeit: 5,1 % vs. 3,2 %; 12 Monate: 1,3 % vs. 0,8 %, statistisch nicht signifikant). Befragte im Alter von 18-29 Jahren geben häufiger an, an einer chronischen Lebererkrankung zu leiden als in der älteren Altersgruppe. Die Unterschiede sind jedoch nicht statistisch signifikant. Ebenso sind die Unterschiede zwischen den Studienpartizipierenden der einzelnen Herkunftsstaaten statistisch nicht signifikant. Die Lebenszeitprävalenzen erstrecken sich von 0,0 % (Äthiopien) bis 14,3 % (Somalia). Die 12-Monatsprävalenzen umfassen relative Häufigkeiten von 0,0 % (Syrien, Afghanistan, Äthiopien, Nigeria, Somalia) bis 3,0 % (Iran).

Tabelle 21: Häufigkeiten von Erkrankungen der Leber und der Niere der Gesamtpopulation, differenziert nach Geschlecht und Altersgruppen

Quelle: Eigene Darstellung.

	Gesamt			Männer			Frauen			18-29 Jahre			30-44 Jahre		
	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)
Lebenszeitprävalenz															
Niereninsuffizienz	331	5,1	(3,2–8,1)	254	5,9	(3,6–9,5)	77	2,6	(0,7–9,0)	238	6,3	(3,9–10,1)	93	2,2	(0,6–7,5)
Chronische Lebererkrankung (exkl. Hepatitis A)	332	3,6	(2,1–6,2)	253	3,2	(1,6–6,1)	79	5,1	(2,0–12,3)	239	4,2	(2,3–7,5)	93	2,2	(0,6–7,5)
12-Monatsprävalenz															
Niereninsuffizienz	327	2,1	(1,0–4,4)	251	2,8	(1,4–5,6)	77	1,3	(0,2–7,0)	234	2,1	(0,9–4,9)	93	2,2	(0,6–7,5)
Chronische Lebererkrankung (exkl. Hepatitis A)	329	0,9	(0,5–3,8)	250	0,8	(0,2–2,9)	79	1,3	(0,2–6,8)	238	1,3	(0,4–3,6)	91	0,0	(0,0–4,1)

*Die Berechnung der Konfidenzintervalle der Anteile basieren auf dem Wilson-Intervall.

Tabelle 22: Häufigkeiten von Erkrankungen der Leber und der Niere differenziert nach Herkunftsstaaten

Quelle: Eigene Darstellung.

	Syrien			Afghanistan			Irak			Iran			Eritrea			Äthiopien			Nigeria			Somalia		
	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)
Lebenszeitprävalenz																								
Niereninsuffizienz	63	3,2	(0,9–10,9)	28	7,1	(2,0–22,6)	61	4,9	(1,7–13,5)	31	0,0	(0,0–11,0)	74	5,4	(2,1–13,1)	24	12,5	(4,3–31,0)	35	0,0	(0,0–9,9)	15	20,0	(7,0–45,2)
Chronische Lebererkrankung (exkl. Hepatitis A)	60	5,0	(1,7–13,7)	25	4,0	(0,7–19,5)	62	1,6	(0,3–8,6)	34	5,9	(1,6–19,1)	73	2,7	(0,8–9,5)	30	0,0	(0,0–11,4)	34	2,9	(0,5–14,9)	14	14,3	(4,0–39,9)
12-Monatsprävalenz																								
Niereninsuffizienz	63	3,2	(0,9–10,9)	28	7,1	(2,0–22,7)	59	1,7	(0,3–9,0)	31	0,0	(0,0–11,0)	72	1,4	(0,3–7,5)	24	4,2	(0,7–20,2)	35	0,0	(0,0–9,9)	15	0,0	(0,0–20,4)
Chronische Lebererkrankung (exkl. Hepatitis A)	59	0,0	(0,0–6,1)	25	0,0	(0,0–13,3)	62	1,6	(0,3–8,6)	33	3,0	(0,5–15,3)	73	1,4	(0,24–7,4)	30	0,0	(0,0–11,6)	34	0,0	(0,0–10,2)	13	0,0	(0,0–22,8)

*Die Berechnung der Konfidenzintervalle der Anteile basieren auf dem Wilson-Intervall.

Die Diagnose einer **(5) Krebserkrankung** wird von einem Studienteilnehmer der jüngeren Altersgruppe angegeben. Es ergibt sich somit eine Gesamtlebenszeitprävalenz von 0,3 %. Auf die Auswertung der Entitäten wird aufgrund der geringen Fallzahl verzichtet. Gleiches gilt für die inferenzstatistische Auswertung auf Unterschiede zwischen den Geschlechtern, Altersgruppen und Herkunftsstaaten. Der Vollständigkeit halber können der Tabelle 23 sowie der Tabelle 24 die Ergebnisse der relativen Häufigkeiten sowohl für die Gesamtpopulation als auch differenziert nach Geschlecht, Altersgruppen und Herkunftsstaaten entnommen werden.

Tabelle 23: Häufigkeiten von Krebserkrankungen der Gesamtpopulation, differenziert nach Geschlecht und Altersgruppen

Quelle: Eigene Darstellung.

	Gesamt			Männer			Frauen			18-29 Jahre			30-44 Jahre		
	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)
Lebenszeitprävalenz															
Krebserkrankungen	334	0,3	(0,1–1,7)	256	0,4	(0,1–2,2)	78	0,0	(0,0–4,7)	239	0,4	(0,1–2,3)	95	0,0	(0,0–3,9)
12-Monatsprävalenz															
Krebserkrankungen	334	0,3	(0,1–1,7)	256	0,4	(0,1–2,2)	78	0,0	(0,0–4,7)	239	0,4	(0,1–2,3)	95	0,0	(0,0–3,9)

*Die Berechnung der Konfidenzintervalle der Anteile basieren auf dem Wilson-Intervall.

Tabelle 24: Häufigkeiten von Krebserkrankungen differenziert nach Herkunftsstaaten

Quelle: Eigene Darstellung.

	Syrien			Afghanistan			Irak			Iran			Eritrea			Äthiopien			Nigeria			Somalia		
	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)
Lebenszeitprävalenz																								
Krebserkrankungen	63	0,0	(0,0–5,8)	30	0,0	(0,0–11,4)	62	0,0	(0,0–5,8)	34	0,0	(0,0–10,2)	66	0,0	(0,0–5,5)	27	0,0	(0,0–12,5)	36	2,8	(0,5–14,2)	16	0,0	(0,0–19,4)
12-Monatsprävalenz																								
Krebserkrankungen	63	0,0	(0,0–5,8)	30	0,0	(0,0–11,4)	62	0,0	(0,0–5,8)	34	0	(0,0–10,2)	66	0,0	(0,0–5,5)	27	0,0	(0,0–12,5)	36	2,8	(0,5–14,2)	16	0,0	(0,0–19,4)

*Die Berechnung der Konfidenzintervalle der Anteile basieren auf dem Wilson-Intervall.

Das Auftreten von **(6) Infektionserkrankungen** wird mit parasitären Erkrankungen zusammengefasst. Tabelle 26 und Tabelle 27 können die Ergebnisse der relativen Häufigkeiten inklusive der 95 %-Konfidenzintervalle sowohl für die Gesamtstudienpopulation als auch differenziert nach Geschlecht, Altersgruppen und Herkunftsstaaten entnommen werden.

Die Lebenszeitprävalenz infektiöser und parasitärer Erkrankungen beläuft sich für die Gesamtstudienpopulation auf 6,1 %. Die 12-Monatsprävalenz reduziert sich auf 3,4 %. Weibliche Geflüchtete geben (nicht statistisch signifikant) häufiger an, jemals und in den vergangenen zwölf Monaten daran erkrankt zu sein, als Männer. So sind die Lebenszeit- und die 12-Monatsprävalenz von Frauen mehr als doppelt so hoch wie die der Männer (10,3 % vs. 4,8 % und 6,5 % vs. 2,4 %). Die Ergebnisse zeigen ebenfalls auf, dass Geflüchtete der jüngeren Altersgruppe (18-29 Jahre) häufiger eine Infektions- oder parasitäre Erkrankung bestätigen als Befragte im Alter von 30-44 Jahren (Lebenszeit: 7,2 % vs. 3,2 %; 12 Monate: 3,8 % vs. 2,2 %). Die deskriptiv festgestellten Unterschiede sind ebenfalls nicht statistisch signifikant. Auch im Hinblick auf die Verteilung der relativen Häufigkeit zwischen den einzelnen Herkunftsstaaten können zwar Unterschiede festgestellt werden, die nicht statistisch signifikant sind. Die höchste Lebenszeitprävalenz entfällt auf Geflüchtete aus Somalia (18,8 %), von denen 12,5 % angeben, dass in den letzten zwölf Monaten eine Infektions- oder parasitäre Erkrankung vorlag. 12,0 % bzw. 8,0 % der befragten Äthiopier:innen bestätigen ebenfalls das dereinste bzw. in den vergangenen zwölf Monaten vorhandene Auftreten einer entsprechenden Erkrankung. Kein:e Eritreer:in oder Iraker:in gibt an, in den vergangenen zwölf Monaten an einer Infektions- oder parasitären Erkrankung erkrankt gewesen zu sein.

Die nachstehende Tabelle 25 zeigt die absolute Fallzahl einzelner Infektionserkrankungen auf. Es sei angemerkt, dass lediglich jenen Studienteilnehmer:innen die Auswahl konkreter Infektionserkrankungen präsentiert wurde, die vorher angaben, jemals an einer Infektionserkrankung erkrankt gewesen zu sein. Dies könnte in einer möglichen Unterschätzung der Fallzahl resultieren.

Tabelle 25: Fallzahl ausgewählter Infektionserkrankungen

Quelle: Eigene Darstellung.

Infektionserkrankung	n	Anzahl der Fälle
Tuberkulose	14	2
Hepatitis B	12	2
Hepatitis C	11	0
Hepatitis E	13	0
HIV	12	1
Sonstige Infektionserkrankung	11	3

Tabelle 26: Häufigkeiten von infektiösen oder parasitären Erkrankungen der Gesamtpopulation, differenziert nach Geschlecht und Altersgruppen

Quelle: Eigene Darstellung.

	Gesamt			Männer			Frauen			18-29 Jahre			30-44 Jahre		
	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)
Lebenszeitprävalenz															
Infektiöse oder parasitäre Erkrankungen	329	6,1	(4,0–9,2)	251	4,8	(2,8–8,2)	78	10,3	(5,3–19,0)	236	7,2	(4,5–11,2)	93	3,2	(1,1–9,1)
12-Monatsprävalenz															
Infektiöse oder parasitäre Erkrankungen	327	3,4	(1,9–5,9)	250	2,4	(1,1–5,1)	77	6,5	(2,8–14,3)	235	3,8	(2,0–7,1)	92	2,2	(0,6–7,6)

*Die Berechnung der Konfidenzintervalle der Anteile basieren auf dem Wilson-Intervall.

Tabelle 27: Häufigkeiten von infektiösen oder parasitären Erkrankungen differenziert nach Herkunftsstaaten

Quelle: Eigene Darstellung.

	Syrien			Afghanistan			Irak			Iran			Eritrea			Äthiopien			Nigeria			Somalia		
	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)
Lebenszeitprävalenz																								
Infektiöse oder parasitäre Erkrankungen	62	6,5	(2,5–15,4)	29	6,9	1,9–22,0	61	0,0	(0,0–5,9)	35	2,9	(0,5–14,5)	67	7,5	(3,2–16,3)	25	12,0	(4,2–30,0)	34	5,9	(1,6–19,1)	16	18,8	(6,6–43,0)
12-Monatsprävalenz																								
Infektiöse oder parasitäre Erkrankungen	61	3,3	(0,9–11,2)	29	6,9	(1,9–22,0)	61	0,0	(0,0–5,9)	35	2,9	(0,5–14,5)	66	0,0	(0,0–5,5)	25	8,0	(2,2–25,0)	34	5,9	(1,6–19,1)	16	12,5	(4,0–36,0)

*Die Berechnung der Konfidenzintervalle der Anteile basieren auf dem Wilson-Intervall.

Unter der letzten Kategorie werden **(7) Weitere und Erkrankungen der Organsysteme** zusammengefasst. Im Spezifischen werden Erkrankungen des Blutes, des Nervensystems, des Magens oder Darms, der Haut und der Zähne oder des Mundes aufgenommen. Zusätzlich wird in der Lebenszeitprävalenz das Vorliegen von Blasenschwäche erfasst. Die detaillierten Ergebnisse können der Tabelle 28 und Tabelle 29 sowohl für die Gesamtstichprobe als auch differenziert nach Geschlecht, Altersgruppen und Herkunftsstaaten entnommen werden.

Erkrankungen der Zähne oder des Mundes werden insgesamt von 22,8 % bzw. 15,5 % der Gesamtstichprobe im Hinblick auf das derzeitige Vorliegen bzw. das der letzten zwölf Monate benannt. Dabei liegt der Anteil der Frauen mit 29,5 % bzw. 24,3 % über dem der Männer mit 20,8 % bzw. 13,0 % (Lebenszeit: $p > 0,05$; 12-Monatsprävalenz: $p = 0,027$). Die ältere Altersgruppe gibt häufiger Erkrankungen der Zähne oder des Mundes als die jüngere Altersgruppe an (Lebenszeit: 29,5 % vs. 20,2 %; $p = 0,082$; 12 Monate: 23,4 % vs. 12,4 %; $p = 0,018$). Im Hinblick auf die Verteilung nach Herkunftsstaaten zeigt sich die höchste 12-Monatsprävalenz für syrische Befragte mit 27,6 %. Der geringste Anteil entfällt auf Geflüchtete aus Nigeria mit 2,7 %. Im Hinblick auf Versorgungsbedarfe wird ergänzend nach einem Bedarf nach Zahnersatz gefragt. Hier konstatieren 28,8 %, dass ein Zahnersatz benötigt würde ($n = 389$).

Neben den Erkrankungen der Zähne oder des Mundes werden ebenfalls **Erkrankungen des Magens oder Darms** erfasst. Hier ergibt sich für die Gesamtstichprobe eine Lebenszeit- bzw. 12-Monatsprävalenz von 11,5 % bzw. 7,4 %. Für beide Bezugszeiträume nennen befragte Frauen signifikant häufiger, dass entsprechende Erkrankungen vorliegen, als Männer (Lebenszeit: 22,2 % vs. 8,3 %; $p = 0,003$; 12 Monate: 16,9 % vs. 4,6 %; $p = 0,001$). Die Unterschiede bzgl. der Prävalenzen zwischen den verschiedenen Altersgruppen fallen gering (und statistisch nicht signifikant) aus. So beläuft sich bspw. die 12-Monatsprävalenz der 18-29-Jährigen auf 7,5 %, während sich eine relative Häufigkeit für die 30-44-Jährigen von 7,1 % ergibt. Die Prävalenzunterschiede zwischen den Herkunftsstaaten sind im Hinblick auf beide Bezugszeiträume statistisch signifikant. So ergibt sich die höchste 12-Monatsprävalenz für Geflüchtete aus Äthiopien (22,2 %), gefolgt von somalischen Befragten mit einem Anteil von 15,4 %. Hingegen geben bspw. lediglich 1,6 % der eritreischen Befragten und keine iranische:r Befragte:r an, in den letzten zwölf Monaten an Erkrankungen des Magens oder Darm gelitten zu haben (Lebenszeit: $p = 0,022$; 12 Monate: $p = 0,016$).

Das Vorliegen von **Erkrankungen der Haut** wird von 10,5 % (Lebenszeit) bzw. 7,8 % (12 Monate) der Gesamtstichprobe bestätigt. Auch hier zeigt sich, dass weibliche und ältere Teilnehmer:innen

(statistisch nicht signifikant) leicht häufiger als Männer und Befragte der älteren Altersgruppe angeben, daran erkrankt zu sein. Im Hinblick auf das Auftreten von Erkrankungen der Haut differenziert nach Herkunftsstaaten zeigen sich auf einem statistisch nicht signifikanten Niveau Unterschiede: So beläuft sich bspw. die 12-Monatsprävalenz afghanischer Befragter auf 20,7 %, während nigerianische Partizipierende zu 2,8 % und kein:e Somalier:in angibt, an Hauterkrankungen in den letzten zwölf Monaten erkrankt gewesen zu sein.

Als weitere Kategorie wurden **Erkrankungen des Nervensystems** erfasst. Im Vergleich zu den anderen unter dieser Kategorie erfassten Erkrankungen fällt sowohl die Lebenszeit- als auch die 12-Monatsprävalenz mit 3,5 % bzw. 2,2 % für die Gesamtstichprobe gering aus. Männer und Befragte der jüngeren Altersgruppe bejahen (statistisch nicht signifikant) etwas häufiger, an Erkrankungen des Nervensystems zu leiden als Frauen und Teilnehmende der älteren Altersgruppe. In der differenzierten Betrachtung der Partizipierenden der einzelnen Herkunftsstaaten erstreckt sich die 12-Monatsprävalenz von 0,0 % für äthiopische, nigerianische und somalische Geflüchtete bis hin zu 6,1 % bei iranischen Befragten (statistisch nicht signifikant).

Erkrankungen des Blutes bewegen sich auf einem quantitativ ähnlichen Niveau wie Erkrankungen des Nervensystems. So beläuft sich die Lebenszeit- bzw. 12-Monatsprävalenz auf 3,4 % bzw. 1,5 %. Weibliche Befragte als auch solche der jüngeren Altersgruppe von 18-29 Jahren geben leicht (und statistisch nicht signifikant) häufiger an, an Erkrankungen des Blutes erkrankt zu sein. Signifikante Unterschiede zeigen sich hingegen für die unterschiedlichen Herkunftsstaaten. Im Hinblick auf die Lebenszeitprävalenz zeigen sich die höchsten relativen Häufigkeiten für Befragte aus Afghanistan (16,7 %), Somalia (6,7 %), Syrien (5,3 %), Äthiopien (3,7 %) und Nigeria (2,8 %). Befragte aller weiteren Herkunftsstaaten (Irak, Iran, Eritrea) geben an, daran nicht erkrankt zu sein. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant ($p = 0,001$). Im Hinblick auf die 12-Monatsprävalenz ergeben sich ebenfalls signifikante Unterschiede zwischen den Herkunftsstaaten ($p = 0,001$). So beläuft sich die Prävalenz von Afghan:innen auf 13,8 %, von Syrer:innen auf 1,8 % und von 0,0 % für Befragte aller weiteren Herkunftsstaaten.

Abschließend wird nach dem jemaligen Vorliegen von **Blasenschwäche** gefragt. Hier zeigt sich mit einer Gesamtprävalenz von 8,8 % für die Gesamtstudienpopulation, dass Frauen mit einer relativen Häufigkeit von 16,9 % signifikant häufiger angeben, an Blasenschwäche erkrankt zu sein, als Männer mit 6,2 % ($p = 0,004$). Befragte der älteren Altersgruppe bestätigen das Vorliegen einer Blasenschwäche etwas häufiger (11,1 % vs. 8,0 %; $p = 0,004$). Zwar lassen sich Unterschiede

in der quantitativen Bedeutung nach Herkunftsländern beobachten, dennoch bewegen sich diese nicht auf einem statistisch signifikanten Niveau. So beträgt die Prävalenz von Blasenschwäche von Befragten aus Somalia 15,8 %, während diese für Geflüchtete aus Äthiopien mit 3,7 % vergleichsweise gering ausfällt.

Tabelle 28: Häufigkeiten von Erkrankungen der Organsysteme bzw. weiteren physischen Belastungen der Gesamtpopulation, differenziert nach Geschlecht und Altersklassen

Quelle: Eigene Darstellung.

	Gesamt			Männer			Frauen			18-29 Jahre			30-44 Jahre		
	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)
Lebenszeitprävalenz															
Erkrankungen des Blutes	328	3,4	(1,9–5,9)	253	3,2	(1,6–6,1)	75	4,0	(1,4–11,1)	237	4,2	(2,3–7,6)	91	1,1	(0,2–6,0)
Erkrankungen des Nervensystems	317	3,5	(1,9–6,1)	244	3,7	(2,0–6,9)	73	2,7	(0,8–9,5)	230	3,9	(2,1–7,3)	87	2,3	0,6–8,0)
Erkrankungen des Magens oder Darms	314	11,5	(8,4–15,5)	242	8,3	(5,4–12,4)	72	22,2	(14,2–33,1)	229	11,8	(8,2–16,6)	85	10,6	(5,7–18,9)
Erkrankungen der Haut	334	10,5	(7,6–14,2)	255	10,2	(7,1–14,5)	79	11,4	(6,1–20,3)	240	10,0	(6,8–14,4)	94	11,7	(6,7–19,8)
Erkrankungen der Zähne oder des Mundes	333	22,8	(18,6–27,6)	255	20,8	(16,3–26,2)	78	29,5	(20,5–40,4)	238	20,2	(15,6–25,7)	95	29,5	(21,2–39,3)
Blasenschwäche	363	8,8	(6,3–12,2)	274	6,2	(3,9–9,7)	89	16,9	(10,5–26,0)	264	8,0	(5,3–11,9)	99	11,1	(6,3–18,8)
12-Monatsprävalenz															
Erkrankungen des Blutes	326	1,5	(0,7–3,5)	251	1,2	(0,4–3,5)	75	2,7	(0,7–6,3)	235	2,1	(0,9–4,9)	91	0,0	(0,0–4,1)
Erkrankungen des Nervensystems	317	2,2	(1,1–4,5)	244	2,9	(1,4–5,8)	73	0,0	(0,0–5,0)	230	2,6	(1,2–5,6)	87	1,1	(0,2–6,2)
Erkrankungen des Magens oder Darms	312	7,4	(5,0–10,8)	241	4,6	(2,6–8,0)	71	16,9	(9,9–27,3)	227	7,5	(4,7–11,7)	85	7,1	(3,3–14,6)
Erkrankungen der Haut	333	7,8	(5,4–11,2)	254	7,5	(4,8–11,4)	79	8,9	(4,4–17,2)	240	6,7	(4,2–10,6)	93	10,8	(6,0–18,7)
Erkrankungen der Zähne oder des Mundes	328	15,5	(12,0–19,9)	254	13,0	(9,4–17,7)	74	24,3	(16,0–35,2)	234	12,4	(8,8–17,2)	94	23,4	(16,0–32,9)

*Die Berechnung der Konfidenzintervalle der Anteile basieren auf dem Wilson-Intervall; Blasenschwäche wurde nicht separat als 12-Monatsprävalenz erfasst.

Tabelle 29: Häufigkeiten von Erkrankungen der Organe bzw. weiteren physischen Belastungen differenziert nach Herkunftsstaaten

Quelle: Eigene Darstellung.

	Syrien			Afghanistan			Irak			Iran			Eritrea			Äthiopien			Nigeria			Somalia		
	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)
Lebenszeitprävalenz																								
Erkrankungen des Blutes	57	5,3	(1,8–14,4)	30	16,7	7,3–33,6	62	0,0	(0,0–5,8)	35	0,0	(0,0–9,9)	66	0,0	(0,0–5,5)	27	3,7	(0,7–18,3)	36	2,8	(0,5–14,2)	15	6,7	(1,2–29,8)
Erkrankungen des Nervensystems	58	5,2	(1,8–14,4)	26	3,8	0,7–18,9	58	1,7	(0,3–9,1)	33	6,1	(1,7–19,6)	67	1,5	(0,3–8,0)	26	3,8	(0,7–18,9)	34	0,0	(0,0–10,2)	15	13,3	(3,7–37,9)
Erkrankungen des Magens oder Darms	58	13,8	(7,2–24,9)	28	7,1	2,0–22,6	59	13,6	(7–24,5)	33	3,0	(0,5–15,3)	63	4,8	(1,6–13,1)	27	29,6	(15,9–48,5)	33	9,1	(3,1–23,6)	13	23,1	(8,2–50,3)
Erkrankungen der Haut	63	12,7	(6,6–23,1)	29	20,7	9,8–38,4	59	6,8	(2,7–16,2)	35	14,3	(6,3–29,4)	70	10,0	(4,9–19,2)	27	7,4	(2,1–23,4)	36	8,3	(2,9–21,8)	15	0,0	(0,0–20,4)
Erkrankungen der Zähne oder des Mundes	59	35,6	(24,6–48,3)	29	17,2	7,6–34,5	61	24,6	(15,5–36,7)	33	18,2	(8,6–34,4)	72	19,4	(12,0–30,0)	27	33,3	(18,6–52,2)	37	8,1	(2,8–21,3)	15	20,0	(7,0–45,2)
Blasenschwäche	69	13,0	(7,0–23,0)	24	12,5	4,3–31,0	65	9,2	(4,3–18,7)	31	6,5	(1,8–20,7)	89	6,7	(3,1–13,9)	27	3,7	(0,7–18,3)	39	5,1	(1,4–16,9)	19	15,8	(5,5–37,6)
12-Monatsprävalenz																								
Erkrankungen des Blutes	57	1,8	(0,3–9,3)	29	13,8	(5,5–30,6)	62	0,0	(0,0–5,8)	35	0,0	(0,0–9,9)	66	0,0	(0,0–5,5)	26	0,0	(0,0–12,9)	36	0,0	(0,0–9,6)	15	0,0	(0,0–20,4)
Erkrankungen des Nervensystems	58	3,4	(1,0–11,7)	26	3,8	(0,7–18,9)	58	1,7	(0,3–9,1)	33	6,1	(1,7–19,6)	67	1,5	(0,3–8,0)	26	0,0	(0,0–12,9)	34	0,0	(0,0–10,2)	15	0,0	(0,0–20,4)
Erkrankungen des Magens oder Darms	58	8,6	(3,7–18,6)	28	7,1	(2,0–22,7)	58	10,3	(4,8–20,8)	33	0,0	(0,0–10,4)	62	1,6	(0,3–8,6)	27	22,2	(10,6–40,8)	33	3,0	(0,5–15,3)	13	15,4	(4,3–42,2)
Erkrankungen der Haut	62	9,7	(4,5–19,6)	29	20,7	(9,9–39,4)	59	5,1	(1,7–13,9)	35	11,4	(4,5–26,0)	70	7,1	(3,1–15,7)	27	3,7	(0,2–20,9)	36	2,8	(0,5–14,2)	15	0,0	(0,0–20,4)
Erkrankungen der Zähne oder des Mundes	58	27,6	(17,8–40,2)	29	17,2	(7,6–34,6)	60	21,7	(13,1–33,6)	32	3,1	(0,6–15,7)	72	11,1	(5,7–20,4)	25	20,0	(8,9–39,1)	37	2,7	(0,5–13,8)	15	13,3	(3,7–37,9)

*Die Berechnung der Konfidenzintervalle der Anteile basieren auf dem Wilson-Intervall.

Blasenschwäche wurde nicht separat als 12-Monatsprävalenz erfasst.

7.4 Psychische Belastungen von Geflüchteten in Bayern

Die nachstehend ausgewiesenen Prävalenzen beziehen sich nicht auf die Lebenszeit. Stattdessen bezog sich die Abfrage auf die letzten zwei bzw. vier Wochen. Ausgenommen sind die Angaben zum Alkoholmissbrauch: Diese beziehen sich zum Zeitpunkt der Erhebung auf die vergangenen sechs Monate. Eine detaillierte Auswertung der Prävalenzen nach Altersgruppen, Geschlecht und Herkunftsstaaten ist der Tabelle 30 und der Tabelle 31 zu entnehmen. Anhang 3 präsentiert die inferenzstatistischen Ergebnisse.

Das **somatoforme Syndrom** weisen 6,5 % der Studienteilnehmer:innen auf. Frauen sind mit einer Prävalenz von 11,3 % signifikant häufiger davon betroffen als Männer mit einer Prävalenz von 4,9 % ($p = 0,038$). Das somatoforme Syndrom tritt in der Altersklasse der 30-44-Jährigen häufiger auf als in der jüngeren Altersklasse (statistisch nicht signifikant). Im Hinblick auf die Verteilung zwischen den Herkunftsstaaten zeigen sich zwar Unterschiede, die allerdings nicht statistisch signifikant sind. Für Befragte aus Somalia ergibt sich eine Prävalenz von 0,0 %, wohingegen die höchste Prävalenz auf Geflüchtete aus Syrien mit einem Anteil von 10,5 % entfällt. Weiterhin zeigen die Ergebnisse, dass jeweils 9,7 % der befragten Afghan:innen und Iraker:innen, 8,6 % der Äthiopier:innen, 5,4 % der Iraner:innen, 4,2 % der Nigerianer:innen sowie 2,7 % der Eritreer:innen am somatoformen Syndrom leiden.

In Bezug auf **Depressionen** zeigt sich im Allgemeinen, dass Frauen häufiger betroffen sind als Männer. In der höheren Altersklasse sind die Prävalenzen geringfügig höher als in der jüngeren Altersklasse. Im Spezifischen kann das **depressive Syndrom** bei 26,3 % der befragten Geflüchteten festgestellt werden. Hierbei ist auf einen signifikanten Unterschied hinsichtlich des Auftretens zwischen den Geschlechtern zu verweisen: Frauen weisen mit 42,9 % eine gut doppelt so hohe Häufigkeit auf als Männer mit 21,4 % ($p = 0,003$). Die höchste Prävalenz (58,8 %) ergibt sich für Befragte aus Afghanistan, gefolgt von Partizipierenden aus Syrien mit einer Prävalenz von 38,5 %. Die geringste Prävalenz wird für Studienteilnehmer:innen aus Eritrea mit einer Prävalenz von 8,7 % ausgewiesen.

Das **major depressive Syndrom** ist bei 10,4 % der Gesamtpopulation zu verzeichnen, auch hier sind Frauen (statistisch nicht signifikant) häufiger betroffen als Männer (15,1 % vs. 8,8 %). Die ältere Altersgruppe der 30-44-Jährigen weisen ebenfalls eine höhere Prävalenz auf. Im Hinblick auf das Auftreten differenziert nach Herkunftsstaaten zeigt sich, dass v. a. befragte Afghan:innen eine – im Vergleich zur restlichen Studienpopulation – hohe Prävalenz von 35,5 % aufweisen. Für eritreische und somalische Befragte hingegen ergibt sich eine Prävalenz von 0,9 % bzw. 0,0 %.

Hinsichtlich **anderer depressiver Syndrome** ergibt sich für die Studienpopulation ein ähnliches Bild. Während sich die Gesamtprävalenz auf 26,3 % beläuft, sind mit 34,0 % Frauen häufiger als Männer (23,8 %) betroffen ($p = 0,043$). Erneut wird die höchste Prävalenz für Befragte aus Afghanistan (71,0 %) ausgewiesen. Für Befragte aus dem Iran ergibt sich eine relative Häufigkeit von 56,8 %. Im Hinblick auf die direkte Frage nach einer durch medizinisches Personal festgestellten **Depression** ergibt sich eine Lebenszeitprävalenz von 11,0 %. Auch hier geben Frauen häufiger an, betroffen zu sein, als Männer (13,4 % vs. 10,2 %, statistisch nicht signifikant). Weniger häufig treten das **Paniksyndrom** bzw. **andere Angstsyndrome** in der Studienpopulation auf: Während sich die Gesamtprävalenz des Paniksyndroms auf 3,7 % beläuft, zeigt sich eine doppelt so hohe Häufigkeit für das Auftreten anderer Angstsyndrome (7,4 %). Bei beiden psychischen Belastungen sind die gleichen Tendenzen ersichtlich: Frauen sind (statistisch nicht signifikant) häufiger betroffen als Männer und die Prävalenz ist in der höheren Altersgruppe etwas höher. Ähnlich wie bei den bisherigen psychischen Belastungen zeigt sich auch hier eine – im Vergleich zur restlichen Studienpopulation – relativ hohe Prävalenz für Befragte aus Afghanistan. Für sie ergibt sich eine Prävalenz von 9,7 % für das Paniksyndrom bzw. 35,5 % für andere Angstsyndrome.

Eine hohe Wahrscheinlichkeit für eine **PTBS** zeigen 26,3 % der Gesamtpopulation. Hierbei ergibt sich für Männer ein höherer Anteil für eine hohe Wahrscheinlichkeit, während Frauen mit 43,3 % einen höheren Anteil für eine mittlere Wahrscheinlichkeit für eine PTBS aufweisen. Signifikante Unterschiede können zwischen den Altersklassen festgestellt werden: Während 48,0 % der 18-29-Jährigen eine geringe Wahrscheinlichkeit für eine PTBS aufweisen, beläuft sich der Anteil der 30-44-Jährigen auf 32,5 % ($p = 0,022$). Entsprechend zeigen die 30-44-Jährigen mit 40,3 % häufiger eine hohe Wahrscheinlichkeit für eine PTBS als die 18-29-Jährigen mit 21,1 % ($p = 0,002$). Im Hinblick auf eine hohe Wahrscheinlichkeit für eine PTBS ergibt sich der höchste relative Anteil für Befragte aus Äthiopien (50,0 %), gefolgt von Studienpartizipierenden aus Syrien (36,5 %). Den höchsten Anteil für eine geringe Wahrscheinlichkeit, dass eine PTBS vorliegt, zeigt sich für somalische (71,4 %), afghanische (69,6 %) und eritreische (66,7 %) Befragte.

Ferner wurde der Anteil derjenigen, die einen **Alkoholmissbrauch** aufzeigen, untersucht. Für 5,1 % der in die Analyse inkludierten Fälle ergibt sich ein Alkoholmissbrauch. Dies trifft in der Tendenz häufiger auf Männer als auf Frauen zu (6,5 % vs. 1,1 %, kein statistisch signifikanter Unterschied). Die höchste Prävalenz zeigt sich für Befragte aus Somalia (16,7 %), Iran (8,6 %) und Afghanistan (7,7 %).

Tabelle 30: Prävalenzen psychischer Belastungen der gesamten Stichprobe, differenziert nach Geschlecht und Altersklassen

Quelle: Eigene Darstellung.

	Gesamt			Männer			Frauen			18-29 Jahre			30-44 Jahre		
	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)
Somatoformes Syndrom	434	6,5	(4,5–9,2)	328	4,9	(3,0–7,8)	106	11,3	(6,6–18,8)	322	5,9	(3,8–9,0)	112	8,0	(4,3–14,6)
Depression**	328	11,0	(8,0–14,8)	246	10,2	(7,0–14,6)	82	13,4	(7,7–22,4)	236	9,7	(6,6–14,2)	92	14,1	(8,4–22,7)
Depressives Syndrom	243	26,3	(21,2–32,2)	187	21,4	(16,1–27,8)	56	42,9	(30,8–55,9)	175	25,7	(19,8–32,7)	68	27,9	(18,7–39,6)
Major depressives Syndrom	434	10,4	(7,8–13,6)	328	8,8	(6,2–12,4)	106	15,1	(9,5–23,1)	322	9,3	(6,6–13,0)	112	13,4	(8,3–20,9)
Andere depressive Syndrome	434	26,3	(22,3–30,6)	328	23,8	(19,5–28,7)	106	34,0	(25,6–43,4)	322	25,8	(21,3–30,8)	112	27,7	(20,2–36,6)
Paniksyndrom	434	3,7	(2,3–5,9)	328	3,0	(1,7–5,5)	106	5,7	(2,6–11,8)	322	3,4	(1,9–6,0)	112	4,5	(1,9–10,0)
Andere Angstsyndrome	434	7,4	(5,3–10,2)	328	6,4	(4,2–9,6)	106	10,4	(5,9–17,6)	322	6,5	(4,3–9,8)	112	9,8	(5,6–16,7)
Alkoholmissbrauch	369	5,1	(3,3–7,9)	275	6,5	(4,2–10,1)	94	1,1	(0,2–5,8)	269	5,2	(3,1–8,5)	100	5,0	(2,2–11,2)
PTBS geringe Wahrscheinlichkeit	281	43,8	(38,1–49,6)	214	47,2	(40,6–53,9)	67	32,8	(22,8–44,7)	204	48,0	(41,3–54,9)	77	32,5	(23,1–43,5)
PTBS mittlere Wahrscheinlichkeit	281	29,9	(24,8–35,5)	214	25,7	(20,3–31,9)	67	43,3	(32,1–55,2)	204	30,9	(24,9–37,5)	77	27,3	(18,6–38,1)
PTBS hohe Wahrscheinlichkeit	281	26,3	(21,5–31,8)	214	27,1	(21,6–33,4)	67	23,9	(15,3–35,3)	204	21,1	(16,0–27,2)	77	40,3	(30,0–51,4)

*Die Berechnung der Konfidenzintervalle der Anteile basiert auf dem Wilson-Intervall; **Frage danach, ob jemals eine Depression von medizinischem Personal festgestellt wurde

Tabelle 31: Prävalenzen psychischer Belastungen differenziert nach Herkunftsstaaten

Quelle: Eigene Darstellung.

	Syrien			Afghanistan			Irak			Iran			Eritrea			Äthiopien			Nigeria			Somalia		
	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)	n	%	(95 %-KI*)
Somatoformes Syndrom	76	10,5	(5,4–19,4)	31	9,7	(3,3–24,9)	72	9,7	(4,8–18,7)	37	5,4	(1,5–17,7)	110	2,7	(0,9–7,7)	35	8,6	(3,0–22,4)	48	4,2	(1,2–14,0)	25	0,0	(0,0–13,3)
Depression**	62	11,3	(5,6–21,5)	26	23,1	(11,0–42,1)	59	8,5	(3,7–18,4)	33	21,2	(10,7–37,8)	71	5,6	(2,2–13,6)	27	7,4	(2,1–23,4)	35	8,6	(3,0–22,4)	15	13,3	(3,7–37,9)
Depressives Syndrom	52	38,5	(26,5–52,0)	17	58,8	(36,0–78,4)	43	20,9	(11,4–35,2)	29	27,6	(14,7–45,7)	46	8,7	(3,4–20,3)	21	28,6	(13,8–50,0)	24	16,7	(6,7–35,9)	11	27,3	(9,7–56,6)
Major depressive Syndrom	76	13,2	(7,3–22,6)	31	35,5	(21,1–53,1)	72	9,7	(4,8–18,7)	37	24,3	(13,4–40,1)	110	0,9	(0,2–5,0)	35	14,3	(6,3–29,4)	48	4,2	(1,2–14,0)	25	0,0	(0,0–13,3)
Andere depressive Syndrome	76	28,9	(20,0–40,0)	31	71,0	(53,4–83,9)	72	25,0	(16,4–36,1)	37	56,8	(40,9–71,3)	110	7,3	(3,7–13,7)	35	34,3	(20,8–50,8)	48	14,6	(7,2–27,2)	25	16,0	(6,4–34,7)
Paniksyndrom	76	6,6	(2,8–14,5)	31	9,7	(3,3–24,9)	72	1,4	(0,2–7,5)	37	2,7	(0,5–13,8)	110	0,9	(0,2–5,0)	35	5,7	(1,6–18,6)	48	4,2	(1,2–14,0)	25	4,0	(0,7–19,5)
Andere Angstsyndrome	76	11,8	(6,4–21,0)	31	35,5	(21,1–53,1)	72	2,8	(0,8–9,6)	37	18,9	(9,5–34,2)	110	0,9	(0,2–5,0)	35	5,7	(1,6–18,6)	48	0,0	(0,0–7,4)	25	0,0	(0,0–13,3)
Alkoholmissbrauch	71	1,4	(0,2–7,6)	26	7,7	(2,1–24,1)	65	6,2	(2,4–14,8)	35	8,6	(3,0–22,4)	86	3,5	(1,2–9,8)	30	3,3	(0,6–16,7)	38	5,3	(1,5–17,3)	18	16,7	(5,8–39,2)
PTBS geringe Wahrscheinlichkeit	63	25,4	(16,3–37,3)	23	69,6	(49,1–84,4)	53	24,5	(14,9–37,6)	33	27,3	(15,1–44,2)	72	66,7	(55,2–76,5)	6	33,3	(9,7–70,0)	17	52,9	(31,0–73,8)	14	71,4	(45,4–88,3)
PTBS mittlere Wahrscheinlichkeit	63	38,1	(27,1–50,4)	23	17,4	(7,0–37,1)	53	35,8	(24,3–49,3)	33	27,3	(15,1–44,2)	72	22,2	(14,2–33,1)	6	16,7	(3,0–56,4)	17	47,1	(26,2–69,0)	14	21,4	(7,6–47,6)
PTBS hohe Wahrscheinlichkeit	63	36,5	(25,7–48,9)	23	13,0	(4,5–32,1)	53	39,6	(27,6–53,1)	33	45,5	(29,8–62,0)	72	11,1	(5,7–20,4)	6	50,0	(18,8–81,2)	17	0,0	(0,0–18,4)	14	7,1	(1,3–31,5)

*Die Berechnung der Konfidenzintervalle der Anteile basiert auf dem Wilson-Intervall; **Frage danach, ob jemals eine Depression von medizinischem Personal festgestellt wurde

7.5 Lebensereignisse und -erfahrungen

Im Folgenden werden die Lebensereignisse und -erfahrungen deskriptiv beschrieben. Diese beziehen sich auf erlittene Verletzungen und Vergiftungen, körperliche Angriffe, erlittene Abwertungen sowie weitere Lebensereignisse.

Insgesamt geben 7,1 % (95 %-KI 4,9 %–10,2 %) der Befragten an, in den letzten zwölf Monaten eine **Verletzung oder Vergiftung** erfahren zu haben, die medizinisch behandelt wurde. Die meisten angegebenen Verletzungen und Vergiftungen entfallen auf tätliche Angriffe, Schlägereien oder Misshandlungen. Weitere Ursachen sind in Abbildung 16 aufgeführt.

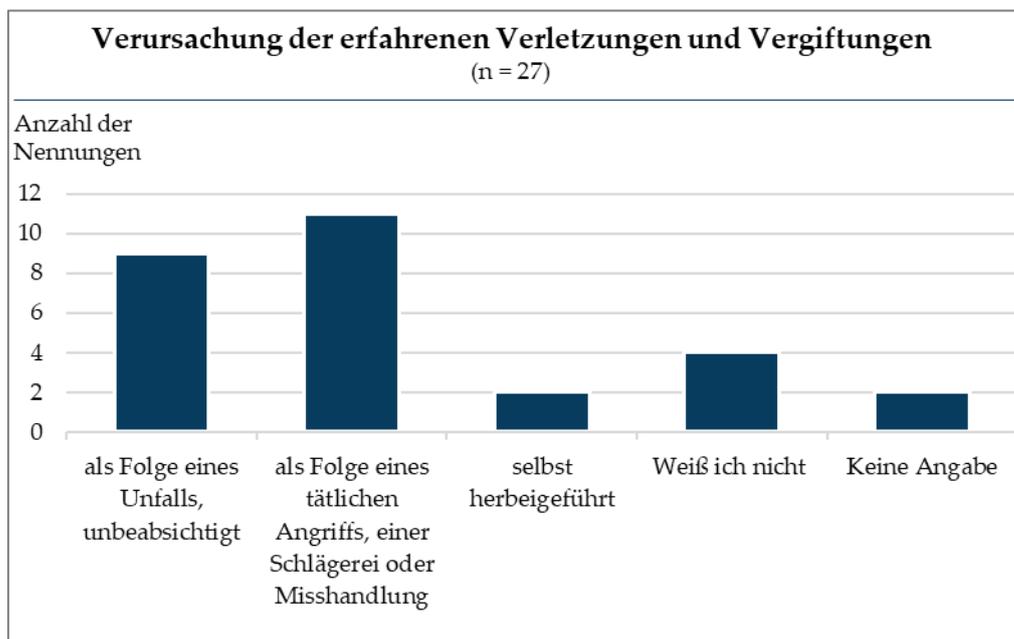


Abbildung 16: Verursachung erfahrener Verletzungen und Vergiftungen

Quelle: Eigene Darstellung.

Von einem **körperlichen Angriff** in den letzten zwölf Monaten berichten 28,2 % (95 %-KI 23,9 %–33,0 %) der Studienteilnehmer:innen. Darunter wird bspw. subsumiert, ob jemand geschlagen, geohrfeigt, an den Haaren gezogen, getreten, mit einer Waffe oder einem Gegenstand bedroht wurde. In 65,7 % der Fälle sind die körperlichen Angriffe durch (zuvor) unbekannte Personen erfolgt, 15,2 % wurden durch sonstige, bekannte Personen, 12,3 % durch den Partner oder die Partnerin und 6,7 % durch Personen aus der Familie oder der sonstigen Verwandtschaft verursacht. Insgesamt geben 54,2 % derjenigen, die körperlich angegriffen wurden, an, sich aufgrund dessen sehr stark oder stark beeinträchtigt zu fühlen, 18,8 % hingegen fühlen sich gar nicht oder kaum beeinträchtigt (vgl. Abbildung 17).

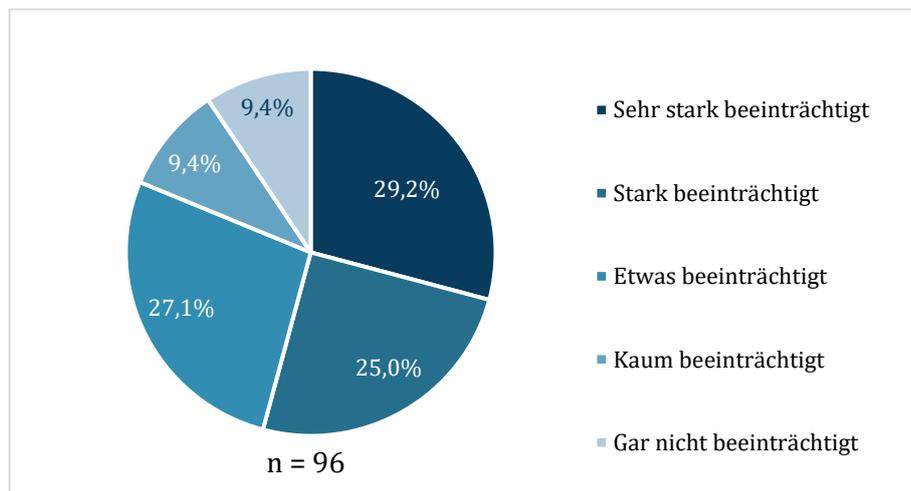


Abbildung 17: Stärke der Beeinträchtigung im Befinden durch erfahrenen körperlichen Angriff in den letzten 12 Monaten

Quelle: Eigene Darstellung.

Erfahrungen mit einer Abwertung durch einen anderen Menschen (bspw. bezüglich des Aussehens, der Art sich zu kleiden, der Denk-, Handlungs- oder Arbeitsweise, möglicher Behinderungen), mit Beleidigungen, Beschimpfungen, Bedrohungen und Schikane gemacht zu haben oder unter Druck gesetzt worden zu sein, geben 30,8 % (95 %-KI 26,3 %–35,7 %) der Befragten an. Dabei wurden 61,6 % der Fälle durch sonstige, (zuvor) unbekannte Personen, 20,5 % durch sonstige bekannte Personen und jeweils 8,9 % der Fälle durch den Partner oder die Partnerin bzw. einer Person aus der Familie oder Verwandtschaft verursacht. Insgesamt fühlen sich 54,0 % der Betroffenen durch die erlebte Abwertung sehr stark oder stark, 21,0 % hingegen gar nicht bzw. kaum beeinträchtigt (vgl. Abbildung 18).

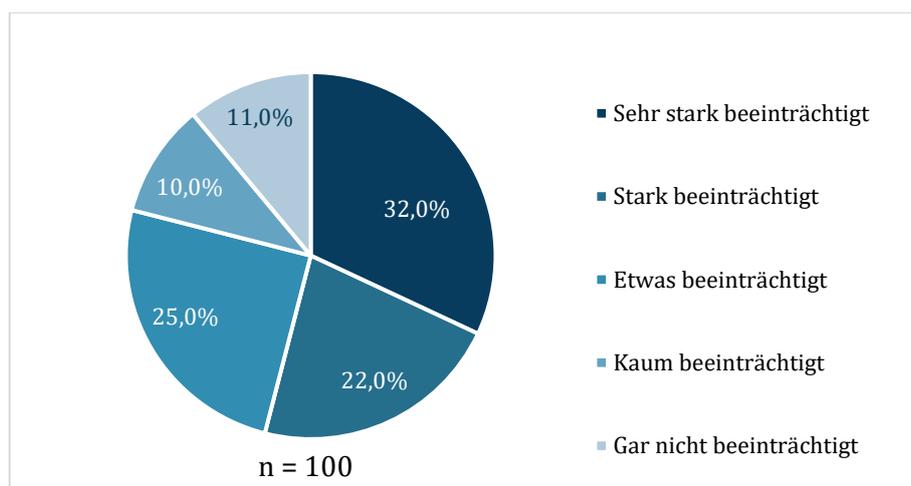


Abbildung 18: Stärke der Beeinträchtigung im Befinden durch erfahrene Abwertung in den letzten 12 Monaten

Quelle: Eigene Darstellung.

8 Limitationen

Die mit der vorliegenden Arbeit einhergehenden Limitationen lassen sich in solche, die das methodische Vorgehen betreffen, und solche bzgl. der inhaltlichen Aussagekraft unterteilen.

Im vorliegenden Abschnitt werden zunächst die Limitationen bzgl. des methodischen Vorgehens der in TEIL II erfolgten empirischen Untersuchung aufgeführt.

8.1 Methodische Limitationen

Wie in Abschnitt 6.1.1 dargelegt, besteht das Erhebungsinstrument aus einer Kombination mehrerer – zum Teil validierten – Instrumente, die im Hinblick auf die Forschungsfragen und v. a. in Bezug auf die Studienpopulation teilweise adaptiert wurden. Zudem wurden im Gesamtinstrument weitere Fragen ergänzt, um die Morbidität von Geflüchteten umfassend erfassen zu können. Um eine hohe **Konstruktvalidität**¹⁸⁵ gewährleisten zu können, wurde sich anhand der zum Zeitpunkt der Studienkonzeption verfügbaren theoretischen Erkenntnisse für eine zusätzliche Validierung des Gesamtinstruments durch ausgewählte Expert:innen unterschiedlicher Professionen (vgl. hierzu Abschnitt 6.1.2) entschieden. Hierdurch sollte sichergestellt werden, dass mithilfe des Erhebungsinstruments das Zielkonstrukt – im vorliegenden Fall die Morbidität von Geflüchteten in Bayern – möglichst genau erfasst werden kann. Eine mögliche Limitation ergibt sich aufgrund der notwendigen forschungspragmatischen Umsetzung, die lediglich Expert:innenkonsultationen und einen Pretest zuließen.

