

Aus dem Institut für Medizinische Epidemiologie, Biometrie und Informatik
der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
(Direktor: Prof. Dr. Rafael Mikolajczyk)

Die Gesundheit und medizinische Versorgung von Asylsuchenden

Habilitationsschrift
zur Erlangung des akademischen Grades
eines habilitierten Doktors der Medizin (Dr. med. habil.)
für das Fachgebiet Gesundheitswissenschaften
vorgelegt
der Medizinischen Fakultät
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
von Dr. med. Amand-Gabriel Führer
geboren am 31.01.1988 in Zwenkau

Gutachter/Gutachterin:
Prof. Dr. Oliver Razum, Bielefeld
Prof. Dr. Christiane Falge, Bochum

05.04.2022

21.12.2022

17.01.2023

Für Amina Safi,
von der ich gelernt habe,
keine Zeit zu verschwenden.

Referat

Diese Arbeit hat zum Ziel, einen Überblick über die Gesundheit und medizinische Versorgung von Asylsuchenden in Deutschland zu geben, indem sie die Arbeiten des Autors zu diesen Themen zusammenfassend vorstellt und im Kontext der Literatur diskutiert.

Hierbei wird auf ein breites Repertoire wissenschaftlicher Methoden zurückgegriffen: Neben der Analyse verschiedener Sekundärdaten (aus Patientenakten, Abrechnungsdaten und Schuleingangsuntersuchungen), der Analyse der Fachliteratur mittels Literaturreviews und der Durchführung von Surveys, werden auch qualitative Methoden zur Beschreibung der Versorgungssituation herangezogen.

Dabei zeigt sich, dass die in der Einleitung beschriebenen sozialen Determinanten die Gesundheit von Asylsuchenden in verschiedenen Bereichen beeinträchtigen und zu Barrieren im Zugang zum Gesundheitssystem führen: So finden sich bei Asylsuchenden im Vergleich zu Gesetzlich Krankenversicherten weniger Maßnahmen zur gesundheitlichen Vorsorge. Zudem wird seltener zahnmedizinische Versorgung in Anspruch genommen und Kindern mit Entwicklungsverzögerungen seltener gezielte Frühförderung empfohlen. Gleichzeitig findet sich eine gegenüber der Allgemeinbevölkerung deutlich erhöhte Prävalenz psychischer Erkrankungen, die jedoch innerhalb der Regelversorgung häufig weder diagnostiziert noch behandelt werden. Die durch zivilgesellschaftliche Institutionen angebotenen subsidiären Versorgungsangebote sind dann mit im Vergleich zur Regelversorgung deutlich längeren Wartezeiten verbunden.

In Zusammenschau mit der entsprechenden Fachliteratur ergeben sich daraus mehrere Schlussfolgerungen zur Verbesserung der Versorgungssituation: Asylsuchende sollten in die Gesetzliche Krankenversicherung integriert werden. Gleichzeitig sollte durch eine Stärkung der strukturellen Kompetenz der Ärzteschaft die Regelversorgung auf diversitätssensible Weise transformiert werden.

Bibliographische Angaben

Führer, Amand: Die Gesundheit und medizinische Versorgung von Asylsuchenden, Halle (Saale), Univ., Med. Fak., Habilitationsschrift, 147 Seiten, 2022

