

Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland – Ergebnisse einer Befragung von Schutzsuchenden aus Syrien, Irak und Afghanistan

Helmut Schröder, Klaus Zok, Frank Faulbaum

Abstract

Über die gesundheitliche Ausgangssituation Geflüchteter in Deutschland liegen bisher nur unzureichende Erkenntnisse vor. Um diese Lücke zu schließen, wurden 2.021 Geflüchtete aus Syrien, dem Irak und Afghanistan, die erst bis zu zwei Jahre in Deutschland sind und noch in Aufnahmeeinrichtungen zu erreichen waren, befragt. Das Ergebnis zeigt: Rund drei Viertel der Schutzsuchenden haben unterschiedliche Formen von Gewalt erfahren und sind oft mehrfach traumatisiert. Im Vergleich zu Geflüchteten, denen diese Erlebnisse erspart blieben, berichten sie mehr als doppelt so oft über physische und psychische Beschwerden. Mehr als zwei Fünftel aller Befragten zeigen Anzeichen einer depressiven Erkrankung. Beim Gesundheitsverhalten zeigt sich im Vergleich zur deutschen Bevölkerung ein geringer Alkoholkonsum, jedoch wird häufiger geraucht und weniger Sport betrieben. Mehr als zwei Drittel der Befragten haben in den letzten sechs Monaten einen Arzt aufgesucht. Die häufigsten Gründe waren allgemeine Gesundheitsuntersuchungen, gefolgt von akuten leichten Erkrankungen. Mehr als jeder zweite Patient äußert sich zufrieden mit der medizinischen Behandlung. Bürokratische Hindernisse, wie ein Behandlungsschein, beeinflussen die Zufriedenheit wie auch die Genesung: So berichten Geflüchtete mit Gesundheitskarte häufiger von einer Besserung ihres Gesundheitszustands nach medizinischer Behandlung als Patienten mit Behandlungsschein. Auch die sprachliche Barriere stellt eine Herausforderung dar: Mehr als jeder Zweite berichtet über große Schwierigkeiten in der Arztpraxis oder im Krankenhaus. Eine angemessene Sprach- und Kulturmittlung würde einen besseren Zugang zum Gesundheitssystem ermöglichen und der erfolgreichen Integration in die Gesellschaft und in den Arbeitsmarkt förderlich sein. ■

Information on the initial health situation of refugees in Germany has been insufficient as yet. To close this gap, 2,021 refugees from Syria, Iraq and Afghanistan who have been in Germany for up to two years and still live in reception facilities were interviewed. The result shows: Around three quarters of those seeking protection have experienced various forms of violence and often suffer from multiple traumas. Compared to refugees who were spared these experiences, they report more than twice as often physical and psychological complaints. More than two fifths of all respondents show signs of depression. Compared to the German population, their health behaviour shows a lower alcohol consumption, but smoking is more common among them and they practice less physical exercise. More than two thirds of respondents have seen a doctor in the last six months. The most frequent reasons were general health examinations, followed by acute minor illnesses. More than one in two patients are satisfied with the medical treatment. Bureaucratic obstacles influence satisfaction and recovery: refugees who own a health insurance card report more frequently that their state of health improved after medical treatment than patients with a treatment certificate. The language barrier is also a challenge: More than 50 percent of the interviewees report major difficulties in a doctor's office or hospital. Adequate language and cultural mediation would help to improve refugees' access to the health care system and promote their successful integration into society and the labour market. ■

Einleitung

Ein guter Gesundheitszustand erleichtert die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Erkrankungen sollten erkannt und mit medizinischer Unterstützung gegebenenfalls behandelt werden. Informationen über den Gesundheitszustand und die gesundheitlichen Bedarfe der Bevölkerung in Deutschland stellt die Gesundheitsberichterstattung bereit. Der aktuelle Erkenntnisstand über die gesundheitliche Situation, das Gesundheitsverhalten wie auch das Inanspruchnahmeverhalten von Geflüchteten aus den unsicheren Herkunftsländern Syrien, Irak und Afghanistan ist jedoch noch unzureichend (Brücker, H. et al. 2017). Da einer Integration von Geflüchteten und deren Familien in die deutsche Gesellschaft mit Kindergarten, Schule und Arbeitswelt bis hin zu Kultur, Medien und Sport auch eine gute gesundheitliche Ausgangssituation und Gesundheitsversorgung förderlich ist, besteht hier aktuell ein Erkenntnisdefizit. Die vorliegende Untersuchung soll in einem ersten Schritt die aktuelle Ausgangslage transparent machen.

Doch welche Informationen lassen sich dazu nutzen? Die Dokumentation medizinischer Pflichtuntersuchungen liegt nicht flächendeckend vor, sie sind zudem nicht standardisiert und damit nicht vergleichbar. Über die von Ärzten und anderen Leistungserbringern dokumentierten Diagnosen und Therapien, die bei den gesetzlich Krankenversicherten in den GKV-Routinedaten zur Verfügung stehen, ließen sich, mit methodischen Einschränkungen, Krankheitshäufigkeiten ableiten (Göpfarth, D. et al. 2017). Da aber zumeist die Kommunen medizinische Leistungen für Geflüchtete bewilligen und bezahlen, liegen diese Daten nicht für alle Regionen vor. Zudem geben sie keine Auskunft über durchlebte Belastungen und darüber, wie gesund oder krank sich Menschen fühlen. Vor diesem Hintergrund wurde eine Befragung Geflüchteter durchgeführt, um mehr Informationen zu ihrer subjektiven gesundheitlichen Lage zu erhalten. Im Fokus standen dabei Geflüchtete, die Deutschland erst vor kurzem erreicht haben und noch nicht in das Gesundheitssystem integriert sind. Dazu wurden die Befragten in Erstaufnahmeeinrichtungen vor Ort aufgesucht.

Tabelle 1

Asylanträge (Erstanträge) in Deutschland von 2015 bis Mai 2018 nach Staatsangehörigkeit der Antragsteller

	Syrien	Afghanistan	Irak	Summe hier	gesamt
2015	158.657	31.382	29.784	219.823	441.899
Anteil 2015 in %	35,9 %	7,1 %	6,7 %	49,7 %	100 %
2016	266.250	127.012	96.116	489.378	722.370
Anteil 2016 in %	36,9 %	17,6 %	13,3 %	67,7 %	100 %
2017	48.974	16.423	21.930	87.327	198.317
Anteil 2017 in %	24,7 %	8,3 %	11,1 %	44,0 %	100 %
2018 (Januar bis Mai)	17.587	6.901	4.210	28.698	68.368
Anteil 2018 in %	25,7 %	10,1 %	6,2 %	42,0 %	100 %
Summe hier	491.468	181.718	152.040	825.226	1.430.954
Anteil hier in %	34,3 %	12,7 %	10,6 %	57,7 %	100 %

Quellen: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2018): Aktuelle Zahlen zu Asyl, Ausgabe Mai 2018
 Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2018): Das Bundesamt in Zahlen 2017 – Asyl

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird innerhalb des Beitrags bei der Benennung von Personen – wo immer möglich – eine geschlechtsneutrale Formulierung verwendet (zum Beispiel Geflüchtete). Ist dies nicht möglich, wird gegebenenfalls die männliche Schreibweise verwendet. Wir möchten darauf hinweisen, dass auch diese Verwendung explizit als geschlechtsunabhängig verstanden werden soll und selbstverständlich jeweils alle Geschlechter gemeint sind.

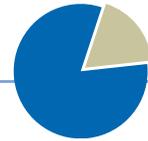


Tabelle 2

Befragte Geflüchtete nach Alter, Geschlecht und Herkunftsland – erwachsene Geflüchtete in Deutschland 2017/2018 (Angaben in %)

	Befragte insgesamt	Geschlecht		Herkunftsland		
		Männer	Frauen	Syrien	Afghanistan	Irak
<i>Anzahl Befragte</i>	2.021	1.356	665	940	362	719
18 bis <30 Jahre	48,8	52,9	40,5	48,2	55,2	46,3
30 bis <40 Jahre	27,3	26,9	28,1	27,1	26,5	28,0
40 bis <50 Jahre	13,3	11,2	17,4	13,4	9,9	14,7
>=50 Jahre	10,6	9,0	14,0	11,3	8,3	11,0
Durchschnittsalter	32,7	31,6	34,9	33,0	31,1	33,2

Quelle: WIdO 2018

Geflüchtete: Herkunft und Demografie

Mit der Beschränkung auf Geflüchtete aus Syrien, Afghanistan und dem Irak wird mehr als die Hälfte aller Personen mit einem Erstasylantrag zwischen Januar 2015 und Mai 2018 als Grundgesamtheit definiert (siehe Tabelle 1, Seite 2). Von den insgesamt über 1,4 Millionen Personen, die in diesem Zeitraum erstmals einen Asylantrag gestellt haben, waren 825.000 Schutzbedürftige aus diesen drei Ländern (59,6 Prozent aus Syrien, 22,0 Prozent aus dem Irak und 18,4 Prozent aus Afghanistan).

Wie die Monatsberichte des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF) zeigen, ist der Personenkreis derjenigen, die einen Erstasylantrag stellen, vergleichsweise jung und mehrheitlich männlich (BAMF 2018c). Zwischen Januar und Mai 2018 wurden knapp 74,2 Prozent der Erstanträge von Menschen aus allen Herkunftsländern mit einem Lebensalter bis unter 30 Jahre gestellt und zu 57,9 Prozent waren dies Männer (BAMF 2018a). In der Grundgesamtheit aller über 18-jährigen Personen, die 2017 einen ersten Asylantrag gestellt haben, liegt der Anteil der jüngeren Erstantragsteller zwischen 18 und 30 Jahren bei 54,9 Prozent. Unter den Asylantragstellern aus den fokussierten Herkunftsländern zeigt sich ein vergleichbares Geschlechterverhältnis (Erstasylanträge von Männern: 54,4 Prozent) (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2018b).

Die Verteilungen nach Herkunftsland sowie dem Alter und dem Geschlecht der Geflüchteten entsprechend den amtlichen Informationen zu Erstasylanträgen werden auch bei den Befragten dieser Studie deutlich. Die Stichprobenanteile der drei Herkunftsländer setzen sich wie folgt zusammen: 46,5 Prozent der Befragungsteilnehmer stammen aus Syrien, 35,6 Prozent aus dem Irak und 17,9 Prozent aus Afghanistan. Hier liegt der Anteil Erwachsener unter 30 Jahren bei 48,8 Prozent. Das Durchschnittsalter liegt bei 32,7 Jahren (Männer 31,6 Jahre, Frauen 34,9 Jahre). Dabei ist zu berücksichtigen, dass ausschließlich Geflüchtete im Alter von 18 Jahren und älter befragt wurden, das Durchschnittsalter der Gesamtpopulation Geflüchteter also geringer sein wird. Die 29.000 unbegleiteten Minderjährigen, die Anfang 2018 in der Zuständigkeit der Jugendhilfe waren, sind somit nicht in der Grundgesamtheit enthalten (Mediendienst Integration 2018). In der vorliegenden Stichprobe sind zwei Drittel (67,1 Prozent) der Befragten Männer und 32,9 Prozent Frauen (siehe Tabelle 2, Seite 3). Obwohl die Grundgesamtheit der Befragten in Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften/Unterbringungseinrichtungen in den Kommunen der Jahre 2017/2018 nicht identisch ist mit den hier beschriebenen Zahlen der Erstasylanträge in den verschiedenen Jahren, zeigt sich: Geflüchtete aus Syrien bilden die größte Gruppe, Männer sind stärker vertreten als Frauen und die Geflüchteten sind vergleichsweise jung.