Ein weiterer einschränkender Faktor bzgl. der Konstruktvalidität könnte sich auf den Verzicht von ärztlichen Diagnosen bzw. Untersuchungen beziehen, wodurch ein **Mono-Methoden-Bias**¹⁸⁶ resultieren könnte. Die aus der vorliegenden Studie gewonnenen Erkenntnisse bzgl. möglicher Krankheitsbilder von Geflüchteten beziehen sich ausschließlich auf die Selbstaussagen der Studienteilnehmer:innen. Durch die Fokussierung auf Selbstangaben war es möglich, Geflüchteten das Erhebungsinstrument in unterschiedlichen Sprachen zugänglich zu machen

¹⁸⁵ Die Konstruktvalidität gibt an, ob die in Studien „(...) verwendeten Messinstrumente (abhängige Variablen) sowie die hergestellten Untersuchungsbedingungen (unabhängige Variablen) inhaltlich in hohem Maße jeweils genau die interessierenden theoretischen Konstrukte“ (Döring 2023d, S. 97) repräsentieren. Hierzu ist es notwendig, dass die theoretischen Konstrukte anhand des wissenschaftlichen Forschungsstandes möglichst genau definiert sind. Zur Bewertung der Konstruktvalidität bedarf es folglich der Bewertung, ob das Messinstrument das Zielkonstrukt möglichst genau erfasst (vgl. Döring 2023d, S. 94).

¹⁸⁶ Die Konstruktvalidität kann durch unterschiedliche Datenerhebungsmethoden – im vorliegenden Fall bspw. durch eine schriftliche Befragung und zusätzlichen ärztlichen Untersuchungen – gesteigert werden. Wird lediglich eine Datenerhebungsmethode genutzt, kann dies zu einem Mono-Methoden-Bias führen (vgl. Döring 2023d, S. 98).

und gleichzeitig eine entsprechende Datenmenge zu generieren. Ziel war es, ein allgemeines Bild über die Gesundheit von Geflüchteten zu erhalten, welches durch diese Vorgehensweise erreicht werden konnte.

Hierbei ist jedoch zu differenzieren: Während bei physischen Symptomen oder Erkrankungen direkt nach solchen gefragt wird, ergeben sich die Prävalenzen psychischer Belastungen (somatoformes, depressives, Panik-, andere Angstsyndrome, Wahrscheinlichkeiten für das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung und Alkoholmissbrauch, vgl. hierfür TEIL II, Abschnitt 7.4) aus der Selbstauskunft der Studienteilnehmer:innen ausgewählter Items der entsprechenden (validierten) Instrumente¹⁸⁷, die mithilfe von Algorithmen ausgewertet wurden. Auch wenn die Erhebung theoretischer Konstrukte durch unterschiedliche Messinstrumente zu einer Steigerung der Validität führt¹⁸⁸, wurde der **Mono-Operationalisierungs-Bias** in der vorliegenden Primärdatenerhebung in Kauf genommen. Dies lässt sich zum einen auf den Umfang der erhobenen Daten zurückzuführen. Zum anderen wurde durch das Heranziehen bereits validierter Instrumente und einer zusätzlichen Expert:innenvalidierung der Minimierung des Bias entgegengesteuert.

Weitere Limitationen ergeben sich aus den einzelnen verwendeten Instrumenten selbst. Exemplarisch sei an dieser Stelle der PHQ angeführt. So erlaubt der PHQ Auskunft auf Syndrom-, nicht aber auf Störungsebene. So fordert bspw. die Angststörung im Vergleich zum Angstsyndrom den „(...) *Ausschluss von medizinischen Krankheitsfaktoren oder Substanzwirkungen als organische Ursache der Angstsymptome*“¹⁸⁹. Somit erweist es sich als Goldstandard, die Selbstangaben der Studienteilnehmer:innen durch weitere anamnetische Gespräche und Informationen abzusichern. Dennoch zeigen Studien, dass von einer guten Validität des Instruments zur Diagnostik psychischer Störungen ausgegangen werden kann, das zur Verbesserung der Versorgung ebendieser beitragen kann.¹⁹⁰ Wulfes et al. verglichen die Instrumente PHQ und PROTECT im Hinblick auf die diagnostische Effizienz und kamen zu dem Ergebnis, dass kein Messinstrument dem anderen zu bevorzugen sei. Es konnten keine

¹⁸⁷ Vgl. hierfür insbesondere TEIL II, Abschnitt 6.1.1, im Besonderen Tabelle 8.

¹⁸⁸ Vgl. Döring 2023d, S. 98.

¹⁸⁹ Löwe et al. 2002, S. 6.

¹⁹⁰ Vgl. Gräfe et al. 2004.

maßgeblichen Unterschiede im Hinblick auf die Diagnostik erkannt werden.¹⁹¹ Die Erkenntnisse unterstreichen die Auswahl und Aussagekraft der ausgewählten Messinstrumente.

Ein weiterer Einflussfaktor auf die Konstruktvalidität ist durch das Vorliegen des Messinstruments in mehreren Sprachen gegeben. Grundsätzlich bedarf es einer Kontrolle der **Übersetzung** durch Muttersprachler:innen.¹⁹² Um die Qualität des Erhebungsinstruments zu sichern, wurden die jeweiligen Instrumente – sofern verfügbar – bereits in übersetzter und in der Sprache validierter Form verwendet. Falls offizielle Übersetzungen nicht verfügbar waren, übernahmen qualifizierte Übersetzer:innen die Übersetzungen in die jeweiligen Sprachen. Ein:e weitere:r zweite:r unabhängige:r Übersetzer:in übernahm die Rückübersetzung in die deutsche Sprache. Es erfolgte ein Abgleich zwischen dem originalen und rückübersetzten Erhebungsinstrument, um ggf. notwendige Korrekturen vornehmen lassen zu können.¹⁹³ Auf diese Weise konnten Verzerrungen aufgrund von Übersetzungen minimiert werden.

Eine weitere Limitation könnte sich bzgl. der Erfassung von Infektionserkrankungen ergeben. Hier wurde zunächst allgemein abgefragt, ob eine infektiöse oder parasitäre Erkrankung vorliege, und lediglich bei Zustimmung nachgefasst, um welche Erkrankung es sich im Spezifischen handelt. Dies wurde insbesondere aufgrund der Länge des Fragebogens entschieden. Das Nutzen der Filterfunktion könnte jedoch zu einer Unterschätzung der Prävalenzen von infektiösen und parasitären Erkrankungen geführt haben.

Weitere mögliche Einschränkungen beziehen sich auf den **Befragungsmodus**. In der vorliegenden Studie wurde sich für die Durchführung einer schriftlichen Befragung entschieden. Neben entsprechenden Vorteilen dieses Modus ergeben sich gleichzeitig Limitationen. Bspw. setzt die schriftliche Befragung eine **Lese- und Schreibkompetenz** voraus.¹⁹⁴ Im Hinblick auf die vorliegende Primärdatenerhebung bedeutet dies, dass Menschen ohne oder eingeschränkter Lese- und Schreibkompetenz, geringem Bildungsstand oder sozioökonomischen Status ggf. von der Untersuchung ausgeschlossen worden sein könnten. Insbesondere vor dem Hintergrund des für die deutsche Wohnbevölkerung nachgewiesenen Zusammenhangs zwischen dem

¹⁹¹ Vgl. Wulfes et al. 2019.

¹⁹² Vgl. Döring 2023b, S. 404.

¹⁹³ Vgl. hierzu TEIL II, Abschnitt 6.1.3.

¹⁹⁴ Vgl. Döring 2023b, S. 393.

sozioökonomischen Status und Gesundheit und der dadurch resultierenden Ungleichheit¹⁹⁵, könnte die Morbidität unterschätzt worden sein.

Darüber hinaus ist zu beleuchten, dass die Datenerhebung mittels Fragebogen ein **reaktives Handeln** der Studienteilnehmer:innen hervorruft, d. h. die Daten werden gezielt für die Befragung generiert, wodurch die Aussagekraft eingeschränkt sein könnte.¹⁹⁶ Neben der reaktiven Datenerhebung ist darüber hinaus die mögliche **Akquieszenz** zu erwähnen. Diese umfasst sowohl persönlichkeitspezifisches Antwortverhalten als auch im vorliegenden Fall kulturspezifische Neigungen zum Antwortverhalten.¹⁹⁷

Im Hinblick auf die Konstruktvalidität sei der Fokus auf **chronische Erkrankungen** in der vorliegenden Untersuchung erwähnt. Vor dem Hintergrund mittel- bis langfristiger Handlungsbedarfe scheint dies zielführend. Jedoch werden hierdurch akute und kurzfristig benötigte Versorgungsbedarfe nicht erfasst. Diese beziehen sich lediglich auf psychische Belastungen (darunter auch das somatoforme Syndrom, für dessen Erfassung einzelne körperliche Symptome abgefragt wurden), nicht aber auf akute Symptome.

Neben der Validität sei auch die **Objektivität** angeführt, welche sich als „*Unabhängigkeit des Testergebnisses von der Person des Testanwenders/Testleiters*“¹⁹⁸ definieren lässt. Zur Gewährleistung der **Durchführungsobjektivität**¹⁹⁹ wurde ein standardisierter Ablauf eingehalten. Im Rahmen einer Mitarbeiter:innenschulung durch Expert:innen wurden eine einheitliche Ansprache, kultursensible und -spezifische Aspekte sowie im Hinblick auf ein mögliches Retraumatisierungsrisiko bestehende Spezifika der Studienpopulation vermittelt. Durch Gewährleisten eines Kernteams zweier wissenschaftlicher Mitarbeiter:innen, von denen mindestens ein:e Mitarbeiter:in bei der Studiendurchführung vor Ort präsent war, wurde ein homogenes Vorgehen gewährleistet. Zudem wurde darauf geachtet, dass die Erhebungssituation in den zentralen Aufnahmeeinrichtungen möglichst gleich gestaltet wurde. Dazu zählte bspw., dass die Erhebungen in einem von den Unterkünften gestellten Raum stattfanden, in welchem Bereiche mit Wahlkabinen zur Gewährleistung der Privatsphäre geschaffen wurden. Auch wenn

¹⁹⁵ Vgl. bspw. Lampert et al. 2013.

¹⁹⁶ Vgl. Döring 2023b, S. 394.

¹⁹⁷ Vgl. Döring 2023c, S. 257.

¹⁹⁸ Döring 2023b, S. 438.

¹⁹⁹ Unter Durchführungsobjektivität wird die Unabhängigkeit des Studienergebnisses von der Person, die den Test durchführt, verstanden und kann bspw. durch Erstellen und Einhalten eines Testmanuals erzielt werden (vgl. Döring 2023b, S. 438).

die Studienteilnehmer:innen zur alleinigen Beantwortung der Fragen angehalten wurden, konnte während der Studiendurchführung beobachtet werden, dass Fragebögen vereinzelt von Studienteilnehmer:innen für andere Studienteilnehmer:innen ausgefüllt wurden. Dies bezog sich auf Nachfrage insbesondere auf solche Partizipierende, die aufgrund fehlender oder eingeschränkter Lesefähigkeit Schwierigkeiten bei der Beantwortung der Fragen hatten. Auch konnten Partizipierende bei ausreichender vorhandener Lesefähigkeit nur schwer dazu angehalten werden, den Fragebogen eigenständig auszufüllen. Hierdurch können sich – insbesondere bei persönlichen und schambehafteten Items – Verzerrungen ergeben haben, welches bei der Ergebnisinterpretation Berücksichtigung finden sollte.

Die **Auswertungsobjektivität** wird durch Datenauswertung auf Grundlage der Manuals der entsprechenden Messinstrumente gewährleistet.

8.2 Übertragbarkeit und Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse

Im Folgenden werden mögliche Einschränkungen der **externen Validität**, also der Generalisierbarkeit der aus der Studie gewonnenen Aussagen und mögliche Übertragbarkeit auf andere Personen ²⁰⁰, sowie der **Repräsentativität**, also der Unverzerrtheit der Merkmalszusammensetzung in der Population,²⁰¹ beschrieben. Eine zentrale Limitation geht auf die dynamische **Entwicklung der Grundgesamtheit** (vgl. hierzu TEIL I, Abschnitt 2.4.2) sowie Änderungen der Auswahlpopulation in den zentralen Aufnahmeeinrichtungen zum Zeitpunkt der Studienkonzeption und -durchführung zurück. Die zum Zeitpunkt der Studienplanung anvisierte systematische Stichprobenziehung erwies sich aufgrund der sich stark verändernden Anzahl Geflüchteter in den Aufnahmeeinrichtungen im Gesamten sowie der sich verändernden Zusammensetzung nach Herkunftsländern als nicht zielführend. Stattdessen wurde sich für eine intensive Rekrutierung entschieden. Diese ermöglichte die Teilnahme an der Studie für alle in den Aufnahmeeinrichtungen Lebenden. Ein mögliches Ausschlusskriterium bezog sich dabei auf die Verfügbarkeit der Sprachen, in welchen der Fragebogen vorlag (vgl. TEIL II, Abschnitt 6.1.3, Tabelle 10).

Da von dem ursprünglichen Quotenplan abgewichen werden musste, bestünde im Nachgang die Möglichkeit der **Gewichtung** der Stichprobe, um Verzerrungen hinsichtlich der Stichprobe (anhand ausgewählter Merkmale wie bspw. Alter, Geschlecht, Herkunftsstaat) zu korrigieren

²⁰⁰ Vgl. Döring 2023d, S. 101–103.

²⁰¹ Vgl. Döring 2023e, S. 300.

und eine Annäherung an die Realität zu erzielen. Gewichtungsverfahren eignen sich v. a. bei Zufallsstichproben, also probabilistischen Stichproben.²⁰² In der vorliegenden Studie wurde sich aus unterschiedlichen Gründen gegen ein Gewichtungsverfahren entschieden. Zum einen wurde im vorliegenden Fall eine nicht-probabilistische Stichprobe, im Spezifischen eine Quotenstichprobe, anvisiert. Zum anderen sind die Subgruppen teilweise so klein, dass mittels Gewichtung der Eindruck einer Repräsentativität entstehen könnte, die im vorliegenden Fall nicht gegeben ist.

Unter Berücksichtigung der in den Aufnahmeeinrichtungen erreichbaren Studienpopulation lässt sich annehmen, dass insbesondere **schwer Erkrankte nicht oder nur schlecht erfassbar** sind. Nach Kontaktaufnahme zu den jeweiligen Regierungsbezirken Bayerns zeigte sich, dass Menschen, die einer dauerhaften medizinischen Versorgung bedürfen oder pflegebedürftig sind, in speziellen Unterkünften leben. Auch lässt sich annehmen, dass in den Aufnahmeeinrichtungen eine Selektion solcher Studienteilnehmer:innen stattfindet, die aufgrund ihres Gesundheitszustands bereit sind an der Studie zu partizipieren. Dies könnte ebenfalls zu einer Unterschätzung der Morbidität beigetragen haben.

Die **Auswahl der Aufnahmeeinrichtungen** erfolgte über das Bayerische Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales auf Grundlage der Besetzung der Aufnahmeeinrichtung nach Herkunftsstaaten. Aufgrund der quantitativen Bedeutung wurden solche Unterkünfte ausgewählt, in denen Geflüchtete zum Zeitpunkt der Studienplanung aus Afghanistan, Eritrea, Irak, Iran oder Syrien anzutreffen waren. Somit wurde sich für eine bewusste Ziehung der Aufnahmeeinrichtungen und keine Zufallsziehung entschieden.

Weitere Limitationen ergeben sich bzgl. der **Stichprobengröße**. Insbesondere in der differenzierten Betrachtung einzelner Subgruppen ist zu beachten, dass diese teilweise sehr klein sind. Dies spielt bspw. im Rahmen der inferenzstatistischen Auswertungen, um Unterschiede zwischen Partizipierenden aus unterschiedlichen Herkunftsstaaten feststellen zu können, eine Rolle. Daher wurden Gruppenunterschiede im Ergebnisteil aufgegriffen, auch wenn diese nicht statistisch signifikant waren. Auch deuten die zum Teil großen 95 %-Konfidenzintervalle, die für die relativen Häufigkeiten ausgewiesen werden, auf die Gruppengröße hin. Dies ist bei der Interpretation der Studienergebnisse zu berücksichtigen.

²⁰² Vgl. Döring 2023a, S. 584–585.

In der Gesamtbetrachtung ergeben sich eine Reihe methodischer und praktischer Limitationen. Dennoch trägt die Primärdatenerhebung aufgrund ihrer Auswahl an validierten Instrumenten und der Bereitstellung des Instrumentes in einer Vielzahl an Sprachen zur Schließung einer zentralen Forschungslücke bei. Die daraus resultierende Datenbasis ermöglicht es sowohl Aussagen zur psychischen Gesundheit von Geflüchteten in Bayern als auch zu körperlichen Beeinträchtigungen zu treffen.

9 Zwischenfazit

Als Ergebnis von TEIL II – der empirischen Untersuchung der Morbidität von Geflüchteten in Bayern – konnte zum einen das methodische Vorgehen der Primärdatenerhebung beschrieben und die Studienkonzeption in Kapitel 6 aufgezeigt werden. Zum anderen wurden neben der Beschreibung der Stichprobe die wesentlichen Ergebnisse der Studie in Kapitel 7 differenziert nach allgemeinen Gesundheitsindikatoren, somatischen Erkrankungen und psychischen Belastungen dargelegt.

Konkludierend lässt sich feststellen, dass im Hinblick auf somatische Belastungen insbesondere dem chronischen Rückenschmerz, Erkrankungen der Zähne und des Mundes, der Haut, des Magens und Darms, Blasenschwäche sowie Bluthochdruck eine quantitative Bedeutung zugesprochen werden kann. Dabei sind weibliche Geflüchtete in der Regel häufiger betroffen als männliche Befragte. Tabelle 32 führt die zehn höchsten Lebenszeit- und 12-Monatsprävalenzen noch einmal tabellarisch zusammen.

Tabelle 32: TOP-10 somatischer Erkrankungen basierend auf den relativen Häufigkeiten der Gesamtstichprobe

Quelle: Eigene Darstellung.

TOP	Lebenszeitprävalenz			12-Monatsprävalenz		
	Erkrankung	%	95 %-KI	Erkrankung	%	95 %-KI
1	Erkrankungen der Zähne oder des Mundes	22,8	(18,6–27,6)	Chronische Rückenschmerzen	16,3	(12,7–20,6)
2	Chronische Rückenschmerzen	21,5	(17,5–26,2)	Erkrankungen der Zähne oder des Mundes	15,5	(12,0–19,9)
3	Erkrankungen des Magens oder Darms	11,5	(8,4–15,5)	Erkrankungen der Haut	7,8	(5,4–11,2)
4	Erkrankungen der Haut	10,5	(7,6–14,2)	Erkrankungen des Magens oder Darms	7,4	(5,0–10,8)
5	Blasenschwäche	8,8	(6,3–12,2)	Bluthochdruck	4,1	(2,4–6,8)

TOP	Lebenszeitprävalenz			12-Monatsprävalenz		
	Erkrankung	%	95 %-KI	Erkrankung	%	95 %-KI
6	Bluthochdruck	8,1	(5,6–11,6)	Arthritis	4,0	(2,3–6,7)
7	Infektiöse oder parasitäre Erkrankungen	6,1	(4,0–9,2)	Infektiöse oder parasitäre Erkrankungen	3,4	(1,9–5,9)
8	Arthritis	5,5	(3,5–8,5)	Osteoporose	3,1	(1,7–5,5)
9	Niereninsuffizienz	5,1	(3,2–8,1)	Chronische Bronchitis	3,1	(1,7–5,6)
10	Chronische Bronchitis	4,9	(3,1–7,9)	Asthma bronchiale	3,0	(1,7–5,5)

Im Kontext der psychischen Belastungen zeigt sich eine ähnliche Tendenz: Frauen sind tendenziell häufiger von psychischen Belastungen betroffen als Männer, mit Ausnahme der hohen Wahrscheinlichkeit für eine PTBS und Alkoholmissbrauch. Die höchsten Prävalenzen konnten für das depressive Syndrom (26,3 %, 95 %-KI: 21,2–32,2), andere depressive Störungen (26,3 %, 95 %-KI: 22,3–30,6) und eine hohe Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung (26,3 %, 95 %-KI: 21,5–31,8) festgestellt werden.

TEIL III: Ergänzende systematische Literaturrecherche

TEIL III stellt die Durchführung und Ergebnisse einer ergänzenden systematischen Literaturrecherche dar. Hierbei zielt die Literaturrecherche darauf ab, Studienergebnisse zur Gesundheitssituation von Geflüchteten in Deutschland zu identifizieren.

Kapitel 10 ist eine kurze Hinführung sowie die Erläuterung der Gründe für eine ergänzende Literaturrecherche zu entnehmen.

In **Kapitel 11** wird das methodische Vorgehen der Literaturrecherche beschrieben. Neben der Vorstellung der Suchstrategie wird ebenfalls der Suchterminus präsentiert. Weiterhin werden Ein- und Ausschlusskriterien, die dem Selektionsprozess dienen, definiert und der Screeningprozess beschrieben.

Die Ergebnisdarstellung in Form einer Listung relevanter Studien folgt in **Kapitel 12**.

In **Kapitel 13** werden Limitationen der Literaturrecherche aufgeführt.

TEIL III schließt mit einem kurzen Zwischenfazit in **Kapitel 14**.

10 Hinführung

Zur Erfassung des aktuellen Forschungsstands zur Gesundheitssituation von Geflüchteten wurde eine strukturierte, systematische Literaturrecherche in gängigen Datenbanken durchgeführt. Ziel ist es, eine umfassende und breite Übersicht des Forschungsstandes im Hinblick auf die gesundheitliche Situation Geflüchteter in Deutschland zu geben und insbesondere Erkenntnisse seit Durchführung der empirischen Arbeit in Teil II aufzuzeigen. Auf Grundlage der mithilfe der systematischen Recherche identifizierten Studien erfolgt die Einordnung der Ergebnisse der empirischen Analyse (TEIL II) im Rahmen der in TEIL IV folgenden Diskussion.

Die ergänzende systematische Literaturrecherche adressiert die nachstehenden Fragestellungen:

1. Welche Gesundheitsparameter finden in aktuellen Studien Berücksichtigung?
2. Welche gesundheitlichen physischen als auch psychischen Belastungen sind bei Geflüchteten in Deutschland von besonderer quantitativer Relevanz?

In den nachstehenden Kapiteln wird zum einen das methodische Vorgehen strukturiert aufgezeigt, zum anderen werden die Ergebnisse in Form einer Listung relevanter Studien strukturiert zusammengetragen.

11 Methodisches Vorgehen der Literaturrecherche

11.1 Suchstrategie

Zur Erfassung des aktuellen Forschungsstands wurde eine strukturierte Literaturrecherche in den bibliographischen Datenbanken bzw. Suchoberflächen PubMed (Medline), Cochrane und Google Scholar durchgeführt. Eine weitere freie Internetrecherche dient dem Aufzeigen weiterer Studien, die per Suchstring in den Datenbanken nicht identifiziert werden konnten.

11.2 Suchterminus

Ableitend aus der zentralen Fragestellung wurden die drei Suchkomponenten bestimmt. Weiter wurden die Suchbegriffe definiert und mittels sinnvoller Trunkierung versehen und mit den Booleschen Operatoren zu einem zusammenhängenden Suchstring verbunden. Die Recherche wurde am 10. Mai 2022 in den internationalen Datenbanken bzw. Suchoberflächen PubMed und Cochrane mit dem nachstehenden Suchterminus durchgeführt:

„(((refugee) OR (asylum*)) AND (health*)) AND (german*)“*

Ergänzend wurde am 04. August 2022 eine Recherche in Google Scholar mit selbem Suchstring durchgeführt. Hierbei wurde sich bei der Recherche aus forschungspragmatischen Gründen mit den trunkierten Suchbegriffen „refugee*“ und „asylum*“ auf das Vorkommen nur im Titel der Studien beschränkt.

11.3 Ein- und Ausschlusskriterien

Die Suche erfolgte lediglich unter der Einschränkung in englischer und deutscher Sprache und hinsichtlich des Zeitraums, der sich auf den Zeitraum von 2012-2022 bezieht.

In einem ersten Schritt wurden die Treffer nach ihrem Titel gesichtet und ausgewählt. Die Ein- und Ausschlusskriterien sind zusammenfassend in Tabelle 33 dargestellt. In einem zweiten Schritt folgte das Screening der Abstracts der im ersten Schritt als geeignet klassifizierten Studien.

Tabelle 33: Ein- und Ausschlusskriterien der Literaturrecherche

Quelle: Eigene Darstellung.

	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Studientyp	<ul style="list-style-type: none"> - Qualitative Studien - Quantitative Studien - Literaturreviews - Metaanalysen 	<ul style="list-style-type: none"> - Fallstudien - Kommentare - Editorials - Konferenzbeiträge
Studienpopulation	Erwachsene <ul style="list-style-type: none"> - Geflüchtete - Asylbewerber:innen - Asylsuchende aller Herkunftsländer	<ul style="list-style-type: none"> - Kinder und Jugendliche - Geflüchtete, Asylbewerber oder Asylsuchende nicht als differenzierbare Studienpopulation ausgewiesen - Geflüchtete, Asylbewerber:innen oder -suchende, die aufgrund bestimmter ausgewiesener Merkmale kein allgemeines Bild über die Gesundheitssituation von Geflüchteten im Allgemeinen zulassen
Setting	Deutschland	Andere Länder als Deutschland
Untersuchungsgegenstand	<ul style="list-style-type: none"> - Prävalenzen und Inzidenzen zum Abbilden der physischen und psychischen Gesundheitssituation - Darstellen des Krankheitsspektrums (bspw. auf Grundlage von Routine- und Diagnosedaten) - Resistenzen 	<ul style="list-style-type: none"> - (Gesundheitsbezogene) Lebensqualität - Resistenzen - Impfstatus - Zugang zur Gesundheitsversorgung - Einflussfaktoren auf die Gesundheit - Krankheitsspektren, die keine Prävalenzen zulassen
Sprache	Deutsch und Englisch	Andere Sprachen als Deutsch und Englisch
Publikationszeitraum	Ab 2012 (bis 2022)	Vor 2012

11.4 Screeningprozess

Die Studiendurchsicht erfolgte in einem dreistufigen Verfahren. In einem ersten Schritt wurden die Titel aller Treffer gesichtet und als irrelevant erachtete Studien selektiert. Im darauffolgenden Schritt wurden die Abstracts der als relevant eingestuften Titel durchgesehen, während in einem letzten Schritt die Studien nach der Durchsicht der Volltexte selektiert wurden.

12 Ergebnisse

Der folgende Abschnitt adressiert die Ergebnisdarstellung der systematischen Literaturrecherche, die sich auf die Listung relevanter Studien zur Gesundheitssituation von Geflüchteten in Deutschland fokussiert.

Insgesamt konnten in PubMed und Cochrane 1.218 Treffer erzielt werden. Nach der Dublettenbereinigung blieben 1.170 Treffer zur Sichtung. Parallel wurde die Recherche in Google Scholar durchgeführt, die insgesamt 1.670 Treffer ergab. Das Screening der durch die Google Scholar-Recherche erzielten Treffer erfolgte vollständig, da das Importieren der vollständigen Trefferliste in das Literaturverwaltungsprogramm Citavi (Version 6) – und damit ein automatisiertes Dublettenbereinigen zwischen den Trefferlisten – nicht effizient umsetzbar ist.

Nach Sichten der Titel und Abstracts blieben insgesamt $n = 90$ Studien, die nach den definierten Ein- und Ausschlusskriterien als relevant erachtet wurden. Eine vollständige Übersicht über den Recherche- und Screeningprozess zeigt die nachstehende Abbildung 19.

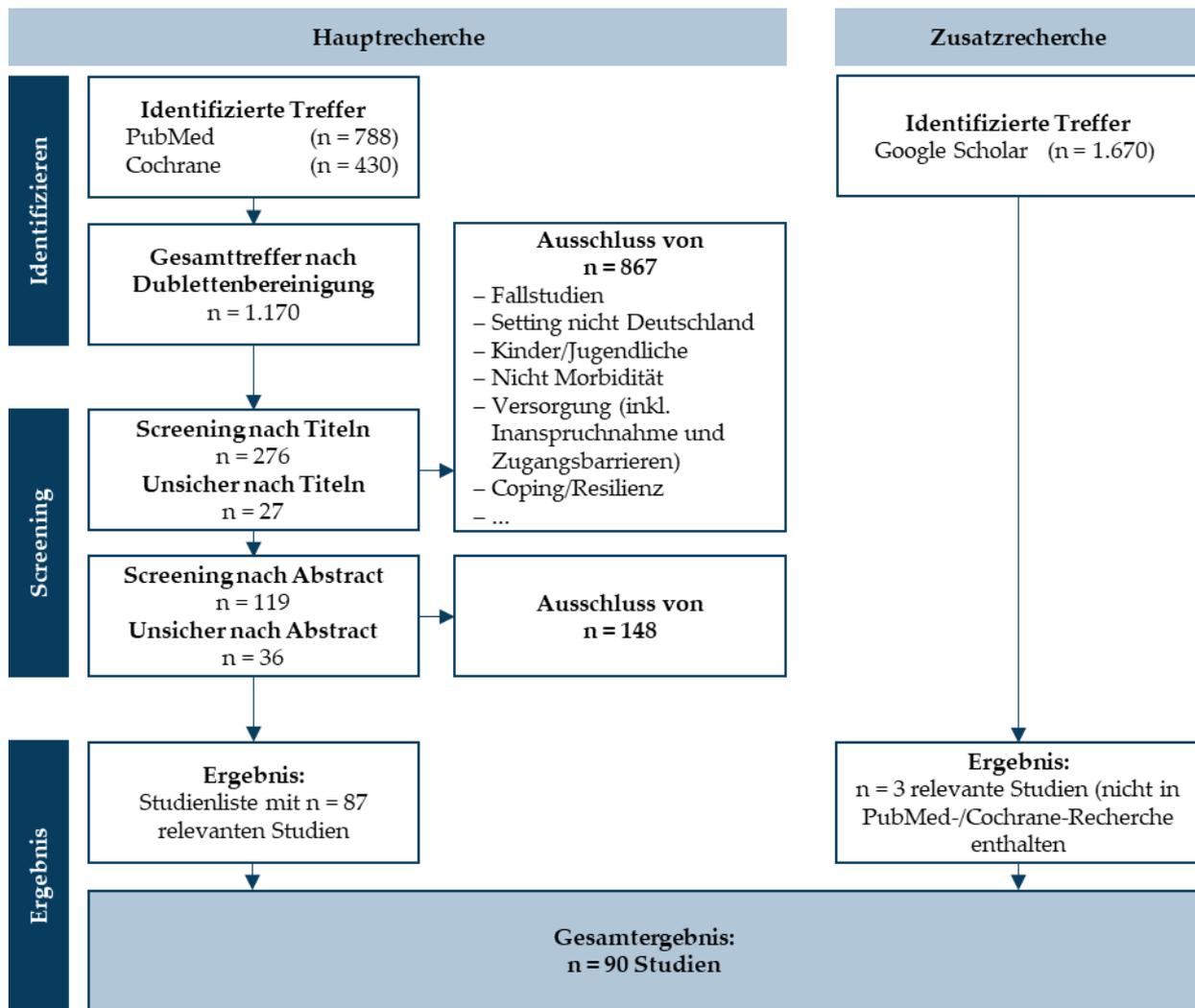


Abbildung 19: Screening-Prozess der systematischen Literaturrecherche

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an PRISMA (vgl. Moher et al. (2009)).

Die nachstehende Tabelle 34 gibt einen Überblick über die Studienlage zur Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland. Im Hinblick auf die Verteilung der Studien nach inhaltlichen Kategorien zeigt sich eine quantitative Relevanz (n = 50) solcher, die psychische Belastungen von Geflüchteten – darunter v. a. die PTBS, Depressionen oder Angststörungen – lancieren. Ferner befassen sich insgesamt n = 20 bzw. n = 27 Studien mit der somatischen Gesundheit bzw. den infektiösen Erkrankungen. Lediglich sieben Studien befassen sich sowohl mit somatischen als auch explizit mit Infektionserkrankungen. Einer quantitativ geringeren Bedeutung kommen den Studien der Zahn- und Mundgesundheit (n = 9) sowie solchen zu spezifischen Themen wie Schwangerschaft und Geburt (n = 3) und Resistenzen (n = 5) zu. Letzteres könnte u. a. auf den erhöhten Forschungsaufwand in Form von (zahn-)ärztlichen Untersuchungen und Probenentnahmen zurückzuführen sein. Im Kontext der Entwicklung der zeitlichen Veröffentlichung der Studien zeigt sich eine Zunahme zwischen 2015 (n = 2 Studien) und 2018

(n = 19 Studien). Eine vollständige Übersicht der Studien inklusive der Aufführung der in den Studien untersuchten Gesundheitsparameter, Beschreibung der Studienpopulation, der verwendeten Instrumente (sofern Fragebogen- oder Interviewstudien) bzw. Datenquellen findet sich in Anhang 4.

Tabelle 34: Übersicht relevanter Studien zur Gesundheitssituation von Geflüchteten in Deutschland

Quelle: Eigene Darstellung.

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	A	B	C	D	E	F	G	H
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen										
1	Ackermann et al. (2018) Screening for infectious diseases among newly arrived asylum seekers, Bavaria, Germany, 2015	Auswertung von Routinedaten: Verpflichtende Gesundheitsuntersuchung nach § 62 Abs. 1 AsylG Daten, die nach § 6 IfSG erfasst werden (meldepflichtige Daten)					X			
2	Al-Ani et al. (2021) National oral health survey on refugees in Germany 2016/2017: caries and subsequent complications	Untersuchung der Mundgesundheit, Kariesprävalenz und Folgekomplikationen bei kürzlich in Deutschland angekommenen Geflüchteten und Vergleich dieser Ergebnisse mit der deutschen Wohnbevölkerung				X				
3	Alberer et al. (2016) Spectrum of diseases occurring in refugees and asylum seekers: data from three different medical institutions in the Munich area from 2014 and 2015	Exemplarische Untersuchung des Krankheitsspektrums von Asylbewerber:innen und Geflüchteten		X	X	X	X			
4	Alberer et al. (2018) Notifiable infectious diseases in refugees and asylum seekers: experience from a major reception center in Munich, Germany	Untersuchung von Risikofaktoren für meldepflichtige Infektionskrankheiten und anderen im Kontext von Gemeinschaftsunterkünften relevanten Infektionskrankheiten zur Verbesserung der Krankheitserkennung und Prävention					X			
5	Ammoura et al. (2021) Perinatal Data of Refugee Women from the Gynaecology Department of Charité University Hospital Berlin Compared with German Federal Analysis	Erhebung perinataler Daten von geflüchteten Frauen an der Berliner Charité und die Evaluation möglicher Unterschiede bzgl. prä-, peri-, und postnataler Ausgänge im Vergleich zu den einheimischen Frauen							X	
6	Bauhoff und Göppfarth (2018) Asylum-seekers in Germany differ from regularly insured in their morbidity, utilizations and costs of care	Untersuchung der Morbidität, Inanspruchnahme und Kosten der Versorgung einer Stichprobe von Asylbewerber:innen im Vergleich zu einer Vergleichsgruppe von regulär Versicherten der Wohnbevölkerung (Match nach Geschlecht, Alter, Wohnort und Zeitraum der Leistungsanspruchnahme) Berechnung von Prävalenzen und Darstellung nach ICD-10 Diagnosen	X				X			

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	A	B	C	D	E	F	G	H
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen										
7	Belau et al. (2021a) Body mass index and associated factors among refugees living in North Rhine-Westphalia, Germany: a cross-sectional study	Untersuchung des Body Mass Index (BMI) von Geflüchteten, der Veränderung des BMI während der Migration und von Einflussfaktoren auf den BMI		X						
8	Belau et al. (2021b) Impact of Family Separation on Subjective Time Pressure and Mental Health in Refugees from the Middle East and Africa Resettled in North Rhine-Westphalia, Germany: A Cross-Sectional Study	Untersuchung der Auswirkungen der Familientrennung auf den subjektiven Zeitdruck und die psychische Gesundheit von Geflüchteten			X					
9	Belau et al. (2021c) Loneliness as a mediator of social relationships and health-related quality of life among refugees living in North Rhine-Westphalia, Germany	Untersuchung von Einsamkeit als Mediator für gesundheitsbezogene Lebensqualität			X			X		
10	Belz et al. (2017) Posttraumatic stress disorder and comorbid depression among refugees: Assessment of a sample from a German refugee reception center	Untersuchung bzw. Bestätigung der Hypothesen, dass Geflüchtete mit psychischen Belastungen mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit an einer PTBS leiden und die Mehrheit unter komorbiden psychischen Störungen leidet			X					
11	Bhusari et al. (2020) Dental Caries among Refugees in Europe: A Systematic Literature Review	Systematische Überprüfung der Erkenntnisse zu den Prävalenzen von dentaler Karies nach Decay-missing-filled-Index (DMF-Index) und der Mundgesundheit von Geflüchteten in Europa				X				
12	Biddle et al. (2019) Health monitoring among asylum seekers and refugees: a state-wide, cross-sectional, population-based study in Germany	Weiterentwicklung der aktuellen Ansätze zum Gesundheitsmonitoring von Geflüchteten Verlässliche Schätzungen über den Gesundheitszustand und den Zugang zu Gesundheitsdiensten	X		X					
13	Biddle et al. (2021)	Erfassung der Gesundheitssituation, des Inanspruchnahmeverhaltens und der Zugangsbarrieren Geflüchteter	X		X					

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	A	B	C	D	E	F	G	H	
	*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen										
	Monitoring the health and healthcare provision for refugees in collective accommodation centres: Results of the population-based survey RESPOND										
14	Blackmore et al. (2020) The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis	Untersuchung der Prävalenzen von psychischen Erkrankungen bei erwachsenen Geflüchteten und Asylbewerber:innen			X						
15	Borho et al. (2020) The prevalence and risk factors for mental distress among Syrian refugees in Germany: a register-based follow-up study	Untersuchung der Prävalenzveränderung psychischer Störungen unter erwachsenen syrischen Geflüchteten mit deutscher Aufenthaltserlaubnis unter Berücksichtigung ihrer zunehmenden Aufenthaltsdauer in Deutschland und die Veränderung ihrer Beziehung zu Risikofaktoren vor und nach der Migration			X						
16	Borho et al. (2021) Somatic distress among Syrian refugees with residence permission in Germany: analysis of a cross-sectional register-based study	Untersuchung der Prävalenz von Risikofaktoren für somatische Beschwerden von erwachsenen syrischen Geflüchteten		X	X						
17	Borho et al. (2022) Mental Health Screening of Syrian Refugees in Germany: The Refugee Health Screener	Vergleich des RHS-15 (Refugee Health Screener) mit Referenzscreenern zu ausgewählten psychischen Belastungen und Bewertung der diagnostischen Qualität Ausweisen der Prävalenzen psychischer Belastungen von syrischen Geflüchteten			X						
18	Bozorgmehr et al. (2016a) Systematic review and evidence mapping of empirical studies on health status and medical care among refugees and asylum seekers in Germany (1990-2014)	Geben einer umfassenden Übersicht des Forschungsstands zum Gesundheitszustand und der medizinischen Versorgung von Geflüchteten und Asylsuchenden in Deutschland		X	X	X	X				
19	Bozorgmehr et al. (2017a) Yield of active screening for tuberculosis among asylum seekers in Germany: a systematic review and meta-analysis	Nutzen des Tuberkulosescreeings bei Asylsuchenden in Deutschland im Rahmen des Erstscreenings nach § 62 IfSG					X				

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	A	B	C	D	E	F	G	H
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen										
26	Denkinger et al. (2021) Longitudinal Changes in Posttraumatic Stress Disorder After Resettlement Among Yazidi Female Refugees Exposed to Violence	Untersuchung der Veränderungen im Schweregrad der PTBS und posttraumatischen Bewältigung bei schwer traumatisierten jesidischen weiblichen Geflüchteten sowie Risiko- und Schutzfaktoren für den Verlauf der PTBS			X					
27	Dietrich et al. (2019) Screening for posttraumatic stress disorder in young adult refugees from Syria and Iraq	Bewertung der Durchführbarkeit alternativer PTBS-Screening-Instrumente Schätzung der Prävalenz von PTBS-Screening-Diagnosen (Anzeichen von PTBS) Bewertung der damit verbundenen psychosozialen Faktoren			X					
28	Dudek et al. (2022) Association between housing and health of refugees and asylum seekers in Germany: explorative cluster and mixed model analysis	Erstellung umfassender Typologie von Flüchtlingsunterkünften, indem Cluster von Merkmalen identifiziert werden, die als Grundlage für eine innovative, mehrdimensionale Art der Bewertung der Wohnsituation von Geflüchteten dienen Ermitteln von Zusammenhängen zwischen den Unterkunftsklustern und der Gesundheit von Geflüchteten	X	X						
29	Ehlkes et al. (2018) Negligible import of enteric pathogens by newly-arrived asylum seekers and no impact on incidence of notified Salmonella and Shigella infections and outbreaks in Rhineland-Palatinate, Germany, January 2015 to May 2016	Stuhl-Screening Salmonellose und Shigellose nach IfSG Nutzenbewertung von Stuhl-Screenings für die öffentliche und individuelle Gesundheit Prävalenzen von Darmpathogenen unter Asylbewerber:innen nach Alter, Geschlecht, geographischer Herkunft, Häufigkeiten von Salmonellose und Shigellose					X			
30	Ehlkes et al. (2019) No evidence of carbapenemase-producing Enterobacteriaceae in stool samples of 1,544 asylum seekers arriving in Rhineland-Palatinate, Germany, April 2016 to March, 2017	Prävalenzen von ESBL-PE (Extended-spectrum beta-lactamase bildende Enterobacteriaceae)/ Carbapenemase bildende Enterobacteriaceae (C-PE) unter Asylbewerber:innen in Rheinland-Pfalz					X			
31	Eiset und Wejse (2017)	Untersuchung der Epidemiologie von Infektionserkrankungen von Geflüchteten differenziert nach unterschiedlichen Migrationsgruppen					X			

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	A	B	C	D	E	F	G	H	
	*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen										
	Review of infectious diseases in refugees and asylum seekers-current status and going forward										
32	Freiberg et al. (2020) Dental Care for Asylum-Seekers in Germany: A Retrospective Hospital-Based Study	Untersuchung der Zahngesundheit Geflüchteter, um ein detailliertes Bild der in Anspruch genommenen zahnärztlichen Leistungen durch Asylbewerber:innen zu geben Quantifizierung der Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen, Beschwerden, die zur Inanspruchnahme führten, vom Zahnarzt gestellte Diagnosen und Behandlungen				X					
33	Führer et al. (2020) Serious shortcomings in assessment and treatment of asylum seekers' mental health needs	Untersuchung der Versorgungslücke der psychologischen Versorgung – sowohl im Rahmen der Diagnostik als auch in der leitliniengerechten Therapie psychischer Beschwerden			X						
34	Georges et al. (2021) Health determinants among refugees in Austria and Germany: A propensity-matched comparative study for Syrian, Afghan, and Iraqi refugees	Untersuchung der selbst-eingeschätzten Gesundheit von Geflüchteten und Gesundheitsdeterminanten und der Unterschiede zwischen Deutschland und Österreich	X								
35	Georgiadou et al. (2017) High Manifestations of Mental Distress in Arabic Asylum Seekers Accommodated in Collective Centers for Refugees in Germany	Untersuchung der Häufigkeiten von PTBS, Depressionen, generalisierten Ängsten bei Asylbewerber:innen und der Prävalenz von traumatischen Ereignissen Bewertung der Verständlichkeit und Angemessenheit der arabischen Übersetzung der Fragebögen			X						
36	Georgiadou et al. (2018) Prevalence of Mental Distress Among Syrian Refugees With Residence Permission in Germany: A Registry-Based Study	Untersuchung psychischer Belastungen von syrischen Geflüchteten mit Aufenthaltserlaubnis, die seit 2014 in Deutschland leben (unter Berücksichtigung der Umstände im Herkunfts- und Aufnahmeland sowie der Fluchtbedingungen)			X						
37	Goetz et al. (2018) Assessment of oral health and cost of care for a group of refugees in Germany: a cross-sectional study	Untersuchung der Mundgesundheit von Geflüchteten und Schätzung der Kosten für die Mundpflege auf Grundlage des regelmäßigen und eingeschränkten Zugangs				X					

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	A	B	C	D	E	F	G	H
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen										
38	Goodman et al. (2018) A cross-sectional investigation of the health needs of asylum seekers in a refugee clinic in Germany	Beschreibung der medizinischen Diagnosen in einer Dresdener Klinik von Asylbewerber:innen Überblick über die Häufigkeiten der Diagnosen nach Diagnosegruppen		X	X					
39	Haumeder et al. (2019) Psychological adaptation and posttraumatic stress disorder among Syrian refugees in Germany: a mixed-methods study investigating environmental factors	Untersuchung traumabezogener Bewältigungselbstwirksamkeit, Resilienz und Umweltfaktoren als Prädiktoren für psychologische Anpassung und PTBS bei syrischen Geflüchteten in Deutschland Untersuchte Prädiktoren für (Fehl-)Anpassung an potenziell traumatische Ereignisse (1) Traumarelevante Concept of Coping Self-Efficacy (CSE) (2) Resilienz (3) Umweltfaktoren			X					
40	Heudorf et al. (2016) Multidrug-resistant organisms in refugees: prevalences and impact on infection control in hospitals	Screening von in sechs unterschiedliche Krankenhäuser eingelieferten Geflüchteten auf MDRO und MRSA oder MRGN								X
41	Hintermeier et al. (2021) SARS-CoV-2 among migrants and forcibly displaced populations: A rapid systematic review	Zusammenfassen der empirischen Erkenntnisse über das Infektionsrisiko, die Übertragung, Entwicklung von Krankheiten und das Risiko eines schweren Krankheitsverlaufs bei Migrant:innen, Geflüchteten, Asylbewerber:innen und Binnenvertriebenen Erkenntnisse über die Auswirkungen von Abriegelungsmaßnahmen auf die Gesundheit der Menschen sowie über wirksame politische Strategien zur Vermeidung von Risiken und negativen Folgen Zusammentragen des Inzidenzrisikos von SARS-CoV-2 – Vergleich zwischen Migrant:innen und Nicht-Migrant:innen im Hinblick auf die Hospitalisierungsrate					X			
42	Hoell et al. (2021)	Untersuchung der Prävalenz von depressiven und PTBS-Symptomen von Geflüchteten in Deutschland			X					

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	A	B	C	D	E	F	G	H
	*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen									
	Prevalence of depressive symptoms and symptoms of post-traumatic stress disorder among newly arrived refugees and asylum seekers in Germany: systematic review and meta-analysis	Untersuchung von Studienmerkmalen und Merkmalen der Studienpopulation auf die Prävalenzschätzung Vergleich der Prävalenzen zwischen Geflüchteten und der deutschen Wohnbevölkerung								
43	Jablonka et al. (2017b) Hepatitis A immunity in refugees in Germany during the current exodus	Untersuchung der Hepatitis A-Immunität bei Geflüchteten einer Erstaufnahmeeinrichtung					X			
44	Jablonka et al. (2018a) Tuberculosis Specific Interferon-Gamma Production in a Current Refugee Cohort in Western Europe	Beurteilung der latenten und aktiven Tuberkulose bei Geflüchteten durch tuberkulosespezifische Interferon-Gamma-Freisetzungstests					X			
45	Jablonka et al. (2018b) Prevalence and Types of Anemia in a Large Refugee Cohort in Western Europe in 2015	Untersuchung der Prävalenz und des Schweregrads und der Art von Anämien bei Geflüchteten		X						
46	Jablonka et al. (2021) Acute respiratory infections in an adult refugee population: an observational study	Analyse von Häufigkeiten von Atemwegserkrankungen bei erwachsenen Geflüchteten, Verteilung über die Zeit, Faktoren, die die Entwicklung beeinflussen und gewählte Behandlungsmethoden		X						
47	Jahn et al. (2021) Health monitoring of refugees in reception centres for asylum seekers: Decentralized surveillance network for the analysis of routine medical data	Hintergrund: Verbesserung der Qualität medizinischer Dokumentation in Aufnahmeeinrichtungen Entwicklung eines Systems für routinemäßiges Monitoring von Krankheiten Geflüchteter in Unterkünften (RefCare®) Ziel: Vorstellen des konzeptionellen und praktischen Ansatzes, Beschreibung des technischen Verfahrens Exemplarische Auswertung von Ergebnissen		X	X					

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	A	B	C	D	E	F	G	H
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen										
54	Kröger et al. (2016) Posttraumatic Stress and Depressive Symptoms amongst Asylum Seekers	Erhebung der Häufigkeit traumatischer Ereignisse und der psychischen Folgesymptome inkl. der Abschätzung der Prävalenzraten für PTBS und Depression			X					
55	Kühne et al. (2018) Find and treat or find and lose? Tuberculosis treatment outcomes among screened newly arrived asylum seekers in Germany 2002 to 2014	Untersuchung, ob durch Screening identifizierte Tuberkulose-Fälle unter Asylbewerber:innen genauso erfolgreich und vollständig behandelt wurden wie durch die passive Fallfindung und Kontaktsuche diagnostizierter Fälle, um mögliche Lücken in der Überwachung und im Fallmanagement aufzuzeigen					X			
56	Kühne und Gilsdorf (2016) Infectious disease outbreaks in centralized homes for asylum seekers in Germany from 2004-2014	Untersuchung der Verteilung der Krankheiten in Gemeinschaftsunterkünften Auswertung der Information-en zur Weiterverbreitung von Infektionskrankheiten in Gemeinschaftsunterkünften Identifizieren von Infektionskrankheiten und Ausbrüchen 2004-2014					X			
57	Lindheimer et al. (2020) Exploring the Representation of Depressive Symptoms and the Influence of Stigma in Arabic-Speaking Refugee Outpatients	Darstellung depressiver Symptome bei arabisch-sprachigen ambulanten Flüchtlingspatient:innen Prävalenz der verinnerlichteten Stigmatisierung der psychischen Gesundheit Hypothese testen, dass die verinnerlichtete Stigmatisierung der psychischen Gesundheit positiv mit der Ausprägung somatischer Symptome verbunden ist		X	X					
58	Michaelis et al. (2017) Hepatitis A virus infections and outbreaks in asylum seekers arriving to Germany, September 2015 to March 2016	Untersuchung der Häufigkeiten der Hepatitis A-Fälle, der Übertragung innerhalb der Gruppe von Geflüchteten nach der Ankunft in Deutschland					X			
59	Mohammadzadeh et al. (2016) Health for refugees – the Bremen model	Krankheitsspektrum nach Bremer Modell, Auswertung ICD-10 Angabe des Krankheitsspektrums in Form der prozentualen Verteilung der sechs häufigsten Diagnose-gruppen nach ICD-10		X	X	X	X			
60	Müller et al. (2018)	Auswertung einer Datenbank einer transkulturellen psychiatrischen Spezialambulanz			X					