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungen	V
1 Einführung	1
1.1 Soziale Determinanten der Gesundheit und medizinischen Versorgung von Asylsuchenden	2
1.1.1 Rechtlicher Kontext	3
1.1.2 Zielgruppen-unabhängige Determinanten der Versorgung	7
1.2 Gesundheitliche Situation von Asylsuchenden	15
1.2.1 Krankheitsspektrum	16
1.2.2 Inanspruchnahme	17
2 Zielstellung dieser Arbeit	18
3 Material und Methoden	18
3.1 Literaturrecherche zu Kontextfaktoren der Versorgung	18
3.2 Analyse der Patientennavigation	19
3.3 Sekundärdatenanalysen zur Beschreibung der epidemiologischen Situation	19
3.4 Mixed-Methods-Evaluation der Usability eines „Gesundheitsheftes für Asylsuchende“	20
4 Ergebnisse	21
4.1 Kontextfaktoren der Versorgung	21
4.2 Navigation im Gesundheitssystem	22
4.3 Epidemiologische Situation	22
4.4 Usability eines „Gesundheitsheftes für Asylsuchende“	25
5 Diskussion	27
5.1 Zielgruppenspezifische Lösungsansätze	27
5.1.1 Medizinische Versorgung durch Ambulanzen in Sammelunterkünften	27
5.1.2 spezialisierte Versorgung außerhalb von Sammelunterkünften	29
5.1.3 konzeptionelle Probleme zielgruppenspezifischer Ansätze	31
5.2 Integrierte Versorgungsangebote	33
5.2.1 Vollständige Eingliederung von Asylsuchenden in das Sozialsystem	33
5.2.2 interkulturelle und strukturelle Kompetenz	34
6 Zusammenfassung	40
7 Quellenangaben	41
8 Thesen	55

Abkürzungen

AsylbLG – Asylbewerberleistungsgesetz

GKV – Gesetzliche Krankenversicherung

KV – Kassenärztliche Vereinigung

PSZ – Psychosoziales Zentrum für Migrantinnen und Migranten in Sachsen-Anhalt

PTBS – Posttraumatische Belastungsstörung

SUS – Systems Usability Scale

“Here we touch upon a paradox: this strategy is acceptable, in the current status of things, insofar as it is left unsaid. If it is explicit, even in the form of a more or less acceptable rationality, it becomes morally intolerable. [...] suppose we expose the choices that culminated in this sort of inequality of treatment - this would bring to light scandalous rules!” (Foucault 2020)

1 Einführung

Die Auseinandersetzung mit der Gesundheit und der medizinischen Versorgung marginalisierter Bevölkerungsgruppen hat in der Sozialmedizin eine lange Tradition. Die Gründe dafür sind vielfach: Einerseits ist der bereits von den Gründervätern der Sozialmedizin formulierte Anspruch, Ärztinnen und Ärzte sollten die „Anwälte der Armen“ (Virchow 1879) sein, nach wie vor relevant für das Selbstverständnis vieler Sozialmediziner/-innen. Nancy Scheper-Hughes fasst diese Grundhaltung prägnant zusammen, wenn sie – die Befreiungstheologie paraphrasierend – von Ärztinnen und Ärzten eine „preferential option for the poor“ (Scheper-Hughes 1992) fordert. Die in diesem Schlagwort kondensierte Haltung zeichnet sich dadurch aus, dass Medizin als Instrument in der Herstellung von Chancengerechtigkeit verstanden wird, woraus sich der Anspruch ableitet, die Effekte der Medizin vor allem dort zu fokussieren, wo Lebenschancen durch „historically given (and often economically driven) processes and forces that conspire - whether through routine, ritual, or, as is more commonly the case, the hard surfaces of life - to constrain agency“ (Farmer 2003) beschränkt werden. Der wissenschaftliche Fokus auf marginalisierte Gruppen hat in diesem Zusammenhang also das Ziel, gesellschaftliche und gesundheitliche Benachteiligung zu vermindern.

Andererseits hat die Beschäftigung mit der Versorgung marginalisierter Gruppen auch die Funktion der Erhöhung des analytischen Kontrastes z. B. versorgungswissenschaftlicher Fragen: Probleme im Versorgungsprozess sind unter Umständen bei marginalisierten Patient/-innen, die nur über wenige Ressourcen für individuelle Strategien beispielsweise zur Überwindung von Zugangsbarrieren verfügen, besser sichtbar und analytisch zugänglicher als in anderen Gruppen, die davon ähnlich betroffen sind, durch ihre weniger prekäre Situation aber individuelle Lösungen improvisieren können. Die Analyse, wie das Gesundheitssystem an seinen Rändern funktioniert, hat daher das Potential, Auskunft über strukturelle Mechanismen zu geben, die im Alltag sonst verborgen bleiben oder durch die Nutzbarmachung individueller Coping-Ressourcen kaschiert werden.