Knapp die Hälfte der Befragten ist in ihrem Herkunftsland mehr als neun Jahre zur Schule gegangen, was der Dauer der Pflichtschulzeit in Syrien, Irak und Afghanistan entspricht (Institut der deutschen Wirtschaft 2017) (siehe Tabelle 3, Seite 4). Dabei muss darauf hingewiesen werden, dass sich auch unter den jüngeren Befragten noch Schüler befinden. Insgesamt geben 44,8 Prozent eine Dauer von mehr als neun Jahren Schulbesuch an. Dieser Anteil ist bei Männern deutlich höher (45,7 Prozent) als bei Frauen (42,9 Prozent). 6,9 Prozent haben keine formale Schulbildung, insbesondere bei Älteren (Geflüchtete <30 Jahre: 3,4 Prozent; >=50 Jahre: 19,5 Prozent) und bei Frauen ist dieser Anteil höher (Männer: 4,4 Prozent; Frauen: 12,2 Prozent).

Das Bildungsniveau der Geflüchteten aus Syrien erscheint vergleichsweise hoch (durchschnittlich 9,4 Schuljahre), weil hier bis zum Ausbruch des Bürgerkriegs im Jahr 2011 der Zugang zu Bildungseinrichtungen gewährleistet war. Ethnische Minderheiten wie die Jesiden aus dem Irak und Syrien verfügen über ein vergleichsweise geringes Bildungsniveau (durchschnittlich acht Schuljahre). Es kann vermutet werden, dass sie nur eingeschränkt Zugang zu Bildungseinrichtungen hatten.

Die Mehrheit der Befragten hat vor der Flucht im Herkunftsland einen Beruf ausgeübt (siehe Abbildung 1, Seite 5). Die Frage nach dem zuletzt ausgeübten Beruf haben mehr als 93 Prozent beantwortet. Dabei ist die Mehrheit dieser Geflüchteten im Herkunftsland zuletzt einer bezahlten Tätigkeit nachgegangen (57,4 Prozent). Davon waren die meisten im Handwerk (11,0 Prozent) oder als Hilfsarbeiter (10,6 Prozent) beschäftigt. 30,8 Prozent hatten kein eigenes

Erwerbseinkommen (Schüler, Studierende, Hausarbeit, Rentner). Rund jeder Zehnte war zuletzt ohne Arbeit (9,5 Prozent). Das Tätigkeitspektrum im Herkunftsland der vor kurzem in Deutschland angekommenen Geflüchteten ähnelt dem der volljährigen Asylwerber aus diesen Herkunftsländern im Jahr 2017 (Schmidt, H.-J. 2018).

Die meisten der befragten Geflüchteten haben Deutschland erst vor kurzem erreicht. 61,7 Prozent der Befragungsteilnehmer sind während der Feldphase der laufenden Studie 2017/2018 angekommen, jeweils knapp 20 Prozent in den Jahren 2016 und 2015.

Flucht vor Krieg und Verfolgung unterscheidet sich von anderen Migrationsgründen wie etwa der Erwerbsmigration auch dadurch, dass es sich meistens nicht um einen lang geplanten und langfristig angelegten Prozess handelt. Ziel- und Transitländer sowie die Aufenthaltsdauer sind zu Beginn der Flucht oft noch unbekannt. Die Mehrheit der befragten Schutzsuchenden ist zusammen mit Familie, Freunden oder Bekannten geflüchtet (61,8 Prozent). 40,2 Prozent geben an, allein nach Deutschland gekommen zu sein. Bei Männern (50,7 Prozent) und Personen unter 30 Jahren (50,1 Prozent) ist dieser Anteil höher.

Da die Gesundheitsbeschwerden der Geflüchteten vermutlich auch auf traumatische Erlebnisse und Erfahrungen vor dem Hintergrund von Krieg, Gewalt und Verfolgung in den Herkunftsländern zurückzuführen und im Zusammenhang mit der eigenen Flucht zu sehen sind, wurden diese Erfahrungen ebenfalls erfragt. Auf die Frage: „Haben Sie die nachfolgenden Ereignisse schon einmal selbst

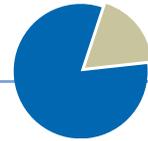
Tabelle 3

Dauer der aktuellen Schulbildung – erwachsene Geflüchtete in Deutschland 2017/2018 (Anteile in %)

	Befragte insgesamt	Geschlecht		Alter in Jahren			
		Männer	Frauen	18 bis <30	30 bis <40	40 bis <50	>=50
<i>Anzahl Befragte mit Angaben zur Schulbildung</i>	1.818	1.251	567	924	508	224	162
1 Jahr bis unter 10 Jahre Schulbildung*	55,2	54,3	57,1	52,5	55,7	66,1	53,7
10 und mehr Jahre Schulbildung	44,8	45,7	42,9	47,5	44,3	33,9	46,3
durchschnittliche Schulbildung in Jahren	9,4	9,5	9,2	9,4	9,7	9,0	9,1

* In Syrien, Afghanistan und Irak beträgt die Pflichtschulzeit jeweils neun Jahre.

Quelle: WIdO 2018



erlebt?“ geben rund drei Viertel (74,7 Prozent) der befragten Schutzsuchenden aus Syrien, Afghanistan und dem Irak an, Gewalt in unterschiedlichen Formen persönlich erlebt zu haben. Zwischen den Geschlechtern unterscheidet sich die Gesamtprävalenz nicht (Männer: 74,5 Prozent; Frauen: 75,2 Prozent). Bezogen auf die Altersgruppen waren es 72,1 Prozent der unter 30-Jährigen, 74,3 Prozent der 30- < 40-Jährigen, 83,1 Prozent der 40- < 50-Jährigen sowie 82,8 Prozent in der Gruppe der ab 50-Jährigen, die über mindestens ein traumatisches Erlebnis berichten.

Die meisten, die Angaben zu traumatischen Ereignissen gemacht haben, geben Kriegerlebnisse (60,4 Prozent) oder Angriffe durch Militär oder Bewaffnete (40,2 Prozent) an (siehe Abbildung 2, Seite 8). Bei jedem Dritten (34,8 Prozent) sind in der Folge Angehörige oder nahestehende Personen verschleppt worden, verschwunden oder gewaltsam ums Leben gekommen (15,4 Prozent). Weniger als ein Viertel (22,5 Prozent) hat keines dieser traumatischen Erlebnisse selbst erlebt. Mehrfachtraumatisierungen sind häufig: 16,3 Prozent aller Befragungsteilnehmer gaben nur ein Trauma an, 15,1 Prozent berichten von zwei Traumata und 12,5 Prozent gaben drei Traumata an. 30,7 Prozent haben mehr als drei Traumata erlebt. Da die gestellten Fragen zu den traumatischen Erlebnissen als problematisch und heikel erlebt werden können, haben insgesamt 2,8 Prozent der Teilnehmer diese Fragen nicht beantwortet.

Ergebnisse

Angaben zur subjektiven Gesundheit

Als zentraler Aspekt subjektiven Wohlbefindens gilt die subjektive Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes. Die Mehrheit der geflüchteten Personen beantwortet die Eingangsfrage „Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?“ im Durchschnitt mit „sehr gut“ oder „gut“ (61,4 Prozent) (Brücker, H. et al. 2017, Brähler et al. 2007). Vergleicht man die Ergebnisse aber mit den nach Altersgruppen stratifizierten Ergebnissen der Studie des Robert Koch-Instituts zur

Abbildung 1

Letzter Tätigkeitsbereich im Herkunftsland in Prozent – erwachsene Geflüchtete in Deutschland 2017/2018 (Angaben in %)*

	Anzahl Befragte	1.880
Schule, Studium		16,3
Hausarbeit		14,4
Handwerk		11,0
Hilfstätigkeiten; Industrie-, Fabrik- und Lagerarbeiten		10,6
Transport, Logistik, Verkehr		4,3
Lehrende Berufe		4,0
Land- und Forstwirtschaft, Fischerei		3,5
Ingenieur-, IT-, Elektroberufe, technische Berufe		3,2
Öffentlicher Dienst, Kirche, öffentliche Sicherheit		2,8
Hotel- und Gaststättengewerbe		2,6
Büro, Banken, Versicherungen		2,6
Groß- und Einzelhandel		2,3
Baugewerbe		2,2
Kleinselbständigkeit, Straßenhandel		1,9
Medizinische Berufe, chemische Berufe, Labor		1,8
Kfz-Bereich		1,3
Dienstleistungen		1,1
Künstlerisches, Mode		1,0
Soldat		0,7
Führungsposition, Unternehmensleitung		0,5
Rente		0,1
sonstiges		2,4
ohne Arbeit		9,5

* mit Angaben zum Tätigkeitsbereich (7 % ohne Angabe)

Quelle: WIdO 2018

Gesundheit Erwachsener in Deutschland 2008–2011, zeigt sich: Geflüchtete schätzen ihren eigenen Gesundheitszustand subjektiv deutlich schlechter ein als dies Vergleichsgruppen der erwachsenen Wohnbevölkerung in Deutschland tun (siehe Tabelle 4, Seite 10). Auch wenn nur vergleichsweise gesunde Menschen die Belastungen einer langen Flucht nach Deutschland auf sich genommen haben, ist dies vermutlich Ausdruck ihrer spezifischen Situation. Dies scheint nicht verwunderlich, betrachtet man Ursachen und Folgen der beschwerlichen Flucht, die im Vergleich zur erwachsenen Wohnbevölkerung gegebenenfalls schlechtere Lebenssituation in den Erstaufnahmeeinrichtungen als auch ungewisse Zukunftsaussichten. Hinzu kommen möglicherweise Ängste und Sorgen angesichts der Situation in der Heimat. Räumliche Enge, belastende Lautstärke und mangelnde Privatsphäre

Methodik

Gegenstand der Erhebung waren die gesundheitliche Situation, die gesundheitliche Kompetenz und die Gesundheitserfahrungen von Geflüchteten aus den unsicheren Herkunftsländern Syrien, Irak und Afghanistan, also aus Kriegsgebieten. Dabei ging es vor allen um Gesundheitserfahrungen von Geflüchteten, die gerade in Deutschland angekommen sind. Im Mittelpunkt standen Geflüchtete vor einer Integration ins deutsche Gesundheitssystem.