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	A	B	C	D	E	F	G	H
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen										
	The Negative Impact of an Uncertain Residence Status: Analysis of Migration-Related Stressors in Outpatients with Turkish Migration Background and Psychiatric Disorders in Germany Over a 10-Year Period (2005-2014)	Untersuchung von Unterschieden in den soziodemographischen und klinischen Variablen zwischen türkischen Patient:innen mit Migrationshintergrund und Asylsuchenden (über Asylstatus)								
61	Müller et al. (2021) Disease burdens in a large cohort of asylum seekers and refugees in Germany	Analyse medizinischer Untersuchungen in zwei Aufnahmeeinrichtungen Retrospektive Analyse von Diagnosen (ICD-10) und Verschreibungen (ATC) Berechnung von Prävalenzen nach ICD-10 Diagnosen durch Berücksichtigung der Gesamtgröße der Unterkünfte		X	X	X	X			
62	Nesterko et al. (2019) Prevalence of post-traumatic stress disorder, depression and somatisation in recently arrived refugees in Germany: an epidemiological study	Untersuchung von Prävalenzdaten von PTBS, Depression und Somatisierung von Geflüchteten		X	X					
63	Nesterko et al. (2020a) Factors predicting symptoms of somatization, depression, anxiety, post-traumatic stress disorder, self-rated mental and physical health among recently arrived refugees in Germany	Untersuchung soziodemographischer und fluchtbedingter Merkmale als mögliche Prädiktoren für Somatisierungssymptome, Depressionen, Angstzustände, PTBS, selbst eingeschätzte psychische und physische Gesundheit		X	X					
64	Nesterko et al. (2020b) Health care needs among recently arrived refugees in Germany: a cross-sectional, epidemiological study	Untersuchung des Versorgungsbedarfs im Hinblick auf physische und psychische Beschwerden bei neu ankommenden Geflüchteten unter Berücksichtigung soziodemographischer, fluchtbedingter und psychosozialer Merkmale und unterschiedlicher sozialer Versorgungsbedarfe als Prädiktoren für den selbst eingeschätzten Behandlungsbedarf		X	X					
65	Nesterko et al. (2022) Suicidal ideation among recently arrived refugees in Germany	Prävalenz von Suizidalität und Assoziation mit soziodemographischen Merkmalen, flucht- und kriegsbedingten traumatischen Erfahrungen (z. B. sexuelle Gewalterfahrungen) und gesundheitlichen Ergebnissen (depressive Symptome, PTBS-Symptome, somatische Symptome)		X	X					

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	A	B	C	D	E	F	G	H
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen										
66	Nutsch und Bozorgmehr (2020) The effect of postmigration stressors on the prevalence of depressive symptoms among refugees in Germany. Analysis of the IAB-BAMF-SOEP Survey 2016	Untersuchung, ob postmigratorische Stressoren bei erwachsenen Geflüchteten nach der Kontrolle von Unterschieden in soziodemographischen Merkmalen mit dem Vorkommen depressiver Symptome assoziiert sind			X					
67	Oltrogge et al. (2020) Episodes of care in a primary care walk-in clinic at a refugee camp in Germany – a retrospective data analysis	Untersuchung der Inanspruchnahme der Primary Care Walk-in Clinic (PCWC) in Hamburg anhand von Behandlungsraten, Krankheitsspektrum, Dauer der Pflegeepisodes, Episoden der kontinuierlichen Pflege mit kürzeren Pflegeepisodes in Bezug auf eingeleitete medizinische Verfahren		X	X		X			
68	Posselt et al. (2020) The mental health status of asylum seekers in middle- to high-income countries: a synthesis of current global evidence	Untersuchung des aktuellen Forschungsstands zur psychischen Gesundheit von Geflüchteten in Ländern mit hohem und mittlerem Einkommen			X					
69	Reinheimer et al. (2016) Multidrug-resistant organisms detected in refugee patients admitted to a University Hospital, Germany June–December 2015	Untersuchung der Prävalenz von MDR GNB und MRSA und Vergleich der Prävalenzen zwischen Geflüchteten und der Wohnbevölkerung								X
70	Reinheimer et al. (2017) Prevalence of multidrug-resistant organisms in refugee patients, medical tourists and domestic patients admitted to a German university hospital	Epidemiologie von MDRO bei Geflüchteten im Vergleich zu Patient:innen nach einer Vorbehandlung in ausländischen Krankenhäusern								X
71	Richter et al. (2015) Waiting for Asylum: Psychiatric Diagnosis in Bavarian Admission Center	Häufigkeiten und Art von psychiatrischen Diagnosen bei Asylbewerber:innen in der Zentralen Aufnahme-einrichtung Zirndorf Empfehlungen für die psychiatrisch-psychologische Versorgung von Asylbewerber:innen			X					
72	Richter et al. (2018)	Untersuchung der Prävalenzraten psychischer Erkrankungen in Gruppen von zufällig ausgewählten und hilfesuchenden Asylbewerber:innen			X					

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	A	B	C	D	E	F	G	H
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen										
	Prevalence of psychiatric diagnoses in asylum seekers with follow-up	Darstellung soziodemo-graphischer Merkmale Analyse der Entwicklung psychiatrischer Diagnosen im Zeitverlauf Untersuchung auf welche Weise psychisch kranke Asylbewerber:innen im deutschen Gesundheitswesen behandelt werden								
73	Rometsch et al.; Vgl. Rometsch-Ogioun El Sount et al. 2019, S. 83 (2020) Pain, somatic complaints, and subjective concepts of illness in traumatized female refugees who experienced extreme violence by the "Islamic State" (IS)	Analysieren der Schmerzsymptome, anderer somatischer Beschwerden, Krankheitsverständnis in traumatisierten weiblichen jesidischen Geflüchteten		X						
74	Rzepka et al. (2022) Psychological Burden of Refugees in Temporary Accommodations in the Rhine-Neckar Region, Baden-Wuerttemberg	Erfassen der Häufigkeit psychischer Belastungssymptome von Geflüchteten in vorläufigen Unterkünften im Rhein-Neckar-Kreis durch ein niederschwelliges Screening			X					
75	Sarma et al. (2018) Surveillance on speed: Being aware of infectious diseases in migrants mass accommodations – an easy and flexible toolkit for field application of syndromic surveillance, Germany, 2016 to 2017	Beschreibung der Entwicklung, Implementierung und Bewertung eines SySu-Systems für übertragbare Krankheiten Inzidenzen von Fällen pro Woche pro 1.000 Personen in Unterkünften in Berlin					X			
76	Schäfer et al. (2020) Referrals to secondary care in an outpatient primary care walk-in clinic for refugees in Germany: results from a secondary data analysis based on electronic medical records	Charakterisierung des Krankheitsspektrums von Geflüchteten Analyse inwieweit die Versorgungsbedarfe in einer ambulanten Walk-in-Klinik gedeckt werden können und welche Fälle zusätzliche sekundäre Gesundheitsleistungen bedürfen (Behandlung durch ambulante Fachärzt:innen oder im Krankenhaus)		X	X		X			
77	Schaffrath et al. (2017)	Darstellung der psychiatrischen Versorgung von Patient:innen mit Fluchthintergrund in der psychiatrischen Fachklinik LVR-Klinik Köln			X					

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	A	B	C	D	E	F	G	H
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen										
	Psychiatric and Psychotherapeutic Care of Refugees by Reference of a Large Psychiatric Care Hospital in Western Germany	Untersuchung von Diagnosen, Aufnahmemodalitäten und des soziodemographischen Hintergrunds								
78	Schlechter et al. (2021) Depressive and anxiety symptoms in refugees: Insights from classical test theory, item response theory and network analysis	Vergleich der Symptome der psychischen Gesundheit von Geflüchteten mit der deutschen Wohnbevölkerung Untersuchung der Struktur depressiver und ängstlicher Symptome Testen der Item-Eigenschaften und der Messvarianz Identifizieren des informativsten Spektrums des Fragebogens (PHQ) in IRT (item response theory)-Modellen für Geflüchtete und Deutsche Identifizieren von Wechselbeziehungen und zentralen Symptomen in Form von Netzwerkanalysen			X					
79	Schneider et al. (2015) Disparities in health and access to healthcare between asylum seekers and residents in Germany: a population-based cross-sectional feasibility study	Identifizieren von Ungleichheiten hinsichtlich des Gesundheitszustands und Zugangs zur Gesundheitsversorgung zwischen Asylbewerber:innen und der deutschen Wohnbevölkerung	X							
80	Schock et al. (2016) Impact of new traumatic or stressful life events on pre-existing PTSD in traumatized refugees: results of a longitudinal study	Untersuchung des Verlaufs der PTBS-Symptome nach Erleben eines nachfolgenden kritischen (traumatischen oder belastenden) Lebensereignisses Vergleich des Verlaufs von PTBS-, Depressions- und Angstsymptomen mit PTBS-Patient:innen, die ein kritisches Lebensereignis erlebt haben (LE) oder nicht (Non-LE) Bewertung der Auswirkungen eines traumatischen oder belastenden Lebensereignisses auf den Verlauf der PTBS-Symptome mit dem Ziel, zwischen den Symptommustern zu unterscheiden			X					
81	Solyman und Schmidt-Westhausen (2018)	Bestimmen des Status der Mundgesundheit unter neu ankommenden Geflüchteten aus Syrien und dem Irak in Deutschland				X				

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	A	B	C	D	E	F	G	H	
	*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen										
	Oral health status among newly arrived refugees in Germany: a cross-sectional study	Untersuchung des Wissens, der Einstellung und der Praxis in Bezug auf die Mundhygiene									
82	Sondén et al. (2019) Malaria in Eritrean migrants newly arrived in seven European countries, 2011 to 2016	Ermitteln des Ausmaßes der Malaria bei eritreischen Geflüchteten in Europa im Zeitraum von 2011 – 2016					X				
83	Stadtmüller et al. (2021) Estimating and Explaining the Prevalence of Tuberculosis for Asylum Seekers Upon Their Arrival in Germany	Ermitteln des relativen Risikos von Asylbewerber:innen bei Ankunft in Deutschland an aktiver Tuberkulose zu erkranken Schätzen der Tuberkulose-Prävalenzraten bei Einreise für Asylbewerber:innen aus 18 Herkunftsländern Vergleich der Prävalenzraten mit länderspezifischen Tuberkulose-Inzidenzen (Daten WHO) Berechnung des Risikos, sich während der Einwanderung nach Deutschland mit Tuberkulose zu infizieren					X				
84	Stingl et al. (2019) Assessing the special need for protection of vulnerable refugees: testing the applicability of a screening method (RHS-15) to detect traumatic disorders in a refugee sample in Germany	Testen des Screening-Tools RHS-15 als Instrument für eine effiziente Ersterfassung der häufigsten psychischen Störungen bei Geflüchteten Testen im Hinblick auf Anwendbarkeit und Machbarkeit im Kontext des deutschen Asylsystems Ableiten praktischer Empfehlungen			X						
85	Tewes et al. (2020) Tuberculosis screening during the 2015 European refugee crisis	Beschreibung und Bewertung des Managements, der Durchführung und Ergebnisse eines systematischen Chest X-rays (CXR)-basierten Tuberkulose-Screenings in einer Gemeinschaftsunterkunft in einem ländlichen Gebiet in Deutschland					X				
86	Walther et al. (2020a) Living Conditions and the Mental Health and Well-being of Refugees: Evidence from a Large-Scale German Survey	Untersuchung, wie psychische Belastung und Lebenszufriedenheit von kürzlich in Deutschland angekommenen Geflüchteten mit Integrationsmaßnahmen zur Förderung der Integration und mit anderen, allgemeineren Lebensbedingungen nach der Migration zusammenhängen			X						

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	A	B	C	D	E	F	G	H
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen										
87	Walther et al. (2020b) 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	Schätzen von Prävalenzen psychischer Belastungen Identifizieren von soziodemographischen Merkmalen und Postmigrationsfaktoren von möglichen gefährdeten Bevölkerungsgruppen (Rechtsstatus, Familientrennung, Wohnsituation) Untersuchung von Zusammenhängen zwischen psychischer Belastung und Integration (Beschäftigung, Teilnahme an Bildung und Integrationskursen)			X					
88	Weinrich et al. (2017) Yield of chest X-ray tuberculosis screening of immigrants during the European refugee crisis of 2015: a single-centre experience	Ermitteln der Prävalenz von Tuberkulose, Number needed to Screen und diagnostische Genauigkeit von CXR-Screening zur Erkennung aktiver Lungentuberkulose ermitteln zur Beurteilung der Wirksamkeit des Screenings während der Flüchtlingskrise					X			
89	Werber et al. (2017) Large measles outbreak introduced by asylum seekers and spread among the insufficiently vaccinated resident population, Berlin, October 2014 to August 2015	Verstärkung der epidemiologischen Überwachung von Masern Evaluierung postexpositioneller Impfung in Asylbewerber:innen Durchführung molekularer Überwachung der Masernzirkulation Beschreibung der epidemiologischen und molekularen Merkmale des Ausbruchs					X			
90	Winkler et al. (2019) The Influence of Residence Status on Psychiatric Symptom Load of Asylum Seekers in Germany	Untersuchung der Sicht von Asylbewerber:innen auf die rechtliche Situation, das Asylverfahren und die Lebensbedingungen und deren Einfluss auf psychische Belastungen			X					

13 Limitationen

Im vorliegenden Kapitel gilt es, die mit der Durchführung der Literaturrecherche verbundenen Limitationen aufzuzeigen. Ziel der Recherche war es, Studien zu identifizieren, die Aufschluss über die Gesundheitssituation von Geflüchteten geben.

Die Limitationen beziehen sich u. a. auf die Auswahl der Ein- und Ausschlusskriterien (vgl. hierfür Abschnitt 11.3). Der Fokus lag auf der Identifizierung von Studien, die im Zeitraum von 2012 bis 2022 in deutscher oder englischer Sprache veröffentlicht wurden und deren Untersuchungssetting in Deutschland liegt. Insbesondere vor dem Hintergrund der in TEIL I dargestellten Unterschiede im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung von Geflüchteten innerhalb Deutschlands und einem möglichen Einfluss auf die Gesundheit der Zielpopulation scheint die regionale Eingrenzung zielführend. Dennoch wird an dieser Stelle bewusst auf Studien verzichtet, die in anderen Ländern durchgeführt wurden und auf die Gesundheitssituation von Geflüchteten abzielen könnten. Eine weitere Limitation ergibt sich anhand des Screeningprozesses. Aufgrund der Vielzahl an Studien wurde sich in einem ersten Schritt für die Studienselektion auf Grundlage der Sichtung der Studientitel und in einem zweiten Schritt für die Sichtung der Abstracts entschieden. Möglicherweise könnten relevante Beiträge, die aufgrund des Titels unpassend schienen, nicht erkannt worden sein. Aufgrund der intensiven Beschäftigung mit den Publikationen kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die relevanten Beiträge zum Thema identifiziert werden konnten. Eine weitere Limitation ergibt sich aus der Auswahl der Datenbanken, die für die Recherche herangezogen wurden. Ein systematischer Literaturreview bietet die Möglichkeit, die Ergebnisse relevanter Studien auszuwerten und zusammenzutragen. Hierauf wurde aus forschungspragmatischen Gründen im vorliegenden Teil verzichtet, da die Recherche der Identifizierung der Studienbeiträge für die anschließende Diskussion in TEIL IV diene. Eine inhaltliche Auswertung der Studienergebnisse erfolgte anhand ausgewählter Studien im Rahmen der Diskussion und Einordnung der empirischen Ergebnisse aus TEIL II (vgl. hierfür TEIL IV).

In der Gesamtschau kann festgehalten werden, dass die vorliegende Recherche mit einigen Limitationen verbunden ist, sie dennoch der Zielsetzung der vorliegenden Arbeit gerecht wird.

14 Zwischenfazit

In TEIL III wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Ziel war es, relevante Studien zur Gesundheitssituation von Geflüchteten in Deutschland zu identifizieren. Diese

dienen der Einordnung der Studienergebnisse der empirischen Untersuchung aus TEIL II, die in TEIL IV vorgenommen wird.

Als Ergebnis konnten n = 90 Studien identifiziert werden. Ein Großteil der Studien (n = 50) bezieht sich auf die Untersuchung der psychischen Gesundheit von Geflüchteten. Weitere Publikationen adressieren die somatische Gesundheit, Infektionserkrankungen, die Zahn- und Mundgesundheit und weitere spezifischere Gesundheitsthemen.

Im zeitlichen Verlauf kann ein Zuwachs an Publikationen zwischen 2015 und 2018 beobachtet werden. Dies unterstreicht die Relevanz des Forschungsbedarfs zum Zeitpunkt der in TEIL II erfolgten Studiendurchführung.

TEIL IV: Diskussion und Fazit

TEIL IV widmet sich der übergreifenden Diskussion des Themas der vorliegenden Thesis sowie der Schlussbetrachtung.

Kapitel 15 setzt sich mit der Einordnung der zentralen Erkenntnisse, die aus der empirischen Untersuchung in TEIL II gewonnen werden konnten, auseinander. Hierfür werden die zentralen Erkenntnisse kurz zusammengefasst und anschließend mithilfe aktueller Studienergebnisse eingeordnet. Zudem werden mögliche Erklärungsansätze für das Vorliegen der Ergebnisse angeführt.

In **Kapitel 16** werden ableitend aus den vorherigen Kapiteln mögliche Handlungsimplicationen, die zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und -situation von Geflüchteten in Deutschland – und im Spezifischen in Bayern – beitragen können, angeführt.

Kapitel 17 umfasst die übergreifende Beschreibung der Limitationen der Gesamtarbeit.

In **Kapitel 18** folgt eine Schlussbetrachtung der vorliegenden Thesis.

15 Einordnung der zentralen Ergebnisse der Primärdatenerhebung aus TEIL II anhand ausgewählter Studien aus TEIL III und mögliche Erklärungsmodelle

Im vorliegenden Kapitel werden die Erkenntnisse der Primärdatenerhebung aus TEIL II in den allgemeinen Forschungskontext eingeordnet. Hierfür wird sich Studien, die im Rahmen der systematischen Literaturrecherche in TEIL III identifiziert werden konnten, bedient. Weiterhin werden mögliche Erklärungsansätze und Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Geflüchteten aufgezeigt.

15.1 Zusammenfassung zentraler Erkenntnisse

Im folgenden Abschnitt werden die zentralen Erkenntnisse, die aus der Primärdatenerhebung zur Morbidität von Geflüchteten in Bayern in TEIL II gewonnen werden konnten, eingeordnet und kritisch beleuchtet. Hierbei konnten sowohl physische als auch psychische Beeinträchtigungen hinsichtlich ihrer quantitativen Bedeutung analysiert werden. Die Datenerhebung erfolgte in 21 zentralen Aufnahmeeinrichtungen, die in sechs Regierungsbezirken Bayerns lagen. Eingesetzt wurde ein standardisierter Fragebogen, der den an der Studie Partizipierenden in zwölf verschiedenen Sprachen zur Verfügung stand. In die Datenanalyse wurden insgesamt $n = 434$ Studienteilnehmer:innen aus acht Herkunftsstaaten (Äthiopien, Afghanistan, Eritrea, Irak, Iran, Nigeria, Somalia und Syrien) eingeschlossen. Das durchschnittliche Alter beträgt 25,7 Jahre und 75,6 % der Teilnehmenden sind männlich.

Die **somatischen Belastungen** zeigen auf, dass insbesondere chronische Rückenschmerzen, Erkrankungen der Zähne und des Mundes, der Haut, des Magens und Darms, Blasenschwäche sowie Bluthochdruck von quantitativer Relevanz sind. Psychische Belastungen stellen sich als zentrale Gesundheitsbelastung von Geflüchteten in Bayern dar. Insbesondere auf **Depression bezogene Symptomaten und die PTBS** sind – sowohl unter den psychischen Beeinträchtigungen als auch in der Gesamtschau aller erfassten Erkrankungen – von besonderer Relevanz. Weibliche Befragte gaben tendenziell häufiger an, an den ausgewählten Erkrankungen erkrankt gewesen zu sein als männliche Befragte.

Die Einordnung der Studienergebnisse in den allgemeinen Forschungskontext ist mit einigen Limitationen verbunden. Vor dem Hintergrund der in TEIL I, Abschnitt 3.2 dargestellten regionalen Unterschiede hinsichtlich des Zugangs zur Gesundheitsversorgung scheint es

zielführend, Studien mit ähnlichem regionalen Bezug²⁰³ bzw. Zugang zur Versorgung zu inkludieren. Weitere Einschränkungen ergeben sich aufgrund der Einzigartigkeit der Studie im Hinblick auf ihren Studiumumfang. In der Studiensichtung konnte keine Studie identifiziert werden, die den Gesundheitszustand von Geflüchteten so umfassend erhoben hat. Neben der Erfassung konkreter somatischer Beschwerden bzw. chronischer Erkrankungen wurden psychische Belastungen inkludiert. Im Gegensatz dazu gehen Studien zum Krankheitsspektrum von Geflüchteten in der Regel auf von Ärzt:innen gestellte Diagnosen zurück²⁰⁴, während sich solche in der Darstellung der Prävalenzen häufig auf spezifische Gesundheitsbereiche²⁰⁵ beziehen wie bspw. die Erfassung der psychischen Gesundheit. Eine Vergleichbarkeit ist somit nicht gegeben. Zudem unterscheiden sich die Teilnehmenden zwischen den Studien vor dem Hintergrund der soziodemografischen Merkmale, den Herkunftsstaaten und damit verbundenen möglichen Einflussfaktoren auf die Gesundheit (bspw. aufgrund unterschiedlicher Ausgangssituationen im Herkunftsland und damit verbundener Gesundheitsversorgung, fluchtbedingter Stressoren oder erfahrener Lebensereignisse), des Zugangs zur Gesundheitsversorgung in Deutschland aufgrund regional differierender rechtlicher Regelungen (vgl. hierzu TEIL I, Kapitel 3, im Besonderen Abschnitt 3.1) oder der Wohnsituation.

Somit kann keine detaillierte Ergebniseinordnung bzw. ein Vergleich auf Datenebene vorgenommen werden. Vielmehr gilt es die übergeordneten Erkenntnisse vor dem Hintergrund des bestehenden Forschungsbedarfs zu diskutieren. Ziel ist es, auf Grundlage der eigenen Forschung und den Erkenntnissen aus anderen Erhebungen zur Schließung des Forschungsdesiderates beizutragen und ein Gesamtbild zur Gesundheitssituation von Geflüchteten darzustellen.

²⁰³ Vgl. bspw. Studien aus Bayern von Borho et al. 2022; Borho et al. 2021; Jahn et al. 2021; Borho et al. 2020; Comtesse und Rosner 2019; Ackermann et al. 2018; Alberer et al. 2018; Georgiadou et al. 2018; Jesuthasan et al. 2018; Richter et al. 2018; Georgiadou et al. 2017; Alberer et al. 2016; Richter et al. 2015.

²⁰⁴ Vgl. hierzu u. a. Schäfer et al. 2020; Kleinert et al. 2019; Brinckmann et al. 2018; Schaffrath et al. 2017; Alberer et al. 2016; Kühne und Gilsdorf 2016; Mohammadzadeh et al. 2016.

²⁰⁵ Vgl. hierzu u. a. Borho et al. 2022; Dudek et al. 2022; Rzepka et al. 2022; Al-Ani et al. 2021; Borho et al. 2021; Hoell et al. 2021; Borho et al. 2020; Freiberg et al. 2020; Lindheimer et al. 2020; Walther et al. 2020b; Dietrich et al. 2019; Nesterko et al. 2019; Winkler et al. 2019; Georgiadou et al. 2018; Jablonka et al. 2018b; Solyman und Schmidt-Westhausen 2018; Georgiadou et al. 2017; Kröger et al. 2016; Reinheimer et al. 2016.

15.2 Einordnung der Erkenntnisse zur psychischen Gesundheit in den allgemeinen Forschungskontext

Aufgrund der ermittelten hohen Prävalenz der psychischen Belastungen von Geflüchteten, soll zunächst für diese eine Einordnung erfolgen. Die vorliegende Studie kann eine relative Häufigkeit von **Depressionen** bzw. einer Depressionssymptomatik (auf Grundlage des PHQ als Messinstrument) bei gut einem Viertel der erwachsenen Geflüchteten in Bayern ausweisen, bei etwa jedem Fünften wurde nach eigenen Angaben eine Depression von medizinischem Personal diagnostiziert. Weibliche an der Studie Partizipierende weisen mit 42,9 % eine nahezu doppelt so hohe Prävalenz auf wie Männer mit 21,4 %. Auch eine hohe Wahrscheinlichkeit für eine **PTBS** wurde bei etwa einem Viertel der Studienpopulation ermittelt mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für PTBS in der älteren Altersklasse der 30-44-Jährigen. Unterschiede zwischen den Geschlechtern konnten nicht festgestellt werden.

Auch frühere Studien stützen die Erkenntnis, dass insbesondere psychische Belastungen von quantitativer Relevanz im Hinblick auf gesundheitliche Belastungen bei Geflüchteten sind.

Die Relevanz von Depressionen und posttraumatischen Belastungsstörungen unter den psychischen Beeinträchtigungen von Geflüchteten stellen auch Kleinert et al. in ihrer retrospektiven Analyse von ICD-10-Diagnosen heraus. Untersucht wurden Diagnosen von Geflüchteten, die in einem Primary Health Center einer Aufnahmeeinrichtung in Friedland vorstellig wurden. Unter den Diagnosen von psychischen und Verhaltensstörungen werden bei Asylsuchenden am häufigsten Depressive Episoden (F32, 43 % der Diagnosen) und Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43, 28 % der Diagnosen), darunter auch die posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)²⁰⁶, gestellt. Psychische und Verhaltensstörungen werden neunmal häufiger bei Asylsuchenden diagnostiziert als bei Resettlement-Flüchtlingen.²⁰⁷

Als mögliche Gründe für die Unterschiede werden u. a. Unsicherheiten über die aktuelle Lebenssituation und die Zukunft für Geflüchtete, unterschiedliche Reisebedingungen nach Deutschland sowie das mögliche Wissen von Resettlement-Flüchtlingen darüber, nach zwei Wochen regulären Zugang zur Gesundheitsversorgung zu haben, angeführt.²⁰⁸

²⁰⁶ Vgl. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 2024.

²⁰⁷ Wesentliches Merkmal der Gruppe der Resettlement-Flüchtlinge betrifft die Reise nach Deutschland. Diese wird als sichere Reise aus einem Drittstaat organisiert. Zudem besteht direkt bei Ankunft eine Aufenthaltserlaubnis von zwei Jahren sowie eine Arbeitserlaubnis. Eingeschränkter Zugang zur medizinischen Versorgung besteht lediglich während der Zeit im Aufnahmezentrum (ca. zwei Wochen) (vgl. Kleinert et al. 2019, S. 3).

²⁰⁸ Vgl. Kleinert et al. 2019, S. 6–9.

Diese Erkenntnisse lassen sich auch auf die eigene Studienpopulation übertragen. Aufgrund der Herkunftsstaaten der Studienteilnehmer:innen und dem vorliegenden Asylstatus ist anzunehmen, dass entsprechende Unsicherheiten bzgl. der bestehenden und zukünftigen Lebenssituation, aber auch bzgl. der Zukunft – insbesondere vor dem Hintergrund noch nicht getroffener Asylentscheide bei 70,7 % der Studienpopulation – bestehen, womit psychische Belastungen einhergehen könnten.

Auch Alberer et al. stellen im Rahmen ihrer Analyse von Haupt- und Nebendiagnosen von n = 522 ambulanten Vorstellungen in der allgemeinärztlichen Ambulanz der REFUDOCS in der Bayernkaserne die Bedeutung von psychischen Erkrankungen heraus. Neurologische und psychiatrische Erkrankungen werden nach Atemwegs-/HNO-Erkrankungen am zweithäufigsten diagnostiziert. Unter ihnen werden am häufigsten die Lumboischialgie, Kopfschmerzen und posttraumatische Belastungsstörung als Haupt- und Nebendiagnose gestellt.²⁰⁹ In der Einordnung psychiatrischer Diagnosen der psychiatrischen Fachklinik LVR-Klinik Köln von Geflüchteten konnte das oben beschriebene Bild ebenfalls bestätigt werden. 40,2 % der Diagnosen entfallen auf F4-Diagnosen (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen), 30,5 % sind F43-Diagnosen (Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen). Den größten Anteil unter den F43-Diagnosen machen mit 13,0 % an den Gesamtdiagnosen die PTBS aus. Am zweithäufigsten werden F3-ICD-kodierte Diagnosen (affektive Störungen) gestellt. 23,5 % aller Diagnosen entfallen auf eine mittelgradige oder schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome.²¹⁰

Die relative Häufigkeit von Depressionen unter Geflüchteten wird in der Literatur tendenziell höher angegeben als in der vorliegenden Studie ermittelt. Im Hinblick auf das Vorliegen von PTBS zeigt sich ein heterogenes Bild: Während einige Studien zu deutlich höheren Prävalenzen kommen, weisen andere wiederum geringere Prävalenzen von PTBS unter Geflüchteten nach.

Hoell et al. führten eine systematische Literaturrecherche und Metaanalyse²¹¹ zur Prävalenzschätzung von Depressionen unter Geflüchteten durch. Die Autor:innen kamen zu dem Ergebnis, dass sich die Prävalenz von Depressionen auf 28,4 % (95 %-KI: 19,4 %–37,8 %) in

²⁰⁹ Vgl. Alberer et al. 2016, S. e9-e11.

²¹⁰ Vgl. Schaffrath et al. 2017, S. 128–131.

²¹¹ In die systematische Literaturrecherche und Metaanalyse wurden Studien von Januar 2000 bis Mai 2020 inkludiert. Insgesamt wurden n = 31 Studien als relevant identifiziert, davon bezogen sich n = 6 Studien auf die Prävalenz von Depressionen unter Geflüchteten in Deutschland, n = 11 Studien auf die Prävalenz von PTBS unter Geflüchteten in Deutschland und n = 14 Studien auf die Prävalenz von PTBS und Depressionen unter Geflüchteten in Deutschland (vgl. Hoell et al. 2021, S. 2–4).

Surveys mit diagnostischen Instrumenten und auf 39,8 % (95 %-KI: 29,8 %–50,1 %) in Surveys mit Screeninginstrumenten beläuft.²¹² Somit wird die Prävalenz von Hoell et al. höher eingeschätzt als in der vorliegenden Studie und entspricht in etwa der Prävalenz unter den teilnehmenden Frauen. Dabei besteht in den Studien ein ähnliches Geschlechterverhältnis (Hoell et al.: 73,5 % männlich; vorliegende Studie: 75,58 % männlich). Die Metaanalyse basiert dennoch auf unterschiedlichen Studienpopulationen. Es lässt sich annehmen, dass sich die Zusammensetzung relevanter Merkmale – wie bspw. Altersstruktur, Herkunftsstaaten, fluchtbedingte Merkmale – unterscheidet. Zudem wurde in der vorliegenden Studie der PHQ als Messinstrument genutzt. Hoell et al. weist hingegen aus, dass 40 % aller für die Berechnung der Prävalenz herangezogenen Studien auf dem PHQ-9 basieren, 40 % ein anderes Screeninginstrument nutzten und 20 % sich für diagnostische Instrumente entschieden.²¹³ Das Heranziehen unterschiedlicher Instrumente kann ebenfalls zu einer Abweichung zwischen den Messwerten beigetragen haben. Dennoch bestätigen die Autor:innen auf Basis ihrer Prävalenzberechnungen und einem Vergleich mit der allgemeinen deutschen Wohnbevölkerung die Relevanz von Depressionen unter Geflüchteten in Deutschland – unabhängig von dem zur Messung genutzten Instrumentarium.²¹⁴

Biddle et al. konstatieren auf Basis einer repräsentativen Querschnittstudie zur Erfassung der Gesundheitssituation von Geflüchteten in Baden-Württemberg eine Prävalenz von Depressionen von 44,3 % (95 %-KI: 39,2 %–49,6 %), wobei männliche Befragte in dieser Studie eine leicht höhere Prävalenz aufweisen als partizipierende Frauen.²¹⁵ Zu diesen Abweichungen können mehrere Gründe beigetragen haben: Zum einen unterscheidet sich der Zeitpunkt der Datenerhebung. Während in der vorliegenden Studie Daten in den Jahren 2016 und 2017 generiert wurden, fanden die Befragungen in der von Biddle et al. genannten Studie von Februar bis Juni 2018 statt. Weiterhin bestehen Unterschiede im Setting. In der vorliegenden Studie wurden Geflüchtete in Erstaufnahmeeinrichtungen in Bayern in die Studie inkludiert. Biddle et al. führten Befragungen sowohl in Erstaufnahme- als auch Gemeinschaftsunterkünften in Baden-Württemberg durch. Menschen, die in Gemeinschaftsunterkünften leben, hielten sich durchschnittlich länger in Deutschland auf als solche in Erstaufnahmeeinrichtungen. Hierdurch unterschied sich auch der Zugang zur Gesundheitsversorgung: Insgesamt hatten 52,5 % der Studienteilnehmer:innen in

²¹² Vgl. Hoell et al. 2021, S. 6.

²¹³ Vgl. Hoell et al. 2021, S. 6.

²¹⁴ Vgl. Hoell et al. 2021, 8–9.

²¹⁵ Vgl. Biddle et al. 2021, S. 7–14.

Baden-Württemberg Zugang zur Versorgung über die elektronische Gesundheitskarte.²¹⁶ Es lässt sich daher annehmen, dass sich die Studienpopulationen im Hinblick auf zentrale, gesundheitsbeeinflussende Parameter – wie bspw. Zusammensetzung nach Herkunftsstaaten, Zugang zur Versorgung und Aufenthaltsdauer in Deutschland – unterscheiden, wodurch Abweichungen zwischen den Prävalenzen trotz Verwenden des gleichen Messinstrumentes resultieren könnten.

Georgiadou et al. kommen nach Durchführung einer Querschnittstudie mit Fragebogenerhebung (ebenfalls PHQ-9 als Messinstrument) in drei Gemeinschaftsunterkünften in Erlangen im August und September 2016 zu dem Ergebnis, dass bei 35,7 % der irakischen und syrischen Befragten eine moderate bis schwere Depression und bei 23,2 % eine schwere Depression vorliegt, dabei können keine signifikanten Geschlechterunterschiede festgestellt werden. Die Prävalenzen werden nicht differenziert nach Herkunftsstaaten ausgewiesen. Die Korrelationsanalysen bestätigen einen Zusammenhang zwischen höheren Scores der verwendeten Instrumente zur Messung von Traumatisierung, Depression und Angststörung und einer kürzeren Aufenthaltsdauer in Deutschland.²¹⁷ In der vorliegenden Studie ergibt sich für syrische Befragte eine Prävalenz von 38,5 %, die der irakischen Befragten fällt mit 20,9 % geringer aus. Somit liegt die von Georgiadou et al. gemessene Prävalenz zwischen den beiden in der vorliegenden Studie gemessenen Werten.

Eine weitere von Georgiadou et al. durchgeführte Untersuchung bezieht sich ausschließlich auf syrische Geflüchtete. Von Juli bis Dezember 2017 wurden im Rahmen einer registergestützten Querschnittstudie alle im Erlanger Job-Center registrierten syrischen Geflüchteten, die nach 2014 nach Deutschland kamen, mittels Fragebogen – den PHQ-9 inkludierend – befragt. Demnach zeigt sich eine moderate bis schwere Depression bei 14,5 % der Befragten²¹⁸ und fällt somit geringer aus als in der 2016 durchgeführten vorliegenden Erhebung. Mögliche Erklärungsansätze für diese Differenz könnten in der Zusammensetzung der Merkmale der Studienpopulation liegen. Während die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Deutschland in der über das Job-Center rekrutierten Studienpopulation bei 23,3 Monaten liegt²¹⁹, beläuft sich die der eigenen Studienpopulation auf lediglich 5,6 Monate. 8,9 Monate ergeben sich als durchschnittliche

²¹⁶ Vgl. Biddle et al. 2021, S. 12, 28.

²¹⁷ Vgl. Georgiadou et al. 2017, S. 1–7.

²¹⁸ Vgl. Georgiadou et al. 2018, S. 1–7.

²¹⁹ Vgl. Georgiadou et al. 2018, S. 6.

Aufenthaltsdauer für Syrer:innen. Auch wenn Georgiadou et al. die Dauer des Aufenthalts in Deutschland nicht als statistisch signifikanten Einflussfaktor auf die Depressionssymptome bestätigen konnten ($p = 0,716$), ist davon auszugehen, dass weitere Faktoren mit der Aufenthaltsdauer assoziiert sind. So unterscheidet sich bspw. der Asyl- bzw. Aufenthaltstitel, der Zugang zur Gesundheitsversorgung je nach Asylstatus bzw. Aufenthaltsdauer (vgl. hierzu Abschnitt 3.2) oder auch der Zugang zum Arbeitsmarkt.²²⁰ Weiterhin unterscheidet sich die Studienpopulation hinsichtlich des durchschnittlichen Alters. Während Georgiadou et al. ein Durchschnittsalter von 33,3 Jahren messen, wird für die vorliegende Studie ein Durchschnittsalter von 25,7 Jahren bzw. 28,0 Jahren für die gesamte Studienpopulation bzw. für Syrer:innen ausgewiesen. Demnach erweist sich die eigene Studienpopulation im Durchschnitt als jünger, wodurch sich auch höhere Depressionsprävalenzen erklären lassen: Georgiadou et al. konstatieren auf Basis durchgeführter Regressionsanalysen, dass mehr schwere Depressionssymptome statistisch signifikant mit einem jüngeren Alter, einer kürzeren Dauer der Flucht, einer höheren Anzahl traumatischer Erfahrungen sowie größeren Symptomen generalisierter Angst assoziiert sind.²²¹

Kaltenbach et al. führten Analysen zur Entwicklung von Symptomen psychischer Belastungen durch. Hierzu wurden Geflüchtete in Unterkünften einer mittelgroßen Stadt in Süddeutschland von 2015 bis 2017 befragt. Als Messinstrument diente u. a. der PHQ-9. Die Ergebnisse zeigen eine Prävalenz von 16 % für eine majore Depression für die Gesamtstichprobe zum ersten Messzeitpunkt, 27 % nach sechs Monaten und wiederum 16 % nach einem Jahr. Zwar unterscheidet sich die Prävalenz über den Zeitraum, dennoch kann die Zeit nicht als statistisch signifikanter Faktor für eine lineare Wachstumskurve der Symptome festgestellt werden.²²² In der eigenen Untersuchung beläuft sich die Prävalenz des major depressiven Syndroms auf 10,4 %, wobei weibliche Partizipierende mit 15,5% einen höheren Anteil aufweisen als Männer mit 8,8 %. Zwar kann die Untersuchung von Kaltenbach et al. Zeit als Einflussfaktor auf die

²²⁰ Zugang zum Arbeitsmarkt für Geflüchtete besteht nach drei Monaten Aufenthalt in Deutschland, wenn keine Verpflichtung zum Wohnen in einer Aufnahmeeinrichtung besteht (§§ 47 und 61 AsylG) oder nach sechs Monaten Aufenthalt, wenn eine Verpflichtung zum Wohnen in einer Aufnahmeeinrichtung besteht. Menschen aus sicheren Herkunftsstaaten und Menschen, deren Asylantrag als offensichtlich unbegründet oder unzulässig abgelehnt wurden, erhalten keine Beschäftigungserlaubnis. Grundsätzlich wird eine Arbeitserlaubnis, die von der Ausländerbehörde ausgestellt wird, für die Aufnahme einer Tätigkeit benötigt (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales o. J.).

²²¹ Vgl. Georgiadou et al. 2018, S. 8.

²²² Vgl. Kaltenbach et al. 2018, S. 6–7.

Entwicklung/das Vorliegen majorer Depressions-Symptome nicht als statistisch signifikant bestätigten, gleichzeitig verdeutlichen die Ergebnisse zu unterschiedlichen Zeitpunkten aber, dass die Prävalenzen innerhalb der gleichen Kohorte variieren können. Dies ist im Hinblick auf die Gegenüberstellung mit anderen Untersuchungen zu berücksichtigen.

Auch Kröger et al. untersuchten die posttraumatische und depressive Symptomatik von Geflüchteten und berichten Prävalenzen von 24,4 % für die **posttraumatische Belastungsstörung** und 42,1 % für depressive Symptomatiken. Sie diskutieren die ermittelten Prävalenzen auch vor dem Hintergrund des Auftretens traumatischer Ereignisse und kommen zu dem Ergebnis, dass sich die **traumatischen Ereignisse** je nach Herkunftsregion unterscheiden. So geben Geflüchtete aus afrikanischen Regionen häufiger an, gewalttätige Angriffe, Gefangenschaft oder Kriegs- und Foltererfahrungen erlebt zu haben als Studienpartizipierende aus anderen Regionen (Balkan und Naher Osten). Hingegen berichten Geflüchtete aus dem Nahen Osten genauso häufig von Kriegs-, aber seltener von Foltererfahrungen im Vergleich zu Geflüchteten aus Afrika. 67,9 % gaben an, gewalttätige Angriffe, 11,1 % sexuelle Angriffe, 72,5 % Kriegserlebnisse, 47,9 % Gefangenschaft, 50,0 % Folter und 51,4 % ein anderes traumatisches Erlebnis erfahren zu haben.²²³ Im Vergleich zur vorliegenden Studie weisen die Autor:innen eine vergleichbare relative Häufigkeit für das Vorliegen von PTBS auf, die Prävalenzen von Depressionen liegen bei Kröger et al. jedoch deutlich höher. Die Unterschiede könnten durch Unterschiede der soziodemografischen Merkmale der Studienpopulationen (bspw. abweichendes Durchschnittsalter, differentes Geschlechterverhältnis und andere Herkunftsländer) hervorgerufen worden sein. Von einem körperlichen Angriff in den vergangenen zwölf Monaten berichtet in der eigenen Studie jeder Vierte. Andere traumatische Ereignisse sind nicht in dem Detailgrad erfasst. Dennoch ist davon auszugehen, dass diese ebenfalls als mögliche Erklärung für die Häufigkeit des Auftretens depressiver Symptome und PTBS angenommen werden können.

Im Rahmen einer Querschnittstudie untersuchten Nesterko et al. Prävalenzen von PTBS, Depressionen und Somatisierung von Geflüchteten in einem Aufnahmezentrum in Leipzig.²²⁴

Die Autor:innen unterstreichen die Bedeutung psychischer Belastungen von Geflüchteten in Deutschland auf Grundlage der von ihnen berechneten Prävalenzen. Diese liegen für Somatisierung bei 31 %, für **Depressionen** bei 21,7 % und für **PTBS** bei 34,9 %. Weibliche Befragte

²²³ Vgl. Kröger et al. 2016, S. 380–382.

²²⁴ Die Studie wurde von Mai 2017 bis Juni 2018 durchgeführt. Als Messinstrumente diente u. a. der PHQ-9 (vgl. Nesterko et al. 2019, S. 2–3).

sind – ebenso wie in der eigenen Untersuchung – häufiger betroffen als männliche Befragte.²²⁵ Während sich die relative Häufigkeit von Depressionen in beiden Studien auf ähnlichem Niveau bewegt, liegt die Prävalenz von PTBS bei Nesterko et al. über dem relativen Anteil für eine hohe Wahrscheinlichkeit für eine PTBS. Dies ist auch auf die Verwendung unterschiedlicher Messinstrumente zurückzuführen.

Nutsch und Bozorgmehr kommen auf Basis der IAB-BAMF-SOEP-Befragung zu dem Ergebnis, dass 19,4 % der befragten Geflüchteten ein auffälliges Testergebnis im Hinblick auf das Vorliegen einer Depression aufweisen.²²⁶ Die Prävalenz liegt somit auf einem ähnlichen Niveau wie in der vorliegenden Studie. An dieser Stelle sei jedoch angemerkt, dass die Berechnung bei Nutsch und Bozorgmehr auf Grundlage des PHQ-2, einer Ultrakurzform des PHQ-9, basiert.

Auch Richter et al. bestätigen die quantitative Relevanz psychischer Belastungen unter Geflüchteten. Die Autor:innen kommen basierend auf einer Längsschnittuntersuchung²²⁷ zu dem Ergebnis, dass in der untersuchten Studienpopulation vornehmlich PTBS und (leichte bis schwere) depressive Episoden unter den psychischen Erkrankungen auftreten. Für **PTBS** kann eine relative Häufigkeit von 22,8 % unter Geflüchteten, die bewusst nach medizinischer Hilfe suchten, kalkuliert werden, und von 17,6 % unter randomisiert Zugewiesener. Eine moderate **depressive** Episode zeigt sich bei 8,9 % bzw. 4,0 % der hilfesuchenden bzw. randomisiert zugewiesenen Geflüchteten. Generell sind hilfesuchende Geflüchtete signifikant häufiger von psychischen Erkrankungen betroffen als die Gruppe der randomisiert Zugewiesenen.²²⁸ Die von den Autor:innen ausgewiesenen Krankheitshäufigkeiten liegen somit unter den in der vorliegenden Studie gemessenen Prävalenzen. Mögliche Ursache könnte der Zeitpunkt der Erhebung sein. Während Richter et al. die Daten bereits 2011 und 2012 erhoben, basieren die Ergebnisse der vorliegenden Primärdatenerhebung auf Daten aus 2016 und 2017. Es ist anzunehmen, dass sich die Studienpopulation in wesentlichen Merkmalen, wie bspw. dem Herkunftsstaat, unterscheidet. Dies ist nicht abschließend nachvollziehbar, da für die von Richter et al. durchgeführte Untersuchungen keine Angaben zu den Herkunftsstaaten verfügbar sind.

²²⁵ Vgl. Nesterko et al. 2019, S. 4.

²²⁶ Vgl. Nutsch und Bozorgmehr 2020, S. 1473.

²²⁷ Die Studie wurde von Januar 2011 bis Mai 2012 in einer Gutachterstelle einer Aufnahmeeinrichtung in Bayern durchgeführt. Mittels Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen wurden Daten zu psychiatrischen Symptomen, Suizidgedanken, PTBS-Symptomen und Schlafstörungen von n=283 Geflüchteten, davon 55,8 % männlich, gesammelt (vgl. Richter et al. 2018, S. 2).

²²⁸ Vgl. Richter et al. 2018, S. 3–4.

Auch Rzepka et al. bestätigen die Ergebnisse. So stellen die Autor:innen auf Grundlage ihrer Querschnittstudie²²⁹ fest, dass die häufigste psychische Erkrankung mit 47,2 % die **PTBS** ist, welche in ihrer Schwere durch psychische bzw. sexuelle Gewalt oder Misshandlungen gefördert wird. 37,7 % der befragten Studienpopulation weisen eine **Depression** und 29,2 % eine Angststörung auf. Die Diagnosehäufigkeiten stehen in keinem signifikanten Zusammenhang mit den Merkmalen Alter oder Geschlecht.²³⁰

Die Bedeutung der Ergebnisse wird insbesondere durch Analysen unterstrichen, die auf den Vergleich der Prävalenz psychischer Erkrankungen mit der **deutschen Wohnbevölkerung** abzielen. Hierzu zeigt eine Untersuchung²³¹ von Schlechter et al., dass die inkludierte Gruppe Geflüchteter häufiger depressive Symptome und Angststörungen aufweisen als die Gruppe Einheimischer.²³² Es ist jedoch davon auszugehen, dass die rekrutierten Deutschen kein repräsentatives Abbild der deutschen Wohnbevölkerung darstellen.

Unterschiede zwischen der spezifischen Population von Asylbewerber:innen und der allgemeinen deutschen Wohnbevölkerung werden in einer von Schneider et al. durchgeführten Studie²³³ festgestellt. So geben männliche Asylbewerber signifikant häufiger einen schlechten subjektiven Gesundheitszustand an als Männer der deutschen Wohnbevölkerung (OR = 1,72). Dies trifft nicht auf Studienteilnehmerinnen zu. Auch die Odds Ratio, Einschränkungen alltäglicher Aktivitäten aufgrund von Gesundheitsproblemen zu berichten, ist bei Asylbewerbern doppelt so häufig wie bei Männern der deutschen Wohnbevölkerung (OR = 1,99). Entlang aller Altersschichten zeigt sich, dass Asylbewerber:innen signifikant häufiger von einem schlechten subjektiven Gesundheitszustand, einer höheren Inzidenz chronischer Erkrankungen und gesundheitlichen Einschränkungen betroffen waren als die deutsche Wohnbevölkerung.²³⁴

²²⁹ Die von September 2020 bis Februar 2021 durchgeführte Querschnittstudie im Rhein-Neckar-Kreis in sieben Unterkünften für Geflüchtete basiert auf Daten von n = 106 Geflüchteten, davon 55,7 % männlich. Zur Erfassung der Häufigkeit psychischer Belastungssymptome nutzten die Autor:innen die Messinstrumente PC-PTSD-5 (The Primary Care PTSD Screen for DSM-5) und PHQ-4 (vgl. Rzepka et al. 2022, S. 2).

²³⁰ Vgl. Rzepka et al. 2022, S. 2.

²³¹ Die Studie basiert auf einer Datenerhebung von n = 200 Geflüchteten, davon 80 % männlich, und n = 202 Deutschen, die über soziale Medien rekrutiert wurden. Als Messinstrument diente der PHQ-D. Angaben zum Zeitpunkt der Studiendurchführung und zu den Wohnorten der Befragten liegen nicht vor.

²³² Vgl. Schlechter et al. 2021, S. 172–173.

²³³ Die Querschnittstudie nutzt neben Daten der DEGS1-Befragung (2008 bis 2011) als Grundlage für die deutsche Wohnbevölkerung solche von n = 156 Asylbewerber:innen, davon 64,7 % männlich, die mittels Vollerhebungsansatz in Unterkünften oder beim Sozialamt befragt wurden (vgl. Schneider et al. 2015, S. 2).

²³⁴ Vgl. Schneider et al. 2015, 3.