Ein dritter Grund für die Relevanz der wissenschaftlichen Untersuchung der Gesundheit und medizinischen Versorgung marginalisierter Gruppen ist darin zu sehen, dass die ausschlussproduzierenden Prozesse, die zu sozialen und gesundheitlichen Benachteiligungen führen, häufig zugleich auch Ausschlüsse in Bezug auf Routineverfahren der epidemiologischen Datenerhebung bedingen (Correa-Velez und Gifford 2007). Damit geht einher, dass die

gesundheitlichen Bedarfe marginalisierter Gruppen häufig in Auswertungen von Sekundärdaten (z. B. Abrechnungsdaten der Krankenkassen), in der Gesundheitsberichterstattung oder bei Kohortenstudien nicht abgebildet werden bzw. stark unterrepräsentiert sind (Zeeb und Razum 2006). Damit werden sozial und gesundheitlich marginalisierte Gruppen häufig auch wissenschaftlich benachteiligt, indem ihre Bedarfe seltener und weniger systematisch erhoben werden als bei anderen Bevölkerungsgruppen, mit der Folge, dass Unterversorgung häufiger übersehen und Versorgungsdefizite oft nicht adäquat adressiert werden (Correa-Velez und Gifford 2007).

Für die im Folgenden dargestellte Beschäftigung mit der Gesundheit und medizinischen Versorgung von Asylsuchenden¹ spielen alle der geschilderten Gründe eine Rolle, wobei der erste Aspekt vor allem die Formulierung der wissenschaftlichen Fragestellungen motiviert, der dritte Aspekt hingegen in Bezug auf die Zielstellung relevant ist, dass die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Thematik praktische Verbesserungen der Gesundheit und der medizinischen Versorgung der Zielgruppe begründen sollen. Der zweite Aspekt wird an verschiedenen Stellen immer dann relevant, wenn die Gesundheit und medizinische Versorgung von Asylsuchenden durch Strukturen und Prozesse beeinflusst wird, die nicht zielgruppenspezifisch sind.

Zur Kontextualisierung der Arbeit werden im Folgenden unter 1.1 wichtige Determinanten der Gesundheit und medizinischen Versorgung von Asylsuchenden erläutert, wobei die unter 1.1.1 genannten Einflüsse im Wesentlichen für diese Zielgruppe spezifisch sind, die unter 1.1.2 genannten Faktoren jedoch andere Gruppen von marginalisierten Patient/-innen in ähnlicher Weise betreffen. Unter 1.2 wird dann die gesundheitliche Situation von Asylsuchenden skizziert, wobei einerseits Besonderheiten des Krankheitsspektrums und andererseits Besonderheiten in der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems thematisiert werden.

1.1 Soziale Determinanten der Gesundheit und medizinischen Versorgung von Asylsuchenden

In der Sozialepidemiologie und im Public Health beschreibt man unter dem Begriff der *Sozialen Determinanten von Gesundheit* Einflussfaktoren, die die Gesundheit von Individuen maßgeblich strukturieren, sich aber dem unmittelbaren Einfluss des oder der Einzelnen entziehen. Darunter werden üblicherweise Einflüsse wie Arbeitsbedingungen, Wohnverhältnisse oder die medizinische Versorgung verstanden, aber auch allgemeinere gesellschaftliche Faktoren wie das Bildungs-, Rechts-

¹ In dieser Arbeit beschreibt der Begriff *Asylsuchende* Menschen, die einen Asylantrag gestellt haben und deren Asylverfahren noch läuft, oder deren Asylantrag abgelehnt wurde, deren Abschiebung aber ausgesetzt wurde. Damit umfasst der Begriff Menschen mit den Aufenthaltstiteln *Aufenthaltsgestattung* und *Duldung*, da beide Aufenthaltsstatus zum Bezug von Leistungen nach Asylbewerberleistungsgesetz berechtigen. In der Folge wird der Begriff Asylsuchende in Bezug auf Erwachsene benutzt. Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge werden hier nicht thematisiert. Für Ausführungen dazu siehe Netz (2019).

und Gesundheitssystem, die politische Lage eines Landes oder übergeordnete kulturelle, wirtschaftliche und umweltbezogene Einflüsse (Dahlgren und Whitehead 2006).