Grundgesamtheit: Geflüchtete aus Syrien, Irak und Afghanistan im Alter von 18 Jahren und älter, die sich nicht länger als zwei Jahre in der Bundesrepublik aufhielten. Die Beschränkung der Aufenthaltsdauer sollte eine Nähe zur Ankunft gewährleisten.

Befragt wurden 2.021 Geflüchtete aus 260 Erstaufnahmeeinrichtungen und Unterkünften/Unterbringungseinrichtungen in den Kommunen. Nach der Einreise ins Bundesgebiet und dem Asylgesuch werden die Geflüchteten mithilfe des EASYSystems (Erstverteilung der Asylbegehrenden) auf die Bundesländer verteilt. Da die Aufnahmequote sich nach dem Königssteiner Schlüssel berechnet, wäre davon auszugehen, dass hinsichtlich demografischer Variablen wie Alter oder Geschlecht eine Gleichverteilung in allen Kommunen vorläge. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass eine entsprechend dem Königssteiner Schlüssel vorgenommene Verteilung auf die Kommunen zu Verzerrungen führt (Bozorgmehr, K. et al. 2017). Neben dieser Einschränkung muss erwähnt werden, dass es sich um eine fluktuierende Stichprobe handelt, da die Verweilzeiten in den aufgesuchten Anlaufstellen unterschiedlich lang sind und sich die Gesamtheit der Geflüchteten während der Befragung in stetiger Veränderung befand.

Die Repräsentativität lässt sich bei der Zielpopulation nicht überprüfen, da keine eindeutige Definition der Grundgesamtheit möglich war und keine zuverlässige bundesweite Auswahlgrundlage über zeitnah eingetroffene Geflüchtete mit statistischen Verteilungsinformationen der Auswahlgesamtheit vorlag. Eine Zufallsauswahl war nicht möglich, da eine geeignete Auswahlgrundlage fehlte und auch die Inklusionswahrscheinlichkeiten nicht berechenbar waren. Ein Abgleich mit offiziellen Zahlen des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge wurde an verschiedenen Stellen im Beitrag als Referenz herangezogen, obwohl sich die Grundgesamtheit der Erstasylantragsteller auch aufgrund der zeitlichen Abgrenzung nach Kalenderjahren von der Grundgesamtheit dieser befragten Stichprobe unterscheidet.

Feldzeit: 22.5.2017 bis 7.3.2018; es handelte sich um eine Befragung mit einer sich sehr kurzfristig innerhalb der Feldzeit verändernden Zielpopulation (etwa Zu- und Abgänge in den Einrichtungen) und sich stetig in Veränderungen befindlichen Auswahlgrundlagen (etwa Verlegung Geflüchteter zwischen Einrichtungen).

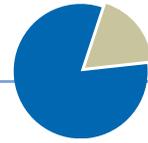
Regionale Verteilung: Einige Bundesländer wurden nicht einbezogen oder sind unterrepräsentiert. Dies liegt daran, dass amtliche Genehmigungen fehlten, eine Überlastung des Personals in den Einrichtungen angegeben wurde oder die Präsenz von Flüchtlingen aus den relevanten Herkunftsländern zu gering war. Es wurde allerdings darauf geachtet, dass ausreichende Fallzahlen auf der Ebene der Nielsen-Gebiete erreicht wurden (siehe Abbildung 3, Seite 9).

Umfrageinstitut: Sozialwissenschaftliches Umfragezentrum (SUZ) in Duisburg.

Befragungsmethode: Eine Kontaktaufnahme mit den Zielpersonen konnte nur nach Zustimmung der zuständigen Behörden/Ämter und der verantwortlichen Leitungen der Unterkünfte erfolgen. Nach einer erfolgreichen Kontaktierung der Einrichtungen wurde in der Regel auf Wunsch der Verantwortlichen als Entscheidungsgrundlage eine Beschreibung des Vorgehens per Mail verschickt. Letztes Glied in der Kontaktkette war die Unterkunft selbst. Von den Einrichtungsleitungen gab es zunächst die aktuellen Belegungszahlen. Gelegentlich stellte sich erst dann heraus, ob es überhaupt in ausreichender Zahl Bewohner der gewünschten Herkunftsländer gab. In mehreren Fällen musste die Befragung mangels ausreichender Bewohnerzahl eingestellt werden. Gemeinsam mit den Leitungen wurde der Ablauf der Befragungen besprochen. Die Rekrutierung von Befragungsteilnehmern in den einzelnen Einrichtungen erfolgte in der folgenden Form:

1. Bekanntmachung und Einladung der Bewohner aus den Herkunftsländern zu bestimmten Terminen;
2. Aufsuchen der Geflüchteten in ihren Fluren und Zimmern oder auf dem Gelände;
3. Kontaktaufnahme mit den Geflüchteten zu bestimmten Ereignissen (zum Beispiel bei der Erstregistrierung, bei Mahlzeiten oder in Warteräumen)

Da Gesundheitsthemen persönliche und sensible Fragen umfassen, war vorgesehen, die Befragung selbst-administriert online durchzuführen. Zahlreiche Studien



belegen eine Reduktion von Nonresponse bei sensitiven Inhalten und dem Einsatz selbstadministrierter Befragungsarten. Als Ein- und Ausgabegeräte mit Verbindung zum Internet wurden Handys und Smartphones eingesetzt, da davon auszugehen war, dass der Gebrauch dieser Geräte unter Geflüchteten zum Alltag gehört. Im Idealfall sollten die Geflüchteten das Interview selbst mit dem eigenen Gerät ausfüllen (CAWI; Computer Assisted Web Interviewing mit Hilfe von Handys/Smartphones).

In Einzelfällen (etwa bei Analphabetismus) führten auf Wunsch des Teilnehmers Mitarbeiter des Feldinstituts das Interview durch (CAPI; Computer Assisted Personal Interviewing). Dies geschah auch dann, wenn der Befragte explizit eine Bedienung durch den Interviewer wünschte. Jede Zielperson bekam in der jeweiligen Landessprache einen Link mit der URL mitgeteilt, auf der der Fragebogen zu finden war. Außerdem gab es für jede Zielperson einen individuellen Zugangscode. Beide Informationen waren auf einem DIN-A4-Blatt aufgeführt. Für die entstandenen Auslagen für die mobile Internetnutzung wurde den Befragten fünf Euro bei erfolgreicher Teilnahme angeboten, die aber nicht immer beansprucht wurden.

Fragebogenentwicklung, Qualitätssicherung, Pretest:

Die Erstellung eines standardisierten Fragebogens erfolgte im WiDO und wurde durch eine methodische Beratung vom Mannheimer GESIS-Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften unterstützt. Im Fokus standen die Themen subjektive physische und psychische Gesundheit, Gesundheitsbelastungen und -beschwerden, Gesundheitsverhalten sowie Inanspruchnahmeverhalten medizinischer Leistungen von Flüchtlingen in den letzten zwei Jahren. Die einzelnen Fragen stammen zum Teil aus validierten Instrumenten (zum Beispiel der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland 2008-2011 aus dem Robert Koch-Institut) oder wurden im Vorfeld im WiDO entwickelt. Die zum Vergleich herangezogenen Ergebnisse über die erwachsene Wohnbevölkerung in Deutschland hat das Robert Koch-Institut (RKI) freundlicherweise zur Verfügung gestellt.

Nach der Fertigstellung des Fragebogenentwurfs wurde dieser externen Experten vorgelegt und anschließend mit einem Bewertungssystem „on desk“ hinsichtlich der Qualität überprüft (Faulbaum, F. et al. 2009). Nach der inhaltlichen Konsentierung des Fragebogens im deutschkulturellen Kontext wurden Experten aus den jeweiligen Herkunftsländern hinzugezogen, woraufhin Anpassungen im Bereich der soziodemografischen Fragen notwendig

waren. Ein Übersetzungsbüro hat dann den Fragebogen in die Sprachen der Herkunftsländer (Arabisch, Farsi, Kurmanci) übersetzt. Der übersetzte Fragebogen wurde in einer Mischung von Usability Test und Pretest (Tarnai, J. et al. 2004) je zehn Zielpersonen vorgelegt, um mögliche Probleme mit den Fragen und in der Handhabung zu erkennen, etwa beim Aufruf des Links zur Eingabe des Zugangscode. Die Teilnehmer konnten zu Beginn entscheiden, in welcher Sprache sie den Fragebogen beantworten wollten. Die bevorzugte Interviewsprache war Arabisch, gefolgt von Farsi.

Datenschutz und Ethikkodex: Bei der Befragung zur gesundheitlichen Situation Geflüchteter in Aufnahmeeinrichtungen handelt es sich um eine Umfrage in einer spezifischen Population, die online über Smartphones durchgeführt wurde. Der selbstadministrierte Befragungsmodus wurde gewählt, um die Privatheit zu schützen und die Nicht-Beobachtbarkeit der Dateneingabe durch weitere Personen zu garantieren. Die Befragung unterlag weiterhin folgenden Regeln:

- Die Befragungen in den unterschiedlichen Einsatzorten wurden von den zuständigen staatlichen und kommunalen Behörden genehmigt;
- Die Befragten waren mindestens 18 Jahre alt;
- Die Befragten wurden über den Inhalt der Befragung in ihrer Muttersprache informiert;
- Die Befragten wurden auf die Freiwilligkeit der Teilnahme hingewiesen;
- Es wurden keine Namen und Adressen erhoben; eine Identifikation der Befragten auf der Basis der Befragungsdaten ist nicht möglich;
- Der Server, der in der Online-Befragung eingesetzt wurde, befindet sich in Deutschland und wurde vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zertifiziert.

Leitbild für die Teilnahme an der Befragung war die informierte Zustimmung. Medizinische Untersuchungen wurden nicht durchgeführt. Im Rahmen dieser Studie wurde zu jedem Zeitpunkt der Ethik-Kodex der Deutschen Gesellschaft für Soziologie (DGS) und des Berufsverbandes Deutscher Soziologinnen und Soziologen (BDS) eingehalten, dessen aktuelle Version am 10.6.2017 in Kraft trat.

Abbildung 2

Lebenszeitprävalenzen traumatischer Ereignisse – erwachsene Geflüchtete in Deutschland 2017/2018

Haben Sie die nachfolgenden Ereignisse schon einmal selbst erlebt?

Ja/Nein-Abfrage (Anteil „Ja“-Nennungen in %)

	Anzahl Befragte	1.965
Kriegserlebnisse		60,4
Angriff durch Militär		40,2
Verschleppte, verschwundene Angehörige		34,8
Gewalterfahrungen im Zusammenhang mit Flucht		29,2
Foltererfahrung		19,0
Andere lebensbedrohliche Situationen		16,1
Lagerhaft, Geiselhaft, Isolationshaft		15,7
Zeuge von Folter, Tötungen, sexueller Gewalt		15,4
Gewaltsamer Tod wichtiger Bezugspersonen		15,4
Andere schwer belastende Ereignisse		11,9
Sexueller Angriff, Vergewaltigung		6,2
Nichts davon		22,5

Quelle: WIdO 2018

können den subjektiven Gesundheitszustand ebenfalls negativ beeinflussen – ebenso wie der Umstand, dass der Alltag in den Flüchtlingsunterkünften oft von Langeweile und Unwissenheit über die eigene Zukunftsperspektive bestimmt ist und viele Geflüchtete aus verschiedenen Herkunftsländern in der selben Einrichtung untergebracht sind (Hess, S. et al. 2018; Elle, J. et al. o. J.; Hofmann, R. et al. 2017).