15.3 Einordnung der Erkenntnisse zu somatischen Beschwerden in den allgemeinen Forschungskontext

Bisher wurde aufgrund der quantitativen Bedeutung vornehmlich auf die psychische Gesundheit von Geflüchteten fokussiert. Im Folgenden wird ergänzend auf die Einordnung der Ergebnisse der (psycho-)somatischen Beschwerden eingegangen. Die höchsten Prävalenzen konnten für chronische Rückenschmerzen (12-Monatsprävalenz: 16,3 %), Erkrankungen der Zähne und des Mundes (12-Monatsprävalenz: 15,5 %), Erkrankungen der Haut (12-Monatsprävalenz: 7,8 %) und Erkrankungen des Magens oder Darms (12-Monatsprävalenz: 7,4 %) verzeichnet werden.

Schäfer et al. kommen – im Hinblick auf die entsprechenden Organsysteme – zu ähnlichen Erkenntnissen. So schließen die Autor:innen auf Grundlage ihrer retrospektiven longitudinalen Beobachtungsstudie²³⁵ auf das Krankheitsspektrum von Geflüchteten. Insbesondere Erkrankungen des Respirations-, des Verdauungssystems und der Haut wurden diagnostiziert.²³⁶ In der eigenen Untersuchung sind auch chronische Bronchitis und Asthma bronchiale unter den zehn häufigsten Erkrankungen, die in den letzten zwölf Monaten diagnostiziert wurden. Die von Schäfer et al. errechnete Häufigkeit lässt sich hingegen zum Großteil auf Infektionen zurückführen. Dies lässt sich insbesondere vor dem Hintergrund des Studiensettings – einer Walk-in-Klinik eines Aufnahmezentrums – begründen. Konkrete Diagnosen der **Atemwegserkrankungen** umfassen bei Schäfer et al. akute Infektionen der oberen Atemwege, akute/chronische Sinusitis, akute Tonsillitis sowie akute Bronchitis/Bronchiolitis.²³⁷ Dass Geflüchtete v. a. akute Atemwegserkrankungen aufweisen, zeigt sich auch in einer von Jablonka et al. durchgeführten Untersuchung²³⁸: Während 34,4 % einer Geflüchtetenkohorte im Laufe ihres Aufenthaltes an einer Atemwegserkrankung leiden, werden lediglich bei 2 % der Patient:innen chronische Atemwegserkrankungen diagnostiziert. Akute Infektionen der Atemwege umfassen in dieser Erhebung v. a. Halsentzündungen (5,0 % aller Diagnosen), Husten (4,0 % aller

²³⁵ Die Studie basiert auf Routinedaten aus elektronischen Gesundheitsakten einer Walk-in-Klinik eines Aufnahmezentrums in Hamburg, die von November 2015 bis Juli 2016 erfasst wurden. Insgesamt konnten Daten von n = 1.434 Geflüchteten, davon 62,7 % männlich, aus n = 5.545 Ärzt:innenkonsultationen in den Analysen Berücksichtigung finden (vgl. Schäfer et al. 2020, S. 2–4).

²³⁶ Vgl. Schäfer et al. 2020, S. 5–7.

²³⁷ Vgl. Schäfer et al. 2020, S. 6.

²³⁸ Die retrospektive Beobachtungsstudie basiert auf Daten aus Patient:innenakten, die nachträglich nach ICD-10 kodiert wurden. Die Daten von n = 2.840 Patient:innen mit einem Durchschnittsalter von 32 Jahren stammen aus Zelle (September 2015 – Juni 2016) und Friedland (August 2017 – Januar 2019). Die Patient:innen stammen aus Syrien (34,5 %), Irak (14,9 %) und Afghanistan (10,3 %) (vgl. Jablonka et al. 2021, S. 1–2).

Diagnosen), Erkältungen (2,9 % aller Diagnosen) und nicht spezifizierete akute Infektionen der oberen Atemwege (2,4 % aller Diagnosen). Influenza-typische Symptome (ILI) wiesen 2,6 % der Patient:innen auf. Pneumonien können bei 0,9 % der Patient:innen festgestellt werden. Die akuten Atemwegserkrankungen traten v. a. im Herbst und Winter mit den meisten Fällen im Dezember und Januar auf. Chronische Atemwegserkrankungen, darunter v. a. Asthma bronchiale und obstruktive Lungenerkrankung, werden bei 1,9 % der Patient:innen diagnostiziert.²³⁹

Die Bedeutung von Atemwegserkrankungen wird auch von Goodman et al. herausgestellt: 17,4 % der Diagnosen, die bei Geflüchteten in einer Dresdener Klinik gestellt wurden, beziehen sich auf (überwiegend akute) Atemwegserkrankungen.²⁴⁰ Auch Müller et al. bestätigen auf Grundlage einer Analyse von Diagnosedaten von Kliniken innerhalb zweier Aufnahmeeinrichtungen für Geflüchtete die quantitative Bedeutung von Atemwegserkrankungen.²⁴¹

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass insbesondere akute Atemwegserkrankungen unter den physischen Beeinträchtigungen in ihrer Häufigkeit des Vorkommens von Relevanz sind, während chronische Atemwegserkrankungen seltener diagnostiziert werden. Im Allgemeinen können die Ergebnisse aus anderen Studien nicht mit den eigenen verglichen werden: Während die oben erwähnten Studien v. a. auf der Auswertung von Diagnosedaten beruhen, wurden in der eigenen Studie lediglich chronische Bronchitis und Asthma bronchiale gemäß Selbstauskunft erfasst.

Diagnosen des **Verdauungssystems** beziehen sich bei Schneider et al. vorrangig auf „andere Symptome“, Symptome/Beschwerden und Infektionen und umfassen konkret Erbrechen, Diarrhoe, Obstipation, Symptome/Beschwerden sowie Erkrankungen der Zähne/des Zahnfleisches, Gastroenteritis (vermutete Infektion), Magenfunktionsstörungen, Appendizitis und Würmer/andere Parasiten.²⁴² Müller et al. weisen eine Prävalenz von Erkrankungen des Verdauungssystems für eine Geflüchtetenkohorte von 6,8 % aus und liegt damit auf einem ähnlichen Niveau wie die in der vorliegenden Studie ermittelte Prävalenz. Dennoch basieren die Ergebnisse von Müller et al. auf Auswertungen von Diagnosedaten, wohingegen die Prävalenz

²³⁹ Vgl. Jablonka et al. 2021, S. 3–5.

²⁴⁰ Vgl. Goodman et al. 2018, S. 3.

²⁴¹ Vgl. Müller et al. 2021, S. 4–5.

²⁴² Vgl. Schäfer et al. 2020, S. 6.

der eigenen Primärdatenerhebung auf Basis von Selbstangaben der Geflüchteten errechnet wurde.²⁴³

Erkrankungen der Haut werden in der vorliegenden Studie für die letzten zwölf Monate bei 7,8 % der Studienteilnehmer:innen in Bayern festgestellt (vgl. Kapitel 7.3). Müller et al. weisen eine ähnliche Prävalenz von 5,7 % für Erkrankungen der Haut aus.²⁴⁴ Schäfer et al. klassifizieren Diagnosen der Haut v. a. als Infektionen, Verletzungen und Symptome/Beschwerden. Sie umfassen bei Geflüchteten Infektionen der Finger/Zehen, Eiterbeulen/Karbunkel, Schürfwunden, Kratzer, Blasen, Riss- oder Schnittwunden, Skabies/andere Acariasis, Pedikulose/anderer Hautbefall, Dermatitis/atopisches Ekzem, Kontaktdermatitis/allergische Dermatitis und Akne.²⁴⁵ Auch an dieser Stelle ist die Vergleichbarkeit zwischen den Studien – wie eingangs erwähnt – nicht gegeben. Da in der vorliegenden Studie nicht dezidiert nach spezifischen Erkrankungen gefragt wurde, könnte es zu einer Unterschätzung der Prävalenz gekommen sein. Entsprechend können auch keine weiteren Aussagen dazu getroffen werden, um welche konkreten Erkrankungen der Haut es sich bei den Befragten handelt. Darüber hinaus bezieht sich die Prävalenz auf die Frage, ob medizinisches Personal entsprechende Hauterkrankheiten festgestellt hat. Somit wurden Personen, die selbst Hautveränderungen wie bspw. Ausschlag o. ä. wahrgenommen haben, nicht erfasst (vgl. hierzu auch Kapitel 17, in dem die allgemeinen Limitationen der eigenen Primärdatenerhebung aufgeführt werden).

Erkrankungen der Zähne und des Mundes in den letzten zwölf Monaten werden von 15,5 % der Gesamtstichprobe attestiert. Eine deutlich höhere Prävalenz dentaler Probleme zeigt sich bei Solyman und Schmidt-Westhausen, die zahnärztliche Untersuchungen in einem Aufnahmezentrum, in Unterkünften und Privatpraxen in Berlin durchführten. Bei 79 % der Patient:innen zeigt sich unbehandelte Karies, 78,8 % leiden unter bakteriellem Plaque in allen Sextanten und 60 % unter Calculus dentis. Es können keine signifikanten Unterschiede im DMFT-Score²⁴⁶ zwischen verschiedenen Herkunftsländern²⁴⁷ und den Geschlechtern nachgewiesen

²⁴³ Vgl. Müller et al. 2021, S. 4–5.

²⁴⁴ Vgl. Müller et al. 2021, S. 5.

²⁴⁵ Vgl. Schäfer et al. 2020, S. 6.

²⁴⁶ Decay-missing-filled tooth : „DMFT is the sum of the number of Decayed, Missing due to caries, and Filled Teeth in the permanent teeth.“ (Varenne o. J.).

²⁴⁷ In die Untersuchung wurden Syrer:innen (61,9 %) und Iraker:innen (38,1 %) inkludiert (vgl. Solyman und Schmidt-Westhausen 2018, S. 3).

werden. Jedoch weisen Ältere einen höheren DMFT-Score auf als Jüngere.²⁴⁸ Auch Al-Ani et al. konstatieren einen schlechten Zahnstatus von Geflüchteten²⁴⁹, v. a. im Vergleich zur deutschen Wohnbevölkerung. Werden die Ergebnisse jedoch mit solchen der deutschen Wohnbevölkerung vor Einführung der Zahnprophylaxe in den 1980er-Jahren verglichen, zeigen sich ähnliche Ergebnisse in der Kariesprävalenz. Die Ergebnisse von Al-Ani et al. verdeutlichen somit die Wichtigkeit von Prophylaxe-Leistungen.²⁵⁰

Insgesamt zeigen sowohl die eigene als auch die Untersuchungen anderer Autor:innen die – im Verhältnis zu anderen Erkrankungen – hohe Relevanz von Erkrankungen der Zähne und des Mundes unter Geflüchteten. Während in der eigenen Befragung Studienteilnehmer:innen angeben sollten, ob medizinisches Personal entsprechende Erkrankungen des Mundes oder der Zähne in den letzten zwölf Monaten feststellten, wurden in den zum Vergleich herangezogenen Studien zahnärztliche Untersuchungen durchgeführt. Dies erklärt auch die höhere Prävalenz bei Solyman und Schmidt-Westhausen: In ihrer Schätzung sind auch solche Teilnehmer:innen berücksichtigt, die weder unter Beschwerden leiden, noch zur regulären zahnärztlichen Untersuchung gehen. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund des eingeschränkten Zugangs zur und die auf akute Beschwerden beschränkte Gesundheitsversorgung (vgl. hierzu TEIL I, Kapitel 3, im Besonderen Abschnitte 3.1 und 3.2) von Relevanz.

Generell ist anzunehmen, dass sich die – im Verhältnis zu psychischen Erkrankungen – geringen Prävalenzen von akuten somatischen Beschwerden auf die soziodemografischen Merkmale zurückführen lassen. In der vorliegenden Studienpopulation ist ein Großteil der Partizipierenden männlich (75,6 %) mit einem durchschnittlichen Alter von 25,3 Jahren. So zeigt sich, dass chronische Erkrankungen und gesundheitliche Einschränkungen sowie gesundheitsbedingte Limitierungen in alltäglichen Aktivitäten mit steigendem Alter zunehmen.²⁵¹ Diese Erkenntnisse finden nicht nur Gültigkeit für die deutsche Wohnbevölkerung, sondern lassen sich auch für

²⁴⁸ Vgl. Solyman und Schmidt-Westhausen 2018, S. 3–6.

²⁴⁹ Die zahnärztliche Untersuchung wurde in Aufnahmezentren in Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Berlin und Hessen von Dezember 2016 bis Mai 2017 bei n = 544 Studienteilnehmer:innen, davon 62,3 % männlich, durchgeführt. Die Partizipierenden kamen aus Syrien (23,7 %), Afghanistan (16,9 %) und dem Irak (13,9 %) (vgl. Al-Ani et al. 2021, S. 2400–2401).

²⁵⁰ Vgl. Al-Ani et al. 2021, S. 2401–2403.

²⁵¹ Vgl. Heidemann et al. 2021, S. 8.

andere Staaten bestätigen. Weltweit ist das steigende Alter mit dem Auftreten nicht-übertragbarer Erkrankungen assoziiert.²⁵²

Weiteres Erklärungspotenzial ergibt sich aus dem sogenannten „**Healthy-Migrant-Effekt**“. Dieser besagt, dass insbesondere Menschen jungen Alters und guter Gesundheit das Heimatland verlassen. Vorausgesetzt wird, dass für das Verlassen des Heimatlandes eine gute körperliche und mentale Gesundheit bestehen muss und es somit zu einer Selektion von gesunden Migrant:innen kommt. In der Weiterentwicklung des Healthy-Migrant-Effekts werden weitere, gesundheitsförderliche Faktoren bei der Migration aus einem strukturschwachen in ein -starkes Zielland berücksichtigt: Es wird davon ausgegangen, dass (1) ein gesundheitsförderliches Verhalten im Heimatland bestand und (2) mit der Migration in ein Zielland die Reduktion für im Heimatland bestehende Gesundheitsrisiken, in Form von Infektionskrankheiten, einhergeht. Dies führt insgesamt zu einem Gesundheitsvorteil.²⁵³

Diese Annahmen lassen sich auch auf die Geflüchtetenkohorte übertragen. Die Flucht ist mit besonderen Risiken und Herausforderungen verbunden (vgl. hierzu TEIL I, Kapitel 2, im Spezifischen Abschnitt 2.4.4). Dies bezieht sich nicht nur auf die Erfahrungen während der Flucht, sondern auch auf die Bewältigung des Weges an sich. Wie in TEIL I, Kapitel 2 aufgezeigt, flüchtet ein Großteil der Menschen über die Mittelmeerrouten. Die Flucht dauert auf direktem Weg nach Deutschland durchschnittlich 35 Tage, die Flucht über Transitländer mit einem Aufenthalt von mehr als drei Monaten dauert im Durchschnitt 49 Tage.²⁵⁴ Dies stützt die These, dass für die Bewältigung der Flucht eine gute körperliche Konstitution erforderlich ist. Die beobachteten somatischen Beschwerden – wie bspw. Erkrankungen des Verdauungssystems, chronische Rückenschmerzen, Bluthochdruck – können auch auf **psychosomatische** Ursachen zurückzuführen sein. Übelkeit und Erbrechen, Diarrhoe, Globusgefühl, Rückenschmerzen oder Hypertonie können auch Folge von Stress und psychischen Belastungen sein.²⁵⁵ So konnte bspw. gezeigt werden, dass Schmerzsymptome bei Geflüchteten mit PTBS assoziiert sind.²⁵⁶

²⁵² Vgl. World Health Organization 2023.

²⁵³ Vgl. Schenk und Pepler 2020, S. 21–22.

²⁵⁴ Vgl. Brücker et al. 2016, S. 27–28.

²⁵⁵ Vgl. Merck & Co, Inc. 2024.

²⁵⁶ Vgl. Rometsch-Ogioun El Sount et al. 2019, S. 83.

15.4 Erklärungsansätze und Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Geflüchteten

Im oberen Teil wurde anhand der Ergebnisse deutlich, dass Geflüchtete besonderen gesundheitlichen Herausforderungen unterliegen. Im folgenden Abschnitt werden mögliche Ursachen für die besondere Gesundheitssituation aufgezeigt.

Eine Erklärung bezieht sich auf unterschiedliche Ansätze, die auf den Migrationsprozess abstellen. Die **Migrationsstresshypothese** geht – unabhängig von Fluchterfahrungen und Traumatisierung – bei Migration von einem kritischen Lebensereignis aus, wodurch besondere Belastungen für die psychische und physische Gesundheit resultieren können. Durch die Migration bedingte Stressoren, wie „(...) *unsichere Lebensbedingungen/Wohnverhältnisse, gesetzliche Aufenthaltsrechte, chronische berufliche Belastung, (drohende) Arbeitslosigkeit, Stigmatisierung, Isolation aufgrund anhaltender Trennung und sich verändernder Netzwerkbeziehungen, eheliche und intergenerationale Normen- und Rollenkonflikte*“²⁵⁷, wirken sich auf die Gesundheit aus.²⁵⁸ Es ist anzunehmen, dass sich diese Hypothese auch auf die vorliegende Studienpopulation anwenden lässt. Untersuchungen zeigen, dass bspw. die **Wohnsituation**, genauer die Aufenthaltsdauer in einer Gemeinschaftsunterkunft, positiv mit psychischen Belastungen korreliert.²⁵⁹ Biddle et al. konstatieren in ihrer Studie²⁶⁰, dass die Unterkunftsqualität von Gemeinschaftsunterkünften besser bewertet wurde als die von Aufnahmeeinrichtungen. Unter Berücksichtigung der Anzahl der dort lebenden Geflüchteten ergibt sich, dass 45 % der Bewohner:innen in insgesamt drei der 61 betrachteten Unterkünfte mit einer sehr niedrigen (baulichen) Qualität lebten.²⁶¹ Zwar bezieht sich die Einschätzung der Qualität auf Unterkünfte in Baden-Württemberg, dennoch verdeutlicht die Untersuchung die schwierigen Wohnverhältnisse für Geflüchtete in der ersten Zeit nach der Ankunft in Deutschland.

Dudek et al. stellen in ihrer Clusteranalyse²⁶² fest, dass Befragte aus Gemeinschaftsunterkünften einen schlechteren psychischen Gesundheitsscore zeigen als Befragte der anderen Cluster, die auf privaten Unterkünften basieren. Weiterhin zeichnet sich dieses Cluster durch einen – im

²⁵⁷ Kupfer und Gamper 2020, S. 375.

²⁵⁸ Vgl. Kupfer und Gamper 2020, S. 375; Schenk und Pepler 2020, S. 26.

²⁵⁹ Vgl. Albers 2012, S. 69; Schneider und Bozorgmehr 2017, S. 36.

²⁶⁰ Vgl. hierzu u. a. Fußnote 104 sowie Bozorgmehr et al. 2024; Mohsenpour et al. 2023; Biddle et al. 2022a; Biddle et al. 2022b; Biddle et al. 2021; Wahedi et al. 2020; Biddle et al. 2019.

²⁶¹ Vgl. Biddle et al. 2021, S. 16–17.

²⁶² Die Clusteranalyse findet auf Grundlage des IAB-BAMF-SOEP-Surveys, einer bevölkerungsbezogenen Querschnittstudie, statt und ist repräsentativ für Geflüchtete in Deutschland. Die Daten stammen aus jährlichen Befragungen, die seit 2016 durchgeführt werden (vgl. Dudek et al. 2022).

Vergleich zu den anderen Clustern – hohen Anteil an Unterkünften in Industriegebieten, einem geringeren Sicherheitsgefühl in der Nachbarschaft, einem hohen Anteil jener, die keinen Kontakt zu Einheimischen in der Nachbarschaft haben, durchschnittlich weniger Platz und Zusammenleben mit mehr Menschen pro Wohneinheit aus. Zudem werden durchschnittlich weniger Freunde eingeladen und mehr Zeit in Langeweile verbracht. Menschen, die diesem Cluster zugeordnet sind, weisen die höchste Unzufriedenheit auf.²⁶³ Auch Nutsch und Bozorgmehr bestätigen in ihren Analysen eine sinkende Odds Ratio für das Vorliegen einer Depressivität mit steigender Wohnzufriedenheit.²⁶⁴

Die Bedeutung der Wohnsituation wird auch von Rast et al. unterstrichen. Demnach hat die Wohnsituation auf vier verschiedene Wege einen Effekt auf die Gesundheit von Geflüchteten: Die (1) **materielle Ausstattung** bezieht sich auf die vorherrschenden Hygienebedingungen, Möglichkeiten die Türen zu verschließen (für das Sicherheitsgefühl und die Privatsphäre), den zur Verfügung stehenden Platz und das Teilen eines Zimmers mit mehreren Familienmitgliedern oder Fremden in der Unterkunft oder die Lautstärke. Diese Faktoren wirken sich auf die physische und psychische Gesundheit aus. Die (2) **instabile Wohnsituation und Abbruch sozialer und professioneller Unterstützungsnetzwerke** adressiert die Unsicherheiten bzgl. der Weiterentwicklung der temporären Wohnsituation. So können bspw. Umsiedlungen zwischen Aufnahme- oder Gemeinschaftsunterkünften zu negativen Auswirkungen auf das mentale Gesundheitsempfinden und zu einer Verzögerung bzw. Verlangsamung der Integration (darunter der Erwerb der deutschen Sprache und der Zugang zum Arbeitsmarkt) führen. Als weiteren Faktor führen die Autor:innen (3) **Einschränkungen im „Homemaking“** durch fehlende Autonomie an. Aufgrund der Zuweisung der Geflüchteten zu Aufnahmezentren (vgl. hierzu TEIL I, Kapitel 2.2) kann nicht frei über die Wohnsituation entschieden werden. Dies bezieht sich zum einen auf die Unterkunft an sich, zum anderen aber auch auf das Zusammenleben mit anderen Bewohner:innen der Unterkunft. Dies geht mit einem Kontrollverlust einher und kann sich negativ auf die gesundheitliche Situation der Geflüchteten auswirken. Aufgrund der zeitlich befristeten Wohnsituation und der fehlenden Autonomie ist es nicht möglich, Anpassungen in den Räumlichkeiten vorzunehmen, die das Gefühl von

²⁶³ Vgl. Dudek et al. 2022, S. 5–8.

²⁶⁴ Die Analysen haben auf Basis der Daten aus der IAB-BAMF-SOEP-Befragung stattgefunden und berücksichtigen n = 4.465 Geflüchtete aus Syrien (49,0 %), dem Irak (12,9 %) und Afghanistan (12,8 %) (vgl. Nutsch und Bozorgmehr 2020, S. 1477).

„Zuhause“ vermitteln würden. Auch die Qualität, Quantität und der Zeitpunkt der angebotenen Speisen können unter dem Punkt „Homemaking“ subsumiert werden. Abschließend werden die **(4) fehlenden Vorkehrungen für Menschen mit spezifischen (medizinischen) Versorgungsbedarfen** als auf die Gesundheit wirkender Faktor angeführt. Hierunter sind der zur Verfügung stehende Platz, die sanitäre Ausstattung oder das Speisenangebot zu verstehen. So können bspw. ein nicht behindertengerechter Zugang zu Sanitäranlagen, belegte Gemeinschaftstoiletten bei Inkontinenz oder aber die Medikamenteneinnahme im Beisein anderer Zimmerbewohner:innen Herausforderungen für die Bewohner:innen der Unterkünfte darstellen.²⁶⁵

Auch Walther et al. konstatieren, dass die Wohnbedingungen signifikant mit bestimmten Messwerten assoziiert sind. Demnach besteht ein positiver Zusammenhang zwischen dem Wohnen in privaten Unterkünften und geringeren psychischen Belastungen und gleichzeitig einer höheren Lebenszufriedenheit im Vergleich zum Wohnen in Unterkünften für Geflüchtete.²⁶⁶ In einer weiteren Untersuchung bestätigen Walther et al. den Zusammenhang. Sie stellen fest, dass Menschen, die in Asylunterkünften leben, ein höheres Risiko für Belastungen aufweisen als solche, die in Privatunterkünften leben (RR = 1,21).²⁶⁷ Die Bedeutung der Wohnform wird ebenfalls von Winkler et al. herausgestellt. In einer Untersuchung zwischen **Notunterkünften** (wie z. B. Schulen, Flugzeug- oder Turnhallen) und Gemeinschaftseinrichtungen kann festgestellt werden, dass Bewohner:innen aus Notunterkünften signifikant häufiger von Angstsymptomatik, depressiver Symptomatik und einer höheren durch PTBS bedingten Beeinträchtigung leiden. Hingegen war die subjektiv empfundene Lebensqualität von Bewohner:innen der Erstaufnahme- und Gemeinschaftsunterkünfte signifikant besser.²⁶⁸

Neben der Wohnsituation als auf die Gesundheit wirkender Faktor gilt auch ein **unsicherer Asylstatus** als Prädiktor für mentale Belastungen. So weisen Geflüchtete mit abgelehntem oder noch nicht entschiedenem Asylantrag eine 1,34-fach höhere Odds Ratio für eine Depression auf als solche mit positivem Asylbescheid.²⁶⁹ Unsicherheiten bzgl. des rechtlichen Status werden

²⁶⁵ Vgl. Rast et al. 2024, S. 4–6.

²⁶⁶ Vgl. Walther et al. 2020a, S. 907.

²⁶⁷ Vgl. Walther et al. 2020b, S. 6.

²⁶⁸ Vgl. Winkler et al. 2019, S. 194.

²⁶⁹ Vgl. Nutsch und Bozorgmehr 2020, S. 1478–1479.

auch in der Untersuchung von Walther et al. mit Belastungen und Unzufriedenheit assoziiert.²⁷⁰ Für Menschen, denen eine Abschiebung droht, ergibt sich in einer weiteren Untersuchung ein höheres Risiko für das Vorhandensein einer Belastung im Vergleich zu Personen, die eine Schutzform besaßen (RR = 1,55).²⁷¹ Der Asylstatus ist nicht nur für die psychische Gesundheit von Bedeutung, sondern ebenfalls für somatische Beschwerden. So zeigt sich, dass Menschen mit Aufenthaltserlaubnis signifikant weniger somatische Beschwerden aufweisen als Menschen mit Aufenthaltsgestattung, ohne Kenntnis über ihren Status und ohne Angabe ihres Status. Personen mit Grenzübertrittsbescheinigung weisen hingegen signifikant mehr depressive Symptome auf als solche mit Aufenthaltserlaubnis, -gestattung, ohne Kenntnis oder ohne Angabe ihres Aufenthaltsstatus. Menschen mit Aufenthaltserlaubnis zeigen signifikant häufiger PTBS-bedingte Beeinträchtigungen im Vergleich zur Gruppe mit Grenzübertrittsbescheinigung und mit einer Duldung. In ähnlicher Weise stellt auch das **Asylverfahren** einen zentralen Aspekt im Hinblick auf die Gesundheit von Geflüchteten dar. So besteht ein Zusammenhang zwischen dem Erleben des Asylverfahrens und dem Auftreten von psychischen Symptomen sowie ein positiver Zusammenhang zwischen depressiven Symptomen und dem Warten auf die Anhörung. Das Gefühl, nicht von allen asylrelevanten Informationen im Rahmen der Anhörung im Asylverfahren berichtet zu haben, geht mit depressiver, Angst- und PTBS-Symptomatik einher.²⁷² Auch die **Erwerbstätigkeit** von Geflüchteten wird im Zusammenhang mit mentalen Belastungen wie Depressionen diskutiert. So kommen Nutsch und Bozorgmehr in ihren Analysen zu dem Ergebnis, dass Geflüchtete ohne Erwerbstätigkeit eine nahezu doppelt so hohe Odds Ratio (OR = 1,48) für Depressivität aufweisen als Erwerbstätige.²⁷³ In einem Arbeitsverhältnis zu stehen, scheint sich ebenfalls günstig auf das Empfinden von Belastungen auszuwirken. So stellen Walther et al. einen entsprechenden Zusammenhang fest.²⁷⁴

Nesterko et al. untersuchten soziodemografische und fluchtbezogene Faktoren als Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit von Geflüchteten, die kürzlich nach Deutschland kamen und sich in einem Aufnahmезentrum in Leipzig aufhielten.²⁷⁵ Als stärkster Prädiktor für

²⁷⁰ Vgl. Walther et al. 2020a, S. 907.

²⁷¹ Vgl. Walther et al. 2020b, S. 6.

²⁷² Vgl. Winkler et al. 2019, S. 194–196.

²⁷³ Vgl. Nutsch und Bozorgmehr 2020, S. 1477–1479.

²⁷⁴ Vgl. Walther et al. 2020a, S. 907.

²⁷⁵ Von insgesamt n = 502 Befragten waren 69,3 % männlich. Das durchschnittliche Alter der Studienpopulation belief sich auf 29,7 Jahre.

verschiedene psychische Störungen können **fehlende aktuelle Informationen über zurückgelassene Familienmitglieder** identifiziert werden. Mögliche Erklärungen dafür liegen zum einen in der Sorge um Angehörige und zum anderen in der Gefahr sozialer Isolation durch den Wegfall sozialer Unterstützungssysteme. Weiterhin zeigt sich der **subjektive Bedarf nach Gesundheitsversorgung** als relevanter Prädiktor für Depressionen, Somatisierung, Angstzustände und PTBS. Diese psychischen Erkrankungen sind positiv assoziiert mit dem weiblichen Geschlecht. Für Depressionen zeigt sich darüber hinaus ein Zusammenhang mit dem Beziehungsstatus Single. PTBS ist zudem mit der **Anzahl an erfahrenen traumatischen Ereignissen** und **Erfahrungen mit mindestens einem interpersonellen traumatischen Ereignis** assoziiert.²⁷⁶ Eine größere Anzahl traumatischer Lebensereignisse erweist sich als Prädiktor für aktuelle physische und psychische Versorgungsbedarfe. Neben den Erfahrungen zeigen sich auch **mentale Beeinträchtigungen** selbst als Prädiktor für einen Versorgungsbedarf. So kann konstatiert werden, dass das Vorliegen mindestens einer psychischen Beeinträchtigung dazu führt, dass ein Versorgungsbedarf wahrgenommen wird.²⁷⁷

Abbildung 20 fasst mögliche Risikofaktoren für psychische Störungen bei Geflüchteten noch einmal grafisch zusammen. Hierbei nahmen die Autor:innen eine Differenzierung nach traumatischen Ereignissen, individuellen Faktoren und Postmigrationsfaktoren vor. Zudem ergibt sich eine weitere Unterteilung im Hinblick auf den zeitlichen Faktor: So kann unterschieden werden zwischen Einflussfaktoren vor der Flucht, solchen, die während der Flucht vorhanden sind und solchen nach der Migration.

²⁷⁶ Vgl. Nesterko et al. 2020a, S. 6–8.

²⁷⁷ Vgl. Nesterko et al. 2020b, S. 817.

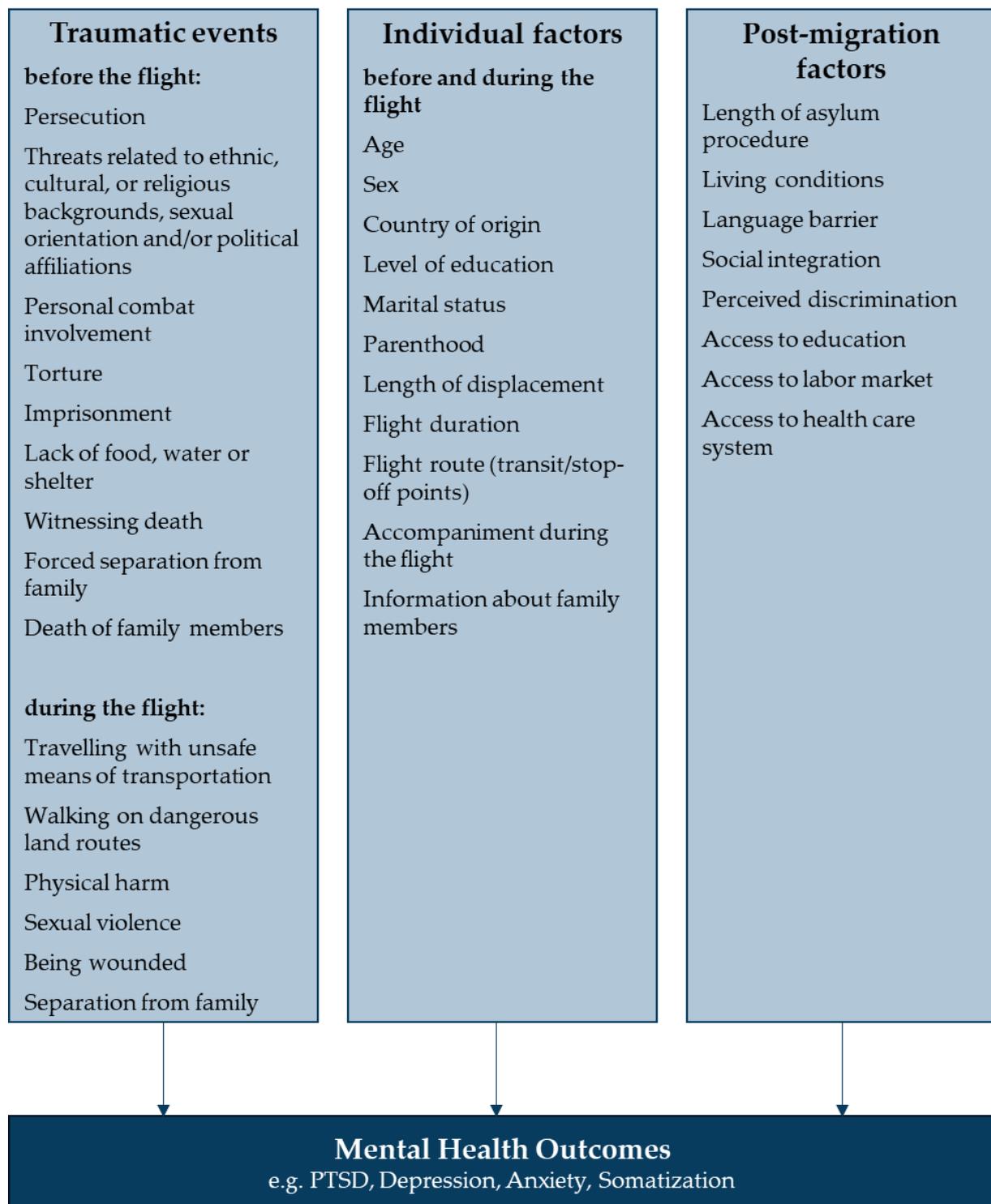


Abbildung 20: Mögliche Risikofaktoren für psychische Störungen unter Geflüchteten

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Nesterko et al. 2020a, S. 3.

16 Handlungsimplicationen zur Verbesserung der Gesundheitssituation Geflüchteter

Die vorgestellten Ergebnisse antizipieren verschiedene Handlungsmaßnahmen, die zur Verbesserung der Gesundheitssituation von Geflüchteten beitragen. Ziel des vorliegenden

Abschnittes ist es, unterschiedliche Implikationen, die unterschiedliche Stakeholder adressieren, strukturiert darzustellen.

In TEIL I, Kapitel 3, im Spezifischen Abschnitt 3.3.1 wurde die Notwendigkeit von **Gesundheitsdaten** herausgestellt. Es konnte aufgezeigt werden, dass zwar Bestrebungen bestehen, Gesundheitsdaten von Geflüchteten zu erheben. Dennoch existieren nach wie vor Lücken in der systematischen Erfassung von Gesundheitsdaten von Geflüchteten.

In der Literatur werden Argumente angeführt, die für bzw. gegen das disaggregierte Erheben von Gesundheitsdaten sprechen. Einerseits widerspricht die Befürchtung der Diskriminierung einer populationsspezifischen Datenerhebung, da die Erkenntnisse gegen eine spezifische Population genutzt werden könnten – insbesondere vor dem Hintergrund historischer Ereignisse. Andererseits kann das Argument der Diskriminierung auch für die spezifische Datenerhebung sprechen, wodurch spezifische Gruppen – im vorliegenden Fall Geflüchtete – grundsätzlich Berücksichtigung finden. Dies kann sich bspw. auf politische Entscheidungsfindungen beziehen.²⁷⁸

Gesundheitsdaten werden nicht einheitlich und nicht immer digital in den Erstaufnahmeeinrichtungen erhoben.²⁷⁹ Aus diesem Grund wurde im Rahmen des Projektes PriCare die Software „Refugee Care Manager, RefCare©“ entwickelt. Mithilfe der Applikation können medizinische Daten in den Einrichtungen digitalisiert und einheitlich erfasst werden. RefCare© wurde in drei Bundesländern implementiert. Bei der Entwicklung wurde sich an bestehenden Praxissoftwares orientiert und vier wesentliche Funktionsbereiche herausgestellt: (1) Verwaltungsfunktionen, (2) Patientenakte, (3) Surveillance und (4) Transfer von Patientenakten. Aufgrund der bestehenden Harmonisierung der Daten zwischen Aufnahmeeinrichtungen sind einrichtungsübergreifende, dezentrale Datenauswertungen möglich, ohne weitere Daten erfassen zu müssen. Dieses Verfahren wird als „(...) *verteiltes Rechnen im Verbund mit dem Ergebnis einer anonymisierten Kennzahl*“²⁸⁰ angeführt.²⁸¹ Die Entwicklung der Software verdeutlicht die Notwendigkeit für die homogene und digitale Erfassung von Gesundheitsdaten einmal mehr. Um die fragmentierte Datenlandschaft hin zu

²⁷⁸ Vgl. Bozorgmehr et al. 2023, S. 2–3.

²⁷⁹ Vgl. Sektion Health Equity Studies & Migration, Universitätsklinikum Heidelberg o. J.a.

²⁸⁰ Jahn et al. 2021, S. 33.

²⁸¹ Vgl. Jahn et al. 2021, S. 30–33.

einer einheitlichen, digitalen Datenbasis zu entwickeln, bedarf es der flächendeckenden Implementierung eines entsprechenden Systems.

Neben der systematischen Erhebung von Gesundheitsdaten kann ebenfalls eine effiziente und effektive Rekrutierung von Studienteilnehmer:innen zu einer größeren Datenbasis führen. Weinmann et al. verglichen zwei unterschiedliche Rekrutierungswege von syrischen Geflüchteten zur Erfassung von Gesundheitsdaten und kamen zu dem Ergebnis, dass mehr Studienteilnehmer:innen über das Respondent-Driven-Sampling (RDS)²⁸² rekrutiert werden können als über eine Zufallsstichprobe aus Meldedaten. Insbesondere bei schwer erreichbaren Subgruppen eignet sich das Verfahren. Um Verzerrungen zu reduzieren, die Anzahl an Studienteilnehmer:innen jedoch zu erhöhen, kann ein Mixed-sampling-approach zielführend sein.²⁸³ Insbesondere vor dem Hintergrund der Heterogenität der Population Geflüchteter könnten unterschiedliche Rekrutierungswege zielführend sein, um auch schwer erreichbare Gruppen in die Forschung inkludieren zu können.

Zusätzlich zur Erfassung von Gesundheitsdaten im Rahmen von ärztlichen Untersuchungen, sollten Gesundheitsversorgungsbedarfe frühzeitig ermittelt werden. Neben den bereits bestehenden verpflichtenden Erstuntersuchungen auf übertragbare Erkrankungen nach § 62 AsylG, scheint es aufgrund der hohen Prävalenzen zielführend, systematisch **Screeningmaßnahmen auf psychische Belastungen** zu etablieren. Hierbei könnten bspw. Instrumente wie der Fragebogen „PROTECT“ zur Früherkennung von Asylsuchenden mit traumatischen Erlebnissen zum Einsatz kommen. Das Instrument zielt darauf ab, Asylsuchende bereits in einem frühen Stadium an medizinisches Fachpersonal weiterzuleiten, um eine Verschlimmerung oder Chronifizierung der Symptomatik zu verhindern.²⁸⁴ Denkbar wäre, ein entsprechendes Screening in die Erstuntersuchung zu integrieren und somit ein umfassendes Gesundheitsscreening – über die Erkennung infektiöser Erkrankungen hinausgehend – anzubieten. Somit könnten Ressourcen gebündelt und potenzielle Parallelstrukturen vermieden werden.

²⁸² Diese Methode der Stichprobenziehung stellt eine Weiterentwicklung des Schneeballsystems dar. Ziel ist eine erhöhte Repräsentativität im Vergleich zur Stichprobenziehung nach dem Schneeballsystem. Hierzu wird mit Incentivierungen gearbeitet und die Rekrutierungswege werden dokumentiert. Dadurch ist das Verfahren aufwendiger als die herkömmliche Stichprobenziehung nach dem Schneeballsystem. Das Verfahren eignet sich v. a. bei schwer erreichbaren Populationen, die untereinander gut vernetzt sind (vgl. Döring 2023e, S. 310–311).

²⁸³ Vgl. Weinmann et al. 2019, S. 3–9.

²⁸⁴ Vgl. Dimitrova et al. o. J.

Eine systematische Datenerfassung sowie die Kenntnis über die zur Verfügung stehenden Daten von Leistungserbringenden führt zu dem Potenzial, dass Doppeluntersuchungen – etwa aufgrund von Diagnosestellungen – und den daraus resultierenden Konsequenzen, wie bspw. das Verschreiben von Arzneimitteln, vermieden werden können. Auch im Hinblick auf präventive Maßnahmen – bspw. die Zahnprophylaxe – können Anpassungen zur Verbesserung des Gesundheitszustands erzielt werden.

Um bestehende Versorgungsbedarfe decken zu können, ist ein **niederschwelliger Zugang** zur Gesundheitsversorgung notwendig. Wie TEIL I, Kapitel 3, im Besonderen die Abschnitte 3.1 und 3.2 aufzeigen, besteht ein heterogenes Bild bzgl. des Zugangs zur Gesundheitsversorgung von Geflüchteten in Deutschland. So gilt es bestehende Zugangsbarrieren abzubauen. Zielführend könnte die flächendeckende Einführung der **elektronischen Gesundheitskarte** sein. Auf unnötige Bürokratien, wie das Beantragen und Ausstellen eines Behandlungsscheins über die Sozialbehörde, die von den Geflüchteten als Hürde wahrgenommen werden, könnte somit verzichtet werden. Neben dem Abbau von Zugangsbarrieren ermöglicht die elektronische Gesundheitskarte das Reduzieren gesundheitlicher Ungleichheiten. Um die elektronische Gesundheitskarte implementieren zu können, bedarf es allerdings rechtlicher Änderungen und einer Entscheidungsfindung auf Länderebene.

Der niederschwellige Zugang zur Gesundheitsversorgung kann jedoch nicht nur über die elektronische Gesundheitskarte gelingen. Auch andere Formen von **niederschwelligen Gesundheitsdiensten** können zur Stärkung der Gesundheit beitragen. Hierzu ist es notwendig, dass Geflüchtete über entsprechende Angebote informiert werden. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung stellt bspw. Anlaufstellen und Gesundheitsversorgungsangebote für Geflüchtete auf ihrer Website zur Verfügung.²⁸⁵ Die Notwendigkeit solcher Angebote wird auch durch die Inanspruchnahme einer psychosozialen Walk-in-Klinik in einer Erstaufnahmeeinrichtung in Heidelberg unterstrichen. Dort erhielten Geflüchtete zeitnah nach ihrer Ankunft in der Einrichtung psychiatrische Versorgung. Eine Untersuchung der Patient:innenperspektive ergab, dass zwar einige Barrieren zur Inanspruchnahme psychiatrischer Angebote wahrgenommen wurden – hierunter bspw. eine laute Geräuschkulisse, Wartezeiten oder Schamgefühl/Stigmatisierung. Die Geflüchteten fühlten sich aber durch das Angebot der psychosozialen Walk-in-Klinik motiviert, zukünftig weitere therapeutische Hilfe in

²⁸⁵ Vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) o. J.

Anspruch zu nehmen.²⁸⁶ Durch die Ansiedlung des Angebots an die Erstaufnahmeeinrichtung ist die Erreichbarkeit gewährleistet und Ressourcen und Kompetenzen – wie etwa Dolmetscher:innen oder Kulturmittler:innen – können gebündelt werden.

Niederschwellige Gesundheitsdienste bieten die Möglichkeit, auf die spezifischen Bedürfnisse der Population angepasste Angebote zu unterbreiten. Voraussetzung dafür ist, dass ein kultursensibles Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsversorgung berücksichtigt wird. Kulturelle Kompetenz im Kontext der Gesundheitsversorgung bezieht sich darauf, dass das Gesundheitssystem die Bedeutung von Kultur anerkennt und die im Gesundheitswesen Tätigen dazu befähigt, in kulturübergreifenden Situationen effektiv versorgen zu können.²⁸⁷

Interkulturelle Kompetenz geht dabei im Besonderen auf den Dialog und Austausch zwischen unterschiedlichen Kulturen und die Versorgungsbedarfe im interkulturellen Kontext zu sehen, ein.²⁸⁸ Interkulturelle Kompetenz und **Diversitätssensibilität** tragen letztlich dazu bei, Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung zu reduzieren, Zugang zur und Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung zu verbessern und somit bessere Versorgungsergebnisse zu erzielen.²⁸⁹ Um interkulturelle Kompetenz und Diversitätssensibilität entwickeln zu können, sind vier Eigenschaften notwendig: (1) Diversität erkennen und schätzen, (2) über die Fähigkeit und den Willen für kulturelle Selbsteinschätzung verfügen, (3) das Bewusstsein über Dynamiken bei interkultureller Interaktion haben und (4) Angebote anpassen, sodass diese die Diversität zwischen und innerhalb von Kulturen positiv widerspiegeln.²⁹⁰

Kommunikation ist die Basis für kultursensibles Handeln. Hierbei geht es nicht nur um die sprachliche Verständigung, sondern ebenfalls um die „(...) *Wahrnehmung und Wertschätzung der kulturellen Vielfalt, Offenheit und die vorurteilsfreie Begegnung*“²⁹¹ zwischen den Menschen. In diesem Kontext wird ein Fort- und Weiterbildungsbedarf konstatiert.²⁹² Zwar gibt es vereinzelt Projekte, die auf die Förderung der interkulturellen Kompetenz abstellen, dennoch wird „(...) ein

²⁸⁶ Vgl. Zehetmair et al. 2021, S. 2–8.

²⁸⁷ Vgl. Betancourt 2003; Cross et al. 1989.

²⁸⁸ Vgl. Thomas 2020, S. 8.

²⁸⁹ Vgl. Thomas 2020, S. 10.

²⁹⁰ Vgl. Thomas 2020, S. 9; Dimitrova und Sehouli 2023, S. 1126.

²⁹¹ Dimitrova und Sehouli 2023, S. 1126.

²⁹² Vgl. Dimitrova und Sehouli 2023, S. 1126; Penka et al. 2012, S. 1172.

strukturiertes und nachhaltiges interdisziplinäres, interprofessionelles und sektorenübergreifendes Netzwerk sowohl im klinischen als auch im wissenschaftlichen Bereich“²⁹³ gefordert.

Kultursensibilität ist ebenfalls vor dem Hintergrund differierender **Gesundheits- und Krankheitskonzepte** essentiell. Das Gesundheits- und Krankheitskonzept unterliegt dabei drei wesentlichen Einflussfaktoren: (1) kulturbedingten Einflüssen, die bspw. die Einstellung zu Krankheiten, Ursachen für Krankheiten (z. B. Strafe für ein bestimmtes Verhalten) oder aber die Möglichkeiten für Behandlungen umfassen, (2) migrationsbedingte Einflüsse wie die Sprache und (3) versorgungsspezifische Einflüsse wie bspw. bestehende Zugangsbarrieren. Diese Faktoren wirken letztlich auf das Inanspruchnahmeverhalten. Weitere interkulturelle Differenzen können die Wertevorstellungen, das Verständnis einer Arzt-Patienten-Beziehung oder aber die Wahrnehmung von Beschwerden umfassen.²⁹⁴

Der **sprachlichen Verständigung** kommt neben der Notwendigkeit für das Anamnesegespräch insbesondere vor dem Hintergrund der hohen Prävalenzen psychischer Belastungen und der damit verbundenen Behandlungsmöglichkeiten eine besondere Rolle zu. So gilt die Sprache als „(...) das Werkzeug der Psychotherapeuten“²⁹⁵ und ist zentrales Medium im Heilverfahren. Therapeutische Interventionen sind zum großen Teil verbal und basieren somit auf einer guten Kommunikation.²⁹⁶ Es zeigt sich, dass sprachliche Verständigung für die Zufriedenheit einer Behandlung von größerer Bedeutung ist als das Behandlungsergebnis an sich.²⁹⁷ Die Relevanz von Sprache für die Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten wird zudem von Boettcher et al. unterstrichen: Sprachschwierigkeiten werden von 75 % der Geflüchteten, die keine psychotherapeutische Versorgung trotz Versorgungsbedarf erhalten haben, als Barriere für die psychotherapeutische Versorgung angegeben.²⁹⁸

Auch die **nonverbale Verständigung** unterliegt kulturellen Einflüssen. Als Beispiel kann das Kopfnicken oder -schütteln als Zeichen– aus nord- und mitteleuropäischer Sicht – für „Ja“ oder

²⁹³ Dimitrova und Sehouli 2023, S. 1128.

²⁹⁴ Vgl. Bermejo et al. 2017, S. 607–608; Golsabahi-Broclawski et al. 2020, S. 137.

²⁹⁵ Gumz und Spranz-Fogasy 2022, S. 151.

²⁹⁶ Vgl. Gumz und Strauß 2022, S. 97.

²⁹⁷ Vgl. Bermejo et al. 2017, S. 612.

²⁹⁸ Vgl. Boettcher et al. 2021, S. 7.

„Nein“ angeführt werden. In anderen Kulturen, wie bspw. Syrien, Bulgarien oder Griechenland, wird das Nicken jedoch als „Nein“ und das Kopfschütteln als „Ja“ verstanden.²⁹⁹

Um die Verständigungsbarrieren zu reduzieren, kann der Einsatz von **Dolmetscher:innen sowie Sprach- und Kulturmittler:innen** zielführend sein. Während professionelle Dolmetscher:innen als spezialisierte Fachkräfte fungieren, die über medizinische Begriffe in beiden Sprachen verfügen und der Schweigepflicht unterliegen, können bspw. Familienangehörige als Laiendolmetscher:innen hinzugezogen werden. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass sich das Verhältnis zwischen Dolmetscher:in und Patient:in auf den Informationsfluss auswirken kann.