Diese Faktoren sind für die individuelle Gesundheit prägend, wobei die sozialepidemiologische Forschung der letzten Jahrzehnte zunehmend deutlich gemacht hat, dass sie nicht nur die ungleiche Verteilung von Gesundheit und Krankheit über verschiedene gesellschaftliche Gruppen hinweg erklären (Krieger 2011), sondern auch die individuelle Gesundheit vergleichsweise stärker beeinflussen als verhaltensbezogene gesundheitliche Einflüsse. Entsprechend hat die WHO in ihrem Grundsatzpapier „Closing the gap in a generation“ erklärt, dass gesundheitliche Chancengerechtigkeit durch auf die sozialen Determinanten von Gesundheit abzielende Programme herzustellen ist (Commission on Social Determinants of Health 2008).

Vor diesem Hintergrund werden in der Folge daher die sozialen Determinanten erläutert, welche für die Gesundheit von Asylsuchenden relevant sind.

1.1.1 Rechtlicher Kontext

Asylsuchende sind in Deutschland einer Reihe von rechtlichen Sonderregelungen unterworfen: Ihr Zugang zum Arbeitsmarkt ist eingeschränkt; sie können ihren Wohnort und ihre Wohnung nicht frei wählen, sondern bekommen diese zugewiesen; ihr Recht auf Familiennachzug ist aufgehoben; sie unterliegen bestimmten Meldepflichten; und sie haben keinen Anspruch auf Sozialleistungen nach den Sozialgesetzbüchern, sondern beziehen im Vergleich zu regulären Sozialleistungen reduzierte Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG).

Diese rechtliche Sonderstellung wurde in den 1980er und 1990er Jahren in mehreren gesetzgeberischen Schritten hergestellt, welche 1993 in der Verabschiedung des AsylbLG vorerst kulminierten (Oltmer 2016). Ziel der damaligen Gesetzgebung war, Deutschland als Migrationsziel möglichst unattraktiv zu machen und durch eine Absenkung des Asylsuchenden zugänglichen Leistungsniveaus Anreize zur Migration nach Deutschland zu mindern und gleichzeitig Kosten zu sparen (Deutscher Bundestag 1993; Bundesverfassungsgericht und Senat).²

Die im AsylbLG definierten Regelungen gelten aktuell für die ersten 18 Monate des Aufenthaltes in Deutschland, oder bis ein Aufenthaltstitel erteilt wird. In diesem Zeitraum ist das Sozialamt der Kostenträger für medizinische Leistungen und behandelnde Ärztinnen und Ärzte rechnen direkt oder über die Kassenärztliche Vereinigung (KV) mit dem zuständigen Sozialamt (und nicht der Krankenkasse) ab (Frisch 2015; Führer, König und Kluth 2021).

² Beide Zielstellungen erlebten im Zuge der Diskussionen im Kontext der sog. Flüchtlingskrise 2015 und 2016 eine Renaissance. Gleichzeitig konnten wissenschaftliche Arbeiten aber zeigen, dass die sog. „Pull-Faktoren“ in der Modulation internationaler Migration nur eine sehr untergeordnete Rolle spielen (Handlos, Kristiansen und Norredam 2016), während die Einschränkung von Leistungen sogar zu höheren Kosten führt (Bozorgmehr und Razum 2015).

Der Kanon der durch das Sozialamt zu erstattenden medizinischen Leistungen ergibt sich dabei aus zwei Paragraphen des AsylbLG, den Paragraphen 4 und 6: Im § 4 AsylbLG wird die Kostenübernahme für die Behandlung von akuten und schmerzhaften Erkrankungen, Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen und Behandlungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt festgelegt, womit eine medizinische Basisversorgung garantiert werden soll (Lindner 2021). Darüber hinausgehende Leistungen, wie die Versorgung nicht-progredienter chronischer Erkrankungen, Hilfs- und Heilmittel, Krankentransport, oder Dolmetscher können nach § 6 AsylbLG ebenfalls gewährt werden, sofern sie „im Einzelfall zur Sicherung [...] der Gesundheit unerlässlich“ sind.