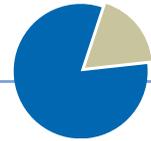
Geflüchtete mit kürzerer und längerer Aufenthaltswdauer unterscheiden sich in ihrer Einschätzung nicht wesentlich. Jüngere Geflüchtete bewerten ihren Gesundheitszustand indes signifikant besser als ältere – ein Ergebnis, das sich auch bei der deutschen erwachsenen Wohnbevölkerung zeigt. Die Frage nach dem Vorliegen chronischer Erkrankungen zeigt, dass die befragten Geflüchteten weniger betroffen sind als die deutsche erwachsene Wohnbevölkerung (siehe Abbildung 4, Seite 11). Ob dieser Unterschied sich dadurch erklären lässt, dass Geflüchtete tatsächlich weniger chronische Erkrankungen haben oder ob dies auf die gegebenenfalls weniger umfassende medizinische Diagnostik im Herkunftsland und in Deutschland zurückzuführen ist, lässt sich hier nicht beantworten. Beide Stichproben zeigen, dass Ältere von chronischen Erkrankungen häufiger betroffen sind

als Jüngere. Die von chronischen Erkrankungen betroffenen Geflüchteten nennen am häufigsten Herz-Kreislaufkrankungen (25,8 Prozent), Diabetes (21,8 Prozent) und Rücken- und Gelenkerkrankungen (8,9 Prozent).

Die Antworten auf die Frage, welche gesundheitlichen Beschwerden die Befragten benennen, unterscheiden sich zwar je nach Kultur, Lebenslage oder Erhebungszeitraum. Dennoch wurden die befragten Geflüchteten gebeten, eine standardisierte Listenabfrage nach dem Vorliegen einzelner gesundheitlicher Beschwerden auszufüllen. Das Ergebnis (siehe Abbildung 5, Seite 12) zeigt, dass die befragten geflüchteten Personen für die letzten sechs Monaten eher psychische Probleme angegeben haben. Hier werden an erster Stelle Mutlosigkeit, Trauer und Bedrückung (41,0 Prozent), Nervosität und Unruhe (37,3 Prozent) genannt sowie Müdigkeit, Erschöpfung (31,0 Prozent) und Schlafstörungen (29,4 Prozent). Bei den eher physischen Beschwerden liegen vor allem muskulo-skeletale Symptome (Rücken-, Kopf- und Gelenkschmerzen) vor, die mit dem Alter stark zunehmen. Frauen sind fast immer häufiger betroffen. Einzige Ausnahme: Männer nennen häufiger Herzbeschwerden und Wundschmerzen.

Geflüchtete, die Krieg, Gewalt und Verfolgung erfahren haben, berichten deutlich häufiger über physische und psychische Beschwerden. Bei ihnen sind die Prävalenzen deutlich höher als in der Gruppe derer, denen solche Erfahrungen erspart blieben (siehe Abbildung 6, Seite 13). Im Durchschnitt und über alle 21 verschiedenen Beschwerden hinweg berichten Geflüchtete, die mindestens eine traumatische Erfahrung aus der vorgelegten Liste benannt haben, mehr als doppelt so häufig über das Vorliegen der benannten Beschwerden. Die vorliegenden Befunde zeigen dabei einen signifikanten Zusammenhang zwischen traumatisierenden Erlebnissen und der Prävalenz gesundheitlicher Beschwerden (Korrelation Anzahl benannter traumatischer Erfahrungen/Anzahl gesundheitlicher Beschwerden mit einem Korrelationskoeffizienten nach Pearson von $r=0,42$).

Traumatisierende Erlebnisse wirken sich auf das Vorliegen depressiver Erkrankungen aus. Der WHO-5-Wohlbefindens-Fragebogen der World Health Organisation ist ein anerkanntes,



kurzes, fünf Fragen umfassendes Screening-Instrument zur Früherkennung depressiver Erkrankungen (Brähler, E. et al. 2004; Topp, C. W. et al. 2015). Dieses Instrumentarium wird auch nach der Nationalen Versorgungsleitlinie für den Einsatz in der Praxis für das Erkennen einer depressiven Störung empfohlen (GPPN et al. 2015). Die fünf Items des Fragebogens decken die Bereiche Stimmung (gute Laune, Entspannung), Vitalität (Aktivität, frisch und ausgeruht Aufwachen) und generelle Interessen (Interesse an Aktivitäten) ab (WHO 1998). Für die online-Interviews ohne externe Hilfe mit den Geflüchteten wurde die ursprüngliche 6er-Antwortskala (0–5) auf fünf Antwortmöglichkeiten (0-4) vereinfacht.

Das für die Befragung angepasste WHO-5-Summenwert-Minimum liegt gemäß Definition bei 0, das Maximum bei 20. Es wurde für den Rahmen der Primärversorgung ein Cut-Off-Score empfohlen, der, entsprechend angepasst,

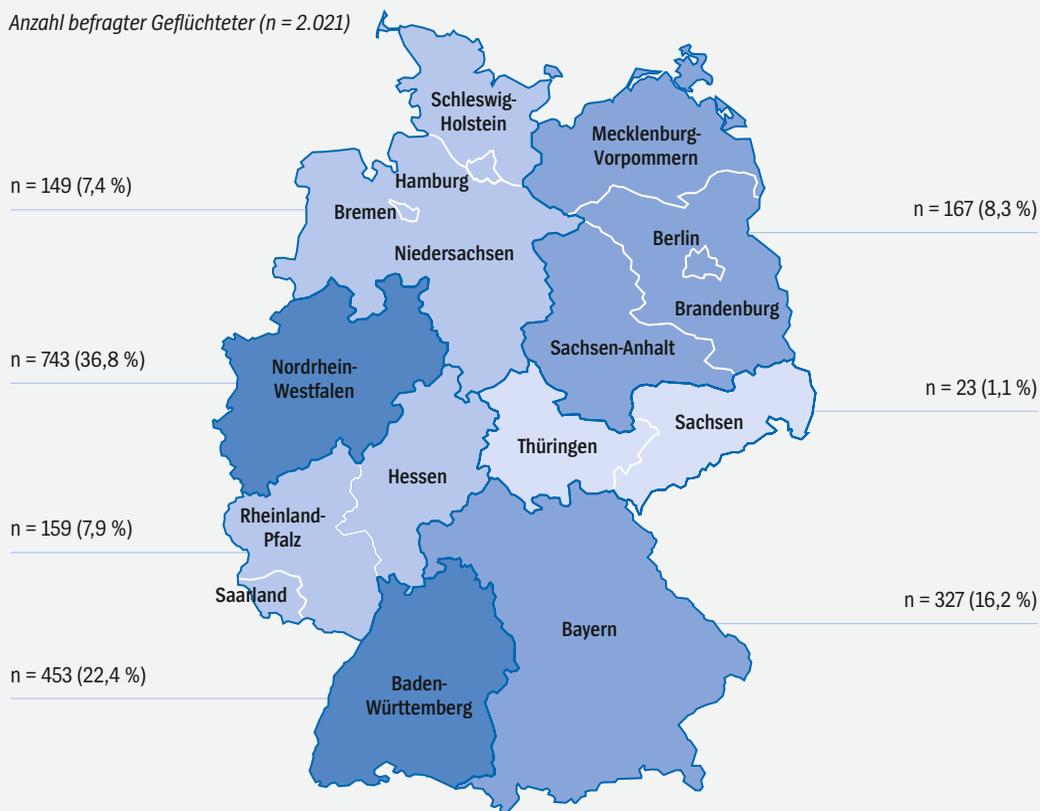
bei 10,5 liegt. Danach weisen Probanden mit diesen angepassten WHO-5-Summenwerten von 10,6-20 ein relatives Wohlbefinden auf. Bei einem Summenscore von 0 bis einschließlich 10,5 besteht der Verdacht auf eine depressive Erkrankung.

Gemessen an dem angepassten WHO-Kriterium zeigen mehr als zwei Fünftel der Befragten Werte, die auf eine depressive Erkrankung hindeuten (Cut-Off-Wert $\leq 10,5$: 44,6 Prozent) (siehe Tabelle 5, Seite 15). Signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechts- und Altersgruppen bestehen nicht. Über diesen vergleichsweise hohen Wert von 44,6 Prozent der Geflüchteten, bei denen ein Verdacht auf eine depressive Erkrankung besteht, wird auch in der Literatur berichtet (Lindert, J. et al 2009; Brücker, H. et al. 2016). Dabei differieren die Werte je nach Erhebungsinstrument und -zeitpunkt und erreichen einen Höchstwert von 44 Prozent (Feltes, T. et al. 2018).

Abbildung 3

Zusammensetzung der Stichprobe nach Regionen

Anzahl befragter Geflüchteter (n = 2.021)



* Zuordnung nach sogenannten „Nielsen-Gebieten“

Quelle: WIdO 2018

Eine Betrachtung auf der Ebene der einzelnen Items zeigt, dass sich die Angaben der Geflüchteten deutlich von denen einer repräsentativen, wenn auch älteren Befragung der bundesdeutschen Bevölkerung aus dem Jahr 2004 unterscheiden (Brähler, E. et al. 2007). Die Werte der bundesdeutschen Bevölkerung im Jahr 2004 – einer frei zugänglichen Quelle mit Ergebniswerten – zeigen, dass im Durchschnitt nur 1,6 Prozent der Befragten in den letzten zwei Wochen die positiv gerichteten Fragen mit „zu keinem Zeitpunkt“ beantwortet haben (siehe Abbildung 7, Seite 14). So haben 0,5 Prozent der Befragten geantwortet, dass sie sich in den letzten zwei Wochen zu keinem Zeitpunkt froh und in guter Laune befunden haben. Diese Frage nach dem Wohlbefinden haben insgesamt knapp 17 Prozent der Geflüchteten für den gleichen Rückfragezeitraum mit „nie“ beantwortet. Dies wird auch bei allen Einzelitems deutlich, da im Durchschnitt 16,1 Prozent der

Geflüchteten diese Fragen mit „nie“ beantwortet haben.