Sprach- und Kulturmittler:innen bieten darüber hinaus das Potenzial, das Wissen zu im Zielland vorhandenen Strukturen des Gesundheitswesens vermitteln zu können. Dies geht über die Tätigkeit der Übersetzung hinaus und zielt zudem auf die Förderung der Integration ab.³⁰⁰ Im Rahmen der Initiative „MiMi-Gesundheitsprojekt Bayern: Mit Migranten für Migranten (MiMi) – Interkulturelle Gesundheit in Bayern“ fördert das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention und die MSD Sharp & Dohme GmbH den Abbau von Zugangsbarrieren zur Regelversorgung und die Selbstverantwortung im Umgang mit der Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund. Zur Zielerreichung werden Migrant:innen zu Gesundheitsmediator:innen ausgebildet, die andere Migrant:innen über das Gesundheitssystem und gesundheitsrelevante Themen kultursensibel und in Muttersprache informieren. Durch regelmäßige Evaluationen werden die Lehrmaterialien, die vom Ethno-Medizinischen Zentrum e. V. zur Verfügung gestellt werden, überarbeitet und an die Bedürfnisse angepasst. Im Rahmen von Vorträgen findet die Wissensvermittlung derzeit an 16 Projektstandorten Bayerns statt.³⁰¹ Der Setting-Ansatz erlaubt es, dass die Gesundheitsmediator:innen als Bindeglied zwischen Migrant:innen und den Gesundheitsdiensten fungieren. Das Projekt stellt aufgrund seines langjährigen Bestehens und dem damit verbundenen Aus- und Aufbau der Informationsangebote in 45 verschiedenen Sprachen eine zentrale Basis zur Vermittlung von Gesundheitswissen und Stärkung der Gesundheitskompetenz dar, nicht nur für Migrant:innen im Allgemeinen, sondern v. a. auch für Geflüchtete im Spezifischen.

²⁹⁹ Vgl. Merse 2020, S. 63.

³⁰⁰ Vgl. Merse 2020, 65–69.

³⁰¹ Vgl. Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. o. J.

Ein ähnliches flächendeckendes Angebot könnte sicherstellen, dass Besonderheiten in der Gesundheitsversorgung, bspw. aufgrund der rechtlichen Rahmenbedingungen, und zentrale Gesundheitsinformationen Geflüchteten strukturiert zur Verfügung gestellt werden und sie somit an Angeboten zur Gesundheitsversorgung partizipieren können. Zielführend könnte es sein, entsprechende Angebote in den Erstaufnahme- und Gemeinschaftseinrichtungen zu unterbreiten, um Ressourcen gezielt zu verwenden. Gleichzeitig können durch Gesundheitsmediator:innen Zugangsbarrieren und Fehlversorgungen erkannt und frühzeitig angegangen werden. Biddle et al. stellen in ihrer Untersuchung fest, dass ein Anteil von 25,3 % der Studienpopulation vermeidbare Hospitalisierungen angibt. Dies könnte auf eine unzureichende Primärversorgung hindeuten.³⁰² Durch gezielte Informationen und Aufklärungen könnte der Anteil vermeidbarer Hospitalisierungen reduziert werden.

Insbesondere vor dem Hintergrund der notwendigen verbalen Kommunikation im Kontext der psychotherapeutischen Versorgung kommen entsprechenden Dienstleistungen eine besondere Rolle zu. Grundsätzlich ist eine (sprachliche) Verständigung zwischen Ärzt:innen und Patient:innen Voraussetzung für eine partizipative Entscheidungsfindung, die in einer erhöhten Akzeptanz einer Behandlung resultiert.³⁰³ Somit bedarf es der Sicherstellung des kulturellen und sprachlichen Verständnisses in der Versorgung von Geflüchteten.

Die Kostenübernahme von Übersetzungsleistungen bzw. solchen der Sprach- und Kulturmittler:innen kann in Einzelfällen gewährt werden. Teilweise gibt es Modellprojekte, um die Sprachmittlung kostenfrei für Geflüchtete zur Verfügung zu stellen. Besteht Leistungsanspruch nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (vgl. hierzu TEIL I, Kapitel 3, im Besonderen Abschnitt 3.1), können entsprechende Kosten geltend gemacht werden, wenn ohne Dolmetscher:in die notwendige Verständigung ausbleiben und damit eine Behandlung nicht möglich sein sollte. Auch ist es möglich, eine Kostenübernahme auf Grundlage des SGB II hin zu erzielen.³⁰⁴ Daher scheint eine flächendeckende und für Geflüchtete einheitliche Lösung zur Bereitstellung und Kostenverteilung der Sprach- und Kulturmittlung zielführend.

Aus den hohen Prävalenzen psychischer Belastungen von Geflüchteten lässt sich ein entsprechender Versorgungsbedarf ableiten. Einer Kalkulation zufolge konnten im Jahr 2019 lediglich 5,8 % des potentiellen Versorgungsbedarfs unter Geflüchteten durch Psychosoziale

³⁰² Vgl. Biddle et al. 2021, S. 16–20.

³⁰³ Vgl. Bermejo et al. 2017, S. 612.

³⁰⁴ Vgl. Deutscher Bundestag 2017, S. 8–9.

Zentren und entsprechende Kooperationspartner gedeckt werden.³⁰⁵ Ungedeckten Versorgungsbedarfen könnte mithilfe einer **Ausweitung der Versorgungskapazitäten** entgegnet werden. Auf Grundlage von GKV-Daten konnte gezeigt werden, dass die durchschnittliche Wartezeit (Zeitspanne zwischen erstem Sprechstundenkontakt und erster Psychotherapiesitzung) unter GKV-Versicherten in Bayern im Median 97 Tage, im Durchschnitt 139 Tage beträgt. Dabei können regionale Unterschiede festgestellt werden: Während die Wartezeit in der Stadt München bspw. im Median bei 82 Tagen liegt, beläuft sich selbige auf 116 Tage in Oberfranken.³⁰⁶ Die Wartezeit in den Psychosozialen Zentren beträgt hingegen 6,9 Monate³⁰⁷ und liegt somit deutlich höher als im Regelversorgungssystem in Bayern.

Die Psychosozialen Zentren bieten ein niederschwelliges, multiprofessionell organisiertes Leistungsspektrum für Überlebende von Krieg, Folter und Flucht an. Sie zielen darauf ab, die spezifischen Versorgungsbedarfe von Geflüchteten durch passgenaue Angebote decken zu können. Die bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e. V. fungiert als Dachverband und finanziert sich neben Mitgliedsbeiträgen v. a. aus Spenden und Projektmitteln.³⁰⁸ In Bayern existieren zwei Psychosoziale Zentren: Neben dem (1) REFUGIO München – Beratungs- und Behandlungszentrum für Flüchtlinge und Folteropfer e. V. haben Geflüchtete zudem die Möglichkeit Versorgungsangebote in dem (2) PSZ Nürnberg – Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge in Anspruch zu nehmen.³⁰⁹ Insbesondere in ländlichen Regionen erschweren weite Anfahrten zu Versorgungsangeboten die Inanspruchnahme. Zudem werden **Fahrtkosten** nach den §§4 und 6 AsylbLG nicht übernommen.³¹⁰ Auch diese Barrieren in Bezug auf die Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten gilt es abzubauen.

Wie in Kapitel 15 aufgezeigt, ist die **Wohnsituation** für Geflüchtete von Relevanz. Diese ergibt sich u. a. aufgrund des **Asylstatus**. Insbesondere zeigte sich, dass Notunterkünfte gegenüber Erstaufnahmeeinrichtungen im Hinblick auf psychische Belastungen unvorteilhaft scheinen.

³⁰⁵ Die Kalkulation basiert auf den folgenden Annahmen: Im Jahr 2019 gab es 1.839.115 geflüchtete Menschen in Deutschland, bei ca. 30 % der Geflüchteten liegt eine Traumafolgestörung vor, insgesamt wurden 24.964 Patient:innen in den Psychosozialen Zentren vorstellig und 6.782 Patient:innen wurden an andere Akteure vermittelt (vgl. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer - BAfF e. V. 2021, S. 7).

³⁰⁶ Vgl. Ritter-Rupp et al. 2023, S. 9–11.

³⁰⁷ Vgl. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer - BAfF e. V. 2021, S. 8.

³⁰⁸ Vgl. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer - BAfF e. V. o. J.b.

³⁰⁹ Vgl. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer - BAfF e. V. o. J.a.

³¹⁰ Vgl. van Keuk 2023, S. 115.

Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit, dass möglichst auf die Unterbringung in Notunterkünften verzichtet werden sollte. Zudem kann durch **Beschleunigung der Asylverfahren** die Aufenthaltsdauer in Aufnahmeeinrichtungen reduziert werden und ein schnellerer Übergang in private Unterkünfte stattfinden. Diese erwiesen sich als vorteilhaft gegenüber Aufnahmeeinrichtungen, v. a. unter dem Aspekt des Sicherheitsgefühls und dem Vorhandensein der Privatsphäre.

Die Beschleunigung der Asylverfahren zielt zudem auf die Reduzierung von Unsicherheiten bzgl. des Aufenthaltsstatus ab und könnte somit zur Stärkung des psychischen Wohlbefindens der Geflüchteten beitragen. Die Beschleunigung der Asylverfahren ist auch Teil der Reform der europäischen Migrations- und Asylpolitik. So soll die Registrierung und Kontrolle von Geflüchteten an den EU-Außengrenzen erfolgen. Ziel soll es sein, einheitliche Regelungen und geordnete Asylverfahren und ein schnelles Durchlaufen dieser zu ermöglichen. Diese Regelungen werden ab Juli 2026 gelten.³¹¹ Inwiefern die strukturellen Veränderungen zur Stärkung der Gesundheit von Geflüchteten führen werden, gilt es in entsprechenden Studien begleitend zu untersuchen.

17 Limitationen

Im vorliegenden Kapitel werden die Limitationen der Thesis aufgezeigt. Die Limitationen der einzelnen Untersuchungen werden in den entsprechenden Teilen ausgewiesen. So können die mit der empirischen Untersuchung verbundenen Limitationen TEIL II, Kapitel 8 entnommen werden. Die Limitationen der ergänzenden systematischen Literaturrecherche werden in TEIL III, Kapitel 13 aufgeführt.

Im Hinblick auf das Gesamtvorgehen ist anzumerken, dass – abweichend vom üblichen Forschungsprozess – die systematische Literaturrecherche der empirischen Untersuchung zeitliche nachgelagert durchgeführt wurde. Somit wurden bei der Studienkonzeption die in TEIL III aufgeführten Erkenntnisse nicht berücksichtigt. Die Studienplanung und -konzeption erfolgte 2016 aufgrund der quantitativen Bedeutung des Zuzugs von Geflüchteten nach Bayern. Ziel des Forschungsauftrags war es, innerhalb eines kurzen Zeitraums empirische Ergebnisse zu generieren. Hierfür wurde zum Zeitpunkt der Studienplanung ein bestehender systematischer

³¹¹ Vgl. Verordnung (EU) 2024/1351 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 14. Mai 2024 über Asyl- und Migrationsmanagement, zur Änderung der Verordnungen (EU) 2021/1147 und (EU) 2021/1060 und zur Aufhebung der Verordnung (EU) Nr. 604/2013.

Literaturreview³¹² als Grundlage des Forschungsstandes herangezogen. Der Review bezieht sich auf Studien, die in einem Zeitraum zwischen 1990 und 2014 veröffentlicht wurden und berücksichtigt demnach Untersuchungen von Geflüchteten aus Herkunftsländern, die von der Studienkohorte der vorliegenden Studie abweichen. Aufgrund der zum Zeitpunkt der Studienplanung wenigen bestehenden Publikationen und um die in der Zwischenzeit erfolgten wissenschaftlichen Untersuchungen und Erkenntnisse dennoch in der vorliegenden Thesis zu berücksichtigen, wurde sich für die nachgelagerte Durchführung einer systematischen Literaturrecherche entschieden.

Im Hinblick auf die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse für Geflüchtete in Bayern oder Deutschland wird auf Abschnitt 8.2 verwiesen.

In der Gesamtbetrachtung der vorliegenden Studie kann festgehalten werden, dass die Erforschung der Gesundheit von Geflüchteten mit einigen Herausforderungen und dadurch resultierenden Limitationen verbunden ist. Gleichzeitig zeigt die vorliegende Thesis, dass auch eine schwer zugängliche und einer dynamischen Entwicklung unterliegenden Studienpopulation erreichbar ist und durch das gewählte Vorgehen wesentliche Erkenntnisse auf diesem Forschungsgebiet erzielt werden konnten.

18 Schlussbetrachtung

Auf Grundlage der in der vorliegenden Arbeit durchgeführten umfassenden Morbiditätsanalyse von Geflüchteten in Bayern konnte die quantitative Relevanz psychischer Belastungen herausgestellt und mögliche Gründe für das Vorliegen der Studienergebnisse unter Berücksichtigung weiterer Forschungsarbeiten diskutiert werden. Zwar konnten Bestrebungen im Hinblick auf das Gesundheitsmonitoring von Geflüchteten aufgezeigt werden, dennoch ist die Datenlage nach wie vor lückenhaft. Das systematische Erfassen von Gesundheitsdaten ist in vielerlei Hinsicht essenziell. Insbesondere vor dem Hintergrund der dynamischen Entwicklungen der Population Geflüchteter und der damit sich stetig verändernden Gesundheitsversorgungsbedarfe, sind passgenaue Gesundheitsinformationen im Sinne eines umfassenden Gesundheitsmonitorings für die Bereitstellung von Versorgungskapazitäten und spezifischen Kompetenzen erforderlich.

Bei der Datenerfassung sollten unterschiedliche Sampling-Methoden berücksichtigt werden, sofern keine Vollerhebungen möglich sind. Somit wird gewährleistet, dass auch spezifische

³¹² Vgl. Bozorgmehr et al. 2016a.

Subgruppen in die Analysen inkludiert und sich daraus potenziell ergebende spezifische Versorgungsbedarfe identifiziert werden können.

Besonderes Augenmerk sollte auf Basis der quantitativen Bedeutung auf Maßnahmen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit von Geflüchteten gelegt werden. Neben frühzeitigen Screeningmaßnahmen unter Einsatz validierter und kultursensibler Instrumente, kann ein niederschwelliger Zugang zu Versorgungsangeboten und eine passgenaue und kultursensible Informationsvermittlung zu einem effizienten und effektiven Einsatz von Versorgungsressourcen beitragen. Gleichzeitig bedarf es – aufgrund der Heterogenität der Population und damit einhergehender unterschiedlicher Herausforderungen für die Gesundheit sowie sich verändernder externer Einflussfaktoren – einer kontinuierlichen (medizinischen) Begleitung Geflüchteter. Auf prozeduraler Ebene gilt es, beeinflussbare Strukturen im Hinblick auf eine gesundheitsförderliche Situation für Geflüchtete anzupassen. So könnten bspw. Bestrebungen zur Verkürzung des Asylprozesses und der Unterbringung in Notaufnahmehäusern, Erstaufnahme- und Gemeinschafts- hin zu Privatunterkünften positive Auswirkungen auf die Gesundheit der Geflüchteten haben. Zudem führt eine Verkürzung des Asylprozesses zu einem schnelleren Übergang der eingeschränkten Gesundheitsversorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz zur Regelversorgung.

Trotz der in TEIL IV, Kapitel 17 aufgeführten Limitationen und der mit der spezifischen Studienpopulation verbundenen Herausforderungen – sowohl in der Konzeption eines validen Erhebungsinstruments als auch im Hinblick auf den Zeitpunkt der Datenerhebung sowie in der Feldforschung selbst – liegt im Ergebnis eine Studie vor, die nach aktuellem Stand für den Freistaat Bayern erstmalig und weiterhin einmalig ist. Die in TEIL III Kapitel 12 dargestellten Publikationen, die sich seit der „Flüchtlingskrise“ 2015 mit der Untersuchung der Gesundheitssituation von Geflüchteten beschäftigen, zeigen einmal mehr den dringenden Forschungsbedarf auf diesem Feld.

*„Health for all, including refugees and migrants: **time to act now**“³¹³*

(World Health Organization (2022))

³¹³ World Health Organization 2022, Titelseite. Fettmarkierung im Original ebenfalls vorhanden.

Literaturverzeichnis

Ackermann, N.; Marosevic, D.; Hörmansdorfer, S.; Eberle, U.; Rieder, G.; Treis, B.; Berger, A.; B., Bischof, H.; Bengs, K.; Konrad, R.; Hautmann, W.; Schönberger, K.; Belting, A.; Schlenk, G.; Margos, G.; Hoch, M.; Pürner, F.; Fingerle, V.; Liebl, B.; Sing, A. (2018): Screening for infectious diseases among newly arrived asylum seekers, Bavaria, Germany, 2015. In: *Euro surveillance : bulletin Europeen sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin* 23 (10). DOI: 10.2807/1560-7917.ES.2018.23.10.17-00176.

Al-Ani, A.; Takriti, M.; Schmoeckel, J.; Alkilzy, M.; Splieth, C. H. (2021): National oral health survey on refugees in Germany 2016/2017: caries and subsequent complications. In: *Clinical oral investigations* 25 (4), S. 2399–2405. DOI: 10.1007/s00784-020-03563-3.

Alberer, M.; Malinowski, S.; Sanftenberg, L.; Schelling, J. (2018): Notifiable infectious diseases in refugees and asylum seekers: experience from a major reception center in Munich, Germany. In: *Infection* 46 (3), S. 375–383. DOI: 10.1007/s15010-018-1134-4.

Alberer, M.; Wendeborn, M.; Löscher, T.; Seilmaier, M. (2016): Spectrum of diseases occurring in refugees and asylum seekers: data from three different medical institutions in the Munich area from 2014 and 2015. In: *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)* 141 (1), e8-15. DOI: 10.1055/s-0041-106907.

Albers, H. M. (2012): Lebensbedingungen und psychische Gesundheit der Bewohner der Würzburger Gemeinschaftsunterkunft für Asylbewerber. Dissertation. Universität Würzburg. Würzburg.

Aljadeeah, S.; Wirtz, V. J.; Nagel, E. (2021): Barriers to Accessing Medicines among Syrian Asylum Seekers and Refugees in a German Federal State. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18 (2). DOI: 10.3390/ijerph18020519.

Ammoura, O.; Sehouli, J.; Kurmeyer, C.; Richter, R.; Kutschke, N.; Henrich, W.; Inci, M. G. (2021): Perinatal Data of Refugee Women from the Gynaecology Department of Charité University Hospital Berlin Compared with German Federal Analysis. In: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 81 (11), S. 1238–1246. DOI: 10.1055/a-1397-6888.

Bartig, S.; Koschollek, C.; Bug, M.; Blume, M.; Kajikhina, K.; Geerlings, J.; Starker, A.; Hapke, U.; Rommel, A.; Hövener, C. (2023): Gesundheit von Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA Fokus. In: *Journal of health monitoring* 8(1). DOI: 10.25646/11089.

Bauhoff, S.; Göppfarth, D. (2018): Asylum-seekers in Germany differ from regularly insured in their morbidity, utilizations and costs of care. In: *PLOS ONE* 13 (5), e0197881. DOI: 10.1371/journal.pone.0197881.

Bayerisches Landesamt für Statistik (2017): Freistaat Bayern. Kreisfreie Städte, Landkreise und Regierungsbezirke. Fürth. Online verfügbar unter https://www.statistik.bayern.de/mam/produkte/datenbanken_karten/karten/verw_bez_2015.pdf, zuletzt geprüft am 09.06.2023.

Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hg.) (2004): Daten - Fakten - Trends. Berlin.

Belau, M. H.; Bassil, M.; Laukamp, A.; Kraemer, A. (2021a): Body mass index and associated factors among refugees living in North Rhine-Westphalia, Germany: a cross-sectional study. In: *BMC nutrition* 7 (1), S. 54. DOI: 10.1186/s40795-021-00453-z.

Belau, M. H.; Becher, H.; Kraemer, A. (2021b): Impact of Family Separation on Subjective Time Pressure and Mental Health in Refugees from the Middle East and Africa Resettled in North Rhine-Westphalia, Germany: A Cross-Sectional Study. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18 (21). DOI: 10.3390/ijerph182111722.

Belau, M. H.; Becher, H.; Kraemer, A. (2021c): Loneliness as a mediator of social relationships and health-related quality of life among refugees living in North Rhine-Westphalia, Germany. In: *BMC Public Health* 21 (1), S. 2233. DOI: 10.1186/s12889-021-12303-5.

Belz, M.; Özkan, I.; Graef-Calliess, I. T. (2017): Posttraumatic stress disorder and comorbid depression among refugees: Assessment of a sample from a German refugee reception center. In: *Transcultural psychiatry* 54 (5-6), S. 595–610. DOI: 10.1177/1363461517745473.

Bermejo, I.; Hölzel, L. P.; Schneider, F. (2017): Transkulturelle Psychiatrie. In: Frank Schneider (Hg.): *Facharztwissen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. 2. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 605–614.

Betancourt, J. R. (2003): Cross-cultural medical education: conceptual approaches and frameworks for evaluation. In: *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges* 78 (6), S. 560–569. DOI: 10.1097/00001888-200306000-00004.

Bhusari, S.; Ilechukwu, C.; Elwishahy, A.; Horstick, O.; Winkler, V.; Antia, K. (2020): Dental Caries among Refugees in Europe: A Systematic Literature Review. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17 (24). DOI: 10.3390/ijerph17249510.

Biddle, L. (2024): Verlängerte Leistungseinschränkungen für Geflüchtete: Negative Konsequenzen für Gesundheit – erhoffte Einsparungen dürften ausbleiben.

Biddle, L.; Hintermeier, M.; Mohsenpour, A.; Sand, M.; Bozorgmehr, K. (2021): Monitoring the health and healthcare provision for refugees in collective accommodation centres: Results of the population-based survey RESPOND. In: *Journal of health monitoring* 6 (1), S. 7–29. DOI: 10.25646/7863.

Biddle, L.; Menold, N.; Bentner, M.; Nöst, S.; Jahn, R.; Ziegler, S.; Bozorgmehr, K. (2019): Health monitoring among asylum seekers and refugees: a state-wide, cross-sectional, population-based study in Germany. In: *Emerging themes in epidemiology* 16, S. 3. DOI: 10.1186/s12982-019-0085-2.

Biddle, L.; Wenner, J.; Bozorgmehr, K. (2022a): Inequalities in health system responsiveness among asylum seekers and refugees: A population-based, cross-sectional study in Germany. In: *PLOS global public health* 2 (9), e0000984. DOI: 10.1371/journal.pgph.0000984.

- Biddle, L.; Ziegler, S.; Baron, J.; Flory, L.; Bozorgmehr, K. (2022b): The patient journey of newly arrived asylum seekers and responsiveness of care: A qualitative study in Germany. In: *PLOS ONE* 17 (6), e0270419. DOI: 10.1371/journal.pone.0270419.
- Blackmore, R.; Boyle, J. A.; Fazel, M.; Ranasinha, S.; Gray, K. M.; Fitzgerald, G.; Misso, M.; Gibson-Helm, M. (2020): The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. In: *PLoS medicine* 17 (9), e1003337. DOI: 10.1371/journal.pmed.1003337.
- Boettcher, V. S.; Nowak, A. C.; Neuner, F. (2021): Mental health service utilization and perceived barriers to treatment among adult refugees in Germany. In: *European journal of psychotraumatology* 12 (1), S. 1910407. DOI: 10.1080/20008198.2021.1910407.
- Bogic, M.; Ajdukovic, D.; Bremner, S.; Franciskovic, T.; Galeazzi, G. M.; Kucukalic, A.; Lecic-Tosevski, D.; Morina, N.; Popovski, M.; Schützwohl, M.; Wang, D.; Priebe, S. (2012): Factors associated with mental disorders in long-settled war refugees: refugees from the former Yugoslavia in Germany, Italy and the UK. In: *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 200 (3), S. 216–223. DOI: 10.1192/bjp.bp.110.084764.
- Borde, T.; Blümel, S. (2020): Gesundheitsförderung und Migrationshintergrund. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Hg. v. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
- Borgschulte, H. S.; Bunte, A.; Neuhann, F.; Weber, L. T.; Wiesmüller, G. A. (2016): Health care of refugees in 2015 - Evaluation of an ambulance for refugees in a Cologne emergency accommodation (Cologne Model). In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 78 (12), S. 808–813. DOI: 10.1055/s-0042-121251.
- Borho, A.; Morawa, E.; Erim, Y. (2022): Mental Health Screening of Syrian Refugees in Germany: The Refugee Health Screener. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, OA681. DOI: 10.13109/zptm.2022.68.oa1.
- Borho, A.; Morawa, E.; Schmitt, G. M.; Erim, Y. (2021): Somatic distress among Syrian refugees with residence permission in Germany: analysis of a cross-sectional register-based study. In: *BMC Public Health* 21 (1), S. 896. DOI: 10.1186/s12889-021-10731-x.
- Borho, A.; Viazminsky, A.; Morawa, E.; Schmitt, G. M.; Georgiadou, E.; Erim, Y. (2020): The prevalence and risk factors for mental distress among Syrian refugees in Germany: a register-based follow-up study. In: *BMC psychiatry* 20 (1), S. 362. DOI: 10.1186/s12888-020-02746-2.
- Bozorgmehr, K.; Biddle, L.; Preussler, S.; Mueller, A.; Szecsenyi, J. (2018a): Differences in pregnancy outcomes and obstetric care between asylum seeking and resident women: a cross-sectional study in a German federal state, 2010-2016. In: *BMC pregnancy and childbirth* 18 (1), S. 417. DOI: 10.1186/s12884-018-2053-1.
- Bozorgmehr, K.; Hintermeier, M.; Biddle, L.; Hövener, C.; Gottlieb, N. (2024): Inanspruchnahme zahnmedizinischer Leistungen bei geflüchteten Menschen in Deutschland: Ergebnisse des bevölkerungsbezogenen Surveys RESPOND. DOI: 10.25646/11843.
- Bozorgmehr, K.; Hövener, C. (2021): Monitoring refugee health: Integrative approaches using surveys and routine data. In: *Journal of health monitoring* 6 (1), S. 3–6. DOI: 10.25646/7861.

Bozorgmehr, K.; McKee, M.; Azzopardi-Muscat, N.; Bartovic, J.; Campos-Matos, I.; Gerganova, T.-I.; Hannigan, A.; Janković, J.; Kállayová, D.; Kaplan, J.; Kayi, I.; Kondilis, E.; Lundberg, L.; La Mata, I. d.; Medarević, A.; Suvada, J.; Wickramage, K.; Puthooppambal, S. J. (2023): Integration of migrant and refugee data in health information systems in Europe: advancing evidence, policy and practice. In: *The Lancet regional health. Europe* 34, S. 1–12. DOI: 10.1016/j.lanepe.2023.100744.

Bozorgmehr, K.; Mohsenpour, A.; Saure, D.; Stock, C.; Loerbroks, A.; Joos, S.; Schneider, C. (2016a): Systematic review and evidence mapping of empirical studies on health status and medical care among refugees and asylum seekers in Germany (1990-2014). In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 59 (5), S. 599–620. DOI: 10.1007/s00103-016-2336-5.

Bozorgmehr, K.; Nöst, S.; Thaiss, H. M.; Razum, O. (2016b): Health care provisions for asylum-seekers : A nationwide survey of public health authorities in Germany. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 59 (5), S. 545–555. DOI: 10.1007/s00103-016-2329-4.

Bozorgmehr, K.; Preussler, S.; Wagner, U.; Joggerst, B.; Szecsenyi, J.; Razum, O.; Stock, C. (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. In: *BMC infectious diseases* 19 (1), S. 304. DOI: 10.1186/s12879-019-3902-x.

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. In: *PLOS ONE* 10 (7), e0131483. DOI: 10.1371/journal.pone.0131483.

Bozorgmehr, K.; Razum, O. (2016): Refugees in Germany- untenable restrictions to health care. In: *Lancet (London, England)* 388 (10058), S. 2351–2352. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)32131-6.

Bozorgmehr, K.; Razum, O. (2020): Lost in Ambiguity: Facilitating Access or Upholding Barriers to Health Care for Asylum Seekers in Germany? In: Annette Korntheuer, Paul Pritchard, Déborah M. Maehler und Lori Wilkinson (Hg.): *Refugees in Canada and Germany: From Research to Policies and Practice*, Bd. 25. Unter Mitarbeit von GESIS Leibniz-Institute for Social Sciences, S. 161–170. Online verfügbar unter <https://doi.org/10.21241/SSOAR.66728>.

Bozorgmehr, K.; Razum, O.; Saure, D.; Joggerst, B.; Szecsenyi, J.; Stock, C. (2017a): Yield of active screening for tuberculosis among asylum seekers in Germany: a systematic review and meta-analysis. In: *Euro surveillance : bulletin Europeen sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin* 22 (12). DOI: 10.2807/1560-7917.ES.2017.22.12.30491.

Bozorgmehr, K.; Razum, O.; Szecsenyi, J.; Maier, W.; Stock, C. (2017b): Regional deprivation is associated with the distribution of vulnerable asylum seekers: a nationwide small area analysis in Germany. In: *Journal of Epidemiology & Community Health* 71 (9), S. 857–862. DOI: 10.1136/jech-2016-208506.

Bozorgmehr, K.; Schneider, C.; Joos, S. (2015): Equity in access to health care among asylum seekers in Germany: evidence from an exploratory population-based cross-sectional study. In: *BMC Health Services Research* 15 (1), S. 502. DOI: 10.1186/s12913-015-1156-x.

- Bozorgmehr, K.; Stock, C.; Joggerst, B.; Razum, O. (2018b): Tuberculosis screening in asylum seekers in Germany: a need for better data. In: *The Lancet. Public health* 3 (8), e359-e361. DOI: 10.1016/S2468-2667(18)30132-4.
- Bozorgmehr, K.; Wenner, J.; Razum, O. (2017c): Restricted access to health care for asylum-seekers: applying a human rights lens to the argument of resource constraints. In: *Eur J Public Health* 27 (4), S. 592–593. DOI: 10.1093/eurpub/ckx086.
- Brinckmann, M. P.; van Noort, B. M.; Leithner, C.; Ploner, C. J. (2018): Neurological Emergencies in Refugees. In: *Frontiers in neurology* 9, S. 1088. DOI: 10.3389/fneur.2018.01088.
- Brücker, H.; Hauptmann, A.; Sirries, S. (2017): Zuzüge nach Deutschland. Aktuelle Berichte, No. 1/2017. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB). Nürnberg.
- Brücker, H.; Rother, N.; Schupp, J. (2016): IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten: Überblick und erste Ergebnisse. Forschungsbericht 29. Hg. v. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge und Forschungszentrum Migration, Integration und Asyl.
- Brücker, Herbert; Rother, Nina; Schupp, Jürgen; Böhm, Axel (Hg.) (2018 (korrigierte Fassung der Veröffentlichung aus dem Jahr 2017)): IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten 2016: Studiendesign, Feldergebnisse sowie Analysen zu schulischer wie beruflicher Qualifikation, Sprachkenntnissen sowie kognitiven Potenzialen. Forschungsbericht 30. Deutschland. Stand: September 2017. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Forschungsbericht / Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 30).
- Bühning, P. (2023): Psychotherapeuten und Gesellschaft: Versorgung im Krisenmodus. In: *Deutsches Ärzteblatt* (10), S. 449.
- Bühning, P. (2024): Psychosoziale Versorgung von Geflüchteten. Nur wenige werden versorgt. In: *Deutsches Ärzteblatt* (1), S. 20–21.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.) (o. J.a): Asylzahlen. Online verfügbar unter <https://www.bamf.de/DE/Themen/Statistik/Asylzahlen/asylzahlen-node.html>, zuletzt geprüft am 12.03.2024.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.) (o. J.b): Chronik. Online verfügbar unter <https://www.bamf.de/DE/Behoerde/Chronik/chronik-node.html>, zuletzt geprüft am 19.03.2024.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.) (o. J.c): Registrierung, Aufenthaltserlaubnis und Asyl. Online verfügbar unter <https://www.germany4ukraine.de/hilfeportal-de/einreise-aufenthalt-und-rueckkehr/ukraine-aufenthaltserlaubnis>, zuletzt geprüft am 22.08.2024.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.) (2016a): Aktuelle Zahlen zu Asyl. Ausgabe: November 2016.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.) (2016b): Asylgeschäftsstatistik (01-12/5).
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.) (2016c): Das Bundesamt in Zahlen 2015. Asyl, Migration und Integration. Nürnberg.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.) (2017a): Asylgeschäftsstatistik (01-12/16).

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.) (2017b): Das Bundesamt in Zahlen 2016. Asyl, Migration und Integration. Nürnberg.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.) (2018a): Asylgeschäftsstatistik (01-12/7).

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.) (2018b): Das Bundesamt in Zahlen 2017. Asyl, Migration und Integration. Nürnberg.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.) (2018c): Jahresrückblick 2018. Start der AnKER-Einrichtungen. Online verfügbar unter https://www.bamf.de/SharedDocs/Dossiers/DE/jahresrueckblick-2018.html?nn=283280&cms_docId=355150, zuletzt aktualisiert am 28.12.2018, zuletzt geprüft am 27.02.2024.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.) (2021): Gerichtsstatistik 2020. Online verfügbar unter <https://www.bamf.de/SharedDocs/Meldungen/DE/2021/20210329-am-gerichtsstatistik-2020.html?nn=282388>, zuletzt aktualisiert am 29.03.2021, zuletzt geprüft am 28.02.2024.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.) (2022): Erstverteilung der Asylsuchenden (EASY). Online verfügbar unter <https://www.bamf.de/DE/Themen/AsylFluechtlingsschutz/AblaufAsylverfahrens/Erstverteilung/erstverteilung-node.html>, zuletzt aktualisiert am 02.02.2022, zuletzt geprüft am 26.02.2024.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.) (2023a): Ablauf des deutschen Asylverfahrens. Ein Überblick über die einzelnen Verfahrensschritte und rechtlichen Grundlagen. 4. aktualisierte Fassung. Nürnberg.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.) (2023b): Ankunftszentren und AnKER-Einrichtungen. Online verfügbar unter <https://www.bamf.de/DE/Themen/AsylFluechtlingsschutz/Ankunftszentren/ankunftszentren-node.html>, zuletzt aktualisiert am 18.09.2023, zuletzt geprüft am 27.02.2024.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.) (2023c): Das Bundesamt in Zahlen 2022. Asyl, Migration und Integration. Nürnberg.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.) (2024a): Das Bundesamt in Zahlen 2023. Asyl. Nürnberg.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.) (2024b): IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten. Online verfügbar unter <https://www.bamf.de/SharedDocs/ProjekteReportagen/DE/Forschung/Integration/iab-bamf-soep-befragung-gefluechtete.html?nn=282388>, zuletzt aktualisiert am 23.05.2024, zuletzt geprüft am 26.06.2024.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.) (2024c): Sichere Herkunftsstaaten. Online verfügbar unter <https://www.bamf.de/DE/Themen/AsylFluechtlingsschutz/Sonderverfahren/SichereHerkunftsstaaten/sichereherkunftsstaaten-node.html>, zuletzt aktualisiert am 15.01.2024, zuletzt geprüft am 06.07.2024.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Hg.) (2024): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision German Modification Version 2024. Online verfügbar unter <https://klassifikationen.bfarm.de/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2024/index.htm>, zuletzt aktualisiert am 15.09.2023, zuletzt geprüft am 26.08.2024.

Bundesministerium des Innern und für Heimat (Hg.): Asylverfahren in Deutschland. Online verfügbar unter <https://www.bmi.bund.de/DE/themen/migration/asyl-fluechtlingsschutz/asyl-fluechtlingsschutz/asyl-fluechtlingsschutz-node.html>, zuletzt geprüft am 23.02.2024.

Bundesministerium des Innern und für Heimat (Hg.) (2023): Gesetz zur Beschleunigung der Asylgerichtsverfahren und Asylverfahren. Online verfügbar unter <https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/gesetzgebungsverfahren/DE/beschleunigung-asylgerichtsverfahren.html>, zuletzt aktualisiert am 01.01.2023, zuletzt geprüft am 28.02.2024.

Bundesministerium des Innern und für Heimat (Hg.) (2024): BMI fördert behördenunabhängige Beratung für Asylsuchende. Online verfügbar unter <https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/kurzmeldungen/DE/2023/01/beratung-asylsuchende.html>, zuletzt aktualisiert am 02.01.2024, zuletzt geprüft am 28.02.2024.

Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (Hg.) (2019): Migrationsbericht der Bundesregierung. Migrationsbericht 2016/2017. Berlin.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hg.) (o. J.): Arbeitsmarktzugang für Geflüchtete. Online verfügbar unter <https://www.bmas.de/DE/Arbeit/Migration-und-Arbeit/Flucht-und-Arbeit/Arbeitsmarktzugang-fuer-Gefluechtete/arbeitsmarktzugang-fuer-gefuechtete-art.html#doc09e515fd-079b-45a0-a7dd-cc385159965fbodyText3>, zuletzt geprüft am 25.07.2024.

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2024): Forschung zu COVID-19 und den Folgen. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/ressortforschung/handlungsfelder/forschungsschwerpunkte/covid-19-pandemie>, zuletzt aktualisiert am 24.07.2024, zuletzt geprüft am 16.09.2024.

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer - BAfF e. V. (Hg.) (o. J.a): Psychosoziale Zentren. Online verfügbar unter <https://www.baff-zentren.org/hilfe-vor-ort/psychosoziale-zentren/>, zuletzt geprüft am 15.09.2024.

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer - BAfF e. V. (Hg.) (o. J.b): Wer wir sind. Online verfügbar unter <https://www.baff-zentren.org/baff/ueber-die-baff/>, zuletzt geprüft am 15.09.2024.

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer - BAfF e. V. (Hg.) (2021): Datenbericht. Datenlage zur psychosozialen Versorgung von Überlebenden von Krieg, Folter und Flucht in Deutschland. Berlin.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.) (o. J.): Anlaufstellen und Gesundheitsversorgung für Geflüchtete. Online verfügbar unter <https://infodienst.bzga.de/migration-flucht-und-gesundheit/anlaufstellen-fuer-gefuechtete/>, zuletzt geprüft am 01.09.2024.

- Claassen, K.; Jäger, P. (2018): Impact of the Introduction of the Electronic Health Insurance Card on the Use of Medical Services by Asylum Seekers in Germany. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health* 15 (5), S. 856. DOI: 10.3390/ijerph15050856.
- Comtesse, H.; Rosner, R. (2019): Prolonged grief disorder among asylum seekers in Germany: the influence of losses and residence status. In: *European journal of psychotraumatology* 10 (1), S. 1591330. DOI: 10.1080/20008198.2019.1591330.
- Costa, D.; Biddle, L.; Mühling, C.; Bozorgmehr, K. (2020): Subjective social status mobility and mental health of asylum seekers and refugees: Population-based, cross-sectional study in a German federal state. In: *Journal of migration and health* 1-2, S. 100020. DOI: 10.1016/j.jmh.2020.100020.
- Creutz, I.; Busche, T.; Layer, F.; Bednarz, H.; Kalinowski, J.; Niehaus, K. (2022): Evaluation of virulence potential of methicillin-sensitive and methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* isolates from a German refugee cohort. In: *Travel medicine and infectious disease* 45, S. 102204. DOI: 10.1016/j.tmaid.2021.102204.
- Cross, T. L.; Bazron, B. J.; Dennis, K. W.; Isaacs, M. R. (1989): Towards a culturally competent system of care. A Monograph on Effective Services for Minority Children Who Are Severely Emotionally Disturbed. CASSP Technical Assistance Center, Georgetown University Child Development Center. Washington, DC.
- Denkinger, J. K.; Rometsch, C.; Engelhardt, M.; Windthorst, P.; Graf, J.; Pham, P.; Gibbons, N.; Zipfel, S.; Junne, F. (2021): Longitudinal Changes in Posttraumatic Stress Disorder After Resettlement Among Yazidi Female Refugees Exposed to Violence. In: *JAMA network open* 4 (5), e2111120. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.11120.
- DESTATIS Statistisches Bundesamt (24.01.2024): Bis 2049 werden voraussichtlich mindestens 280 000 zusätzliche Pflegekräfte benötigt. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/01/PD24_033_23_12.html, zuletzt geprüft am 16.09.2024.
- Deutscher Bundestag (Hg.) (o. J.): Streifzug durch die Geschichte. 1993 "Asylkompromiss". Online verfügbar unter https://webarchiv.bundestag.de/archive/2006/0606/geschichte/parlhist/streifzug/g1990/g1990_53.html, zuletzt geprüft am 19.03.2024.
- Deutscher Bundestag (Hg.) (2017): Dolmetscher im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung. Anspruch und Kostenübernahme (WD 9 - 3000 - 021/17).
- Deutscher Bundestag (Hg.) (2024): Wartefristen für Leistungen nach § 2 Abs. 1 AsylbLG im Lichte der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (WD 3 - 3000 - 138/23).
- Dietrich, H.; Al Ali, R.; Tagay, S.; Hebebrand, J.; Reissner, V. (2019): Screening for posttraumatic stress disorder in young adult refugees from Syria and Iraq. In: *Comprehensive psychiatry* 90, S. 73–81. DOI: 10.1016/j.comppsy.2018.11.001.

Dimitrova, D.; Sehouli, J. (2023): Interkulturelle Kompetenzen im Gesundheitswesen durch Fort- und Weiterbildungen fördern. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 66 (10), S. 1126–1129. DOI: 10.1007/s00103-023-03768-3.

Dimitrova, M.; Gologanova, K.; Friele, B.; Rüfer, J.; Kroó, A.; Káplány, S.; Hárdi, L.; Ficek, R.; Lay, V.; Paintoux, M.; Rengervé, H. de; Otter, J. den; Boillat, J.; Duterte, P.; Vloeberghs, E.; Bloemen, E.; Bauche, L. de (o. J.): PROTECT. Process of Recognition and Orientation of Torture Victims in European Countries to Facilitate Care and Treatment. Online verfügbar unter <http://protectable.eu/wp-content/uploads/2013/01/protect-global-german.pdf>, zuletzt geprüft am 08.06.2023.

Döring, N. (2023a): Datenaufbereitung. In: Nicola Döring (Hg.): *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. 6., vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 571–586.

Döring, N. (2023b): Datenerhebung. In: Nicola Döring (Hg.): *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. 6., vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 321-570.

Döring, N. (2023c): Operationalisierung. In: Nicola Döring (Hg.): *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. 6., vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 223–292.

Döring, N. (2023d): Qualitätskriterien in der empirischen Sozialforschung. In: Nicola Döring (Hg.): *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. 6., vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 79–118.

Döring, N. (2023e): Stichprobenziehung. In: Nicola Döring (Hg.): *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. 6., vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 293–320.

Döring, Nicola (2016): *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Unter Mitarbeit von Sandra Pöschl-Günther. 5. vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage 2016. Berlin, Heidelberg: Springer (SpringerLink Bücher). Online verfügbar unter <http://link.springer.com/book/10.1007/978-3-642-41089-5>.

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. In: *BMC Public Health* 22 (1), S. 48. DOI: 10.1186/s12889-021-12458-1.

Eckart, C.; Stoppel, C.; Kaufmann, J.; Tempelmann, C.; Hinrichs, H.; Elbert, T.; Heinze, H.-J.; Kolassa, I.-T. (2011): Structural alterations in lateral prefrontal, parietal and posterior midline regions of men with chronic posttraumatic stress disorder. In: *Journal of psychiatry & neuroscience : JPN* 36 (3), S. 176–186. DOI: 10.1503/jpn.100010.

Ehlkes, L.; George, M.; Knautz, D.; Burckhardt, F.; Jahn, K.; Vogt, M.; Zanger, P. (2018): Negligible import of enteric pathogens by newly-arrived asylum seekers and no impact on incidence of notified Salmonella and Shigella infections and outbreaks in Rhineland-Palatinate, Germany, January 2015 to May 2016. In: *Euro surveillance : bulletin Europeen sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin* 23 (20). DOI: 10.2807/1560-7917.ES.2018.23.20.17-00463.

- Ehlkes, L.; Pfeifer, Y.; Werner, G.; Ignatius, R.; Vogt, M.; Eckmanns, T.; Zanger, P.; Walter, J. (2019): No evidence of carbapenemase-producing Enterobacteriaceae in stool samples of 1,544 asylum seekers arriving in Rhineland-Palatinate, Germany, April 2016 to March, 2017. In: *Euro surveillance : bulletin Europeen sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin* 24 (8). DOI: 10.2807/1560-7917.ES.2019.24.8.1800030.
- Eiset, A. H.; Wejse, C. (2017): Review of infectious diseases in refugees and asylum seekers-current status and going forward. In: *Public health reviews* 38, S. 22. DOI: 10.1186/s40985-017-0065-4.
- Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. (Hg.) (o. J.): „MiMi-Gesundheitsprojekt Bayern: Mit Migranten für Migranten (MiMi) – Interkulturelle Gesundheit in Bayern“. Online verfügbar unter <https://www.mimi.bayern/index.php/das-projekt/mimi-bayern>, zuletzt geprüft am 15.09.2024.
- European Union (Hg.) (2013): European Health Interview Survey (EHIS wave 2). Methodological manual. Luxemburg: Publications Office of the European Union.
- Frank, L.; Yesil-Jürgens, R.; Razum, O.; Bozorgmehr, K.; Schenk, L.; Gilsdorf, A.; Rommel, A.; Lampert, T. (2017): Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. In: *Journal of health monitoring* (2), Artikel 1, S. 24–47. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2017-005.
- Freiberg, A.; Wienke, A.; Bauer, L.; Niedermaier, A.; Führer, A. (2020): Dental Care for Asylum-Seekers in Germany: A Retrospective Hospital-Based Study. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17 (8). DOI: 10.3390/ijerph17082672.
- Führer, A. (2023): Determinanten der Gesundheit und medizinischen Versorgung von Asylsuchenden in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 66 (10), S. 1083–1091. DOI: 10.1007/s00103-023-03762-9.
- Führer, A.; Eichner, F.; Stang, A. (2016): Morbidity of asylum seekers in a medium-sized German city. In: *Eur J Epidemiol* 31 (7), S. 703–706. DOI: 10.1007/s10654-016-0148-4.
- Führer, A.; Niedermaier, A.; Kalfa, V.; Mikolajczyk, R.; Wienke, A. (2020): Serious shortcomings in assessment and treatment of asylum seekers' mental health needs. In: *PLOS ONE* 15 (10), e0239211. DOI: 10.1371/journal.pone.0239211.
- Georges, D.; Buber-Ennser, I.; Rengs, B.; Kohlenberger, J.; Doblhammer, G. (2021): Health determinants among refugees in Austria and Germany: A propensity-matched comparative study for Syrian, Afghan, and Iraqi refugees. In: *PLOS ONE* 16 (4), e0250821. DOI: 10.1371/journal.pone.0250821.
- Georgiadou, E.; Morawa, E.; Erim, Y. (2017): High Manifestations of Mental Distress in Arabic Asylum Seekers Accommodated in Collective Centers for Refugees in Germany. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health* 14 (6). DOI: 10.3390/ijerph14060612.
- Georgiadou, E.; Zbidat, A.; Schmitt, G. M.; Erim, Y. (2018): Prevalence of Mental Distress Among Syrian Refugees With Residence Permission in Germany: A Registry-Based Study. In: *Frontiers in psychiatry* 9, S. 393. DOI: 10.3389/fpsy.2018.00393.

Goetz, K.; Winkelmann, W.; Steinhäuser, J. (2018): Assessment of oral health and cost of care for a group of refugees in Germany: a cross-sectional study. In: *BMC oral health* 18 (1), S. 69. DOI: 10.1186/s12903-018-0535-1.

Golsabahi-Broclawski, S.; Broclawski, A.; Drekovic, A. (2020): Krankheitsverständnis und kultursensible Kommunikation. In: Anton Gillessen, Solmaz Golsabahi-Broclawski, André Biakowski und Artur Broclawski (Hg.): *Interkulturelle Kommunikation in der Medizin*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 135–146.

Goodman, L. F.; Jensen, G. W.; Galante, J. M.; Farmer, D. L.; Taché, S. (2018): A cross-sectional investigation of the health needs of asylum seekers in a refugee clinic in Germany. In: *BMC family practice* 19 (1), S. 64. DOI: 10.1186/s12875-018-0758-x.

Gottlieb, N.; Schülle, M. (2021): An overview of health policies for asylum-seekers in Germany. In: *Health Policy* 125 (1), S. 115–121. DOI: 10.1016/j.healthpol.2020.09.009.

Gräfe, K.; Zipfel, S.; Herzog, W.; Löwe, B. (2004): Screening psychischer Störungen mit dem “Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)“. In: *Diagnostica* 50 (4), S. 171–181. DOI: 10.1026/0012-1924.50.4.171.

Green, M. (2017): Language Barriers and Health of Syrian Refugees in Germany. In: *American journal of public health* 107 (4), S. 486. DOI: 10.2105/AJPH.2016.303676.

Grote, J. (2021): Zuverlässig, aktuell, interoperabel: Datenmanagement im Asylverfahren in Deutschland. Studie der deutschen nationalen Kontaktstelle für das Europäische Migrationsnetzwerk (EMN). Hg. v. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Online verfügbar unter https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/75675/ssoar-2021-grote-Datenmanagement_im_Asylverfahren_in_Deutschland.pdf?sequence=1&isAllowed=y&lnkname=ssoar-2021-grote-Datenmanagement_im_Asylverfahren_in_Deutschland.pdf, zuletzt geprüft am 23.02.2024.

Grote, J.; Vollmer, M. (2016): Wechsel zwischen Aufenthaltstiteln und Aufenthaltzwecken in Deutschland. Fokusstudie der deutschen nationalen Kontaktstelle für das Europäische Migrationsnetzwerk (EMN). Working Paper 67. Hg. v. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge und EMN European Migration Network.

Gumz, A.; Spranz-Fogasy, T. (2022): Sprachliche Charakteristika einer Psychotherapiesitzungssequenz aus der Perspektive unterschiedlicher Analysemethoden. In: *Psychotherapeut* 67 (2), S. 150–157. DOI: 10.1007/s00278-021-00568-5.

Gumz, A.; Strauß, B. (2022): „Talking cures“ – Sprache als Medium in Psychotherapien. In: *Psychotherapeut* 67 (2), S. 97–100. DOI: 10.1007/s00278-022-00578-x.

Günther, W.; Kurrek, D.; Töller, A. E. (2019): Ein starker Fall für die Parteiendifferenztheorie: Die Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende in den Bundesländern. In: *Z Politikwiss* 29 (3), S. 361–392. DOI: 10.1007/s41358-019-00193-4.

Haumeder, A. von; Ghafoori, B.; Retailleau, J. (2019): Psychological adaptation and posttraumatic stress disorder among Syrian refugees in Germany: a mixed-methods study investigating

environmental factors. In: *European journal of psychotraumatology* 10 (1), S. 1686801. DOI: 10.1080/20008198.2019.1686801.

Heidemann, C.; Scheidt-Nave, C.; Beyer, A.-K.; Baumert, J.; Thamm, R.; Maier, B.; Neuhauser, H.; Fuchs, J.; Kuhnert, R.; Hapke, U. (2021): Gesundheitliche Lage von Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse zu ausgewählten Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. Unter Mitarbeit von Robert Koch-Institut.

Henry, J.; Beruf, C.; Fischer, T. (2020): Access to Health Care for Pregnant Arabic-Speaking Refugee Women and Mothers in Germany. In: *Qualitative health research* 30 (3), S. 437–447. DOI: 10.1177/1049732319873620.

Heudorf, U.; Albert-Braun, S.; Hunfeld, K.-P.; Birne, F.-U.; Schulze, J.; Strobel, K.; Petscheleit, K.; Kempf, V. A. J.; Brandt, C. (2016): Multidrug-resistant organisms in refugees: prevalences and impact on infection control in hospitals. In: *GMS hygiene and infection control* 11, Doc16. DOI: 10.3205/dgkh000276.

Hintermeier, M.; Gencer, H.; Kajikhina, K.; Rohleder, S.; Hövener, C.; Tallarek, M.; Spallek, J.; Bozorgmehr, K. (2021): SARS-CoV-2 among migrants and forcibly displaced populations: A rapid systematic review. In: *Journal of migration and health* 4, S. 100056. DOI: 10.1016/j.jmh.2021.100056.

Hoell, A.; Kourmpeli, E.; Salize, H. J.; Heinz, A.; Padberg, F.; Habel, U.; Kamp-Becker, I.; Höhne, E.; Böge, K.; Bajbouj, M. (2021): Prevalence of depressive symptoms and symptoms of post-traumatic stress disorder among newly arrived refugees and asylum seekers in Germany: systematic review and meta-analysis. In: *BJPsych open* 7 (3), e93. DOI: 10.1192/bjo.2021.54.

Jablonka, A.; Behrens, G. M. N.; Stange, M.; Dopfer, C.; Grote, U.; Hansen, G.; Schmidt, R. E.; Happle, C. (2017a): Tetanus and diphtheria immunity in refugees in Europe in 2015. In: *Infection* 45 (2), S. 157–164. DOI: 10.1007/s15010-016-0934-7.

Jablonka, A.; Dopfer, C.; Happle, C.; Shalabi, A.; Wetzke, M.; Hummers, E.; Friede, T.; Heinemann, S.; Hillermann, N.; Simmenroth, A.; Müller, F. (2021): Acute respiratory infections in an adult refugee population: an observational study. In: *NPJ primary care respiratory medicine* 31 (1), S. 50. DOI: 10.1038/s41533-021-00261-9.

Jablonka, A.; Dopfer, C.; Happle, C.; Sogkas, G.; Ernst, D.; Atschekzei, F.; Hirsch, S.; Schäll, A.; Jirmo, A.; Solbach, P.; Schmidt, R. E.; Behrens, G. M. N.; Wetzke, M. (2018a): Tuberculosis Specific Interferon-Gamma Production in a Current Refugee Cohort in Western Europe. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health* 15 (6). DOI: 10.3390/ijerph15061263.

Jablonka, A.; Solbach, P.; Happle, C.; Hampel, A.; Schmidt, R. E.; Behrens, G. M. N. (2017b): Hepatitis A immunity in refugees in Germany during the current exodus. In: *Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin* 112 (4), S. 347–351. DOI: 10.1007/s00063-016-0203-7.

Jablonka, A.; Wetzke, M.; Sogkas, G.; Dopfer, C.; Schmidt, R. E.; Behrens, G. M. N.; Happle, C. (2018b): Prevalence and Types of Anemia in a Large Refugee Cohort in Western Europe in 2015. In: *Journal of immigrant and minority health* 20 (6), S. 1332–1338. DOI: 10.1007/s10903-018-0725-6.

Jäger, P.; Claassen, K.; Ott, N.; Brand, A. (2019): Does the Electronic Health Card for Asylum Seekers Lead to an Excessive Use of the Health System? Results of a Survey in Two Municipalities

of the German Ruhr Area. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16 (7). DOI: 10.3390/ijerph16071178.

Jahn, R.; Rohleder, S.; Qreini, M.; Erdmann, S.; Kaur, S.; Aluttis, F.; Bozorgmehr, K. (2021): Health monitoring of refugees in reception centres for asylum seekers: Decentralized surveillance network for the analysis of routine medical data. In: *Journal of health monitoring* 6 (1), S. 30–52. DOI: 10.25646/7865.

Janda, C. (2023): Die Gesundheitsversorgung von Geflüchteten im europäischen und deutschen Sozialrecht. In: Thomas Gerlinger, Constanze Janda, Renate Reiter und Annette Elisabeth Töller (Hg.): Die Regelung der Gesundheitsversorgung Geflüchteter. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 13–34.

Jesuthasan, J.; Sönmez, E.; Abels, I.; Kurmeyer, C.; Gutermann, J.; Kimbel, R.; Krüger, A.; Niklewski, G.; Richter, K.; Stangier, U.; Wollny, A.; Zier, U.; Oertelt-Prigione, S.; Shouler-Ocak, M. (2018): Near-death experiences, attacks by family members, and absence of health care in their home countries affect the quality of life of refugee women in Germany: a multi-region, cross-sectional, gender-sensitive study. In: *BMC medicine* 16 (1), S. 15. DOI: 10.1186/s12916-017-1003-5.

Jung, F. (2011a): Das Bremer Modell - Gesundheitsversorgung Asylsuchender. Hg. v. Gesundheitsamt Bremen.

Jung, F. (2011b): Das Bremer Modell - Gesundheitsversorgung Asylsuchender. Kurzfassung. Hg. v. Gesundheitsamt Bremen. Bremen.

Kaltenbach, E.; Schauer, M.; Hermenau, K.; Elbert, T.; Schalinski, I. (2018): Course of Mental Health in Refugees-A One Year Panel Survey. In: *Frontiers in psychiatry* 9, S. 352. DOI: 10.3389/fpsy.2018.00352.

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) (Hg.) (o. J.a): Abrechnung von Leistungen für Patientinnen und Patienten mit Behandlungsschein. Asylbewerber und Sozialhilfeempfänger nach SGB XII - Bayerische Kostenträger. Online verfügbar unter <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/Mitglieder/Abrechnung/Besondere-Kostentraeger/KVB-Uebersicht-Abrechnung-Behandlungsschein.pdf>, zuletzt geprüft am 04.06.2024.

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) (Hg.) (o. J.b): Behandlung von Asylbewerbern und Geflüchteten. Online verfügbar unter <https://www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/verguetungsvertraege/asylbewerber>, zuletzt geprüft am 04.06.2024.

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) (Hg.) (2020): Asylberwerberleistungsgesetz (AsylbLG) - Medizinische Versorgung von Flüchtlingen und Asylbewerbern in Bayern. Online verfügbar unter <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/Mitglieder/Abrechnung/Besondere-Kostentraeger/KVB-Infoblatt-Medizinische-Versorgung-Fluechtlinge.pdf>, zuletzt geprüft am 04.06.2024.

Kaufmann, C.; Zehetmair, C.; Jahn, R.; Marungu, R.; Cranz, A.; Kindermann, D.; Friederich, H.-C.; Bozorgmehr, K.; Nikendei, C. (2021): Maternal mental healthcare needs of refugee women in a State Registration and Reception Centre in Germany: A descriptive study. In: *Health & social care in the community*. DOI: 10.1111/hsc.13508.

- Kidane, Y. S.; Ziegler, S.; Keck, V.; Benson-Martin, J.; Jahn, A.; Gebresilassie, T.; Beiersmann, C. (2021): Eritrean Refugees' and Asylum-Seekers' Attitude towards and Access to Oral Healthcare in Heidelberg, Germany: A Qualitative Study. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18 (21). DOI: 10.3390/ijerph182111559.
- Kizilhan, J. I. (2018): PTSD of rape after IS ("Islamic State") captivity. In: *Archives of women's mental health* 21 (5), S. 517–524. DOI: 10.1007/s00737-018-0824-3.
- Kleinert, E.; Hillermann, N.; Jablonka, A.; Happle, C.; Müller, F.; Simmenroth, A. (2021): Prescription of antibiotics in the medical care of newly arrived refugees and migrants. In: *Pharmacoepidemiology and drug safety* 30 (8), S. 1074–1083. DOI: 10.1002/pds.5254.
- Kleinert, E.; Müller, F.; Furaijat, G.; Hillermann, N.; Jablonka, A.; Happle, C.; Simmenroth, A. (2019): Does refugee status matter? Medical needs of newly arrived asylum seekers and resettlement refugees - a retrospective observational study of diagnoses in a primary care setting. In: *Conflict and health* 13, S. 39. DOI: 10.1186/s13031-019-0223-z.
- Kleist, J. O. (2019): Flucht- und Flüchtlingsforschung in Deutschland: Die Etablierung eines Forschungsfeldes. In: Birgit Behrensen und Manuela Westphal (Hg.): *Fluchtmigrationsforschung im Aufbruch. Methodologische und methodische Reflexionen*. Wiesbaden, Heidelberg: Springer VS.
- Kossow, A.; Stühmer, B.; Schaumburg, F.; Becker, K.; Glatz, B.; Möllers, M.; Kampmeier, S.; Mellmann, A. (2018): High prevalence of MRSA and multi-resistant gram-negative bacteria in refugees admitted to the hospital-But no hint of transmission. In: *PLOS ONE* 13 (5), e0198103. DOI: 10.1371/journal.pone.0198103.
- Krämer, Alexander; Fischer, Florian (Hg.) (2019): *Refugee Migration and Health*. Cham: Springer International Publishing (4).
- Kristen, C.; Nebelin, J. (2024): Geflüchtete kommen auf gefährlichen Wegen nach Deutschland.
- Kröger, C.; Frantz, I.; Friel, P.; Heinrichs, N. (2016): Posttraumatic Stress and Depressive Symptoms amongst Asylum Seekers. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 66 (9-10), S. 377–384. DOI: 10.1055/s-0042-114045.
- Kühne, A.; Gilsdorf, A. (2016): Infectious disease outbreaks in centralized homes for asylum seekers in Germany from 2004-2014. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 59 (5), S. 570–577. DOI: 10.1007/s00103-016-2332-9.
- Kühne, A.; Hauer, B.; Brodhun, B.; Haas, W.; Fiebig, L. (2018): Find and treat or find and lose? Tuberculosis treatment outcomes among screened newly arrived asylum seekers in Germany 2002 to 2014. In: *Euro surveillance : bulletin Europeen sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin* 23 (11). DOI: 10.2807/1560-7917.ES.2018.23.11.17-00042.
- Kupfer, A.; Gamper, M. (2020): Migration als gesundheitliche Ungleichheitsdimension? Natio-ethno-kulturelle Zugehörigkeit, Gesundheit und soziale Netzwerke. In: Andreas Klärner, Markus Gamper, Sylvia Keim-Klärner, Irene Moor, Holger von der Lippe und Nico Vonneilich (Hg.): *Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 369–397.

Lampert, T.; Kroll, L. E.; Lippe, E. von der; Müters, S.; Stolzenberg, H. (2013): Sozioökonomischer Status und Gesundheit : Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 56 (5-6), S. 814–821. DOI: 10.1007/s00103-013-1695-4.

Lersner, U. von; Wiens, U.; Elbert, T.; Neuner, F. (2008): Mental health of returnees: refugees in Germany prior to their state-sponsored repatriation. In: *BMC international health and human rights* 8, S. 8. DOI: 10.1186/1472-698X-8-8.

Lindheimer, N.; Karnouk, C.; Hahn, E.; Churbaji, D.; Schilz, L.; Rayes, D.; Bajbouj, M.; Böge, K. (2020): Exploring the Representation of Depressive Symptoms and the Influence of Stigma in Arabic-Speaking Refugee Outpatients. In: *Frontiers in psychiatry* 11, S. 579057. DOI: 10.3389/fpsyt.2020.579057.

Löwe, B.; Spitzer, R. L.; Zipfel, S.; Herzog, W. (2002): Manual. Komplettversion und Kurzform. Autorisierte deutsche Version des "Prime MD Patient Health Questionnaire (PHQ). 2. Auflage. Allgemeine Klinische und Psychosomatische Medizin und Sektion Allgemeinmedizin der Medizinischen Universitätsklinik Heidelberg; Biometrics Research der Columbia University. Online verfügbar unter https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/Psychosomatische_Klinik/download/PHQ_Manual1.pdf, zuletzt geprüft am 08.06.2023.

Marquardt, L.; Krämer, A.; Fischer, F.; Prüfer-Krämer, L. (2016): Health status and disease burdens of unaccompanied asylum-seeking adolescents in Bielefeld, Germany: cross-sectional pilot study. In: *Tropical medicine & international health : TM & IH* 21 (2), S. 210–218. DOI: 10.1111/tmi.12649.

Meier, V.; Artelt, T.; Cierpiol, S.; Gossner, J.; Scheithauer, S. (2016): Tuberculosis in newly arrived asylum seekers: A prospective 12 month surveillance study at Friedland, Germany. In: *International journal of hygiene and environmental health* 219 (8), S. 811–815. DOI: 10.1016/j.ijheh.2016.07.018.

Merck & Co, Inc. (Hg.) (2024): MSD Manual - Ausgabe für medizinische Fachkreise. Symptome. Online verfügbar unter <https://www.msmanuals.com/de-de/heim/symptoms>, zuletzt geprüft am 01.09.2024.

Merse, S. (2020): Übersetzungsprozesse in der Arzt-Patienten-Kommunikation. In: Anton Gillessen, Solmaz Golsabahi-Broclawski, André Biakowski und Artur Broclawski (Hg.): *Interkulturelle Kommunikation in der Medizin*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 61-72.

Meyer, D.; Philipp, J.; Wenzelburger, G. (2021): Die Migrationspolitik der deutschen Länder. In: *Z Vgl Polit Wiss* 15 (1), S. 1–38. DOI: 10.1007/s12286-020-00474-1.

Michaelis, K.; Wenzel, J. J.; Stark, K.; Faber, M. (2017): Hepatitis A virus infections and outbreaks in asylum seekers arriving to Germany, September 2015 to March 2016. In: *Emerging microbes & infections* 6 (4), e26. DOI: 10.1038/emi.2017.11.

Michels, H.; Bartz, C. (2015): Tuberkulose-Screening im Rahmen der infektionshygienischen Untersuchung Asylbegehrender in Rheinland-Pfalz, Trier. In: *Epidemiologisches Bulletin* (Nr. 11/12), S. 88–90. Online verfügbar unter

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/Ausgaben/11_12_15.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 22.06.2024.

Mohammadzadeh, Z.; Jung, F.; Lelgemann, M. (2016): Health for refugees - the Bremen model. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 59 (5), S. 561–569. DOI: 10.1007/s00103-016-2331-x.

Moher, D.; Liberati, A.; Tetzlaff, J.; Altman, D. G. (2009): Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. In: *PLoS medicine* 6 (7), e1000097. DOI: 10.1371/journal.pmed.1000097.

Mohsenpour, A.; Dudek, V.; Bozorgmehr, K.; Biddle, L.; Razum, O.; Sauzet, O. (2023): Type of Refugee Accommodation and Health of Residents: A Cross-Sectional, Population-Based Cluster Analysis in South-West Germany. In: *International journal of public health* 68, S. 1605786. DOI: 10.3389/ijph.2023.1605786.

Müller, F.; Kleinert, E.; Hillermann, N.; Simmenroth, A.; Hummers, E.; Scharff, A. Z.; Dopfer, C.; Happle, C.; Jablonka, A. (2021): Disease burden in a large cohort of asylum seekers and refugees in Germany. In: *Journal of global health* 11, S. 4002. DOI: 10.7189/jogh.11.04002.

Müller, M. J.; Zink, S.; Koch, E. (2018): The Negative Impact of an Uncertain Residence Status: Analysis of Migration-Related Stressors in Outpatients with Turkish Migration Background and Psychiatric Disorders in Germany Over a 10-Year Period (2005-2014). In: *Journal of immigrant and minority health* 20 (2), S. 317–326. DOI: 10.1007/s10903-017-0555-y.

Müllerschön, J.; Koschollek, C.; Santos-Hövenner, C.; Kuehne, A.; Müller-Nordhorn, J.; Bremer, V. (2019): Impact of health insurance status among migrants from sub-Saharan Africa on access to health care and HIV testing in Germany: a participatory cross-sectional survey. In: *BMC international health and human rights* 19 (1), S. 10. DOI: 10.1186/s12914-019-0189-3.

Nagel, E.; Egle, C.; Aljadeeah, S.; Fernando Samarappuli, K.; Hillmann, L.; Lauerer, M.; Lindinger, G.; Marschall, P.; Rixen, S.; Rohr, F.; Seitz, D.; Schmid, A.; Ulrich, V.; Weber, D.; Zocher, F. (2018): Auswirkungen des Zustroms von Asylbewerbern auf die gesundheitliche Versorgung in Bayern. Endbericht des Gutachtens im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege. Online verfügbar unter https://www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsversorgung/doc/gutachten_auswirkungen_zustrom_asylbewerber_gv_by.pdf, zuletzt geprüft am 22.06.2024.

Nesterko, Y.; Haase, E.; Schönfelder, A.; Glaesmer, H. (2022): Suicidal ideation among recently arrived refugees in Germany. In: *BMC psychiatry* 22 (1), S. 183. DOI: 10.1186/s12888-022-03844-z.

Nesterko, Y.; Jäckle, D.; Friedrich, M.; Holzapfel, L.; Glaesmer, H. (2019): Prevalence of post-traumatic stress disorder, depression and somatisation in recently arrived refugees in Germany: an epidemiological study. In: *Epidemiology and psychiatric sciences* 29, e40. DOI: 10.1017/S2045796019000325.

Nesterko, Y.; Jäckle, D.; Friedrich, M.; Holzapfel, L.; Glaesmer, H. (2020a): Factors predicting symptoms of somatization, depression, anxiety, post-traumatic stress disorder, self-rated mental and physical health among recently arrived refugees in Germany. In: *Conflict and health* 14, S. 44. DOI: 10.1186/s13031-020-00291-z.

- Nesterko, Y.; Jäckle, D.; Friedrich, M.; Holzapfel, L.; Glaesmer, H. (2020b): Health care needs among recently arrived refugees in Germany: a cross-sectional, epidemiological study. In: *International journal of public health* 65 (6), S. 811–821. DOI: 10.1007/s00038-020-01408-0.
- Nikendei, C.; Kindermann, D.; Brandenburg-Ceynowa, H.; Derreza-Greeven, C.; Zeyher, V.; Junne, F.; Friederich, H.-C.; Bozorgmehr, K. (2019): Asylum seekers' mental health and treatment utilization in a three months follow-up study after transfer from a state registration-and reception-center in Germany. In: *Health Policy* 123 (9), S. 864–872. DOI: 10.1016/j.healthpol.2019.07.008.
- Nowak, A. C.; Hornberg, C. (2023): Erfahrungen von Menschen mit Fluchtgeschichte bei der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung in Deutschland – Erkenntnisse einer qualitativen Studie. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 66 (10), S. 1117–1125. DOI: 10.1007/s00103-022-03614-y.
- Nutsch, N.; Bozorgmehr, K. (2020): The effect of postmigration stressors on the prevalence of depressive symptoms among refugees in Germany. Analysis of the IAB-BAMF-SOEP Survey 2016. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 63 (12), S. 1470–1482. DOI: 10.1007/s00103-020-03238-0.
- Oltrogge, J. H.; Schäfer, I.; Schlichting, D.; Jahnke, M.; Rakebrandt, A.; Pruskil, S.; Wagner, H.-O.; Lüthmann, D.; Scherer, M. (2020): Episodes of care in a primary care walk-in clinic at a refugee camp in Germany - a retrospective data analysis. In: *BMC family practice* 21 (1), S. 193. DOI: 10.1186/s12875-020-01253-3.
- Penka, S.; Schouler-Ocak, M.; Heinz, A.; Kluge, U. (2012): Interkulturelle Aspekte der Interaktion und Kommunikation im psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlungssetting. Mögliche Barrieren und Handlungsempfehlungen. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 55 (9), S. 1168–1175. DOI: 10.1007/s00103-012-1538-8.
- Pfizer (Hg.) (o. J.): Instruction Manual. Instructions for Patient Health Questionnaire (PHQ) and GAD-7 Measures. Online verfügbar unter <https://www.phqscreeners.com/images/sites/g/files/g10016261/f/201412/instructions.pdf>, zuletzt geprüft am 09.06.2023.
- Posselt, M.; McIntyre, H.; Ngcanga, M.; Lines, T.; Procter, N. (2020): The mental health status of asylum seekers in middle- to high-income countries: a synthesis of current global evidence. In: *British medical bulletin* 134 (1), S. 4–20. DOI: 10.1093/bmb/ldaa010.
- Rast, E.; Hintermeier, M.; Bozorgmehr, K.; Biddle, L. (2024): Housing and health: A multidimensional, qualitative analysis of the experiences of asylum seekers and refugees living in German reception centres. In: *SSM - Qualitative Research in Health* 5, S. 100407. DOI: 10.1016/j.ssmqr.2024.100407.
- Razum, O.; Bunte, A.; Gilsdorf, A.; Ziese, T.; Bozorgmehr, K. (2016a): Gesundheitsversorgung von Geflüchteten. Zu gesicherten Daten kommen. In: *Deutsches Ärzteblatt* 113 (4), A130-A133.
- Razum, O.; Saß, A.-C.; Bozorgmehr, K. (2016b): Health care for refugees and asylum seekers: challenges and solutions. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 59 (5), S. 543–544. DOI: 10.1007/s00103-016-2344-5.

Razum, O.; Wenner, J.; Bozorgmehr, K. (2016c): When Chance Decides About Access to Health Care: The Case of Refugees in Germany. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 78 (11), S. 711–714. DOI: 10.1055/s-0042-116231.

Razum, O.; Zeeb, H.; Meesmann, U.; Schenk, L.; Bredehorst, M.; Brzoska, P.; Dercks, T.; Glodny, S.; Menkhau, B.; Salman, R.; Saß, A.-C.; Ulrich, R. (2008): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Migration und Gesundheit. Unter Mitarbeit von Hannelore Neuhauser und Ursula Brucks. Hg. v. Robert Koch-Institut. Berlin.

Reinheimer, C.; Kempf, V. A. J.; Göttig, S.; Hogardt, M.; Wichelhaus, T. A.; O'Rourke, F.; Brandt, C. (2016): Multidrug-resistant organisms detected in refugee patients admitted to a University Hospital, Germany June–December 2015. In: *Euro surveillance : bulletin Europeen sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin* 21 (2). DOI: 10.2807/1560-7917.ES.2016.21.2.30110.

Reinheimer, C.; Kempf, V. A. J.; Jozsa, K.; Wichelhaus, T. A.; Hogardt, M.; O'Rourke, F.; Brandt, C. (2017): Prevalence of multidrug-resistant organisms in refugee patients, medical tourists and domestic patients admitted to a German university hospital. In: *BMC infectious diseases* 17 (1), S. 17. DOI: 10.1186/s12879-016-2105-y.

Richter, K.; Lehfeld, H.; Niklewski, G. (2015): Waiting for Asylum: Psychiatric Diagnosis in Bavarian Admission Center. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 77 (11), S. 834–838. DOI: 10.1055/s-0035-1564075.

Richter, K.; Peter, L.; Lehfeld, H.; Zäske, H.; Brar-Reissinger, S.; Niklewski, G. (2018): Prevalence of psychiatric diagnoses in asylum seekers with follow-up. In: *BMC psychiatry* 18 (1), S. 206. DOI: 10.1186/s12888-018-1783-y.

Ritter-Rupp, C.; Fett, S.; Pfeifer, A.-K.; Tauscher, M. (2023): Analyse der Wartezeiten in der Psychotherapie in Bayern. Version 1. Hg. v. Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB). München.

Robert Koch-Institut (Hg.) (o. J.): GEDA: Gesundheit in Deutschland aktuell. Unter Mitarbeit von Jennifer Allen. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Geda/Geda_node.html, zuletzt geprüft am 07.06.2023.

Robert Koch-Institut (Hg.) (2021): DEGS: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_node.html, zuletzt geprüft am 07.06.2023.

Robert Koch-Institut (Hg.) (2022): Übersicht über relevante Begriffe und Konzepte zu diskriminierungssensiblen Sprachgebrauch rund um das Thema Migration und Gesundheit.

Robert Koch-Institut (Hg.) (2023): GEDA 2019/2020-EHIS. Unter Mitarbeit von Jennifer Allen. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Geda/Geda_2019_inhalt.html, zuletzt geprüft am 07.06.2023.

Robert Koch-Institut (Hg.) (2024a): Forschungsprojekte IMIRA (Improving Health Monitoring in Migrant Populations). Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Migration/IMIRA/IMIRA_tab.html?nn=2379402, zuletzt aktualisiert am 28.02.2024, zuletzt geprüft am 06.07.2024.

Robert Koch-Institut (Hg.) (2024b): Gesundheitsmonitoring. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/gesundheitsmonitoring_node.html, zuletzt aktualisiert am 08.02.2024, zuletzt geprüft am 21.06.2024.

Rolke, K.; Werner, J.; Razum, O. (2019): Shaping access to health care for refugees on the local level in Germany - Mixed-methods analysis of official statistics and perspectives of gatekeepers. In: *Health Policy* 123 (9), S. 845–850. DOI: 10.1016/j.healthpol.2019.07.001.

Rolke, K.; Wenner, J.; Razum, O. (2020): Access to Health Care After the Introduction of the Electronic Health Card: Views of Refugee Patients. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 82 (12), S. 961–968. DOI: 10.1055/a-1205-1021.

Rometsch, C.; Denking, J. K.; Engelhardt, M.; Windthorst, P.; Graf, J.; Gibbons, N.; Pham, P.; Zipfel, S.; Junne, F. (2020): Pain, somatic complaints, and subjective concepts of illness in traumatized female refugees who experienced extreme violence by the "Islamic State" (IS). In: *Journal of psychosomatic research* 130, S. 109931. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2020.109931.

Rometsch-Ogioun El Sount, C.; Windthorst, P.; Denking, J.; Ziser, K.; Nikendei, C.; Kindermann, D.; Ringwald, J.; Renner, V.; Zipfel, S.; Junne, F. (2019): Chronic pain in refugees with posttraumatic stress disorder (PTSD): A systematic review on patients' characteristics and specific interventions. In: *Journal of psychosomatic research* 118, S. 83–97. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2018.07.014.

Rzepka, I.; Zehetmair, C.; Nagy, E.; Kindermann, D.; Kölmel, C.; Friederich, H.-C.; Nikendei, C. (2022): Psychological Burden of Refugees in Temporary Accommodations in the Rhine-Neckar Region, Baden-Wuerttemberg. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*. DOI: 10.1055/a-1729-1439.

Sarma, N.; Ullrich, A.; Wilking, H.; Ghozzi, S.; Lindner, A. K.; Weber, C.; Holzer, A.; Jansen, A.; Stark, K.; Vygen-Bonnet, S. (2018): Surveillance on speed: Being aware of infectious diseases in migrants mass accommodations - an easy and flexible toolkit for field application of syndromic surveillance, Germany, 2016 to 2017. In: *Euro surveillance : bulletin Europeen sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin* 23 (40). DOI: 10.2807/1560-7917.ES.2018.23.40.1700430.

Schäfer, I.; Oltrogge, J. H.; Pruskil, S.; Mews, C.; Schlichting, D.; Jahnke, M.; Wagner, H.-O.; Lühmann, D.; Scherer, M. (2020): Referrals to secondary care in an outpatient primary care walk-in clinic for refugees in Germany: results from a secondary data analysis based on electronic medical records. In: *BMJ open* 10 (10), e035625. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-035625.

Schaffrath, J.; Schmitz-Buhl, M.; Gün, A. K.; Gouzoulis-Mayfrank, E. (2017): Psychiatric and Psychotherapeutic Care of Refugees by Reference of a Large Psychiatric Care Hospital in Western Germany. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 67 (3-04), S. 126–133. DOI: 10.1055/s-0042-116081.

Schenk, L.; Peppler, L. (2020): 3. Erklärungsansätze zum Zusammenhang von Migration und Gesundheit. In: Liane Schenk und Monika Habermann (Hg.): Migration und Alter: De Gruyter, S. 21–32.

Schlechter, P.; Wilkinson, P. O.; Knausenberger, J.; Wanninger, K.; Kamp, S.; Morina, N.; Hellmann, J. H. (2021): Depressive and anxiety symptoms in refugees: Insights from classical test theory, item response theory and network analysis. In: *Clinical psychology & psychotherapy* 28 (1), S. 169–181. DOI: 10.1002/cpp.2499.

Schneider, C.; Bozorgmehr, K. (2017): Prävalenz körperlicher und psychischer Erkrankungen bei Asylsuchenden und Geflüchteten. In: Maria Borcsa und Christoph Nikendei (Hg.): Psychotherapie nach Flucht und Vertreibung. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, S. 32–44.

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. In: *BMJ open* 5 (11), e008784. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-008784.

Schneider, C.; Joos, S.; Bozorgmehr, K. (2017): Health status of asylum seekers and their access to medical care: Design and pilot testing of a questionnaire. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 126, S. 4–12. DOI: 10.1016/j.zefq.2017.08.001.

Schock, K.; Böttche, M.; Rosner, R.; Wenk-Ansohn, M.; Knaevelsrud, C. (2016): Impact of new traumatic or stressful life events on pre-existing PTSD in traumatized refugees: results of a longitudinal study. In: *European journal of psychotraumatology* 7, S. 32106. DOI: 10.3402/ejpt.v7.32106.

Sektion Health Equity Studies & Migration, Universitätsklinikum Heidelberg (Hg.) (o. J.a): PRICARE. Health and primary-care sentinel surveillance in reception- and accomodation-centres for asylum-seekers in Germany. Online verfügbar unter <https://www.pri.care/>, zuletzt geprüft am 01.09.2024.

Sektion Health Equity Studies & Migration, Universitätsklinikum Heidelberg (Hg.) (o. J.b): WP3: Quantitative Bestandsaufnahme mit Primärdaten. Online verfügbar unter https://respond-study.org/?page_id=81, zuletzt geprüft am 06.07.2024.

Solyman, M.; Schmidt-Westhausen, A.-M. (2018): Oral health status among newly arrived refugees in Germany: a cross-sectional study. In: *BMC oral health* 18 (1), S. 132. DOI: 10.1186/s12903-018-0600-9.

Sondén, K.; Rolling, T.; Wängdahl, A.; Ydring, E.; Vygen-Bonnet, S.; Kobbe, R.; Douhan, J.; Hammar, U.; Duijster, J.; Gier, B. de; Freedman, J.; Gysin, N.; Stark, K.; Stevens, F.; Vestergaard, L. S.; Tegnell, A.; Färnert, A. (2019): Malaria in Eritrean migrants newly arrived in seven European countries, 2011 to 2016. In: *Euro surveillance : bulletin Europeen sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin* 24 (5). DOI: 10.2807/1560-7917.ES.2019.24.5.1800139.

Spitzer, R. L.; Williams, J. B. W.; Kroenke, K. (o. J.): Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ). Hg. v. Pfizer. Online verfügbar unter https://www.phqscreeners.com/images/sites/g/files/g10060481/f/201412/PHQ_German%20for%20Germany.pdf, zuletzt geprüft am 07.06.2023.

Spura, A.; Kleinke, M.; Robra, B.-P.; Ladebeck, N. (2017): Wie erleben Asylsuchende den Zugang zu medizinischer Versorgung? In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 60 (4), S. 462–470. DOI: 10.1007/s00103-017-2525-x.

Stadtmüller, S.; Schröder, J.; Ehlers, S. (2021): Estimating and Explaining the Prevalence of Tuberculosis for Asylum Seekers Upon Their Arrival in Germany. In: *Journal of immigrant and minority health* 23 (6), S. 1187–1192. DOI: 10.1007/s10903-020-01134-y.

Statista (Hg.) (2024): Anzahl Binnenflüchtlinge nach Ländern weltweit. (Vertreibung aufgrund von Krieg, Konflikt oder Gewalt; Stand Ende 2022). Online verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1172557/umfrage/laender-mit-den-meisten-binnenfluechtlingen/>, zuletzt geprüft am 21.03.2024.

Statistisches Bundesamt (DESTATIS) (Hg.) (2021): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Schutzsuchende. Ergebnisse des Ausländerzentralregisters.

Stich, A. (2015): Coming in to the cold - Access to health care is urgently needed for Syrian refugees. In: *Travel medicine and infectious disease* 13 (6), S. 445–446. DOI: 10.1016/j.tmaid.2015.11.008.

Stingl, M.; Knipper, M.; Hetzger, B.; Richards, J.; Yazgan, B.; Gallhofer, B.; Hanewald, B. (2019): Assessing the special need for protection of vulnerable refugees: testing the applicability of a screening method (RHS-15) to detect traumatic disorders in a refugee sample in Germany. In: *Ethnicity & health* 24 (8), S. 897–908. DOI: 10.1080/13557858.2017.1379598.

Tewes, S.; Hensen, B.; Jablonka, A.; Gawe, D.; Kastikainen, M.; Happle, C.; Carlens, J.; Berthold, L.-D.; Wacker, F. (2020): Tuberculosis screening during the 2015 European refugee crisis. In: *BMC Public Health* 20 (1), S. 200. DOI: 10.1186/s12889-020-8303-y.

Thomas, F. (2020): Cultural Contexts of Health and Well-being. Migration and health: enhancing intercultural competence and diversity sensitivity. Hg. v. World Health Organization. Regional Office for Europe (Toolkit, No. 1).

UNHCR - The UN Refugee Agency (Hg.) (2024a): 2024 UNHCR Syria Needs Overview. Online verfügbar unter <https://reporting.unhcr.org/syrian-arab-republic-2024-needs-overview>, zuletzt geprüft am 22.04.2024.

UNHCR - The UN Refugee Agency (Hg.) (2024b): Global Trends. Forced Displacement in 2023. Kopenhagen.

UNHCR - The UN Refugee Agency (Hg.) (2024c): Syria Regional Refugee Response. Total Persons of Concern by Country of Asylum. Online verfügbar unter <https://data.unhcr.org/en/situations/syria>, zuletzt aktualisiert am 14.03.2024, zuletzt geprüft am 21.03.2024.

Üstün, T. B.; Kostanjsek, N.; Chatterji, S.; Rehm, J. (2010): Measuring Health and Disability. Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0. Hg. v. World Health Organization. Genf.

- van Keuk, E. (2023): Traumatisierte Geflüchtete in Deutschland. Psychotherapie zwischen Willkommenskultur und Abschiebepaxis. In: Pauline Mantell, Carolin Schwegler und Christiane Woopen (Hg.): Psychische Erkrankungen als gesellschaftliche Aufgabe. Interdisziplinäre Perspektiven auf aktuelle Herausforderungen. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg (5), S. 106–118.
- Varenne, B. (o. J.): The global health observatory. Explore a world of health data. Hg. v. World Health Organization. Online verfügbar unter <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/3812>, zuletzt geprüft am 30.08.2024.
- Wahedi, K.; Biddle, L.; Jahn, R.; Ziegler, S.; Kratochwill, S.; Pruskil, S.; Noest, S.; Bozorgmehr, K. (2020): Healthcare provision for asylum seekers in reception centres : Qualitative survey from the perspective of healthcare providers. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 63 (12), S. 1460–1469. DOI: 10.1007/s00103-020-03243-3.
- Walther, L.; Fuchs, L. M.; Schupp, J.; Scheve, C. von (2020a): Living Conditions and the Mental Health and Well-being of Refugees: Evidence from a Large-Scale German Survey. In: *Journal of immigrant and minority health* 22 (5), S. 903–913. DOI: 10.1007/s10903-019-00968-5.
- Walther, L.; Kröger, H.; Tibubos, A. N.; Ta, T. M. T.; Scheve, C. von; Schupp, J.; Hahn, E.; Bajbouj, M. (2020b): 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. In: *BMJ open* 10 (8), e033658. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-033658.
- Weinmann, T.; AlZahmi, A.; Schneck, A.; Mancera Charry, J. F.; Fröschl, G.; Radon, K. (2019): Population-based assessment of health, healthcare utilisation, and specific needs of Syrian migrants in Germany: what is the best sampling method? In: *BMC medical research methodology* 19 (1), S. 5. DOI: 10.1186/s12874-018-0652-1.
- Weinrich, J. M.; Diel, R.; Sauer, M.; Henes, F. O.; Meywald-Walter, K.; Adam, G.; Schön, G.; Bannas, P. (2017): Yield of chest X-ray tuberculosis screening of immigrants during the European refugee crisis of 2015: a single-centre experience. In: *European radiology* 27 (8), S. 3244–3248. DOI: 10.1007/s00330-016-4684-9.
- Wenner, J.; Biddle, L.; Gottlieb, N.; Bozorgmehr, K. (2022): Inequalities in access to healthcare by local policy model among newly arrived refugees: evidence from population-based studies in two German states. In: *International journal for equity in health* 21 (1), S. 11. DOI: 10.1186/s12939-021-01607-y.
- Wenner, J.; Rolke, K.; Breckenkamp, J.; Sauzet, O.; Bozorgmehr, K.; Razum, O. (2019): Inequalities in realised access to healthcare among recently arrived refugees depending on local access model: study protocol for a quasi-experimental study. In: *BMJ open* 9 (5), e027357. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-027357.
- Werber, D.; Hoffmann, A.; Santibanez, S.; Mankertz, A.; Sagebiel, D. (2017): Large measles outbreak introduced by asylum seekers and spread among the insufficiently vaccinated resident population, Berlin, October 2014 to August 2015. In: *Euro surveillance : bulletin Europeen sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin* 22 (34). DOI: 10.2807/1560-7917.ES.2017.22.34.30599.

Winkler, J. G.; Brandl, E. J.; Bretz, H. J.; Heinz, A.; Schouler-Ocak, M. (2019): The Influence of Residence Status on Psychiatric Symptom Load of Asylum Seekers in Germany. In: *Psychiatrische Praxis* 46 (4), S. 191–199. DOI: 10.1055/a-0806-3568.

World Health Organization (Hg.) (2020): Basic Documents. Forty-Ninth Edition (including Amendments Adopted up to 31 May 2019). 49th ed. Geneva (Basic Documents - World Health Organization Series). Online verfügbar unter <https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=31498789>.

World Health Organization (Hg.) (2022): World Report on the Health of Refugees and Migrants. 1st ed. Geneva. Online verfügbar unter <https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=30479422>.

World Health Organization (Hg.) (2023): Noncommunicable diseases. Online verfügbar unter <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>, zuletzt aktualisiert am 16.09.2023, zuletzt geprüft am 01.09.2024.

Wulfes, N.; Del Pozo, M. A.; Buhr-Riehm, B.; Heinrichs, N.; Kröger, C. (2019): Screening for Posttraumatic Stress Disorder in Refugees: Comparison of the Diagnostic Efficiency of Two Self-Rating Measures of Posttraumatic Stress Disorder. In: *Journal of traumatic stress* 32 (1), S. 148–155. DOI: 10.1002/jts.22358.

Zehetmair, C.; Zeyher, V.; Cranz, A.; Ditzen, B.; Herpertz, S. C.; Kohl, R. M.; Nikendei, C. (2021): A Walk-In Clinic for Newly Arrived Mentally Burdened Refugees: The Patient Perspective. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18 (5). DOI: 10.3390/ijerph18052275.

Ziese, T.; Prütz, F.; Rommel, A.; Reitzle, L.; Saß, A.-C. (2020): Gesundheitsberichterstattung des Bundes am Robert Koch-Institut – Status quo und aktuelle Entwicklungen. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 63 (9), S. 1057–1066. DOI: 10.1007/s00103-020-03195-8.

Rechtsquellen und Kommentare

Asylgesetz (AsylG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 02.09.2008 (BGBl. I S. 1798), zuletzt geändert durch das Gesetz vom 25.10.2024 (BGBl. I S. 332) m. W. v. 31.10.2024.

Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) in der Neufassung vom 05.08.1997 (BGBl. I S. 2022).

Gesetz über den Aufenthalt, die Erwerbstätigkeit und die Integration von Ausländern im Bundesgebiet (AufenthG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 25.02.2008 (BGBl. I S. 162), zuletzt geändert durch das Gesetz vom 25.10.2024 (BGBl. I S. 332) m. W. v. 31.10.2024.

Gesetz über das Ausländerzentralregister (AZRG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 02.09.1994 (BGBl. I S. 2265), zuletzt geändert durch Artikel 12 des Gesetzes vom 08.05.2025 (BGBl. 2024 I Nr. 152).

Gesetz zur Beschleunigung der Asylgerichtsverfahren und Asylverfahren in der Fassung der Bekanntmachung vom 21.12.2022 (BGBl. I S. 2817).

Bundessozialhilfegesetz (BSHG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 30.06.1961 (BGBl. I S. 815).

Gesetz zur Verbesserung der Registrierung und des Datenaustauschs zu aufenthalts- und asylrechtlichen Zwecken (Datenaustauschverbesserungsgesetz) in der Fassung der Bekanntmachung vom 02.02.2016 (BGBl. I S. 130).

Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (GG) vom 23.05.1949 (BGBl. S. 1), zuletzt geändert durch das Gesetz vom 19.12.2022 (BGBl. I S. 2478) m. W. v. 24.12.2022.

Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (IfSG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 20.07.2000 (BGBl. I S. 1045), zuletzt geändert durch das Gesetz vom 12.12.2023 (BGBl. I S. 359) m. W. v. 08.04.2023.

Integrationsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 31.07.2016 (BGBl. I S. 1939), zuletzt geändert am 12.07.2019.

Fünftes Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (SGB V) in der Fassung der Bekanntmachung vom 20.12.1988 (BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch das Gesetz vom 30.07.2024 (BGBl. I S. 254) m. W. v. 03.08.2024.

Zwölftes Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe – (SGB XII) in der Fassung der Bekanntmachung vom 27.12.2003 (BGBl. I S. 3022), zuletzt geändert durch das Gesetz vom 22.12.2023 (BGBl. I S. 408) m. W. v. 01.01.2024.

Verordnung zur Durchführung des Gesetzes über das Ausländerzentralregister (AZRG-Durchführungsverordnung) in der Fassung der Bekanntmachung vom 17.05.1995 (BGBl. I S. 695), zuletzt geändert durch Artikel 13 des Gesetzes vom 08.05.2024 (BGBl. 2024 Nr. 152).

VERORDNUNG (EU) 2024/1351 DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES vom 14. Mai 2024 über Asyl- und Migrationsmanagement, zur Änderung der Verordnungen (EU) 2021/1147 und (EU) 2021/1060 und zur Aufhebung der Verordnung (EU) Nr. 604/2013.

DURCHFÜHRUNGSVERORDNUNG (EU) Nr. 118/2014 DER KOMMISSION vom 30. Januar 2014 zur Änderung der Verordnung (EG) Nr. 1560/2003 mit Durchführungsbestimmungen zur Verordnung (EG) Nr. 343/2003 des Rates zur Festlegung der Kriterien und Verfahren zur Bestimmung des Mitgliedstaats, der für die Prüfung eines von einem Drittstaatsangehörigen in einem Mitgliedstaat gestellten Asylantrags zuständig ist.

VERORDNUNG (EU) Nr. 603/2013 DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES vom 26. Juni 2013 (EURODAC II-Verordnung) über die Einrichtung von Eurodac für den Abgleich von Fingerabdruckdaten zum Zwecke der effektiven Anwendung der Verordnung (EU) Nr. 604/2013 zur Festlegung der Kriterien und Verfahren zur Bestimmung des Mitgliedstaats, der für die Prüfung eines von einem Drittstaatsangehörigen oder Staatenlosen in einem Mitgliedstaat gestellten Antrags auf internationalen Schutz zuständig ist und über der Gefahrenabwehr und Strafverfolgung dienende Anträge der Gefahrenabwehr- und Strafverfolgungsbehörden der Mitgliedstaaten und Europol auf den Abgleich mit Eurodac-Daten sowie zur Änderung der Verordnung (EU) Nr. 1077/2011 zur Errichtung einer Europäischen Agentur für das Betriebsmanagement von IT-Großsystemen im Raum der Freiheit, der Sicherheit und des Rechts (Neufassung).

VERORDNUNG (EU) Nr. 604/2013 DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES vom 26. Juni 2013 (DUBLIN III-Verordnung) zur Festlegung der Kriterien und Verfahren zur Bestimmung des Mitgliedstaats, der für die Prüfung eines von einem Drittstaatangehörigen oder Staatenlosen in einem Mitgliedstaat gestellten Antrags auf internationalen Schutz zuständig ist (Neufassung).

VERORDNUNG (EU) Nr. 1077/2011 DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES vom 25. Oktober 2011 zur Errichtung einer Europäischen Agentur für das Betriebsmanagement von IT-Großsystemen im Raum der Freiheit, der Sicherheit und des Rechts.

Gesundheitsuntersuchungsverwaltungsvorschrift (GesUVV) in der Fassung der Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege vom 15.02.2017 (AllMBl. S. 218).

Jung, H. P. (Hrsg.): Einführung zum Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG), Kommentar vom Stand 02.01.2024.

Sachs, M. (Hrsg.): Grundgesetz (GG), Kommentar vom Stand 17.10.2024.

Anhang

Anhang 1: Unterschiede im Auftreten der Lebenszeitprävalenz somatischer Erkrankungen nach Geschlecht, Altersgruppen und Herkunftsstaaten: Ergebnisse des Exakten Tests nach Fisher

Quelle: Eigene Darstellung.

	Unterschied Geschlecht		Unterschied Altersklassen		Unterschied Herkunftsländer	
	p	Phi	p	Phi	p	Phi
Arthrose	.719	.019	.499	.038	.590	.133
Arthritis	.047	.115	.584	.036	.187	.189
Osteoporose	.324	.065	1.000	.006	.426	.141
Chronische Rückenschmerzen	.087	.098	.019	.133	.219	.162
Diabetes	.071	.105	.389	.052	.961	.082
Bluthochdruck	.336	.054	.486	.038	.205	.188
Herzerkrankungen (KHK, Durchblutungsstörungen des Herzens)	.719	.020	.179	.077	.299	.148
Herzinfarkt	1.000	-.010	1.000	-.021	.941	.083
Herzinsuffizienz	.316	.052	1.000	-.022	.032	.212
Schlaganfall	1.000	-.010	.327	-.077	.038	.197
Asthma bronchiale	.014	.148	.526	-.050	.001	.283
Chronische Bronchitis	.070	.107	1.000	-.013	.297	.166
Niereninsuffizienz	.378	-.063	.168	-.085	.060	.204
Chronische Lebererkrankung (exkl. Hepatitis A)	.489	.043	.521	-.049	.364	.150
Krebserkrankungen	1.000	-.030	1.000	-.035	.428	.158
Infektiöse oder parasitäre Erkrankungen	.101	.097	.209	-.075	.065	.182
Erkrankungen des Blutes	.719	.020	.302	-.078	.001	.266

	Unterschied Geschlecht		Unterschied Altersklassen		Unterschied Herkunftsländer	
	p	Phi	p	Phi	p	Phi
Erkrankungen des Nervensystems	1.000	-.022	.733	-.039	.257	.160
Erkrankungen des Magens oder Darms	.003	.184	.844	-.017	.022	.232
Erkrankungen der Haut	.834	.017	.692	.025	.480	.147
Erkrankungen der Zähne oder des Mundes	.124	.088	.082	.100	*	*
Blasenschwäche	.004	.162	.405	.050	.628	.121

*Nicht analysierbar

Anhang 2: Unterschiede im Auftreten der 12-Monatsprävalenz somatischer Erkrankungen nach Geschlecht, Altersgruppen und Herkunftsstaaten: Ergebnisse des Exakten Tests nach Fisher

Quelle: Eigene Darstellung.

	Unterschied Geschlecht		Unterschied Altersklassen		Unterschied Herkunftsländer	
	p	Phi	p	Phi	p	Phi
Arthrose	.590	-.052	.566	-.059	.613	.131
Arthritis	.314	.072	.341	.055	.546	.135
Osteoporose	.699	.033	1.000	.011	.737	.117
Chronische Rückenschmerzen	.112	.090	.005	.158	.481	.140
Diabetes	.151	.083	.049	.120	.633	.127
Bluthochdruck	.740	.037	.327	.062	.418	.148
Herzerkrankungen (KHK, Durchblutungsstörungen des Herzens)	1.000	.008	.688	.038	.779	.115
Herzinfarkt	1.000	.004	1.000	-.007	.907	.106
Herzinsuffizienz	1.000	.006	1.000	-.008	.087	.186
Schlaganfall	1.000	-.250	*	*	1.000	.612
Asthma bronchiale	.012	.155	.783	-.026	.002	.281
Chronische Bronchitis	.062	.110	1.000	.010	.348	.154
Niereninsuffizienz	.207	-.081	1.000	.000	.499	.137
Chronische Lebererkrankung (exkl. Hepatitis A)	1.000	.021	.564	-.059	.904	.105
Krebserkrankungen	1.000	-.030	1.000	-.035	.428	.158
Infektiöse oder parasitäre Erkrankungen	.138	.096	.527	-.041	.091	.191
Erkrankungen des Blutes	.593	.050	.327	-.078	.001	.316
Erkrankungen des Nervensystems	.209	-.082	.678	-.044	.697	.125
Erkrankungen des Magens oder Darms	.001	.198	1.000	-.007	.016	.236
Erkrankungen der Haut	.810	.022	.254	.068	.115	.185
Erkrankungen der Zähne oder des Mundes	.027	.131	.018	.137	*	*

*Nicht analysierbar

Anhang 3: Unterschiede im Auftreten der Prävalenzen psychischer Belastungen nach Geschlecht, Altersgruppen und Herkunftsstaaten: Ergebnisse des Exakten Tests nach Fisher

Quelle: Eigene Darstellung.