Angaben zum Gesundheits- und Inanspruchnahmeverhalten

Sportliche Aktivitäten sowie der Verzicht auf Tabak und Alkohol sind anerkannte präventive Maßnahmen, die zu einem gesunden Lebensstil gehören und helfen können, körperliche und psychische Erkrankung zu vermeiden. Auch bei diesen Ergebnissen über Aussagen zum eigenen Gesundheitsverhalten lassen sich die vorliegenden Befragungsergebnisse mit den Daten des RKI über die erwachsene Wohnbevölkerung in Deutschland vergleichen. Im Rahmen der Geflüchteten-Befragung gibt nur ein kleiner Anteil (22,7 Prozent) an, in den letzten zwei Wochen Sport getrieben zu haben, die Mehrheit der Geflüchteten hat dies nicht getan (siehe Tabelle 6, Seite 16/17). Männer beantworten die Frage

Tabelle 4

Subjektive Einschätzung der Gesundheit – vergleichende Darstellung der Bewertungen erwachsener Geflüchteter und der erwachsenen Wohnbevölkerung in Deutschland

Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

Angaben in %

	Befragte insgesamt	Geschlecht		Alter in Jahren			
		Männer	Frauen	18 bis <30	30 bis <40	40 bis <50	>=50
erwachsene Geflüchtete¹⁾							
Anzahl Befragte	2.021	1.356	665	986	552	268	215
(sehr) gut	61,4	64,5	55,1	67,1	64,5	55,2	34,9
erwachsene Wohnbevölkerung in Deutschland²⁾							
Anzahl Befragte	7.897	3.753	4.144	1.071	1.002	1.522	4.302
(sehr) gut	74,8	76,7	72,8	90,7	87,3	77,9	62,4

	Befragte insgesamt	Geschlecht		Alter in Jahren			
		Männer	Frauen	18 bis <30	30 bis <40	40 bis <50	>=50
erwachsene Geflüchtete¹⁾							
Anzahl Befragte	2.021	1.356	665	986	552	268	215
(sehr) schlecht	12,3	11,2	14,1	10,2	9,2	14,9	26,0
erwachsene Wohnbevölkerung in Deutschland²⁾							
Anzahl Befragte	7.897	3.753	4.144	1.071	1.002	1.522	4.302
(sehr) schlecht	2,7	3,0	2,6	0,4	1,1	1,8	4,7

1) Datenbasis: Studie zur Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland 2017/2018

2) Datenbasis: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland 2008-2011

Quelle: WIdO 2018

Quelle: Robert Koch-Institut (RKI)

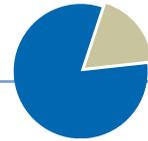


Abbildung 4

Chronische Erkrankungen – vergleichende Darstellung der Auskünfte von erwachsenen Geflüchteten und der erwachsenen Wohnbevölkerung in Deutschland

Haben Sie eine oder mehrere lang andauernde, chronische Erkrankungen?

Anteil „Ja“-Nennungen in %*

■ erwachsene Wohnbevölkerung in Deutschland²⁾ ■ erwachsene Geflüchtete¹⁾

	Anzahl Befragte	erwachsene Wohnbevölkerung in Deutschland ²⁾	erwachsene Geflüchtete ¹⁾
Befragte insgesamt	7.543 1.854	30,5	13,6
18 bis <30 Jahre	1.007 894	11,3	8,1
30 bis <40 Jahre	959 512	17,2	9,8
40 bis <50 Jahre	1.460 252	24,7	19,0
>=50 Jahre	4.117 196	45,6	42,3

1) Datenbasis: Studie zur Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland 2017/2018

Quelle: WIdO 2018

2) Datenbasis: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland 2008–2011

Quelle: Robert Koch-Institut (RKI)

* „weiß nicht“ ist in beiden Datensätzen auf fehlend gesetzt

deutlich häufiger mit „Ja“ (27,8 Prozent) als Frauen (13,1 Prozent). Mit zunehmendem Alter wird weniger Sport ausgeübt. In der deutschen Wohnbevölkerung ist der Anteil der sportlich Aktiven deutlich größer und die Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind gering. Allerdings nehmen auch hier sportliche Aktivitäten mit zunehmendem Alter ab. Gleichwohl ist die Ausgangslage bei den jüngeren Erwachsenen unter 30 Jahren eine andere: Nahezu 80 Prozent treiben mindestens einmal pro Woche Sport – im Vergleich zu knapp 30 Prozent unter den Geflüchteten. Diese deutlichen Unterschiede zeigen sich in allen Altersgruppen. Da Sport jedoch helfen kann, körperliche und psychische Beschwerden zu vermeiden oder zu lindern, aber auch bei der Betätigung in Sportvereinen die soziale Integration fördern kann, zeigen diese Ergebnisse einen Handlungsbedarf.

Unter den Teilnehmenden ist der Raucheranteil vergleichsweise hoch: Dabei rauchen deutlich mehr Männer (61,0 Prozent) als Frauen (19,3 Prozent). Der Geschlechterunterschied beim Raucheranteil in der deutschen Wohnbevölkerung ist dagegen weniger stark ausgeprägt (Männer: 32,6 Prozent; Frauen: 27,0 Prozent). Unter den weiblichen Geflüchteten hat die Mehrheit noch nie geraucht (71,9 Prozent) oder

das Rauchen aufgegeben (8,8 Prozent). Der Anteil der täglichen Raucher variiert nur leicht mit dem Alter, der Anteil derjenigen, die „gelegentlich“ zur Zigarette oder zu Ähnlichem greifen, nimmt mit dem Alter stark ab. Der Anteil der Befragten, die das Rauchen aufgegeben haben, steigt mit dem Alter. Verglichen mit der deutschen Wohnbevölkerung sind unter den männlichen befragten Geflüchteten mehr Raucher zu finden. Auch hier mögen, neben erhöhten Belastungen vor und während der Flucht, die aktuelle Lebenssituation oder kulturelle Unterschiede eine Rolle spielen.

Beim Alkoholkonsum zeigt sich bei den Geflüchteten im Vergleich zur deutschen Wohnbevölkerung ein anderes Bild: So lebt ein Großteil der Schutzsuchenden abstinent (71,5 Prozent). Nur etwas mehr als ein Viertel der Befragten (27,6 Prozent) trinkt Alkohol, davon die Hälfte (14,1 Prozent) einmal im Monat oder seltener. Nur wenige Geflüchtete (3,3 Prozent) konsumieren Alkohol regelmäßig an mehr als vier Tagen pro Woche. Im Vergleich zur deutschen Wohnbevölkerung (13,9 Prozent) ist dieser riskante Konsum vergleichsweise selten – auch wenn nicht nach der konsumierten Menge gefragt wurde. Insgesamt zeigt sich jedoch sowohl unter den Geflüchteten wie auch bei

Abbildung 5

Gesundheitliche Beschwerden – Aussagen der erwachsenen Geflüchteten 2017/2018

Hatten Sie in den letzten sechs Monaten folgende Beschwerden?

Ja/Nein-Abfrage (Anteil „Ja“-Nennungen in %)

	Anzahl Befragte	2.021
Mutlosigkeit, Traurigkeit, Bedrückung	41,0	
Nervosität, Unruhe	37,3	
allg. Müdigkeit, Mattigkeit, Erschöpfung	31,0	
Schlafstörungen	29,4	
Reizbarkeit	25,0	
Lustlosigkeit, ausgebrannt sein	20,2	
Rückenschmerzen	32,2	
Kopfschmerzen	31,6	
Gelenkschmerzen	25,0	
Erkältungen	22,6	
Magen-, Bauchschmerzen	22,4	
Schwindelgefühle	22,1	
Appetitlosigkeit, Übelkeit	19,1	
Augenerkrankung	17,9	
Atemnot	17,1	
Menstruationsbeschwerden (nur Frauen)	17,0	
Hautprobleme	14,8	
Verdauungsstörungen	14,6	
Kreislaufstörungen	10,3	
Herzbeschwerden	8,4	
Wundschmerzen	7,4	

Quelle: WIdO 2018

den Einwohnern, dass Männer häufiger Alkohol konsumieren als Frauen. Die Unterschiede zwischen den Geflüchteten und der deutschen Wohnbevölkerung überraschen nicht: Nahezu drei Viertel der befragten Geflüchteten gehören dem Islam an, dessen Position hinsichtlich des Alkohols bekannt ist.

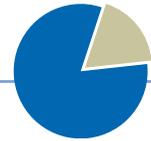
Asylsuchende haben eingeschränkten Anspruch auf eine medizinische Versorgung. Obwohl die Neufassung einer Richtlinie der EU-Kommission (Europäisches Parlament 2013) festlegt, dass gerade Opfer von Folter und Gewalt Zugang zu angemessener medizinischer und psychologischer Behandlung oder Betreuung durch adäquat ausgebildetes Betreuungspersonal erhalten sollen, gilt dies in Deutschland nur eingeschränkt. Nach §4 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) haben Geflüchtete Anspruch

auf eine Versorgung bei akuten Schmerzen, Schwangerschaft und Geburt sowie auf Impfungen. Zudem ist der Zugang zur Versorgung lokal unterschiedlich geregelt. In vielen Gemeinden und Bundesländern benötigen Asylsuchende einen Berechtigungsschein von der Sozialbehörde, bevor sie eine Behandlung beanspruchen können. Andere Gemeinden und Bundesländer hingegen geben eine elektronische Gesundheitskarte (eGK) aus, die den Behandlungsschein überflüssig macht. So ermöglicht die eGK Asylsuchenden in Bremen und Hamburg den gleichen Anspruch auf gesundheitliche Versorgung wie gesetzlich Krankenversicherten. Andernorts müssen Ärzte eine Ausnahme nach §6 AsylbLG beantragen, um bestimmte Leistungen erbringen zu dürfen.

Doch wie sieht die medizinische Versorgung in Deutschland aus Sicht der Geflüchteten aus? Dabei stellt sich sowohl die Frage, wie oft diese überhaupt Ärzte aufsuchen, als auch, was die Gründe dafür sind. Fragen nach den Erfahrungen und der Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung geben ebenfalls einen ersten Eindruck über die tatsächliche Versorgungssituation der Geflüchteten.

Insgesamt haben nur etwas mehr als zwei Drittel (68,3 Prozent) der Befragten in den letzten sechs Monaten einen Arzt aufgesucht. Am häufigsten wurden Allgemeinmediziner genannt (51,8 Prozent). Es folgen Gynäkologen (30,5 Prozent) und Zahnärzte (24,5 Prozent). 6,8 Prozent haben weitere Fachärzte aufgesucht. Das Antwortprofil der Patienten auf standardisierte Ja/Nein-Fragen nach den Gründen ergab, dass die Befragten am häufigsten allgemeine Gesundheitsuntersuchungen, Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen angegeben haben (siehe Tabelle 7, Seite 18). Es folgt die Behandlung akuter leichter Erkrankungen und Befindlichkeitsstörungen. Schwere beziehungsweise chronische Erkrankungen und Verletzungen spielen eine vergleichsweise geringe Rolle. Die Inanspruchnahmeraten nehmen erwartungsgemäß mit dem Alter zu, bis auf die Angabe von vorliegenden Verletzungen, die, ebenfalls erwartungsgemäß, häufiger bei jüngeren männlichen Geflüchteten auftreten.