	Unterschied Geschlecht		Unterschied Altersklassen		Unterschied Herkunftsländer	
	p	Phi	p	Phi	p	Phi
Somatoformes Syndrom	.038	.113	.502	.038	.214	.143
Depression	.418	.045	.325	.063	.169	.179
Depressives Syndrom	.003	.205	.747	.023	*	*
Major Depressives Syndrom	.097	.088	.279	.059	*	*
Anderes Depressives Syndrom	.043	.099	.709	.019	*	*
Paniksyndrom	.237	.060	.571	.024	.136	.143
Andere Angstsyndrome	.199	.065	.293	.055	<.001	.373
Alkoholmissbrauch	.054	-.108	1.000	-.004	.196	.156
PTBS geringe Wahrscheinlichkeit	.048	-.123	.022	-.140	*	*
PTBS mittlere Wahrscheinlichkeit	.009	.164	.661	-.035	.195	.190
PTBS hohe Wahrscheinlichkeit	.637	-.031	.002	.194	*	*

*Nicht analysierbar

Anhang 4: Beschreibung der relevanten, in der systematischen Literaturrecherche identifizierten Studien

Quelle: Eigene Darstellung.

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	Studientyp, Datenquelle Setting			Gesundheits- parameter	Kategorie*
			Zeitpunkt Datenerhebung	Studienpopulation	Instrumente		
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen							
1	Ackermann et al. (2018) Screening for infectious diseases among newly arrived asylum seekers, Bavaria, Germany, 2015	Auswertung von Routinedaten: Verpflichtende Gesundheitsuntersuchung nach § 62 Abs. 1 AsylG Daten, die nach § 6 IfSG erfasst werden (meldepflichtige Daten)	Querschnittstudie Routinedaten im Rahmen der verpflichtenden Erstuntersuchung nach AsylG und IfSG Bayern 2011 – 2015	n = 95.117 getestete HIV-Proben n = 169.448 Asylbewerber:innen nach dem EASY-Registrierungssystem und Königssteiner-Schlüssel in Bayern	Routinedaten	HIV Hepatitis B Tuberkulose Salmonella Rückfallfieber	E
2	Al-Ani et al. (2021) National oral health survey on refugees in Germany 2016/2017: caries and subsequent complications	Untersuchung der Mundgesundheit, Kariesprävalenz und Folgekomplikationen bei kürzlich in Deutschland angekommenen Geflüchteten und Vergleich dieser Ergebnisse mit der deutschen Wohnbevölkerung	Multizentrische Querschnittstudie Zahnärztliche Untersuchung in Aufnahmezentren Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Berlin, Hessen Dezember 2016 – Mai 2017	n = 544 Teilnehmer:innen 62,3 % männlich Altersverteilung: 18 – 34 Jahre: n = 123 35 – 44 Jahre: n = 87 45 – 64 Jahre: n = 73 Herkunftsländer: Syrien (23,7 %), Afghanistan (16,9 %), Irak (13,9 %) (Verteilung der Herkunftsländer in der Stichprobe entspricht der Verteilung Geflüchteter in Deutschland im Allgemeinen)	Zahnärztliche Untersuchung	Karies Kariesbedingte Folgekomplikationen	D

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	Studientyp, Datenquelle Setting		Instrumente	Gesundheits- parameter	Kategorie*
			Zeitpunkt Datenerhebung	Studienpopulation			
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen							
3	Alberer et al. (2016) Spectrum of diseases occurring in refugees and asylum seekers: data from three different medical institutions in the Munich area from 2014 and 2015	Exemplarische Untersuchung des Krankheitsspektrums von Asylbewerber:innen und Geflüchteten	Querschnittstudie Retrospektive Untersuchung anonymisierter Daten aus drei Einrichtungen und Erhebungszeiträumen REFUDOCS München: Januar – März 2015 Städtisches Klinikum Schwabing: Juni 2014 – Februar 2015 Abteilung für Infektions- und Tropenmedizin: 2014	n = 329 Patient:innen aus der allgemeinmedizinischen Ambulanz REFUDOCS n = 175 stationäre Patient:innen der 1. Medizinischen Klinik des Städtischen Klinikums Schwabing n = 44 ambulante Patient:innen der Abteilung für Infektions- und Tropenmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München	Diagnosedaten	Diagnosen	B, C, D, E
4	Alberer et al. (2018) Notifiable infectious diseases in refugees and asylum seekers: experience from a major reception center in Munich, Germany	Untersuchung von Risikofaktoren für meldepflichtige Infektionskrankheiten und anderen im Kontext von Gemeinschaftsunterkünften relevanten Infektionskrankheiten zur Verbesserung der Krankheitserkennung und Prävention	Monozentrische Querschnittstudie Erfassen medizinischer Daten durch die REFUDOCS (Verein zur medizinischen Versorgung von Geflüchteten in der Bayernkaserne in München) München November 2014 – Oktober 2016	n = 15.137 Geflüchtete mit 66 verschiedenen Nationalitäten, davon n = 811 Patient:innen mit einer Infektionskrankheit, davon 24,3 % weiblich Altersstruktur: 14,3 % der Patient:innen waren minderjährig, 85,7 % Erwachsene Herkunftsländer: Somalia (17,8 %), Nigeria (13,4 %), Afghanistan (13,3 %), Eritrea (9,7 %), Syrien (7,4 %)	Diagnosedaten	Giardiasis Hepatitis B, C HIV Impetigo contagiosa Influenza Läuserückfallfieber Lues Malaria Masern	E

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	Studientyp, Datenquelle Setting		Instrumente	Gesundheits- parameter	Kate- gorie*
			Zeitpunkt Datenerhebung	Studienpopulation			
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen							
						Pediculosis Pertussis Post-polio syndrome Skabies Tuberkulose Varizellen Zoster	
5	Ammoura et al. (2021) Perinatal Data of Refugee Women from the Gynaecology Department of Charité University Hospital Berlin Compared with German Federal Analysis	Erhebung perinataler Daten von geflüchteten Frauen an der Berliner Charité und die Evaluation möglicher Unterschiede bzgl. prä-, peri-, und postnataler Ausgänge im Vergleich zu den einheimischen Frauen	Querschnittstudie Untersuchung von klinischen Daten von Frauen, die zwischen dem 01. Januar 2014 und 30. September 2017 geboren haben Berlin Januar 2014 – September 2017	n = 907 geflüchtete Frauen mit 928 Neugeborenen Altersstruktur: 66 % unter 30 Jahren Herkunftsländer: Syrien (21 %), Serbien (8 %), Vietnam (7 %), Afghanistan (7 %), Russland (6 %), Bosnien (6 %) Türkei (5 %), Albanien (3 %), Irak (3 %), Kamerun (3 %)	Klinische Daten	Frühgeburten Übertragung Indikationen Sectio postpartale Komplikationen (puerperale Endometritis, Anämie)	G
6	Bauhoff und Göppfarth (2018) Asylum-seekers in Germany differ from regularly insured in their morbidity,	Untersuchung der Morbidität, Inanspruchnahme und Kosten der Versorgung einer Stichprobe von Asylbewerber:innen im Vergleich zu einer Vergleichsgruppe von regulär	Querschnittstudie Versichertendaten der BARMER (Diagnosen nach ICD-10)	n = 3.639 Geflüchtete, die eine elektronische Gesundheitskarte besaßen und 2016 mindestens an einem Tag der BARMER zugewiesen waren	Versicherten- daten	Diagnosen nach ICD-10	A, E

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	Studientyp, Datenquelle Setting		Instrumente	Gesundheits- parameter	Kategorie*
			Zeitpunkt	Datenerhebung			
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen							
	utilizations and costs of care	Versicherten der Wohnbevölkerung (Match nach Geschlecht, Alter, Wohnort und Zeitraum der Leistungs-inanspruchnahme)	Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein	2016	62 % männlich Altersstruktur: 54 % zwischen 18 und 39 Jahren Herkunftsländer: Syrien (23 %), Afghanistan (18 %), Irak (14 %), insgesamt 45 verschiedene Herkunftsländer		
7	Belau et al. (2021a) Body mass index and associated factors among refugees living in North Rhine-Westphalia, Germany: a cross-sectional study	Untersuchung des BMI von Geflüchteten, der Veränderung des BMI während der Migration und von Einflussfaktoren auf den BMI	Querschnittstudie Selbstauskunft im Rahmen von FlueGe Bielefeld in Unterkünften in Nordrhein-Westfalen, Gewicht und Körpergröße wurden im Rahmen der Datenerhebung gewogen und gemessen Nordrhein-Westfalen Februar – November 2018	n = 326 Geflüchtete 73 % männlich Geflüchtete über 18 Jahren Herkunftsländer: Syrien (40,5 %), Irak (24 %), Afghanistan (12,9 %), Iran (5,8 %)	Untersuchung	BMI	B
8	Belau et al. (2021b) Impact of Family Separation on Subjective Time Pressure and Mental Health in Refugees from the Middle East and Africa Resettled in	Untersuchung der Auswirkungen der Familientrennung auf den subjektiven Zeitdruck und die psychische Gesundheit von Geflüchteten	Querschnittstudie (FlueGe-Gesundheitsstudie) Datenerhebung (persönliche Interviews, ärztliche Untersuchungen, übersetzter Fragebogen) in Unterkünften Ostwestfalen-Lippe	n = 208 Geflüchtete, die eine:n Ehepartner:in und/oder ein Kind oder mehrere Kinder haben 67,3 % männlich Durchschnittsalter: 36,5 Jahre	SOEP (Item zum subjektiv empfundenen Zeitdruck) SF-12-SOEP (Short Form 12) (daraus den MCS)	Subjektiv empfundener Zeitdruck Psychische Gesundheit	C

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	Studientyp, Datenquelle Setting		Studienpopulation	Instrumente	Gesundheits- parameter	Kategorie*
			Zeitpunkt	Datenerhebung				
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen								
	North Rhine- Westphalia, Germany: A Cross-Sectional Study		Februar – November 2018		Herkunftsländer: Syrien (41,8 %), Irak (27,9 %), Afghanistan (10,6 %), Iran (3,9 %)			
9	Belau et al. (2021c) Loneliness as a mediator of social relationships and health-related quality of life among refugees living in North Rhine- Westphalia, Germany	Untersuchung von Einsamkeit als Mediator für gesundheitsbezogene Lebensqualität	Querschnittstudie – FlueGe- Gesundheitsstudie Selbstauskunft im Rahmen von FlueGe Bielefeld, in Unterkünften in Nordrhein- Westfalen Ostwestfalen-Lippe Februar – November 2018	n = 326 Geflüchtete 73 % männlich Geflüchtete über 18 Jahren Herkunftsländer: Syrien (40,5 %), Irak (24, %), Afghanistan (12,9 %), Iran (5,8 %)	SF-12-SOEP (Health-Related Quality of Life (HRQoL)) SNI (Social Network Index) MOS-SSS (Medical Outcomes Study Social Support Survey) LS-SOEP (Loneliness Scale (Version des sozio- ökonomischen Panels)) CASMIN- Klassifikation (Klassifikation nach der Comparative Analysis of Social Mobility in	HRQoL Einsamkeit	C, F	

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	Studientyp, Datenquelle Setting		Instrumente	Gesundheits- parameter	Kategorie*
			Zeitpunkt	Datenerhebung			
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen							
10	Belz et al. (2017) Posttraumatic stress disorder and comorbid depression among refugees: Assessment of a sample from a German refugee reception center	Untersuchung bzw. Bestätigung der Hypothesen, dass Geflüchtete mit psychischen Belastungen mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit an einer PTBS leiden und die Mehrheit unter komorbiden psychischen Störungen leidet	Querschnittstudie Überweisung von geflüchteten Patient:innen an eine Ambulanz im Rahmen eines Kooperationsprojekts zwischen der Klinik und einem Aufnahmезentrum zur Anamnese Identifizierung von Personen, die möglicherweise an einer psychischen Belastung litten durch Sozialarbeiter:innen der Aufnahmeeinrichtung; Bestätigung des Eindrucks mithilfe des PROTECT-Fragebogens Deutschland September 2012 – September 2015	n = 85 Geflüchtete 34,1 % weiblich Alter: Geflüchtete zwischen 18 und 64 Jahren Herkunftsländer: Syrien (30,6 %), Afghanistan (29,4 %), Russland (11,8 %), Türkei (11,8 %), Irak (5,9 %), Tschetschenien (2,4 %), Libanon (2,4 %)	PROTECT ETI SCL-90-R (Symptom Checklist) BDI-II (Beck Depression Inventory Revision)	Industrial Nations) PTBS Depression/ Dysthymie Selbstverletzen- des Verhalten Suizidalität Arten von traumatischen Ereignissen	C
11	Bhusari et al. (2020) Dental Caries among Refugees in Europe: A Systematic Literature Review	Systematische Überprüfung der Erkenntnisse zu den Prävalenzen von dentaler Karies nach DMF-Index und der Mundgesundheit von Geflüchteten in Europa	Systematischer Literaturreview PubMed, Cochrane, WHOLIS (WHO Library), Web of Science, Medline Ovid und Google Scholar	n = 14 relevante Studien, davon vier Studien aus Deutschland (Solyman und Schmidt-Westhausen 2018; Goetz et al. 2018; Al-Ani et al. 2021; Freiberg et al. 2020)	Nicht zutreffend	Karies	D

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	Studientyp, Datenquelle Setting		Instrumente	Gesundheits- parameter	Kategorie*
			Zeitpunkt Datenerhebung	Studienpopulation			
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen							
			Deutschland (und weitere Länder)				
			2015 – 21. November 2020				
12	Biddle et al. (2019) Health monitoring among asylum seekers and refugees: a state-wide, cross-sectional, population-based study in Germany	Weiterentwicklung der aktuellen Ansätze zum Gesundheitsmonitoring von Geflüchteten Verlässliche Schätzungen über den Gesundheitszustand und den Zugang zu Gesundheitsdiensten	Repräsentative Querschnittstudie Selbstauskunft Geflüchteter aus Erstaufnahme- und Gemeinschaftsunterkünften (RESPOND)	n = 412 Geflüchtete 68,8 % männlich Altersverteilung: 53,2 % zwischen 18 und 30 Jahren	EHIS PHQ-2 depression Generalized Anxiety Disorder (GAD-2) DEGS European Health Interview Survey-Quality of Life (EUROHIS-QOL)	Allgemeiner Gesundheitszustand Chronische Krankheiten Depression Angststörung	A, C
13	Biddle et al. (2021) Monitoring the health and healthcare provision for refugees in collective accommodation centres: Results of the population-based survey RESPOND	Erfassung der Gesundheitssituation, des Inanspruchnahmeverhaltens und der Zugangsbarrieren Geflüchteter	Repräsentative Querschnittstudie Selbstauskunft Geflüchteter aus Erstaufnahme- und Gemeinschaftsunterkünften (RESPOND)	n = 560 Geflüchtete 31,3 % weiblich Altersverteilung: 51,4 % zwischen 18 und 31 Jahren alt	EHIS PHQ-2 GAD-2 DEGS	Allgemeiner Gesundheitszustand Chronische Krankheiten Schmerzen Gesundheitliche Einschränkungen Depression Angst	A, C

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	Studientyp, Datenquelle Setting		Instrumente	Gesundheits- parameter	Kategorie*	
			Zeitpunkt	Datenerhebung				
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen								
14	Blackmore et al. (2020) The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis	Untersuchung der Prävalenzen von psychischen Erkrankungen bei erwachsenen Geflüchteten und Asylbewerber:innen	Systematischer Literaturreview und Meta-Analyse	MedLINE, MEDLINE In-Process, EBM Reviews, Embase, PsycINFO, CINAHL, PILOTS, Web of Science	n = 26 relevante Studien, davon sechs Studien aus Deutschland (Bogic et al. (2012; Eckart et al.; Kizilhan; Lersner et al.; Richter et al.; Wulfes et al.)	Nicht zutreffend	PTBS Depression/ Dysthymie Angststörung Psychose	C
			Deutschland (und weitere Länder)	2003 – 04. Februar 2020				
15	Borho et al. (2020) The prevalence and risk factors for mental distress among Syrian refugees in Germany: a register-based follow-up study	Untersuchung der Prävalenzveränderung psychischer Störungen unter erwachsenen syrischen Geflüchteten mit deutscher Aufenthaltserlaubnis unter Berücksichtigung ihrer zunehmenden Aufenthaltsdauer in Deutschland und die Veränderung ihrer Beziehung zu Risikofaktoren vor und nach der Migration	Registergestützte Follow-up-Studie mit zwei Messzeitpunkten (PROSREF)	Selbstauskunft, Rekrutierung über das Jobcenter Erlangen Erlangen Juli – Dezember 2017	n = 108 syrische Geflüchtete aus Erlangen mit Aufenthaltsgenehmigung 31,5 % weiblich Durchschnittsalter: t1 = 35,67 Jahre t2 = 36,92 Jahre	PHQ-9 PHQ-15 BISS (Body Image States Scale) GAD-7 ETI	Depression Angststörung PTBS Psychische Störung	C
16	Borho et al. (2021) Somatic distress among Syrian refugees with residence permission in Germany: analysis of a	Untersuchung der Prävalenz von Risikofaktoren für somatische Beschwerden von erwachsenen syrischen Geflüchteten	Registergestützte Follow-up-Studie mit zwei Messzeitpunkten (PROSREF)		n = 116 syrische Geflüchtete aus Erlangen mit Aufenthaltsgenehmigung 31,0 % weiblich	PHQ-9 PHQ-15 BISS	Akkulturativer Stress Somatische Störung	B, C

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	Studientyp, Datenquelle Setting		Instrumente	Gesundheits- parameter	Kategorie*
			Zeitpunkt Datenerhebung	Studienpopulation			
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen							
	cross-sectional register-based study		Selbstauskunft, Rekrutierung über das Jobcenter Erlangen Erlangen Juli – Dezember 2017	Durchschnittsalter: 36,7 Jahre (19 – 64 Jahre) 69 % männlich Altersstruktur: 57 % zwischen 19 und 36 Jahren 43 % zwischen 37 und 64 Jahren	GAD-7 ETI	Depressive Symptome Angstsymptome Traumatische Ereignisse PTBS	
17	Borho et al. (2022) Mental Health Screening of Syrian Refugees in Germany: The Refugee Health Screener	Vergleich des RHS-15 mit Referenzscreenern zu ausgewählten psychischen Belastungen und Bewertung der diagnostischen Qualität Ausweisen der Prävalenzen psychischer Belastungen von syrischen Geflüchteten	Querschnittsanalysen der prospektiven Längsschnittstudie (PROSREF) mit zwei Messzeitpunkten (2017 und 2019) Selbstauskunft, Rekrutierung über das Jobcenter Erlangen Erlangen 2017 und Februar – April 2019	n = 116 syrische Geflüchtete, die zwischen 2014 und 2017 nach Deutschland kamen 69 % männlich Altersstruktur: 57 % zwischen 19 und 36 Jahren 43 % zwischen 37 und 64 Jahren	RHS-15 RHS-13 PHQ-9 PHQ-D/GAD-7 ETI	Depression Angstzustände PTBS	C
18	Bozorgmehr et al. (2016a) Systematic review and evidence mapping of empirical studies on health status and medical care among refugees and asylum seekers in Germany (1990-2014)	Geben einer umfassenden Übersicht des Forschungsstands zum Gesundheitszustand und der medizinischen Versorgung von Geflüchteten und Asylsuchenden in Deutschland	Systematischer Literaturreview mit Evidenzmapping empirischer Studien PubMed/MEDLINE, ISI Web of Science, International Bibliography of Social Sciences, Sociological Abstracts, Social Science Citation Index, Worldwide	n = 52 relevante Studien	Nicht zutreffend	Infektionskrankheiten: Tuberkulose, fakultativ pathogene enterale Erreger, nach ICD-10, Hepatitis B, Gonorrhoe, Meningitis	B, C, D, E

#	Autor:innen (Jahr)	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	Studientyp, Datenquelle Setting		Instrumente	Gesundheits- parameter	Kategorie*	
	Titel		Zeitpunkt	Datenerhebung				Studienpopulation
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen								
			Political Science Abstracts, CINAHL, Sowiport, ASSIA, Medpilot, Deutsche Nationalbibliothek			Nicht übertragbare chronische Erkrankungen: Erkrankungen der Atemwege, des HNO-Trakts, Hauterkrankungen, Zahn- probleme, Gastrointestinal- beschwerden, Schmerzen/ Neuralgien, Unfälle, psychosomatische Beschwerden, unspezifische Symptome		
			Deutschland			Zahngesundheit		
			1990 – 2014			Psychische Gesundheit: PTBS, Depression, Angststörung, Suizidalität, erfolgte Suizide		
19	Bozorgmehr et al. (2017a)	Nutzen des Tuberkulosescreeings bei Asylsuchenden in	Systematischer Literaturreview und Metaanalyse		n = 6 relevante Studien	Nicht zutreffend	Tuberkulose	E

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	Studientyp, Datenquelle Setting		Instrumente	Gesundheits- parameter	Kategorie*
			Zeitpunkt Datenerhebung	Studienpopulation			
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen							
	Yield of active screening for tuberculosis among asylum seekers in Germany: a systematic review and meta-analysis	Deutschland im Rahmen des Erstscreenings nach § 62 IfSG	PubMed/MEDLINE, ISI Web of Science, International Bibliography of Social Sciences, Sociological Abstracts, Social Science Citation Index, Worldwide Political Science Abstracts, CINAHL, Sowiport, ASSIA, Medpilot, Deutsche Nationalbibliothek	Deutschland (Studien auf Bundeslandebene bzw. eine Studie mit Bezug zu München) 1990 – 2016			
20	Bozorgmehr et al. (2018a) Differences in pregnancy outcomes and obstetric care between asylum seeking and resident women: a cross-sectional study in a German federal state, 2010-2016	Untersuchung von Unterschieden in Schwangerschafts-ergebnissen und der geburtshilflichen Versorgung zwischen Geflüchteten und einheimischen Frauen	Querschnittstudie (RESPOND) Verwaltungsdaten des Städtischen Klinikums Karlsruhe Karlsruhe 2010 – 2016	n = 19.864 Frauen, davon n = 569 (2,9 %) Asylbewerberinnen Durchschnittsalter Asylbewerber:innen: 27,1 Jahre (12 – 44 Jahre)	Verwaltungsdaten	Diagnosen nach ICD-10	G

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	Studientyp, Datenquelle Setting		Instrumente	Gesundheits- parameter	Kategorie*
			Zeitpunkt Datenerhebung	Studienpopulation			
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen							
21	Bozorgmehr 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	Analyse des Ersts Screenings im Hinblick auf die Differenz zwischen der Ausbeute des Screenings und der Number needed to screen (NNS) nach Herkunftsland sowie die Auswirkungen von Screening-Schwellenwerten auf die Sensitivität Analyse der von der WHO geschätzten Tuberkulosebelastung zur Verbesserung der Vorhersagegenauigkeit der Screening-Ausbeute	Querschnittstudie (RESPOND) Daten des Ersts Screenings nach § 62 IfSG aus dem Hauptaufnahmezentrum in Baden-Württemberg Baden-Württemberg 2002 – 2015	n = 119.037 Asylsuchende 31,0 % weiblich Altersstruktur: jünger als 15 Jahre: 20,4 % 15 – 24 Jahre: 29,8 % 25 – 44 Jahre: 43,0 % Herkunftsländer: 81 verschiedene Herkunftsländer	Routinedaten	Tuberkulose	E
22	Brinckmann et al. (2018) Neurological Emergencies in Refugees	Untersuchung des Krankheitsspektrums neurologischer Erkrankungen Geflüchteter einer Notaufnahme eines deutschen Universitätsklinikums Vergleich der Ergebnisse mit der einheimischen Wohnbevölkerung	Querschnittstudie Medizinische Daten einer Notaufnahme Berlin Juli 2015 – Februar 2016	n = 100 geflüchtete Patient:innen 75 % männlich Durchschnittsalter: 33,2 Jahre	Klinische Daten	Neurologische Diagnosen	B
23	Comtesse und Rosner (2019) Prolonged grief disorder among	Untersuchung der Häufigkeit und möglicher Risikofaktoren einer anhaltenden Trauerstörung (PGD) bei	Querschnittstudie Semistrukturierte Interviews mit Geflüchteten in einer	n = 99 Geflüchtete, davon n = 29 Personen, die auf ihren Asylbescheid warteten, 32 Personen, die gegen ihren abgelehnten Asylbescheid	TGI-SR (Traumatic Grief Inventory-Self Report)	Anhaltende Trauerstörung	C

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	Studientyp, Datenquelle		Instrumente	Gesundheitsparameter	Kategorie*
			Setting	Zeitpunkt Datenerhebung			
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen							
	asylum seekers in Germany: the influence of losses and residence status	kürzlich geflüchteten Asylsuchenden	Gemeinschaftsunterkunft in Bayern Bayern Dezember 2017 – Juli 2018	Einspruch eingelegt hatten, 38 Personen, denen eine befristete Aufenthaltsgenehmigung erteilt worden war 32,3 % weiblich Durchschnittsalter: 30,12 Jahre (19 – 74 Jahre) Herkunft: 45 % der Befragten hatten einen arabischen, 32 % einen kurdischen und 15 % einen afghanischen Hintergrund	PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist) PHQ-9		
24	Costa et al. (2020) Subjective social status mobility and mental health of asylum seekers and refugees: Population-based, cross-sectional study in a German federal state	Assoziation zwischen subjektivem Sozialstatus und psychischer Gesundheit	Bevölkerungsbasierte Querschnittstudie (RESPOND) Datenerhebung mittels standardisierten übersetzten Fragebogens in Unterkünften Baden-Württemberg März – August 2018	n = 560 Geflüchtete aus 64 Unterkünften 62 % männlich Altersverteilung: 29,3 % zwischen 18 und 25 Jahren	MacArthur-Skala PHQ-2 GAD2 EUROHIS-QOL	Gesundheitsbezogene Lebensqualität Angstzustände Depressive Symptome	C, F
25	Creutz et al. (2022) Evaluation of virulence potential of methicillin-sensitive and methicillin-resistant	Bewertung des Virulenzpotenzials von Methicillin-empfindlichen und Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus-Isolaten (MRSA) aus einer	Querschnittstudie (FlueGe-Gesundheitsstudie) Nasale Abstriche bei Geflüchteten einer Gemeinschaftsunterkunft zzgl.	n = 198 Geflüchtete 76 % männlich	Untersuchung	MRSA	H

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	Studientyp, Datenquelle Setting		Instrumente	Gesundheits- parameter	Kategorie*	
			Zeitpunkt	Datenerhebung				Studienpopulation
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen								
	Staphylococcus aureus isolates from a German refugee cohort	deutschen Kohorte Geflüchteter	eines Fragebogens	((Sozio-)Demographie, Fluchtrouten, medizinische Informationen etc.)	davon willigten n = 161 in den Nasenabstrich ein (davon 78 % männlich)			
			Nordrhein-Westfalen		Herkunftsländer: Syrien, Irak, Libanon, Iran, Bangladesch, Afghanistan,			
			Januar – August 2018					
26	Denkinger et al. (2021) Longitudinal Changes in Posttraumatic Stress Disorder After Resettlement Among Yazidi Female Refugees Exposed to Violence	Untersuchung der Veränderungen im Schweregrad der PTBS und Bewältigung bei schwer traumatisierten jesidischen weiblichen Geflüchteten sowie Risiko- und Schutzfaktoren für den Verlauf der PTBS	Prospektive Kohortenstudie (1 year-follow-up)	Selbstauskunft von Geflüchteten, die über das Humanitarian Admission Program für Frauen und Kinder ohne familiäre Unterstützung, die IS Gewalt überlebt haben (insbesondere sexuelle Nötigung), rekrutiert wurden	Baseline: n = 116 Frauen (Follow-up: n = 96 Frauen)	IES (Impact of Event Scale)	PTBS	C
			14 deutsche Städte		Durchschnittsalter: 32,2 Jahre			
			September 2017 – Januar 2018		Herkunft: 99,1 % Jesidinnen und 0,9 % Christinnen			
27	Dietrich et al. (2019) Screening for posttraumatic stress disorder in young adult refugees from Syria and Iraq	Bewertung der Durchführbarkeit alternativer PTBS-Screening-Instrumente Schätzung der Prävalenz von PTBS-Screening-Diagnosen (Anzeichen von PTBS)	Querschnittstudie	Befragung syrischer und irakischer Geflüchteter per CATI (Computer-assisted telephone interviews) oder CAWI (Computer-assisted	n = 175, davon n = 57 (CATI) und n = 118 (CAWI) 87,4 % männlich	ETI SSS-PSD (Short Screening Scale for Posttraumatic Stress Disorder) SCL-10	PTBS	C
					Altersspanne: 18 – 24,9 Jahre			

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	Studientyp, Datenquelle Setting		Instrumente	Gesundheits- parameter	Kategorie*
			Zeitpunkt Datenerhebung	Studienpopulation			
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen							
		Bewertung der damit verbundenen psychosozialen Faktoren	web interviews), Rekrutierung über das Arbeitslosenregister Deutschland Januar 2016	Herkunftsländer: Syrien (135 Männer), Irak (18 Männer)	SF-12		
28	Dudek et al. (2022) Association between housing and health of refugees and asylum seekers in Germany: explorative cluster and mixed model analysis	Erstellung umfassender Typologie von Flüchtlingsunterkünften, indem Cluster von Merkmalen identifiziert werden, die als Grundlage für eine innovative, mehrdimensionale Art der Bewertung der Wohnsituation von Geflüchteten dienen Ermitteln von Zusammenhängen zwischen den Unterkunftsclustern und der Gesundheit von Geflüchteten	Clusteranalyse bevölkerungsbezogener, sekundärer Querschnittsdaten Daten: IAB-BAMF-SOEP-Survey of Refugees, repräsentativ für Geflüchtete in Deutschland Deutschland Jährliche Befragung ab 2016	n = 1.535 Befragte aus n = 1.159 Haushalten 37,1 % weiblich Durchschnittsalter: 36 Jahre Herkunftsländer: Syrien (51,9 %), Afghanistan (14 %), Irak (14 %)	MCS PCS (Physical health Component Score) SF-12	MCS PCS	B, C
29	Ehlkes et al. (2018) Negligible import of enteric pathogens by newly-arrived asylum seekers and no impact on incidence of notified Salmonella and Shigella infections and outbreaks in	Stuhl-Screening Salmonellose und Shigellose nach IfSG Nutzenbewertung von Stuhl-Screenings für die öffentliche und individuelle Gesundheit Prävalenzen von Darmpathogenen unter Asylbewerber:innen nach	Querschnittstudie Daten: Meldedaten nach IfSG Rheinland-Pfalz Januar 2015 – Mai 2016	(1) n = 23.410 Stuhlproben (Salmonella) Durchschnittsalter: 22 Jahre Herkunftsländer: Syrien (34,7 %), Afghanistan (16,7 %),	Meldedaten nach IfSG	Salmonella Helminthen	E

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	Studientyp, Datenquelle Setting		Instrumente	Gesundheits- parameter	Kategorie*	
			Zeitpunkt	Datenerhebung				
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen								
	Rhineland-Palatinate, Germany, January 2015 to May 2016	Alter, Geschlecht, geographischer Herkunft, Häufigkeiten von Salmonellose und Shigellose			Albanien (13,7 %), Kosovo (7,5 %) (2) n = 14.511 Proben (Helminthen) 37,6 % der Proben von Frauen Durchschnittsalter: 21 Jahre Herkunftsländer: Afghanistan (22,1 %), Syrien (18,1 %), Albanien (16,8 %), Kosovo (11,7 %)			
30	Ehlkes et al. (2019) No evidence of carbapenemase-producing Enterobacteriaceae in stool samples of 1,544 asylum seekers arriving in Rhineland-Palatinate, Germany, April 2016 to March, 2017	Prävalenzen von ESBL-PE/C-PE unter Asylbewerber:innen in Rheinland-Pfalz	Querschnittstudie Daten: Untersuchung von Stuhlproben auf ESBL-PE und C-PE im Rahmen der Erstuntersuchung Rheinland-Pfalz April 2016 – März 2017	n = 1.544 Asylbewerber:innen 62 % männlich Durchschnittsalter: 23 Jahre Herkunftsländer: Syrien (21,0 %), Afghanistan (18,3 %), Eritrea (12,4 %), Iran (11,0 %), Somalia (10,4 %), Pakistan (7,5 %)	Untersuchung von Stuhlproben	ESBL-PE C-PE	E	
31	Eiset und Wejse (2017) Review of infectious diseases in refugees and asylum seekers-	Untersuchung der Epidemiologie von Infektionskrankheiten von	Systematischer Literaturreview	n = 51 relevante Studien (darunter Deutschland als Setting)	Nicht zutreffend	Tuberkulose HIV Hepatitis B, C	E	

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	Studientyp, Datenquelle Setting		Instrumente	Gesundheits- parameter	Kate- gorie*
			Zeitpunkt Datenerhebung	Studienpopulation			
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen							
	current status and going forward	Geflüchteten differenziert nach Migrationsstatus	PubMed, European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), WHO	01. Januar 2016 – 03. Juli 2016		Malaria Shigella Kutane Diphtheria Läuserückfallfieber Leishmaniose MRSA, ESBL/CPO Sexuell übertragbare Krankheiten	
32	Freiberg et al. (2020) Dental Care for Asylum-Seekers in Germany: A Retrospective Hospital-Based Study	Untersuchung der Zahngesundheit Geflüchteter, um ein detailliertes Bild der in Anspruch genommenen zahnärztlichen Leistungen durch Asylbewerber:innen zu geben Quantifizierung der Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen, Beschwerden, die zur Inanspruchnahme führten, vom Zahnarzt gestellte Diagnosen und Behandlungen	Retrospektive Beobachtungsstudie Alle Asylbewerber:innen, die beim Sozialamt Halle (Saale) registriert waren und an mind. einem Tag eine zahnärztliche Versorgung in Anspruch genommen haben Daten wurden von handschriftlichen Ärzt:innendokumentationen erfasst Halle (Saale)	n = 475 Geflüchtete 71,8 % männlich Altersstruktur: Mehr als 50 % der Stichprobe waren zwischen 20 und 34 Jahre alt Herkunftsländer: Syrien (39,4 %), Afghanistan (9,7 %), Iran (8,0 %), Somalia (6,1 %)	Zahnärztliche Untersuchung	Zahnbeschwerden Karies Parodontitis Pulpitis Gingivitis Prothesenersatz Entzündungen Akkretion	D

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	Studientyp, Datenquelle Setting		Instrumente	Gesundheits- parameter	Kategorie*
			Zeitpunkt Datenerhebung	Studienpopulation			
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen							
33	Führer et al. (2020) Serious shortcomings in assessment and treatment of asylum seekers' mental health needs	Untersuchung der Versorgungslücke der psychologischen Versorgung – sowohl im Rahmen der Diagnostik als auch in der leitliniengerechten Therapie psychischer Beschwerden	(1) Sekundärdatenanalyse der Abrechnungsdaten des Sozialamtes in Halle (Saale) (2) Querschnittstudie zur Erfassung des Versorgungsbedarfs (Zugang zur und Umfang der Versorgung) – nur Erfassung der ambulanten Versorgung durch Datenerhebung in Unterkünften Halle (Saale) 2015	(1) n = 4.107 Leistungsbezieher:innen 77,5 % männlich Durchschnittsalter: 29,9 Jahre Herkunftsländer: Syrien (46,7 %), Afghanistan (7,9 %), Benin (4,6 %), Iran (4,8 %), Indien (3,0 %) (2) n = 214 Befragte 85 % männlich Durchschnittsalter: 29,2 Jahre Herkunftsländer: Syrien (67,8 %), Afghanistan (13,1 %), Benin (5,1 %), Iran (4,7 %), Indien (2,3 %)	HSCL-25 HTQ	Depression Angststörung PTBS	C
34	Georges et al. (2021) Health determinants among refugees in Austria and Germany: A propensity-matched comparative study for	Untersuchung der selbst- eingeschätzten Gesundheit von Geflüchteten und Gesundheitsdeterminanten und der Unterschiede zwischen Deutschland und Österreich	Querschnittstudie (IAB-BAMF-SOEP-Refugee Survey 2016 for Germany) CAPI Deutschland 2016	n = 4.527 erwachsene Geflüchtete, die zwischen 2013 und 2016 nach Deutschland kamen 64 % männlich	EHIS-Befragung IAB-BAMF-SOEP 2016	Allgemeiner Gesundheitszustand	A

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	Studientyp, Datenquelle Setting		Instrumente	Gesundheits- parameter	Kate- gorie*
			Zeitpunkt	Datenerhebung			
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen							
	Syrian, Afghan, and Iraqi refugees				Durchschnittsalter: 33 Jahre Herkunftsländer: Syrien (67 %), Irak (17 %), Afghanistan (16 %)		
35	Georgiadou et al. (2017) High Manifestations of Mental Distress in Arabic Asylum Seekers Accommodated in Collective Centers for Refugees in Germany	Untersuchung der Häufigkeiten von PTBS, Depressionen, generalisierten Ängsten bei Asylbewer- ber:innen und der Prävalenz von traumatischen Ereignissen Bewertung der Verständlichkeit und Angemessenheit der arabischen Übersetzung der Fragebögen	Querschnittstudie Fragebogenerhebung in drei Unterkünften Erlangen August – September 2016	n = 56 arabischsprechende erwachsene Geflüchtete 35,7 % weiblich Durchschnittsalter 27,2 Jahre Herkunftsländer: Irak (46,4 %), Syrien (33,9 %)	ETI PHQ-9 GAD-7	PTBS Depression Angststörung Traumatische Ereignisse	C
36	Georgiadou et al. (2018) Prevalence of Mental Distress Among Syrian Refugees With Residence Permission in Germany: A Registry-Based Study	Untersuchung psychischer Belastungen von syrischen Geflüchteten mit Aufenthaltserlaubnis, die seit 2014 in Deutschland leben (unter Berücksichtigung der Umstände im Herkunfts- und Aufnahmeland sowie der Fluchtbedingungen)	Registergestützte Querschnittstudie Rekrutierung über das Erlanger Job-Center; Kontaktieren aller registrierten syrischen Geflüchteten (n = 518), die nach 2014 nach Deutschland kamen, in Erlangen wohnten, Arbeitslosengeld bezogen und eine Aufenthaltserlaubnis	n = 200 syrische Geflüchtete Durchschnittsalter: 33,3 Jahre	ETI PHQ-9 GAD-7	PTBS Depression Angststörung	C

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	Studententyp, Datenquelle Setting		Instrumente	Gesundheits- parameter	Kategorie*
			Zeitpunkt Datenerhebung	Studienpopulation			
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen							
			hatten; Befragung per Fragebogen auf Arabisch				
			Erlangen				
			Juli – Dezember 2017				
37	Goetz et al. (2018) Assessment of oral health and cost of care for a group of refugees in Germany: a cross-sectional study	Untersuchung der Mundgesundheit von Geflüchteten und Schätzung der Kosten für die Mundpflege auf Grundlage des regelmäßigen und eingeschränkten Zugangs	Querschnittstudie/Pilotstudie Untersuchung erfolgte durch einen Zahnarzt mit Übersetzer:innen (Arabisch, Farsi, Persisch, Russisch) Datenerfassung gemäß DMF-T Index in Erstaufnahme-einrichtung und Gemeinschaftsunterkunft Schleswig-Holstein August 2016 – Juli 2017	n = 102 Geflüchtete 82,4 % männlich Durchschnittsalter: 28,6 Jahre Herkunftsländer: Afghanistan (24 %), Irak (18 %), Syrien (14 %)	Zahnärztliche Untersuchung	Karies (DMFT)	D
38	Goodman et al. (2018) A cross-sectional investigation of the health needs of asylum seekers in a refugee clinic in Germany	Beschreibung der medizinischen Diagnosen in einer Dresdener Klinik von Asylbewerber:innen Überblick über die Häufigkeiten der Diagnosen nach Diagnosegruppen	Querschnittstudie Analyse von medizinischen Diagnosedaten Dresden 15. September – 31. Dezember 2015	n = 2.753 Patient:innen 28,6 % weiblich Durchschnittsalter: 25 Jahre	Diagnosedaten	Diagnosen nach ICD-10	B, C
39	Haumeder et al. (2019) Psychological adaptation and	Untersuchung trauma-bezogener Bewältigungs-selbstwirksamkeit, Resilienz und Umweltfaktoren als	Mixed-Methods Studie	(1) n = 127 33,9 % weiblich	PTSD Checklist for DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual	PTBS	C

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	Studientyp, Datenquelle Setting		Instrumente	Gesundheits- parameter	Kategorie*
			Zeitpunkt Datenerhebung	Studienpopulation			
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen							
	posttraumatic stress disorder among Syrian refugees in Germany: a mixed-methods study investigating environmental factors	Prädiktoren für psychologische Anpassung und PTBS bei syrischen Geflüchteten in Deutschland Untersuchte Prädiktoren für (Fehl-)Anpassung an potenziell traumatische Ereignisse (1) Traumarelevante CSE (2) Resilienz (3) Umweltfaktoren	Rekrutierung erwachsener syrischer Geflüchteter über 14 öffentliche Organisationen (1) Quantitative Daten – Selbstausskunftfragebögen (2) Qualitative Daten – Interviews Zwei deutsche Städte November 2017 – Februar 2018	Durchschnittsalter: 31,9 Jahren (2) n = 10	of Mental Disorders) Trauma CSE Scale Resilience Scale-11		
40	Heudorf et al. (2016) Multidrug-resistant organisms in refugees: prevalences and impact on infection control in hospitals	Screening von in sechs unterschiedliche Krankenhäuser eingelieferten Geflüchteten auf MDRO und MRSA oder MRGN	Multizentrische Studie Daten durch mikrobiologische Diagnostik in Krankenhauslaboren mit Übermittlung an das Gesundheitsamt Krankenhäuser der Rhein-Main-Region Dezember 2015 – März 2016	n = 325 auf MRSA getestete Geflüchtete n = 290 auf MRGN getestete Geflüchtete k. A. zu soziodemographischen Merkmalen	Screening und mikrobiologische Untersuchung	MRSA MRGN MDRO	H
41	Hintermeier et al. (2021) SARS-CoV-2 among migrants and forcibly displaced populations:	Zusammenfassen der empirischen Erkenntnisse über das Infektionsrisiko, die Übertragung, Entwicklung von Krankheiten und das Risiko eines schweren	Systematischer Literaturreview MEDLINE, WOS, Preprint-Server, Websites Deutschland	n = 15 Studien	Nicht zutreffend	SARS-CoV-2	E

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	Studientyp, Datenquelle Setting		Instrumente	Gesundheits- parameter	Kate- gorie*
			Zeitpunkt Datenerhebung	Studienpopulation			
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen							
	A rapid systematic review	Krankheitsverlaufs bei Migrant:innen, Geflüchteten, Asylbewerber:innen und Binnenvertriebenen Erkenntnisse über die Auswirkungen von Abriegelungsmaßnahmen auf die Gesundheit der Menschen sowie über wirksame politische Strategien zur Vermeidung von Risiken und negativen Folgen Zusammentragen des Inzidenzrisikos von SARS-CoV-2 – Vergleich zwischen Migrant:innen und Nicht-Migrant:innen im Hinblick auf die Hospitalisierungsrate	01. Dezember 2019 – 26. Juni 2020				
42	Hoell et al. (2021) Prevalence of depressive symptoms and symptoms of post-traumatic stress disorder among newly arrived refugees and asylum seekers in Germany: systematic	Untersuchung der Prävalenz von depressiven und PTBS-Symptomen von Geflüchteten in Deutschland Untersuchung von Studienmerkmalen und Merkmalen der Studienpopulation auf die Prävalenzschätzung	Systematischer Literaturreview und Metaanalyse PubMed, CINAHL, PsycINFO, PSYINDEX, Academic Search Complete, Science Direct and Web of Science Deutschland	n = 31 Studien	Nicht zutreffend	PTBS Depressive Symptome	C

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	Studientyp, Datenquelle Setting		Instrumente	Gesundheits- parameter	Kategorie*
			Zeitpunkt Datenerhebung	Studienpopulation			
	review and meta-analysis	Vergleich der Prävalenzen zwischen Geflüchteten und der deutschen Wohnbevölkerung	Januar 2000 – Mai 2020				
43	Jablonka et al. (2017b) Hepatitis A immunity in refugees in Germany during the current exodus	Untersuchung der Hepatitis A-Immunität bei Geflüchteten einer Erstaufnahmeeinrichtung	Querschnittsanalyse Retrospektive Auswertung von Routinedaten von Patient:innen, die in einer medizinischen Ambulanz in einer Erstaufnahmeeinrichtung vorstellig wurden Norddeutschland August 2015	n = 249 Geflüchtete 84,3 % männlich Durchschnittsalter: 29,1 Jahre	Untersuchung von Serumproben	Hepatitis A	E
44	Jablonka et al. (2018a) Tuberculosis Specific Interferon-Gamma Production in a Current Refugee Cohort in Western Europe	Beurteilung der latenten und aktiven Tuberkulose bei Geflüchteten durch tuberkulosespezifische Interferon-Gamma-Freisetzungstests	Querschnittstudie Routinemäßige serologische Untersuchungen von Teilnehmer:innen, die aufgrund akuter Beschwerden vorstellig wurden Norddeutschland August 2015	n = 232 Geflüchtete aus vier Aufnahmeeinrichtungen 74,9 % männlich Durchschnittsalter: 26 Jahre	Ärztliche Untersuchung (routinemäßiges Testen und serologische Analysen)	Tuberkulose	E
45	Jablonka et al. (2018b) Prevalence and Types of Anemia in a Large	Untersuchung der Prävalenz und des Schweregrads und der Art von Anämien bei Geflüchteten	Querschnittstudie Ärztliche Untersuchung von Geflüchteten, die aufgrund von akuten Symptomen in ambulanten Kliniken der	n = 787 Patient:innen 76,1 % männlich Durchschnittsalter: 26 Jahre (6-76 Jahre)	Serologische Untersuchung	Anämie	B

*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	Studientyp, Datenquelle Setting		Instrumente	Gesundheits- parameter	Kate- gorie*
			Zeitpunkt Datenerhebung	Studienpopulation			
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen							
	Refugee Cohort in Western Europe in 2015		Aufnahmezentren vorstellig wurden; Blutabnahme und serologische Untersuchung				
			Sechs Aufnahmezentren in Norddeutschland				
			August 2015				
46	Jablonka et al. (2021) Acute respiratory infections in an adult refugee population: an observational study	Analyse von Häufigkeiten von Atemwegserkrankungen bei erwachsenen Geflüchteten, Verteilung über die Zeit, Faktoren, die die Entwicklung beeinflussen und gewählte Behandlungsmethoden	Retrospektive Beobachtungsstudie Analyse von medizinischen Daten aus Patient:innenakten, die nachträglich nach ICD-10 kodierte wurden Zelle: September 2015 – Juni 2016 Friedland: August 2017 – Januar 2019	n = 2.840 Patient:innen Durchschnittsalter: 32 Jahre Herkunftsländer: Syrien (34,5 %), Irak (14,9 %), Afghanistan (10,3 %)	Diagnosedaten	Akute Atemwegsinfekte nach ICD-10	B
47	Jahn et al. (2021) Health monitoring of refugees in reception centres for asylum seekers: Decentralized surveillance network for the analysis of routine medical data	Hintergrund: Verbesserung der Qualität medizinischer Dokumentation in Aufnahmeeinrichtungen Entwicklung eines Systems für routinemäßiges Monitoring von Krankheiten Geflüchteter in Unterkünften (RefCare®) Ziel: Vorstellen des	Querschnittsanalyse auf Grundlage von PriCare Exemplarische Auswertung von Krankheitsdaten Geflüchteter (Morbiditätsprofil) Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg Mai 2018 – August 2020	n = 9.853 Patient:innen 40,4 % weiblich	Diagnosedaten	Diagnosen	B, C

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	Studientyp, Datenquelle Setting		Instrumente	Gesundheits- parameter	Kategorie*
			Zeitpunkt	Datenerhebung			
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen							
		konzeptionellen und praktischen Ansatzes, Beschreibung des technischen Verfahrens					
		Exemplarische Auswertung von Ergebnissen					
48	Jesuthasan et al. (2018) Near-death experiences, attacks by family members, and absence of health care in their home countries affect the quality of life of refugee women in Germany: a multi-region, cross-sectional, gender-sensitive study	Untersuchung der Situation im Heimatland, Beweggründe für die Flucht, Erfahrungen während der Reise, Lebensqualität, Gesundheitszustand und Wahrnehmung der Bedürfnisse nach der Ankunft im Aufnahmeland Identifizieren von Faktoren und Erfahrungen auf der Reise, die mit einer verbesserten oder verschlechterten Lebensqualität in Verbindung stehen	Querschnittstudie Befragung mittels strukturierten Fragebogens in Unterkünften Berlin, Rostock, Mainz, Frankfurt, Nürnberg (Gemeinschaftsunterkünfte) (keine Zeitangabe)	n = 663 Frauen Altersstruktur: 17 – 69 Jahre; 17 – 29 Jahre (48 %), 30-45 Jahre (38 %), 46-69 Jahre (14 %) Herkunftsländer: Syrien (47 %), Afghanistan (25 %), Irak (11 %), Eritrea (9 %), Iran (6 %), Somalia (3 %)	HTQ HSCL-25 SCL EUROHIS-QOL ICSEY (International Comparative Study of Ethnocultural Youth)	Hunger oder Durst Unfall Nahtoderfahrung Gesundheitsbezogene Lebensqualität	C
49	Kaltenbach et al. (2018) Course of Mental Health in Refugees-A One Year Panel Survey	Untersuchung des Verlaufs der psychischen Gesundheitssymptome in einer unbehandelten Flüchtlingsstichprobe in Deutschland	Längsschnittstudie/Panelhebung (über ein Jahr) Monatliche Telefoninterviews mit Hilfe eines Selbstauskunftsinstruments über emotionale Belastungen	n = 57 60 % weiblich Durchschnittliches Alter: 30,3 Jahre	RHS-13 PCL-5 PSS-I (PTSD Symptom Score -	PTBS Depression	C

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	Studientyp, Datenquelle Setting		Instrumente	Gesundheits- parameter	Kate- gorie*
			Zeitpunkt	Datenerhebung			
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen							
			und Lebensveränderungen (t1-t12)	Herkunftsländer: Syrien (39 %), Afghanistan (26 %), Iran (12 %), Balkanstaaten (11 %), Irak (7 %), Westafrika (4 %), Russland (2 %)	Interview Version) PHQ-9 LEC-5 (Life Events Checklist) PMLD (Post- Migration Living Difficulties Checklist) for Postmigrational Stressors		
			Halbstrukturierte klinische Interviews (t0, t6, t12) zu PTBS, Depression, traumatische Ereignisse (t0), postmigrantische Stressoren (t12)	Stichprobe/Rekrutierung: Geflüchtete, die in Unterkünften angesprochen wurden			
			Mittelgroße Stadt in Süddeutschland				
			2015 – 2017				
50	Kaufmann et al. (2021) Maternal mental healthcare needs of refugee women in a State Registration and Reception Centre in Germany: A descriptive study	Beschreibung einer psychosozialen Anlaufstelle für schwangere Geflüchtete und junge Mütter in einem Aufnahmezentrum in Deutschland und der Patientinnen hinsichtlich der soziodemographischen, psycho-metrischen Merkmale, klinischen Diagnosen und subjektiven Beeinträchtigun- gen, Einstellungen zur und Erfahrungen mit der aktuellen	Querschnittstudie Psychosoziale Walk-in-Klinik in einem Aufnahmezentrum für schwangere und junge Mütter; Selbstauskunftsdaten von allen Schwangeren und Müttern (18 Jahre oder älter), die die Walk-in-Klinik aufgesucht haben	n = 120 Durchschnittsalter: 26,9 Jahre (18-43 Jahre) Herkunftsländer: Sub-Sahara (75,0 %), Süd-Ost- Europa (14,2 %), Arabische Länder inkl. Maghreb (10,8 %)	PC-PTSD-4 (Primary Care PTSD-Screen for DSM-IV) PHQ-2 GAD-7 PHQ-P WHO-5 SCID-4 (Structured	PTBS Depression Angststörung Paniksyndrom Psychisches Wohlbefinden Substanzmiss- brauch	C, G

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	Studientyp, Datenquelle Setting		Instrumente	Gesundheits- parameter	Kategorie*
			Zeitpunkt Datenerhebung	Studienpopulation			
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen							
		Schwangerschaft und psychosoziale und -therapeutische Interventionen während der Beratungsgespräche			Clinical Interview for DSM 4)		
51	Kleinert et al. (2019) Does refugee status matter? Medical needs of newly arrived asylum seekers and resettlement refugees – a retrospective observational study of diagnoses in a primary care setting	Ermitteln des medizinischen Bedarfs von Asylbewerber:innen und Resettlement-Geflüchteten anhand der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und der von Allgemeinärzt:innen gestellten Diagnosen mit Fokus auf psychischen Belastungen und Infektionskrankheiten durch die Analyse von Krankenakten	Retrospektive Beobachtungsstudie Medizinische/Diagnosedaten (nach ICD-10) von Geflüchteten, die im Primary Health Care Center in Friedland untersucht wurden Friedland August 2017 – August 2018	n = 2.252 Patient:innen 49 % bzw. 51 % der Resettlement-Geflüchteten bzw. Asylbewerber:innen weiblich Herkunftsländer Asylbewerber:innen: Irak (17 %), Syrien (11 %), Georgien (11 %), Afghanistan (10 %), Iran (8 %)	Diagnosedaten	Diagnosen nach ICD-10	B, C, E
52	Kleinert et al. (2021) Prescription of antibiotics in the medical care of newly arrived refugees and migrants	Analysen von Antibiotika-Verschreibungen in zwei Erstaufnahmeeinrichtungen Überblick über Antibiotika-Verordnungsverhalten in der medizinischen Erstversorgung im Kontext von Diagnosen und demographischen Merkmalen	Retrospektive Beobachtungsstudie Medizinische/Diagnosedaten inkl. Arzneimittelverordnungen Zelle: September – Dezember 2015 Friedland: August 2017 – August 2018	n = 3.255 Patient:innen mit n = 6.376 medizinischen Kontakten 45 % weiblich Durchschnittsalter: 24,56 Jahre Herkunftsländer: Syrien (41,8 %), Irak (12,7 %), Afghanistan (8,6 %)	Diagnosedaten	Diagnosen nach ICD-10	B
53	Kossow et al. (2018)	Untersuchung des Auftretens von multiresistenten Organismen bei stationären	Querschnittstudie	n = 383 Patient:innen	Nasen-, Rachen- und Axillen-/	MRSA MDR-GNB	H

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	Studientyp, Datenquelle Setting		Instrumente	Gesundheits- parameter	Kategorie*
			Zeitpunkt Datenerhebung	Studienpopulation			
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen							
	High prevalence of MRSA and multi-resistant gram-negative bacteria in refugees admitted to the hospital-But no hint of transmission	geflüchteten Patient:innen im Universitätsklinikum Münster Vergleich der Ganzgenomsequenzierung (WGS) der meisten multiresistenten Organismen von Geflüchteten mit den Stämmen von Nicht-Geflüchteten	Mikrobiologische Untersuchung von Abstrichen im Hinblick auf MRSA, Multidrug-resistent Gram-negative bacteria (MDR-GNB) und Vancomycin-resistente Enterokokken (VRE) Münster September 2015 – Mai 2016		Inguinalabstrich (MRSA) Anus-/Rachenabstrich (MDR-GNB) Anusabstrich (VRE)	VRE	
54	Kröger et al. (2016) Posttraumatic Stress and Depressive Symptoms amongst Asylum Seekers	Erhebung der Häufigkeit traumatischer Ereignisse und der psychischen Folgesymptome inkl. der Abschätzung der Prävalenzraten für PTBS und Depression	Querschnittstudie Datenerhebung (Interviews) in der Landesaufnahmestelle Niedersachsen, Standort Braunschweig über Mitarbeiter:innen des Sozialdienstes und Dolmetscher Landesaufnahmestelle Niedersachsen, Standort Braunschweig Sommer 2015	n = 280 Geflüchtete 88,2 % männlich Durchschnittsalter: 30,5 Jahre (18 – 75 Jahre) Herkunftsländer: Nordafrika (43,2 %), Restafrika (22,6 %), Balkan (20 %), Naher Osten (13,9 %)	PDS-8 PHQ-9	PTBS Depression	C
55	Kühne et al. (2018) Find and treat or find and lose? Tuberculosis treatment outcomes among screened newly arrived asylum seekers	Untersuchung, ob durch Screening identifizierte Tuberkulose-Fälle unter Asylbewerber:innen genauso erfolgreich und vollständig behandelt wurden wie durch die passive Fallfindung und	Querschnittstudie Daten: Fallbezogene nationale Meldedaten des Robert Koch-Instituts (elektronisches Meldesystem SurvNet@RKI) Deutschland	n = 44.084 Tuberkulosefälle n = 1.474 Asylbewerber:innen 23 % weiblich Durchschnittsalter: 28 Jahre	Meldedaten des Robert Koch-Instituts	Tuberkulose	E

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	Studientyp, Datenquelle Setting		Instrumente	Gesundheits- parameter	Kategorie*
			Zeitpunkt Datenerhebung	Studienpopulation			
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen							
	in Germany 2002 to 2014	Kontaktsuche diagnostizierter Fälle, um mögliche Lücken in der Überwachung und im Fallmanagement aufzuzeigen	2002 – 2014	Herkunftsländer: Deutschland (0,4 %), WHO-Region Europa (exkl. Deutschland) (37 %), WHO-Region Östliches Mittelmeer (26 %), WHO-Region Afrika (22 %), WHO-Region Westpazifik (5,6 %), WHO-Region Südost Asien (3,1 %), WHO-Region Amerika (0,3 %)			
56	Kühne und Gilsdorf (2016) Infectious disease outbreaks in centralized homes for asylum seekers in Germany from 2004-2014	Untersuchung der Verteilung der Krankheiten in Gemeinschaftsunterkünften Auswertung der Informationen zur Weiterverbreitung von Infektionskrankheiten in Gemeinschaftsunterkünften Identifizieren von Infektionskrankheiten und Ausbrüchen 2004-2014	Untersuchung der Meldedaten nach IfSG im Hinblick auf Ausbrüche von Infektionskrankheiten Deutschland 2004 – 2014	n = 119 Ausbrüche mit 615 Fällen in Gemeinschaftsunterkünften Asylsuchender	Meldedaten nach IfSG	Windpocken Masern Mumps Rota-/Norovirus-Gastroenteritis Salmonellose Giardiasis Shigellose Hepatitis A, C EHEC-Erkrankung (Enterohämorrhagische Escherichia coli)	E

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	Studientyp, Datenquelle Setting		Instrumente	Gesundheits- parameter	Kate- gorie*
			Zeitpunkt Datenerhebung	Studienpopulation			
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen							
						Campylobakter- Enteritis Skabies Tuberkulose Influenza Läusebefall Borkenflechte	
57	Lindheimer et al. (2020) Exploring the Representation of Depressive Symptoms and the Influence of Stigma in Arabic-Speaking Refugee Outpatients	Darstellung depressiver Symptome bei arabischsprachigen ambulanten Flüchtlingspatient:innen Prävalenz der verinnerlichten Stigmatisierung der psychischen Gesundheit Hypothese testen, dass die verinnerlichte Stigmatisierung der psychischen Gesundheit positiv mit der Ausprägung somatischer Symptome verbunden ist	Querschnittstudie (Ergänzung der MEHIRA-Studie) Daten: Rekrutierung über eine Clearingstelle, eine ambulante Einrichtung in Berlin, eine psychiatrische Ambulanz für arabischsprachige Patienten (von der Charité Berlin) Datenerhebung per strukturiertem Fragebogen Berlin Oktober 2018 – Oktober 2019	n = 95 Geflüchtete 56,8 % männlich Durchschnittsalter: 33,8 Jahre (19 – 64 Jahre) Herkunftsländer: Syrien (78 %), Irak (12,6 %), Palästina (4,2 %)	PHQ-15 PHQ-9 ISMI-10 (Internalized Stigma of Mental Illness Scale-10) HTQ	Somatische Symptome Depression Stigma psychischer Erkrankungen PTBS Traumabezogene Symptome	B, C
58	Michaelis et al. (2017) Hepatitis A virus infections and outbreaks in asylum seekers arriving to	Untersuchung der Häufigkeiten der Hepatitis A-Fälle, der Übertragung innerhalb der Gruppe von Geflüchteten nach der Ankunft in Deutschland	Sekundärdatenanalyse meldepflichtiger Daten Surveillance-Daten aus Deutschland vom Robert Koch-Institut	n = 699 Fälle (davon n = 278 Fälle von Asylbewerber:innen) 59 % männlich Durchschnittsalter: 18 Jahre	Routinedaten	Hepatitis A	E

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	Studientyp, Datenquelle Setting		Instrumente	Gesundheits- parameter	Kategorie*
			Zeitpunkt Datenerhebung	Studienpopulation			
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen							
	Germany, September 2015 to March 2016		Deutschland September 2015 – März 2016	(9 Jahre der Asylbewerber:innen)			
59	Mohammadzadeh et al. (2016) Health for refugees – the Bremen model	Krankheitsspektrum nach Bremer Modell, Auswertung ICD-10 Angabe des Krankheitsspektrums in Form der prozentualen Verteilung der sechs häufigsten Diagnose-gruppen nach ICD- 10	Untersuchungsprogramm "Bremer Modell" Auswertung der Diagnosen von 2011 – 2014 Bremen 2011 – 2014	n = 16.601 Diagnosen und n = 13.054 Behandlungen 33 % – 48 % weiblich (je nach Jahr unterschiedlich) Herkunftsländer: Syrien, ehemals Jugoslawien, Subsahara-Region, Gebiete der ehemaligen Sowjetunion, Nordafrika, Iran, Afghanistan, Irak etc.	Diagnosedaten	Diagnosen nach ICD-10	B, C, D, E
60	Müller et al. (2018) The Negative Impact of an Uncertain Residence Status: Analysis of Migration-Related Stressors in Outpatients with Turkish Migration Background and Psychiatric Disorders in Germany Over a 10- Year Period (2005-2014)	Auswertung einer Datenbank einer transkulturellen psychiatrischen Spezialambulanz Untersuchung von Unterschieden in den soziodemographischen und klinischen Variablen zwischen türkischen Patient:innen mit Migrationshintergrund und Asylsuchenden (über Asylstatus)	Querschnittstudie Datenbasis der transkulturellen Spezialambulanz der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Marburg Marburg 2005 – 2014	n = 620 ambulante Patient:innen mit türkischem Hintergrund, davon n = 78 asylsuchend 59,4 % weiblich Durchschnittsalter: 43,0 Jahre	Diagnosedaten	Schizophrenie Affektive Störungen Anpassungs- und Angststörungen Persönlichkeits- störungen Depression PTBS	C
61	Müller et al. (2021) Disease burden in a large cohort of asylum	Analyse medizinischer Untersuchungen in zwei Aufnahmeeinrichtungen	Querschnittstudie anonymisierter	n = 15.531 Diagnosen von n = 4.858 Patient:innen	Diagnosedaten	ICD-10 Diagnosen	B, C, D, E

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	Studententyp, Datenquelle Setting		Instrumente	Gesundheits- parameter	Kategorie*
			Zeitpunkt Datenerhebung	Studienpopulation			
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen							
	seekers and refugees in Germany	Retrospektive Analyse von Diagnosen (ICD-10) und Verschreibungen (ATC) Berechnung von Prävalenzen nach ICD-10 Diagnosen durch Berücksichtigung der Gesamtgröße der Unterkünfte	Behandlungsdaten und Medikamentenverordnungen Daten von Geflüchteten, die in Kliniken innerhalb zweier Aufnahmezentren vorstellig wurden Zelle: September 2015 – Juni 2016 Friedland: August 2017 – Januar 2019	49,6 % weiblich Durchschnittsalter: 23,8 Jahre (0-81 Jahre) Herkunftsländer: Syrien (40,6 %), Irak (15,0 %), Afghanistan (12,3 %), Iran (4,7 %), Georgien (3,4 %), Türkei (2,0 %), Ägypten (1,9 %), Pakistan (1,6 %), Nigeria (1,5 %), Russland (1,4 %), Sudan (1,4 %), Niger (1,3 %), Moldawien (1,1 %), Armenien (1,0 %)			
62	Nesterko et al. (2019) Prevalence of post-traumatic stress disorder, depression and somatisation in recently arrived refugees in Germany: an epidemiological study	Untersuchung von Prävalenzdaten von PTBS, Depression und Somatisierung von Geflüchteten	Querschnittstudie Datenerhebung in einem Aufnahmezentrum in Leipzig mittels standardisierten und übersetzten Fragebogens Aufnahmezentrum Leipzig Mai 2017 – Juni 2018	n = 569 Geflüchtete 69,3 % männlich Durchschnittsalter: 29,7 Jahre (18-70 Jahre) Herkunftsländer: Kamerun (18,3 %), Venezuela (16,9 %), Syrien (10,4 %), Türkei (8,6 %), Eritrea (8,2 %), Nigeria (7,6 %), Irak (4,6 %)	LEC-5 PCL-5 PHQ-9 SSS-8 (Somatic Symptom Scale-8)	PTBS Depression Somatisierung	B, C
63	Nesterko et al. (2020a) Factors predicting symptoms of somatization, depression, anxiety,	Untersuchung soziodemographischer und fluchtbedingter Merkmale als mögliche Prädiktoren für Somatisierungssymptome,	Querschnittstudie Datenerhebung in einem Aufnahmezentrum in Leipzig	n = 502 Geflüchtete 69,3 % männlich Durchschnittsalter: 29,7 Jahre	PHQ-9 LEC-5 SSS-8	Depression traumatische Ereignisse PTBS	B, C

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	Studientyp, Datenquelle Setting		Instrumente	Gesundheits- parameter	Kate- gorie*
			Zeitpunkt Datenerhebung	Studienpopulation			
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen							
	post-traumatic stress disorder, self-rated mental and physical health among recently arrived refugees in Germany	Depressionen, Angstzustände, PTBS, selbst eingeschätzte psychische und physische Gesundheit	mittels standardisierten und übersetzten Fragebogens	Aufnahmezentrum Leipzig Mai 2017 – Juni 2018	Herkunftsländer: Kamerun (18,3 %), Venezuela (16,9 %), Syrien (10,4 %), Türkei (8,6 %), Eritrea (8,2 %), Nigeria (7,6 %), Irak (4,6 %)	HSCL-25 Self-rated mental and physical health status	Somatische Symptome Selbsteingeschätzter psychischer und physischer Gesundheitszustand Angst
64	Nesterko et al. (2020b) Health care needs among recently arrived refugees in Germany: a cross-sectional, epidemiological study	Untersuchung des Versorgungsbedarfs im Hinblick auf physische und psychische Beschwerden bei neu ankommenden Geflüchteten unter Berücksichtigung soziodemographischer, fluchtbedingter und psychosozialer Merkmale und unterschiedlicher sozialer Versorgungsbedarfe als Prädiktoren für den selbst eingeschätzten Behandlungsbedarf	Querschnittstudie Datenerhebung in einem Aufnahmezentrum in Leipzig mittels standardisierten und übersetzten Fragebogens Aufnahmezentrum Leipzig Mai 2017 – Juni 2018	n = 569 Geflüchtete 69,4 % männlich Durchschnittsalter: 29,8 Jahre Herkunftsländer: Kamerun (16,2 %), Venezuela (14,9 %), Syrien (9,7 %), Türkei (9,1 %), Eritrea (8,6 %), Nigeria (6,7 %), Irak (4,9 %)	PHQ-9 LEC-5 SSS-8 -8) Self-rated mental and physical health status HSCL-25 Behandlungsbedarf: Do you currently need treatment for physical problems? Do you currently need treatment for mental/emotional problems?	Depression traumatische Ereignisse PTBS Somatische Symptome Selbsteingeschätzter psychischer und physischer Gesundheitszustand Angst	B, C

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	Studientyp, Datenquelle Setting		Instrumente	Gesundheits- parameter	Kate- gorie*
			Zeitpunkt Datenerhebung	Studienpopulation			
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen							
65	Nesterko et al. (2022) Suicidal ideation among recently arrived refugees in Germany	Prävalenz von Suizidalität und Assoziation mit soziodemographischen Merkmalen, flucht- und kriegsbedingten traumatischen Erfahrungen (z. B. sexuelle Gewalterfahrungen) und gesundheitlichen Ergebnissen (depressive Symptome, PTBS-Symptome, somatische Symptome)	Querschnittstudie Datenerhebung in einem Aufnahmезentrum in Leipzig mittels standardisierten und übersetzten Fragebogens Aufnahmезentrum Leipzig Mai 2017 – Juni 2018	n = 564 69,7 % männlich Durchschnittsalter: 30,0 Jahre (18 – 70 Jahre) Herkunftslander: Kamerun (16,3 %), Venezuela (15,1 %), Syrien (9,8 %), Türkei (9,3 %), Eritrea (8,7 %), Nigeria (6,6 %), Irak (4,8 %), Libyen (4,3 %)	PHQ-9 LEC-5 (DSM-5) PCL-5 SSS-8 Self-rated mental and physical health status	Depression Sexuelle Gewalt- erfahrungen Traumatische Erfahrungen in Bezug auf Kampf- handlungen oder Exposition in einem Kriegs- gebiet im Militär oder als Zivilist, Gefangenschaft PTBS Somatische Symptome Selbsteinge- schätzter psychischer und physischer Gesundheitszu- stand	B, C
66	Nutsch und Bozorgmehr (2020) The effect of postmigration stressors on the prevalence of depressive symptoms	Untersuchung, ob postmigratorische Stressoren bei erwachsenen Geflüchteten nach der Kontrolle von Unterschieden in soziodemographischen Merkmalen mit dem	Sekundärdatenanalyse basierend auf der Querschnittserhebung IAB- BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten 2016	n = 4.465 Geflüchtete 62,1 % männlich Durchschnittsalter: 33,6 Jahre	PHQ-2 (DSM-IV) GAD-2 LS-S	Depressivität Ängstlichkeit Einsamkeits- gefühle	C

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	Studientyp, Datenquelle Setting		Instrumente	Gesundheits- parameter	Kategorie*
			Zeitpunkt Datenerhebung	Studienpopulation			
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen							
	among refugees in Germany. Analysis of the IAB-BAMF-SOEP Survey 2016	Vorkommen depressiver Symptome assoziiert sind	Computergestützte persönliche Face-to-Face-Interviews in Erstaufnahmeeinrichtungen, Sammeluntersuchungen und Privathaushalten	Deutschland (169 Befragungsregionen) Juni – Dezember 2016	Herkunftsländer: Syrien (49,0 %), Irak (12,9 %), Afghanistan (12,8 %)		
67	Oltrogge et al. (2020) Episodes of care in a primary care walk-in clinic at a refugee camp in Germany – a retrospective data analysis	Untersuchung der Inanspruchnahme der Primary Care Walk-in Clinic (PCWC) in Hamburg anhand von Behandlungsraten, Krankheitsspektrum, Dauer der Pflegeepisodes, Episoden der kontinuierlichen Pflege mit kürzeren Pflegeepisodes in Bezug auf eingeleitete medizinische Verfahren	Retrospektive longitudinale Beobachtungsstudie Routinedaten elektronischer Gesundheitsakten einer Walk-in Klinik eines Aufnahmezentrums Hamburg, PCWC November 2015 – Juli 2016	n = 5.547 Ärzt:innenkonsultationen von n = 1.467 Patient:innen 37,3 % weiblich Durchschnittsalter: 22,7 Jahre Herkunftsländer: Afghanistan (46,7 %), Syrien (22,3 %), Irak (13,1 %), Iran (6,8 %), Russland (2,3 %), Eritrea (2,7 %), Somalia (1,1 %), Mazedonien (1,0 %)	Diagnosedaten	ICPC-2 Diagnosen	B, C, E
68	Posselt et al. (2020) The mental health status of asylum seekers in middle- to high-income countries:	Untersuchung des aktuellen Forschungsstands zur psychischen Gesundheit von Geflüchteten in Ländern mit hohem und mittlerem Einkommen	Systematischer Literaturreview Embase, Emcare, Joanna Briggs Institute, Medline, Ovid Nursing, PsycINFO, Scopus and Web of Science	n = 25 relevante Studien (darunter fünf Studien aus Deutschland: Belz et al. (2017), Georgiadou et al. 2017), Kaltenbach et al. 2018), Müller et al. 2018), Nikendei et al. 2019); Anmerkung: Studie von	Nicht zutreffend	PTBS Depression Angst Komorbiditäten	C

#	Autor:innen (Jahr)	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	Studientyp, Datenquelle Setting	Studienpopulation	Instrumente	Gesundheits- parameter	Kategorie*
	Titel		Zeitpunkt Datenerhebung				
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen							
	a synthesis of current global evidence		2014 – 2019	Nikendei et al. wurde in diesem Review aufgrund von Unzugänglichkeit des Volltexts nicht berücksichtigt)		Suizid und Selbstverletzung Trauer und Verlust	
69	Reinheimer et al. (2016) Multidrug-resistant organisms detected in refugee patients admitted to a University Hospital, Germany June– December 2015	Untersuchung der Prävalenz von MDR GNB und MRSA und Vergleich der Prävalenzen zwischen Geflüchteten und der Wohnbevölkerung	Querschnittstudie Präventive Isolation aller Patient:innen aus Ländern mit hoher Prävalenz oder Aufnahmeeinrichtungen und Untersuchung auf MDRO Rektale Abstriche für MDR GNB und nasale für MRSA Häufigkeiten des Auftretens der Keime bei Geflüchteten und einheimischer Bevölkerung Universitätsklinikum Frankfurt am Main Juli – Dezember 2015	n = 143 Geflüchtete 84,6 % männlich Durchschnittsalter: 21,7 Jahre (1-65 Jahre) Herkunftsländer: Syrien, Afghanistan, Somalia, Albanien, Irak, Eritrea n = 1.489 Patient:innen der Wohnbevölkerung 69,4 % männlich Durchschnittsalter: 64 Jahre (11-94 Jahre)	Abstriche	MDR GNB MRSA	H
70	Reinheimer et al. (2017) Prevalence of multidrug-resistant organisms in refugee patients, medical tourists and domestic patients admitted to a	Epidemiologie von MDRO bei Geflüchteten im Vergleich zu Patient:innen nach einer Vorbehandlung in ausländischen Krankenhäusern	Querschnittstudie Untersuchung von in das Universitätsklinikum Frankfurt am Main eingelieferten Patient:innen auf MDRO	n = 117 Geflüchtete 72,7 % männlich Durchschnittsalter: 19 Jahre Herkunftsländer: Afghanistan (25,6 %), Syrien	Klinische Untersuchung	MDRO	H

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	Studientyp, Datenquelle Setting Zeitpunkt Datenerhebung	Studienpopulation	Instrumente	Gesundheits- parameter	Kate- gorie*
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen							
	German university hospital		Frankfurt am Main Dezember 2015 – Juni 2016	(24,8 %), Somalia (6,8 %), Algerien (5,9 %), Irak (4,3 %), Pakistan (4,3 %), Eritrea (4,3 %), Äthiopien (2,6 %), Ägypten (1,7 %) n = 84 aus dem Ausland verlegte Patient:innen 70,2 % männlich Durchschnittsalter: 54 Jahre Herkunftsländer: Afghanistan (1,2 %), Somalia (3,6 %), Algerien (1,2 %), Irak (1,2 %), Eritrea (2,4 %), Äthiopien (3,6 %), Türkei (13,1 %), Griechenland, Italien, Marokko, Nigeria (jeweils 4,8 %), Indien, Iran, Kuwait (jeweils 3,6 %), Kroatien, Ghana, Ungarn, Saudi- Arabien, Spanien, Sri Lanka, Thailand (jeweils 2,4 %), Ägypten (4,8 %) n = 495 Patient:innen ohne Fluchthintergrund und Auslandsaufenthalt einer Intensivstation			

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	Studientyp, Datenquelle Setting		Instrumente	Gesundheits- parameter	Kategorie*
			Zeitpunkt	Datenerhebung			
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen							
				68,9 % männlich			
				Durchschnittsalter: 66 Jahre			
71	Richter et al. (2015) Waiting for Asylum: Psychiatric Diagnosis in Bavarian Admission Center	Häufigkeiten und Art von psychiatrischen Diagnosen bei Asylbewerber:innen in der Zentralen Aufnahme- einrichtung Zirndorf Empfehlungen für die psychiatrisch-psychologische Versorgung von Asylbewerber:innen	Längsschnittstudie (drei Messzeitpunkte) Datenerhebung im Rahmen eines strukturierten diagnos- tischen Interviews und Selbst- und Fremdbeurteilungs- skalen in einer Gutachterstelle in der Zentralen Aufnahmeeinrichtung Zirndorf Februar 2011 – Mai 2012	n = 283 Geflüchtete 55,8 % männlich Durchschnittsalter: 31,9 Jahre Herkunftsländer: Iran, Russland, Afghanistan, Irak, weitere (ohne Angabe zur Verteilung)	MINI BSI MADRS WHO-5 ETI PSQI	Psychiatrische Diagnosen nach ICD-10 (F0-F6)	C
72	Richter et al. (2018) Prevalence of psychiatric diagnoses in asylum seekers with follow-up	Untersuchung der Prävalenzraten psychischer Erkrankungen in Gruppen von zufällig ausgewählten und hilfeschuchenden Asylbewerber:innen Darstellung soziodemo- graphischer Merkmale Analyse der Entwicklung psychiatrischer Diagnosen im Zeitverlauf	Längsschnittstudie Datenerhebung im Rahmen eines strukturierten diagnostischen Interviews und Selbst- und Fremdbeurtei- lungsskalen in einer Gutachterstelle in einer Aufnahmeeinrichtung Bayern Januar 2011 – Mai 2012	n = 283 Geflüchtete 55,8 % männlich Durchschnittsalter: 31,9 Jahre Herkunftsländer: k. A	BSI MADRS ETI PSQI	Psychiatrische Symptome Suizidgedanken PTBS-Symptome Schlafstörungen Psychiatrischen Diagnosen nach ICD-10 (F0-F6)	C

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	Studientyp, Datenquelle Setting		Instrumente	Gesundheits- parameter	Kate- gorie*
			Zeitpunkt	Datenerhebung			
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen							
		Untersuchung auf welche Weise psychisch kranke Asylbewerber:innen im deutschen Gesundheitswesen behandelt werden					
73	Rometsch et al. (2020) Pain, somatic complaints, and subjective concepts of illness in traumatized female refugees who experienced extreme violence by the "Islamic State" (IS)	Analysieren der Schmerzsymptome, anderer somatischer Beschwerden, Krankheitsverständnis in traumatisierten weiblichen jesidischen Geflüchteten	Querschnittstudie mit mixed-method-Design Datenerhebung mittels Interviews mit Frauen, die am Humanitarian Admission Program (HAP) (sog. "Sonderquotenprojekt") teilgenommen haben Baden-Württemberg September 2017 – Januar 2018	n = 116 Durchschnittsalter: 32,2 Jahre	IES-R Selbstentwickelte Fragebogenitems zur Bewertung der (psycho-) somatischen Symptome und dem Krankheitsverständnis	Schmerzen (Rückenschmerz, Kopfschmerz) Atembeschwerden Bewegungseinschränkungen (z. B. Schwierigkeiten beim Laufen oder mit der Koordination) Schwindelgefühl Paraästhesien des Körpers oder der Haut (z. B. Empfinden von Kribbeln, Prickeln, Taubheit, Brennen der Haut ohne erkennbare körperliche Ursache)	B

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	Studientyp, Datenquelle Setting		Instrumente	Gesundheits- parameter	Kate- gorie*
			Zeitpunkt Datenerhebung	Studienpopulation			
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen							
						funktionale Beschwerden (z. B. hohe Herzfrequenz) Gastrointestinale Beschwerden (z. B. Diarrhö, Magen- schmerzen, Übelkeit)	
74	Rzepka et al. (2022) Psychological Burden of Refugees in Temporary Accommodations in the Rhine-Neckar Region, Baden- Wuerttemberg	Erfassen der Häufigkeit psychischer Belastungssymptome von Geflüchteten in vorläufigen Unterkünften im Rhein- Neckar-Kreis durch ein niederschwelliges Screening	Querschnittstudie Datenerhebung mittels Kurzfragebögen in sieben Sprachen Rhein-Neckar-Kreis (sieben Unterkünfte) September 2020 – Februar 2021	n = 106 55,7 % männlich Durchschnittsalter: 31,4 Jahre (20-66 Jahre) Herkunftsländer: Länder südlich der Sahara (43,3 %), Länder des Nahen Ostens (38,7 %)	PC-PTSD-5 PHQ-4	PTBS Depression Angst	C
75	Sarma et al. (2018) Surveillance on speed: Being aware of infectious diseases in migrants mass accommodations – an easy and flexible toolkit for field application of syndromic	Beschreibung der Entwicklung, Implementierung und Bewertung eines SySu- Systems für übertragbare Krankheiten Inzidenzen von Fällen pro Woche pro 1.000 Personen in Unterkünften in Berlin	Surveillance-Studie Vier "MedPoints" in drei Gemeinschaftsunterkünften übermittelten täglich Daten zu Krankheitsbildern von in den MedPoints vorstellig gewordenen Geflüchteten an das Robert Koch-Institut	n = 810 Datenblätter mit n = 9.364 Krankheitsbildern k.A. zur Soziodemographie	SySu-Tool zur syndromischen Surveillance in Gemeinschafts- unterkünften für Asylsuchende	unterschiedliche Syndrome	E

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	Studientyp, Datenquelle Setting		Instrumente	Gesundheits- parameter	Kategorie*
			Zeitpunkt Datenerhebung	Studienpopulation			
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen							
	surveillance, Germany, 2016 to 2017		Berlin				
			2016 – 2017				
76	Schäfer et al. (2020) Referrals to secondary care in an outpatient primary care walk-in clinic for refugees in Germany: results from a secondary data analysis based on electronic medical records	Charakterisierung des Krankheitsspektrums von Geflüchteten Analyse inwieweit die Versorgungsbedarfe in einer ambulanten Walk-in-Klinik gedeckt werden können und welche Fälle zusätzliche sekundäre Gesundheitsleistungen bedürfen (Behandlung durch ambulante Fachärzt:innen oder im Krankenhaus)	Retrospektive longitudinale Beobachtungsstudie Routinedaten elektronischer Gesundheitsakten einer Walk-in Klinik eines Aufnahmezentrums Hamburg November 2015 – Juli 2016	n = 1.434 Geflüchtete mit n = 5.545 Ärzt:innenkonsultationen 62,7 % männlich Durchschnittsalter: 23,2 Jahre Herkunftsländer: Afghanistan (46,7 %), Syrien (22,3 %), Irak (13,1 %), Iran (6,8 %), Eritrea (2,7 %), Russland (2,3 %), Somalia (1,1 %), Mazedonien (1,0 %), Albanien (0,6 %), Armenien (0,4 %), Bosnien-Herzegowina (0,4 %), Montenegro (0,3 %), Palästina (0,3 %), Ghana (0,2 %), Serbien (0,2 %), Bangladesch, Gambia, Guinea-Bissau, Jemen, Kosovo, Mali, Marokko, Niger, Nigeria, Pakistan, Polen, Türkei, Tunesien (jeweils 0,1 %)	Diagnosedaten	ICPC-2 Diagnosen	B, C, E
77	Schaffrath et al. (2017) Psychiatric and Psychotherapeutic Care	Darstellung der psychiatrischen Versorgung von Patient:innen mit Fluchthintergrund in der	Querschnittstudie	n = 239 Fällen bestehend aus n = 180 Patient:innen 75,3 % männlich	Diagnosedaten	ICD-10 Diagnosen (F0, F1, F2, F32,1, F32,2, F3 Rest,	C

#	Autor:innen (Jahr)	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	Studientyp, Datenquelle Setting	Studienpopulation	Instrumente	Gesundheits- parameter	Kategorie*
	Titel		Zeitpunkt Datenerhebung				
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen							
	of Refugees by Reference of a Large Psychiatric Care Hospital in Western Germany	psychiatrischen Fachklinik LVR-Klinik Köln Untersuchung von Diagnosen, Aufnahmemodalitäten und des soziodemographischen Hintergrunds	Fallauswertungen von Geflüchteten, die in der LVR-Klinik behandelt wurden Köln April 2015 – März 2016	Durchschnittsalter: 31,1 Jahre Herkunftsländer: Afghanistan (10,0 %), Serbien (9,6 %), Kosovo (8,8 %), Algerien (7,5 %), Albanien (6,7 %), Iran (6,7 %), Irak (5,0 %), Syrien (4,6 %), Bangladesch (4,2 %), Nigeria (4,2 %), Marokko (3,8 %), Mazedonien (3,8 %), Bosnien (2,5 %), Somalia (2,5 %), Guinea (1,7 %), Montenegro (1,7 %), Aserbajdschan (1,3 %), Eritrea (1,3 %), Ex-Jugoslawien (0,8 %), Georgien (0,8 %), Russland (0,8 %), Türkei (0,8 %), Armenien, Bulgarien, Hong Kong, Kroatien, Libanon, Libyen, Pakistan (jeweils 0,4 %)		F43,0, F43,1, F43,2, F4 Rest, F6)	
78	Schlechter et al. (2021) Depressive and anxiety symptoms in refugees: Insights from classical test theory, item response theory and network analysis	Vergleich der Symptome der psychischen Gesundheit von Geflüchteten mit der deutschen Wohnbevölkerung Untersuchung der Struktur depressiver und ängstlicher Symptome	Querschnittstudie Datenerhebung mittels Fragebogen über Social Media k. A. zum Setting oder Jahr	n = 200 Geflüchtete 80 % männlich Durchschnittsalter: 25,6 Jahre Herkunftsländer: Syrien (91 %), Irak (5 %), Afghanistan (3 %)	PHQ-D	Depression	C

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	Studientyp, Datenquelle Setting		Instrumente	Gesundheits- parameter	Kate- gorie*
			Zeitpunkt Datenerhebung	Studienpopulation			
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen							
		Testen der Item-Eigenschaften und der Messvarianz					
		Identifizieren des informativsten Spektrums des Fragebogens (PHQ) in IRT (item response theory)-Modellen für Geflüchtete und Deutsche					
		Identifizieren von Wechselbeziehungen und zentralen Symptomen in Form von Netzwerkanalysen					
79	Schneider et al. (2015) Disparities in health and access to healthcare between asylum seekers and residents in Germany: a population-based cross-sectional feasibility study	Identifizieren von Ungleichheiten hinsichtlich des Gesundheitszustands und Zugangs zur Gesundheitsversorgung zwischen Asylbewerber:innen und der deutschen Wohnbevölkerung	Querschnittstudie mit einem Vollerhebungsansatz in Unterkünften oder beim Sozialamt in drei von 44 Landkreisen in Baden-Württemberg mit standardisierten Instrumenten in sieben Sprachen Daten für die deutsche Wohnbevölkerung: DEGS1 (2008-2011) Baden-Württemberg Oktober 2014 – Februar 2015	n = 156 Asylbewerber:innen 64,7 % männlich Durchschnittsalter: 31,7 Jahre Herkunftsländer: Iran (12,0 %), Pakistan (11,1 %), Gambia (10,2 %), Mazedonien (10,2 %), Afghanistan (8,3 %), Irak (8,3 %), Serbien (8,3 %), Kosovo (6,5 %), Indien (5,6 %)	ECHI (European Core Health Indicators)	Subjektiver Gesundheitszustand Zugang zur Gesundheitsversorgung (Nutzen und ungedeckte Behandlungsbedarfe)	A
80	Schock et al. (2016)	Untersuchung des Verlaufs der PTBS-Symptome nach	Longitudinalstudie	n = 94	PDS Part I	Traumatische Ereignisse	C

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	Studententyp, Datenquelle Setting		Instrumente	Gesundheits- parameter	Kategorie*
			Zeitpunkt Datenerhebung	Studienpopulation			
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen							
	Impact of new traumatic or stressful life events on pre-existing PTSD in traumatized refugees: results of a longitudinal study	Erleben eines nachfolgenden kritischen (traumatischen oder belastenden) Lebensereignisses Vergleich des Verlaufs von PTBS-, Depressions- und Angstsymptomen mit PTBS-Patient:innen, die ein kritisches Lebensereignis erlebt haben (LE) oder nicht (Non-LE) Bewertung der Auswirkungen eines traumatischen oder belastenden Lebensereignisses auf den Verlauf der PTBS-Symptome mit dem Ziel, zwischen den Symptommustern zu unterscheiden	Befragung von Patient:innen der ambulanten Klinik (Berlin Center for Torture Victims) per (übersetztem) Fragebogen zu drei Messzeitpunkten Berlin November 2009 – Juni 2011	43 % bzw. 52 % weiblich (Non-LE bzw. LE) Durchschnittsalter: 36,4 bzw. 35,8 Jahre (Non-LE bzw. LE) Herkunftsländer: Iran (9,4 % (Non-LE) bzw. 26 % (LE))	HTQ List of Life Events PDS HSCL-25	Lebensereignisse PTBS Angst Depression	
81	Solyman und Schmidt-Westhausen (2018) Oral health status among newly arrived refugees in Germany: a cross-sectional study	Bestimmen des Status der Mundgesundheit unter neu ankommenden Geflüchteten aus Syrien und dem Irak in Deutschland Untersuchung des Wissens, der Einstellung und der Praxis in Bezug auf die Mundhygiene	Querschnittstudie Ermittlung des Zahnstatus mittels zahnärztlicher Untersuchung in einem Aufnahmezentrum, Unterkünften und Privatpraxen Erhebung des Wissens, der Einstellung zur und Praxis der Mundhygiene mittels	n = 386 Geflüchtete 80,1 % männlich Altersgruppen: 18 – 24 Jahre: 42,0 % 25 – 29 Jahre: 17,1 % 30 – 34 Jahre: 14,2 % 35 – 44 Jahre: 17,9 % Herkunftsländer: Syrien (61,9 %), Irak (38,1 %)	Klinische Untersuchung (DMFT) KAP Survey (Knowledge, Attitude and Practices Survey)	DMFT	D

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	Studientyp, Datenquelle Setting		Instrumente	Gesundheits- parameter	Kate- gorie*
			Zeitpunkt Datenerhebung	Studienpopulation			
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen							
			übersetzten Fragebogens im Rahmen eines Interviews				
			Berlin				
			Juli – Dezember 2016				
82	Sondén et al. (2019) Malaria in Eritrean migrants newly arrived in seven European countries, 2011 to 2016	Ermitteln des Ausmaßes der Malaria bei eritreischen Geflüchteten in Europa im Zeitraum von 2011 – 2016	Surveillance-Studie Migrationsdaten von 32 europäischen Ländern (Eurostat database) – Daten zu Asylanträgen von Eritreer:innen Klinische Daten von mit Malaria diagnostizierten Fällen aus Schweden (21 Krankenhäuser) und Hamburg von 2014-2015 Deutschland / Hamburg 2011 – 2016	n = 511 Fälle (2011 – 2016) 78,2 % – 100 % männlich (2011 – 2016) Durchschnittsalter in den Jahren 2011 – 2016: 19 – 20 Jahre	Malaria Surveillance Data	Malaria	E
83	Stadtmüller et al. (2021) Estimating and Explaining the Prevalence of Tuberculosis for Asylum Seekers Upon Their Arrival in Germany	Ermitteln des relativen Risikos von Asylbewerber:innen bei Ankunft in Deutschland an aktiver Tuberkulose zu erkranken Schätzen der Tuberkulose-Prävalenzraten bei Einreise für Asylbewerber:innen aus 18 Herkunftsländern	Sekundärdatenanalyse Daten zur Bestimmung der Prävalenz bei Einreise: Kombination von Daten des RKI und des BAMF Länderunterschiede: Daten von IAB-BAMF-SOEP Refugee Survey	n = 2.093 Fälle bei der Einreise Herkunftsländer: Afghanistan, Albanien, Äthiopien, Bosnien Herzegowina, Eritrea, Gambia, Georgien, Irak, Iran, Marokko, Mazedonien, Nigeria, Pakistan, Russische	Routine- und Sekundärdaten	Tuberkulose	E

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	Studientyp, Datenquelle Setting		Instrumente	Gesundheits- parameter	Kate- gorie*
			Zeitpunkt Datenerhebung	Studienpopulation			
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen							
		Vergleich der Prävalenzraten mit länderspezifischen Tuberkulose-Inzidenzen (Daten WHO)	Deutschland	Föderation, Senegal, Serbien, Somalia, Syrien			
		Berechnung des Risikos, sich während der Einwanderung nach Deutschland mit Tuberkulose zu infizieren	2014 – 2016				
84	Stingl et al. (2019) Assessing the special need for protection of vulnerable refugees: testing the applicability of a screening method (RHS-15) to detect traumatic disorders in a refugee sample in Germany	Testen des Screening-Tools RHS-15 als Instrument für eine effiziente Ersterfassung der häufigsten psychischen Störungen bei Geflüchteten Testen im Hinblick auf Anwendbarkeit und Machbarkeit im Kontext des deutschen Asylsystems Ableiten praktischer Empfehlungen	Querschnittstudie Erhebung in Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften per übersetztem Fragebogen Hessische Erstaufnahmeeinrichtung und Gemeinschaftsunterkunft k. A. bzgl. des Zeitpunkts der Datenerhebung	n = 126 Geflüchtete aus Aufnahmeeinrichtungen 92,9 % männlich Durchschnittsalter: 25,6 Jahre Herkunftsländer: Syrien (34,9 %), Somalia (16,7 %), Äthiopien (11,1 %), Eritrea (11,1 %), Irak (10,3 %), Afghanistan (8,7 %), Algerien (2,4 %), Iran (2,4 %)	RHS-15	Depression Angststörung PTBS	C
				n = 116 Geflüchtete aus Gemeinschaftsunterkünften 69,8 % männlich Durchschnittsalter: 28,9 Jahre			

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	Studientyp, Datenquelle Setting		Instrumente	Gesundheits- parameter	Kategorie*
			Zeitpunkt	Datenerhebung			
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen							
					Herkunftsländer: Syrien (31,0 %), Somalia (22,4 %), Eritrea (19,0 %), Irak (6,0 %), Afghanistan (5,2 %), Algerien (4,3 %), Äthiopien (3,4 %), Iran (0,9 %)		
85	Tewes et al. (2020) Tuberculosis screening during the 2015 European refugee crisis	Beschreibung und Bewertung des Managements, der Durchführung und Ergebnisse eines systematischen CXR- basierten Tuberkulose- Screenings in einer Gemeinschaftsunterkunft in einem ländlichen Gebiet in Deutschland	Querschnittstudie Daten durch Screening von Geflüchteten mittels CXR; Einrichten einer provisorischen Ambulanz vor Ort der Einrichtung; digitales Röntgengerät der Bundeswehr k. A. zum Setting (Prüfung des Studienvorhabens durch die Ethikkommission Hannover) September – Oktober 2015	n = 705 Geflüchtete 72,5 % männlich Durchschnittsalter: 30 Jahre (15 – 65 Jahre) Herkunftsländer: k. A.	CXR	Tuberkulose	E
86	Walther et al. (2020a) Living Conditions and the Mental Health and Well-being of Refugees: Evidence from a Large- Scale German Survey	Untersuchung, wie psychische Belastung und Lebenszufriedenheit von kürzlich in Deutschland angekommenen Geflüchteten mit Integrations- maßnahmen zur Förderung der Integration und mit anderen, allgemeineren Lebensbedingungen nach der Migration zusammenhängen	IAB-BAMF-SOEP refugee survey (repräsentativ für in Deutschland ankommende Erwachsene zwischen 2013 und 2016, die einen Asylantrag gestellt haben oder Teil eines humanitären Wiedereinsiedlerprogramms waren inkl. der Haushaltsmitglieder)	n = 4.325 Geflüchtete 62,1 % männlich Durchschnittsalter: 33,6 Jahre Herkunftsländer: Syrien (49,9 %), Afghanistan (12,8 %), Irak (12,4 %), Eritrea (5,5 %)	PHQ-4	Depression Angst	C

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	Studientyp, Datenquelle Setting		Instrumente	Gesundheits- parameter	Kategorie*
			Zeitpunkt Datenerhebung	Studienpopulation			
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen							
Deutschland (repräsentativ)							
2013 – 2016							
87	Walther et al. (2020b) 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	Schätzen von Prävalenzen psychischer Belastungen Identifizieren von soziodemographischen Merkmalen und Postmigrationsfaktoren von möglichen gefährdeten Bevölkerungsgruppen (Rechtsstatus, Familientrennung, Wohnsituation) Untersuchung von Zusammenhängen zwischen psychischer Belastung und Integration (Beschäftigung, Teilnahme an Bildung und Integrationskursen)	Querschnittstudie IAB-BAMF-SOEP refugee survey (repräsentativ für in Deutschland ankommende Erwachsene zwischen 2013 und 2016, die einen Asylantrag gestellt haben oder Teil eines humanitären Wiedereinsiedlerprogramms waren inkl. der Haushaltmitglieder) Deutschland (repräsentativ)	n = 2.569 63,4 % männlich Altersgruppen: 18 – 24 Jahre: 16,9 % 25 – 34 Jahre: 34,7 % 35 – 44 Jahre: 30,8 % 45 – 54 Jahre: 13,5 % älter als 54 Jahre: 4,1 %	RHS-13	Depression Angststörung PTBS	C
88	Weinrich et al. (2017) Yield of chest X-ray tuberculosis screening of immigrants during the European refugee crisis of 2015: a single-centre experience	Ermitteln der Prävalenz von Tuberkulose, Number needed to Screen und diagnostische Genauigkeit von CXR-Screening zur Erkennung aktiver Lungen-Tuberkulose ermitteln zur Beurteilung der Wirksamkeit des Screenings während der Flüchtlingskrise	Querschnittstudie Daten von Geflüchteten, die sich 2015 im Public Health Department in Hamburg einem CXR-Screening unterzogen haben Hamburg	n = 17.487 gescreente Geflüchtete k.A. zu Alters- und Geschlechterverteilung Herkunftsländer (positives Tuberkulose-Screening): Eritrea, Somalia, Afghanistan, Syrien, Irak, Gaza, Elfenbeinküste, Mali	CXR	Tuberkulose	E

#	Autor:innen (Jahr) Titel	Ziel/ Untersuchungsgegenstand	Studientyp, Datenquelle Setting		Studienpopulation	Instrumente	Gesundheits- parameter	Kategorie*
			Zeitpunkt Datenerhebung					
*A = Allgemeiner Gesundheitszustand; B = Somatische Gesundheit; C = Psychische Gesundheit; D = Zahn- und Mundgesundheit; E = Infektionskrankheiten; F = HRQoL; G = Schwangerschaft und Geburt; H = Resistenzen								
89	Werber et al. (2017) Large measles outbreak introduced by asylum seekers and spread among the insufficiently vaccinated resident population, Berlin, October 2014 to August 2015	Verstärkung der epidemiologischen Überwachung von Masern Evaluierung postexpositioneller Impfung in Asylbewerber:innen Durchführung molekularer Überwachung der Masernzirkulation Beschreibung der epidemiologischen und molekularen Merkmale des Ausbruchs	Surveillance-Studie Daten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (zusätzlich wurde um weitere Daten wie Aufenthaltsstatus, Nationalität etc. gebeten) Berlin Oktober 2014-August 2015		n = 1.359 Fälle 55 % männlich Durchschnittsalter: 17 Jahre Herkunftsländer: Bosnien Herzegowina (47 %), Serbien (28 %), Syrien (6 %)	Daten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes	Masern	E
90	Winkler et al. (2019) The Influence of Residence Status on Psychiatric Symptom Load of Asylum Seekers in Germany	Untersuchung der Sicht von Asylbewerber:innen auf die rechtliche Situation, das Asylverfahren und die Lebensbedingungen und deren Einfluss auf psychische Belastungen	Querschnittstudie Datenerhebung mittels übersetzten Fragebogens Berlin Juli 2015 – März 2016		n = 496 Geflüchtete 25,2 % weiblich Durchschnittsalter: 30,6 Jahre Herkunftsländer: Syrien (36,9 %), Afghanistan (14,9 %), Irak (8,5 %), Albanien (7,5 %), Iran (6,3 %), Moldawien (4,6 %), Serbien (1,7 %), Kosovo (0,3 %), Russische Föderation (0,9 %), Pakistan (0,9 %), Eritrea (0,3 %)	Akkulturationsfragebogen nach Ward und Rana-Deuba HSCL-25 SOMA-Skala der Symptom-Checklist-90-Standard Subskala Quality of Life des EUROHIS PDS (Ergänzung aus dem HTQ)	Depressive Symptomatik Suizidgedanken Angstsymptomatik PTBS-Kriterien Somatische Symptomatik	C