Für die meisten befragten Geflüchteten mit Arztkontakt in Deutschland in den letzten sechs



Monaten hat sich der gesundheitliche Zustand nach der Konsultation gebessert (46,8 Prozent), allerdings berichten auch 39,2 Prozent nach der ärztlichen Behandlung keine Besserung erlebt zu haben. 12,2 Prozent geben eine gesundheitliche Verschlechterung an. Für die Teilgruppe der chronisch Kranken ist der Zustand nach der Behandlung gleich geblieben (51,4 Prozent), aufgrund der Chronizität wenig überraschend.

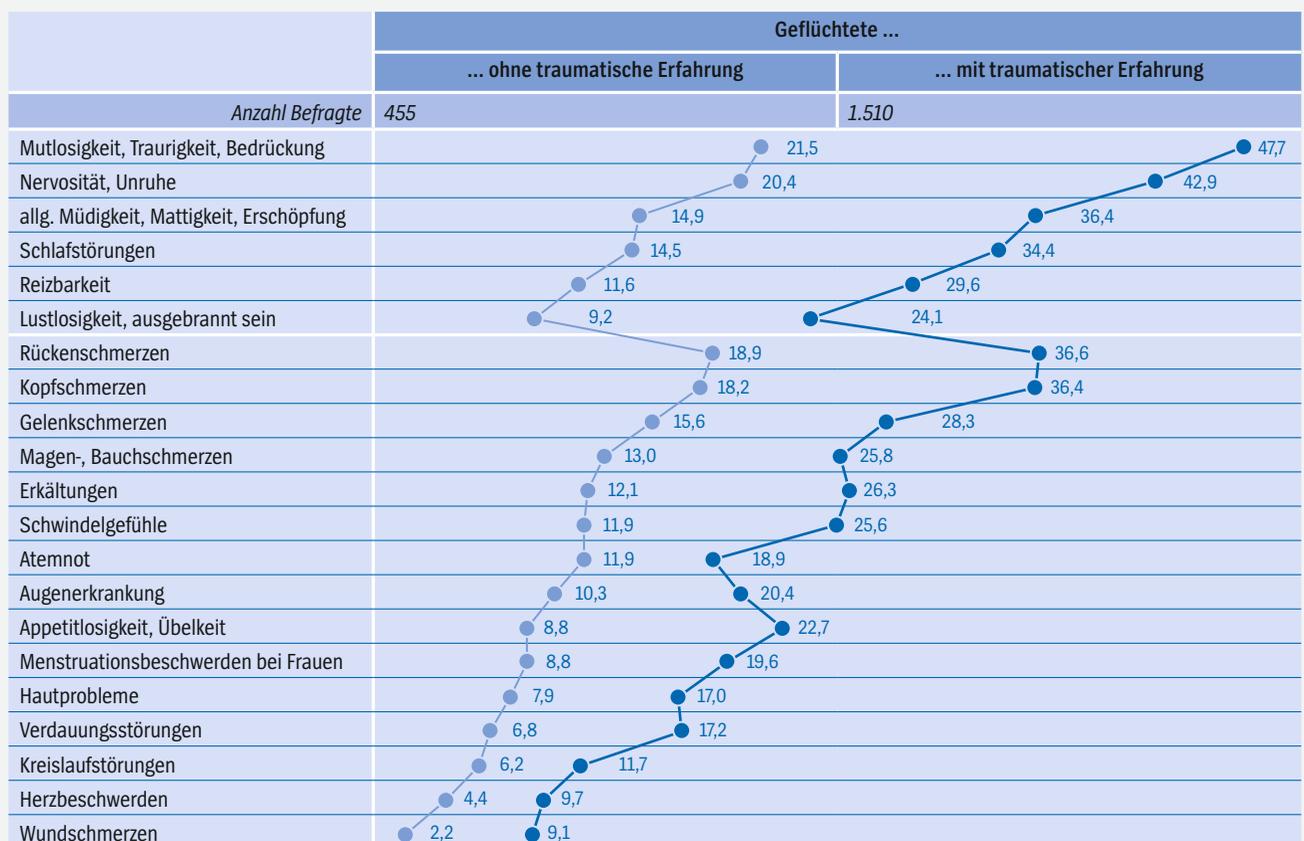
Die Frage nach der Zufriedenheit mit der letzten medizinischen Behandlung zeigt, dass etwas mehr als jeder zweite schutzbedürftige Patient (54,3 Prozent) zufrieden oder sehr zufrieden gewesen ist. Auf der fünfstufigen Antwortskala (sehr unzufrieden = 1 bis sehr zufrieden = 5) beträgt der Mittelwert 3,45. Ein Viertel der Befragten äußert sich aber auch kritisch mit „teils, teils“ (26,3 Prozent) und knapp jeder fünfte Patient

war unzufrieden oder sehr unzufrieden mit dem Behandlungsergebnis (18,1 Prozent), 1,3 Prozent machen keine Angabe. Bei chronisch kranken Geflüchteten ist der Anteil Zufriedener nochmals deutlich niedriger (Mittelwert 3,18). Nur 41,4 Prozent der Chroniker äußern sich sehr zufrieden oder zufrieden mit der medizinischen Behandlung, ein Drittel (34,5 Prozent) antwortet mit teils, teils und 22,2 Prozent sind (sehr) unzufrieden.

Der Gesundheitsstatus hängt unter anderem von den Zugangschancen zu medizinischer Versorgung ab. Geflüchtete dürfen beim Auftreten eines Gesundheitsproblems nicht einfach einen Arzt aufsuchen (Razum, O. et al. 2016). Vielmehr müssen sie sich zuvor in ihrer Unterkunft einen Behandlungsschein abholen oder sie haben bereits – je nach Region – eine elektronische Gesundheitskarte erhalten. Bei den erst

Abbildung 6

Gesundheitliche Beschwerden und erfahrene Traumatisierung – Aussagen von erwachsenen Geflüchteten in Deutschland 2017/2018 (Angaben in %)



Quelle: WIdO 2018

Abbildung 7

Einzelitems der WHO-5-Fragen zum Wohlbefinden – erwachsene Geflüchtete in Deutschland 2017/2018 und deutsche Bevölkerung 2004

In den letzten zwei Wochen war ich ...

Angaben in %

■ Anteil der Deutschen Bevölkerung¹⁾
(„zu keinem Zeitpunkt“)

■ Anteil der Geflüchteten²⁾
(„nie“)



1) Normstichprobe 2004 (n = 2.464)

2) Studie zur Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland 2017/2018 (n = 2.021)

Quelle: Brähler et al. (2007)

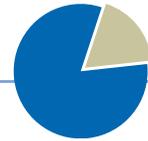
Quelle: WIdO 2018

vor kurzem in Deutschland eingetroffenen Geflüchteten ist der Behandlungsschein weit verbreitet, während Geflüchtete, die sich schon länger im Land aufhalten, häufiger eine Gesundheitskarte besitzen. Die Leistungsgewährung regeln die Kommunen vor Ort, sie unterliegt zudem unterschiedlichen Regelungen zwischen den Bundesländern – und hängt auch von der Sachkenntnis der zuständigen Bearbeiter in den Einrichtungen sowie dem Engagement der Behandler ab. So haben die befragten Geflüchteten bei einem Arztbesuch am häufigsten einen Behandlungsschein vorgelegt (39,5 Prozent), ein Drittel (33,5 Prozent) verfügt bereits über eine Gesundheitskarte der GKV, 27,0 Prozent konnten keine Angaben zu dieser Frage machen. Die unterschiedlichen Regelungen in den einzelnen Regionen zeigen sich auch in den vorliegenden Umfragedaten, wobei die Aufenthaltsdauer aufgrund der Fallzahl in den Bundesländern nicht berücksichtigt werden konnte. Befragte Geflüchtete aus Nordrhein-Westfalen haben am häufigsten eine elektronische Gesundheitskarte (49,7 Prozent) vorgelegt, Schutzsuchende aus Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt haben am häufigsten einen Behandlungsschein (66,7 Prozent).

Bürokratische Barrieren können den Behandlungserfolg beeinflussen oder den Therapiebeginn hinauszögern: Können befragte Patienten

eine Gesundheitskarte vorlegen, äußern sie sich häufiger zufrieden mit dem Ergebnis der medizinischen Behandlung als Befragte, die sich einen Behandlungsschein haben ausstellen lassen (Anteil sehr zufrieden/zufrieden: 59,8 zu 52,3 Prozent). Das gilt auch für den Behandlungserfolg: Patienten mit Gesundheitskarte berichten häufiger von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes nach erfolgter medizinischer Behandlung als Patienten mit Behandlungsschein (57,4 zu 42,9 Prozent). Ob diese Unterschiede hinsichtlich des Behandlungserfolgs auf ein unterschiedliches Inanspruchnahmeverhalten von Patienten mit Gesundheitskarte und Behandlungsschein zurückzuführen sind, kann nicht beantwortet werden. Vermutlich wird ein Patient, der sich zuerst einen Behandlungsschein ausstellen lassen muss, einen Arztbesuch wegen einer Bagatellerkrankung eher vermeiden und einen Arztbesuch wegen einer schwerwiegenden Erkrankung später angehen. Der Patient mit einer Gesundheitskarte kann direkt den Arzt aufsuchen. Die größere Zufriedenheit mit der Behandlung und dem Behandlungserfolg bei Patienten mit Gesundheitskarte zeigt sich unabhängig von der Aufenthaltsdauer in Deutschland.

Der Anteil der Personen unter den Geflüchteten, die im letzten halben Jahr mindestens eine Nacht im Krankenhaus verbracht haben,



liegt bei 12,7 Prozent. Mit zunehmendem Alter steigen die stationären Inanspruchnahmeraten an. Geflüchtete Frauen waren etwas häufiger im Krankenhaus.

Die Angaben der befragten Geflüchteten auf die Frage: „Nehmen Sie aktuell regelmäßig Medikamente ein? Nicht gemeint sind hiermit Vitamintabletten oder Stärkungsmittel.“ bejahen 16,4 Prozent. Der aktuelle Arzneimittelkonsum hängt auch bei den befragten Geflüchteten vor allem vom Alter und vom Geschlecht ab. Erwartungsgemäß steigt er mit dem Alter deutlich und ist bei Frauen höher als bei Männern.

Rund jeder sechste Befragte (17,2 Prozent) gibt an, in den letzten sechs Monaten in Deutschland einen Arzt aufgesucht zu haben und dort nicht behandelt worden zu sein. Bei den chronisch Kranken ist der Anteil nochmals deutlich höher (26,9 Prozent). Abgesehen von den rechtlichen Einschränkungen des Anspruchs auf medizinische Versorgung könnten hier bürokratische Hemmnisse seitens der Leistungserbringer eine Rolle gespielt oder sprachliche Barrieren eine erfolgreiche Kontaktaufnahme zum Arzt verhindert haben.

Die meisten Befragten geben Schwierigkeiten an, wenn es darum geht, einen muttersprachlichen Arzt zu finden (61,0 Prozent), sich in einer Arztpraxis oder einem Krankenhaus verständlich zu machen (56,0 Prozent) oder Gesundheitsinformationen in einer für sie verständlichen Sprache zu erhalten (54,1 Prozent) (siehe Abbildung 8, Seite 19). Rund jeder Zweite findet es schwierig herauszufinden, wo es in der näheren Umgebung Gesundheitsangebote gibt (51,0 Prozent) oder im Krankheitsfall professionelle Hilfe

(50,4 Prozent). In der Gruppe der chronisch Kranken ist der Anteil derjenigen deutlich höher, die Schwierigkeiten haben, an verständliche gesundheitsrelevante Informationen zu gelangen oder diese umzusetzen. Dabei ist es wie auch in der Bevölkerung Deutschlands notwendig, dass Gesundheitsinformationen verstanden und Behandlungsanweisungen befolgt werden können (Schaeffer, D. et al 2016). Eine Voraussetzung dafür ist das Sprachverständnis. Das „Recht, verstanden zu werden“ ist in vielen anderen Ländern anerkannt. Doch wie kann dies auch in Deutschland möglichst schnell nach der Ankunft Geflüchteter gelingen, wo doch der Spracherwerb viel Zeit kostet und gerade in gesundheitlichen Notsituationen auf die Muttersprache zurückgegriffen wird? Wenngleich der Spracherwerb ein wesentlicher Integrationsfaktor ist, können auch unterstützende Maßnahmen wie eine angemessene Sprach- und Kulturmittlung eine Lösung sein. Zahlreiche Dolmetscherangebote von Kliniken und anderen Gesundheitsversorgern bieten bereits heute pragmatische Finanzierungslösungen (Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. 2015).

Die Rückmeldungen der befragten Geflüchteten verweisen auf Verbesserungsmöglichkeiten hinsichtlich des bestehenden Informationsangebotes, seiner Nutzbarkeit und der Kommunikation seitens der Leistungserbringer. Auch und gerade für Schutzsuchende sollte es auf einfache Weise möglich sein, sich im deutschen Gesundheitssystem zurechtzufinden.

Zum heutigen Zeitpunkt ist jedoch nur die Kostenübernahme von Leistungsansprüchen

Tabelle 5

Verdacht auf depressive Erkrankung entsprechend der WHO-5-Skala – erwachsene Geflüchtete in Deutschland 2017/2018

(Angaben in %)

		Befragte insgesamt	Geschlecht		Alter in Jahren			
			Männer	Frauen	18 bis <30	30 bis <40	40 bis <50	>=50
Skalenpunkte	Anzahl Befragte	2.021	1.356	665	986	552	268	215
0 bis <=10,5	mit Verdacht auf depressive Erkrankung	44,6	42,4	49,2	44,7	42,9	45,1	47,9
10,6 bis 25	ohne Verdacht auf depressive Erkrankung	55,4	57,6	50,8	55,3	57,1	54,9	52,1

Quelle: WIdO 2018

wie folgt geregelt: Als Kostenträger für Geflüchtete sind die Sozialämter in den ersten 15 Monaten entsprechend dem Leistungsumfang nach Asylbewerberleistungsgesetz zuständig (§§ 4,6 AsylbLG). Nach diesen 15 Monaten ist der Leistungsumfang analog dem der gesetzlichen Krankenversicherung, über die auch die Abrechnung erfolgt. Erst ab dem Zeitpunkt der Anerkennung als Asylberechtigter tritt die Krankenkasse als Kostenträger ein. Gleichwohl ist die aktuelle Ausgangssituation eine andere: Nur 7,1 Prozent der in den niedrigschwelligen Angeboten der Psychosozialen Zentren durchgeführten

Therapien wurden über die Kostenträger abgerechnet (Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer 2018). Darüber hinaus berichten Fachverbände und Nichtregierungsorganisationen, „dass es in der Praxis noch immer häufig von Glück, Zufall und Beharrlichkeit abhängig sei, ob eine traumatisierte und/oder psychisch erkrankte Person als solche erkannt und entsprechend behandelt und betreut werden kann“ (Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer 2018).

Tabelle 6 (a)

Gesundheitsverhalten – vergleichende Darstellung der Auskünfte von erwachsenen Geflüchteten und der erwachsenen Wohnbevölkerung in Deutschland

erwachsene Geflüchtete (Angaben in %)

Sportliche Betätigung

„Denken Sie bitte an die letzten drei Monate: Haben Sie – seitdem Sie in Deutschland sind – Sport gemacht?“

Sportliche Betätigung	Befragte insgesamt	Geschlecht		Alter in Jahren			
		Männer	Frauen	18 bis <30	30 bis <40	40 bis <50	>=50
Anzahl Befragte	2.021	1.356	665	986	552	268	215
Anteil ohne sportliche Betätigung in den letzten drei Monaten	77,3	72,2	86,9	70,8	78,9	84,4	91,5
Anteil mit sportlicher Betätigung in den letzten drei Monaten	22,7	27,8	13,1	29,2	21,1	15,6	8,5

Rauchverhalten

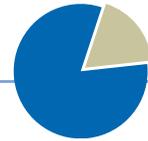
„Rauchen Sie zurzeit – wenn auch nur gelegentlich?“

Rauchverhalten	Befragte insgesamt	Geschlecht		Alter in Jahren			
		Männer	Frauen	18 bis <30	30 bis <40	40 bis <50	>=50
Anzahl Befragte	2.021	1.356	665	986	552	268	215
Raucher	47,7	61,6	19,3	49,5	49,4	46,6	36,6
Nichtraucher	52,3	38,4	80,7	50,5	50,6	53,4	63,4

Alkoholkonsum

„Wie oft trinken Sie Alkohol?“

Alkoholkonsum	Befragte insgesamt	Geschlecht		Alter in Jahren			
		Männer	Frauen	18 bis <30	30 bis <40	40 bis <50	>=50
Anzahl Befragte	2.021	1.356	665	986	552	268	215
ohne Alkoholkonsum	71,5	61,7	91,4	67,7	69,4	79,9	83,7
mit Alkoholkonsum	27,5	37,2	7,9	30,7	30,1	19,7	16,3



Fazit

Viele Geflüchtete haben Schreckliches im Herkunftsland und auf der Flucht erlebt. Vor dem Hintergrund dieser Traumatisierung erscheint es nachvollziehbar, dass diese Menschen sowohl von körperlichen wie vor allem auch von psychischen Gesundheitsbeschwerden berichten. Sie benötigen rasche und umfassende professionelle Hilfe – auch und gerade im Hinblick auf eine erfolgreiche Integration in die Gesellschaft und den Arbeitsmarkt. Einschränkungen bei der Lebensqualität, subjektiv wahrgenommene

Schwierigkeiten bei der aktuellen medizinischen Versorgung sowie eine fehlende Arbeitserlaubnis, finanzielle Sorgen und beengte Wohnbedingungen können die psychischen und körperlichen Gesundheitsprobleme erfahrungsgemäß weiter steigern. Ein niedrigschwelliger Zugang zum Gesundheitssystem würde – neben einem sicheren Aufenthaltsstatus, einer passenden Unterkunft, sinngebender Beschäftigung und Freizeitangeboten – voraussichtlich dabei helfen, die gesundheitlichen Stressoren besser zu bewältigen und vorhandene Ressourcen zu aktivieren.

Tabelle 6 (b)

Gesundheitsverhalten – vergleichende Darstellung der Auskünfte von erwachsenen Geflüchteten und der erwachsenen Wohnbevölkerung in Deutschland

erwachsene Wohnbevölkerung in Deutschland (Angaben in %)

Sportliche Betätigung

„Wie oft treiben Sie Sport?“

Sportliche Betätigung	Befragte insgesamt	Geschlecht		Alter in Jahren			
		Männer	Frauen	18 bis <30	30 bis <40	40 bis <50	>=50
Anzahl Befragte	7.740	3.666	4.074	1.062	993	1.496	4.189
Anteil ohne sportliche Betätigung	33,7	33,0	34,3	21,6	33,9	34,9	38,3
Anteil mit sportlicher Betätigung	66,3	67,0	65,4	78,4	66,2	65,1	61,8

Rauchverhalten

„Rauchen Sie zurzeit – wenn auch nur gelegentlich?“

Rauchverhalten	Befragte insgesamt	Geschlecht		Alter in Jahren			
		Männer	Frauen	18 bis <30	30 bis <40	40 bis <50	>=50
Anzahl Befragte	7.898	3.755	4.143	1.069	1.001	1.519	4.189
Raucher	29,7	32,6	27,0	43,7	36,8	34,4	19,4
Nichtraucher	70,8	67,4	73,1	56,3	63,2	65,6	80,6

Alkoholkonsum

„Wie oft nehmen Sie ein alkoholisches Getränk, also zum Beispiel ein Glas Wein, Bier, Mixgetränk, Schnaps oder Likör zu sich?“

Alkoholkonsum	Befragte insgesamt	Geschlecht		Alter in Jahren			
		Männer	Frauen	18 bis <30	30 bis <40	40 bis <50	>=50
Anzahl Befragte	7.874	3.737	4.137	1.069	998	1.515	4.189
ohne Alkoholkonsum	13,8	10,2	17,3	11,1	15,4	13,1	14,7
mit Alkoholkonsum	86,3	89,8	82,7	88,8	84,8	86,9	85,3

Datenbasis: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland 2008–2011

Quelle: Robert Koch-Institut (RKI)

Die Ausgangssituation erscheint dafür vergleichsweise gut: Die befragten Geflüchteten aus Syrien, Afghanistan und dem Irak berichten über eine Schulbildung von durchschnittlich knapp neun Jahren. Die Mehrheit der Geflüchteten ist im Herkunftsland zuletzt einer beruflichen Tätigkeit nachgegangen (57,4 Prozent), jeder sechste befand sich in schulischer oder universitärer Ausbildung (16,3 Prozent). Beim Gesundheitsverhalten zeigt sich ein erfreulich geringer Alkoholkonsum im Vergleich zur deutschen Bevölkerung. Jedoch wird häufiger geraucht und weniger Sport betrieben. Die Gründe für letzteres lassen sich nicht eindeutig klären. Hier kann die aktuelle Situation mit dem laufenden Asylverfahren, einem unsicheren Aufenthaltsstatus oder fehlenden Sportmöglichkeiten im Umfeld der Erstaufnahmeeinrichtungen ebenso eine Rolle spielen wie unterschiedliche kulturelle Muster. Da eine sportliche Betätigung jedoch helfen kann, körperliche und psychische Beschwerden zu lindern und zudem Sportvereine die soziale Integration fördern können, zeigen auch diese Ergebnisse einen Handlungsbedarf.

Doch trotz der gesundheitlichen Beschwerden, wie auch vor dem Hintergrund der berichteten traumatisierenden Erlebnisse, haben nur zwei Drittel in den letzten sechs Monaten einen

Arzt aufgesucht. Dabei sind die Zugangschancen zur medizinischen Versorgung in Deutschland je nach Aufenthaltsort unterschiedlich geregelt: Ein Drittel konnte wie die GKV-Versicherten eine elektronische Gesundheitskarte für den Arztbesuch nutzen, knapp 40 Prozent der Geflüchteten mussten sich zuerst einen Behandlungsschein besorgen. Solche bürokratischen Barrieren senken die Zufriedenheit und den Behandlungserfolg, so die Bewertung der Patienten. Ebenfalls besorgniserregend: Fast jeder sechste befragte Geflüchtete, der in den letzten sechs Monaten in Deutschland einen Arzt aufsuchen wollte, berichtet, dort nicht behandelt worden zu sein.

In der Arztpraxis oder im Krankenhaus stellt die sprachliche Barriere eine Herausforderung dar: Mehr als jeder zweite Geflüchtete berichtet über große Schwierigkeiten, sich verständlich zu machen. Hier zeigt sich ein hoher Bedarf im Bereich Sprach- und Kulturmittlung in Deutschland, unter dem auch viele Menschen mit Migrationshintergrund leiden. Eine dauerhafte öffentliche Förderung der Sprach- und Kulturmittlung könnte dieses Problem nachhaltig lösen. Dies wäre einer Integration in die Gesellschaft und den Arbeitsmarkt förderlich.

Vor diesem Hintergrund wird es eine Herausforderung sein, Geflüchteten eine angemessene Unterstützung bei der Aufarbeitung ihrer

Tabelle 7

Gründe für die Arzt-Inanspruchnahme – erwachsene Geflüchtete in Deutschland 2017/2018

„Was waren die Gründe beziehungsweise der Anlass, dass Sie einen Arzt aufgesucht haben?“

Anteil an allen Antworten, Angaben in %

	Befragte mit Arztkontakt	Geschlecht		Alter in Jahren			
		Männer	Frauen	18 bis <30	30 bis <40	40 bis <50	>=50
<i>Anzahl Befragte</i>	1.237	803	434	556	361	170	150
Allgemeine Gesundheitsuntersuchung/ Vorsorge/Impfung	61,5	60,6	63,2	62,7	61,0	63,8	56,9
Unwohlsein/Befindlichkeitsstörung/ akute leichte Erkrankung	18,6	18,3	19,3	19,4	19,2	15,6	18,0
akute schwere Erkrankung	3,9	4,0	3,6	2,9	4,3	4,1	5,6
Dauerleiden/chronische Erkrankung	4,9	4,6	5,4	2,7	4,7	6,3	10,8
Unfall/Verletzung	6,1	7,3	3,9	7,2	5,8	4,2	5,1
Behinderung	1,7	2,0	1,1	1,8	1,5	2,2	1,2
Sonstiges	3,3	3,1	3,5	3,3	3,5	3,7	2,4

Quelle: WIdO 2018

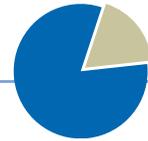


Abbildung 8

Gesundheitsinformationen – erwachsene Geflüchtete in Deutschland 2017/2018

Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach für Sie ...

Anteile „sehr schwierig“ und „schwierig“ in %*

 befragte Geflüchtete insgesamt
n = 2.021

 davon Chroniker
n = 253

... eine(n) muttersprachliche(n) Ärztin oder Arzt zu finden?	61,0	71,5
... sich in einer Arztpraxis oder in einem Krankenhaus verständlich zu machen?	56,0	66,8
... Informationen über Gesundheit in einer für Sie verständlichen Sprache zu bekommen?	54,1	60,9
... in Ihrer Nähe Gesundheitsangebote zu finden, die Sie in Anspruch nehmen könnten?	51,0	60,1
... herauszufinden, ob Sie in eine Arztpraxis oder in ein Krankenhaus gehen sollen?	50,4	55,7

*Antwortkategorien: sehr schwierig, schwierig, einfach, sehr einfach

Quelle: WIdO 2018

traumatischen Erlebnisse anbieten zu können. Hierbei könnten ambulante Schwerpunkt-einrichtungen mit Spezialisten zur Trauma-behandlung helfen. Geflüchtete sollten ab dem ersten Tag einen umfassenden Anspruch auf medizinische Versorgung haben, wie er auch gesetzlich Krankenversicherten zusteht. Bürokratische und sprachliche Hemmnisse müssen abgebaut, das psychotherapeutische Angebot ausgebaut werden. Es könnte hilfreich sein, geflüchtete Ärzte und Psychotherapeuten möglichst zügig ins deutsche Gesundheitssystem einzugliedern. Ihre Hilfe kann für geflüchtete Patienten möglicherweise besonders akzeptabel sein, da sie aus den gleichen Sprach- und Kulturkreisen kommen. Aber auch auf bestehende Ressourcen lässt sich zurückgreifen: Jahrelange Erfahrungen aus der gesundheitlichen Versorgung von Arbeitsmigranten können Ärzten und gesetzlichen Krankenkassen helfen, auch die neue Herausforderung zu meistern, Geflüchtete angemessen zu versorgen.

Literatur/Quellen:

- Brähler, E./Mühlhan, H./Albani, C./Schmidt, S. (2007): Test-statistische Prüfung und Normierung der deutschen Versionen des EUROHIS-QOL Lebensqualität-Index und des WHO-5 Wohlbefindens-Index, in: *Diagnostica* 4/2007, S. 83–96
- Brücker, H./Rother, N./Schupp, J. (Hrsg.) (2017): IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten 2016: Studiendesign, Feldergebnisse sowie Analysen zu schulischer wie beruflicher Qualifikation, Sprachkenntnissen sowie kognitiven Potenzialen, o. O.
- Brücker, H./Rother, N./Schupp, J. et al. (2016): *Flucht, Ankunft in Deutschland und erste Schritte der Integration*, o. O., S. 16
- Brücker, H./Rother, N./Schupp, J. (Hrsg.) (2016): IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten: Überblick und erste Ergebnisse, o. O.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2018a): *Aktuelle Zahlen zu Asyl*, Ausgabe Mai 2018
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2018b): *Das Bundesamt in Zahlen 2017 – Asyl*
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2018c): <http://www.bamf.de/DE/Infothek/Statistiken/Asylzahlen/AktuelleZahlen/aktuelle-zahlen-asyl-node.html>, zugegriffen am 1. August 2018
- Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (2018): *Versorgungsbericht. Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland. 4. aktualisierte Auflage*
- Europäisches Parlament (2013): *Richtlinie 2013/33/EU des europäischen Parlaments und des Rates vom 26.6.2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen*

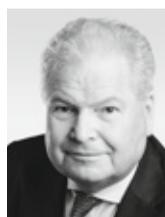
- Feltes, T./Goeckenjan, I./Hoven, E./Ruch, A./Schartau, L./Roy-Pogodzik, C. (2018): *Opfererfahrungen von Geflüchteten in Deutschland. Übersichtsarbeit zum Stand der Forschung, Arbeitspapier 2, Bochum/Köln*
- Faulbaum, F./Prüfer, P./Rexroth, M. (2009): *Was ist eine gute Frage? Wiesbaden*
- *Gemeinsamer Bundesausschuss (2018): Innovationsausschuss: HELP@APP – Entwicklung und Evaluation einer Selbsthilfe-App für traumatisierte syrische Flüchtlinge in Deutschland: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/helapatapp-entwicklung-und-evaluation-einer-selbsthilfe-app-fuer-traumatisierte-syrische-fluechtlinge-in-deutschland.32>, zugegriffen am 10. September 2018*
- Göppfarth, D./Bauhoff, S. (2017): *Gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden – Untersuchungen anhand von Abrechnungsdaten der BARMER, in: BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2017, S. 32–65*
- GPPN, BÄK, KBV, AWMFO (Hrsg.) für die Leitliniengruppe *Unipolare Depression**. *S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage, Version 5, 2015*
- Hess, S. /Elle, J. (o. J.): *Leben jenseits von Mindeststandards. Dokumentation zur Situation in Gemeinschaftsunterkünften in Niedersachsen. Studie der Universität Göttingen im Auftrag des Rats für Migration, Göttingen*
- Hess, S. et al. (2018): *Welche Auswirkungen haben „Anker-Zentren“?, in: Mediendienst Integration, Berlin*
- Hofmann, R./Scherr, A. (2017): *Verwahrung in Aufnahme-lagern oder Willkommenskultur? Eine Fallstudie zur Erst-aufnahme von Geflüchteten, o. O.*
- *Institut der deutschen Wirtschaft (2017): IW-Report 37/2017*
- *Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (2015): Sprachmittlung im Gesundheitswesen. Erhebung und einheitliche Beschreibung von Modellen, Berlin*
- Maercker, A./Forstmeier, S./Wagner, B./Glaesmer, H./Brähler, E. (2008): *Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. Ergebnisse einer gesamtdeutschen epi-demiologischen Untersuchung, in: Nervenarzt 79/2008, S. 577–586*
- *Mediendienst Integration (2018): <https://mediendienst-integration.de/migration/flucht-asyl/minderjaehrige.html#c1425>, zugegriffen am 1. August 2018*
- Razum, O./Wenner, J./Bozorgmehr, K. (2016): *Wenn Zufall über den Zugang zur Gesundheitsversorgung bestimmt: Geflüchtete in Deutschland, in: Gesundheitswesen 78, S. 711–714*
- *Richtlinie 2013/33/EU des europäischen Parlaments und des Rates vom 26.6.2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen*
- Schaeffer, D./Vogt, D./Berens, E. M./Hurrelmann, K. (2016): *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – Ergebnisbericht, Bielefeld*
- Schmidt, H.-J. (2018): *Volljährige Asylantragsteller in Deutschland im Jahr 2017. Sozialstruktur, Schulbesuch und Berufstätigkeit im Herkunftsland, Ausgabe 3|2018 der Kurzanalysen des Forschungszentrums Migration, Integration und Asyl des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg*
- Tarnai, J./Moore, D.L. (2004). *Methods for testing and evaluating computer-assisted questionnaires, in: Presser, S. et al. (2004): Methods for testing and evaluating survey questions (S. 319-335), New York*
- Topp, C. W./Østergaard, S. D./Søndergaard, S./Bech, P. (2015): *The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the Literature, in: Psychotherapy and Psychosomatics 84, S. 167–176*
- *WHO (1998): Info Package: Mastering Depression in Primary Care, Version 2.2. Frederiksborg; WHO, Regional Office for Europe: Psychiatric Research Unit*



Helmut Schröder,
Wissenschaftliches
Institut der AOK (WidO)
Telefon: 030 34646-2115
E-Mail:
helmut.schroeder@wido.bv.aok.de



Klaus Zok,
Wissenschaftliches
Institut der AOK (WidO)
Telefon: 030 34646-2134
E-Mail:
klaus.zok@wido.bv.aok.de



Frank Faulbaum,
Universität Duisburg-Essen
Telefon: 0203 379-1354
E-Mail:
frank.faulbaum@uni-due.de