Der an sich juristisch und (medizin-)ethisch schon hochproblematische Ansatz, Asylsuchende aus dem Bezug von Sozialleistungen auszugliedern (Fritz 2018; Kluth 2018), wird dadurch noch problematischer, dass beide Paragraphen durch ein hohes Maß an Beurteilungs- und Ermessensspielraum gekennzeichnet sind: Einerseits ist der Tatbestand der „akuten Erkrankung“ juristisch nicht definiert, sodass im Einzelfall fraglich ist, welche Behandlungsanlässe darunter gefasst sind. Andererseits ist auf der Rechtsfolgende die Ausgestaltung der „sonstigen Leistungen“ nicht konkretisiert und deren Gewährung zudem in das Entschließungsermessen des Sozialamtes gestellt (Fehmel 2017).

Ermessen ist im deutschen Sozialrecht ein gängiger Mechanismus, um die gesetzgeberischen Zielstellungen im Einzelfall „situativ zu konkretisieren“ (Fehmel 2017) und durch kontextabhängige Variationsmöglichkeiten auf der Rechtsfolgende auch in vom Gesetzgeber unvorhergesehenen Fällen Einzelfallgerechtigkeit zu gewährleisten (Hufen 2010). Hintergrund dessen ist die Annahme, dass der Gesetzgeber nicht alle Einzelfälle vorhersehen kann und daher die Anpassung von Entscheidungen an den konkreten Kontext des Einzelfalls in manchen Fällen besser in die Verantwortlichkeit der Verwaltung delegiert wird. Jurist/-innen sprechen hier von der „diskretionären Macht“ der Verwaltung (Riedel und Schneider 2017).

Neben dieser notwendigen Flexibilität für kontextuelle Anpassungserfordernisse birgt Ermessen jedoch auch die Gefahr, dass durch Unterschiede in der Ausgestaltung des Ermessens die Rechtssicherheit leidet, was gerechtigkeitsrechtliche Fragen aufwirft (Romzek und Johnston 2005). Um dem entgegenzuwirken, gilt der Grundsatz, dass gemäß der Wesentlichkeitstheorie des Bundesverfassungsgerichtes (Bullinger 1984) die Ausgestaltung des Ermessens an der Absicht des Gesetzgebers orientiert sein soll und diese als Leitlinie zu verstehen ist (Fehmel 2017).

Vor dem Hintergrund der Wesentlichkeitstheorie wird das Ermessen im AsylbLG in der Fachliteratur aus zwei Gründen problematisiert:

Erstens zeichnet sich das AsylbLG im Vergleich zu anderen Gesetzen durch ein besonders hohes Maß an Ermessensregelungen und unbestimmten Tatbeständen aus. Es wird daher kritisiert, dass das Ermessen in diesem Fall nicht primär auf die Sicherstellung adäquater Versorgung in Einzelfällen abzielt, sondern vielmehr der politischen Kontroverse um das Gesetz Rechnung trägt (Fehmel 2017)

und die Formulierung des Gesetzestextes von der Absicht getragen war, politisch nicht konsensfähige Entscheidungen an die Verwaltung und den Einzelfall zu delegieren (Matland 1995; Schammann 2015). Dies ist problematisch, da dadurch ein klar formulierter Wille des Gesetzgebers als Richtschnur für die Ausgestaltung des Ermessens fehlt und der diskretionären Macht der Verwaltung die „Leitplanken“ (Schammann 2015) fehlen. Schon aus theoretischen Überlegungen heraus muss daher eine „große Vielfalt der Umsetzungspraxis“ (Schammann 2015) vermutet werden, die sich in empirischen Studien auch bestätigt (Scott 2014; Razum et al. 2016).

Zweitens wird in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass sich durch die jüngere Rechtsentwicklung der juristische Kontext des AsylbLG geändert hat, wodurch eine Neuinterpretation dessen nötig wird, was als vermutete Absicht des Gesetzgebers als Interpretations-Leitlinie zur Orientierung des Ermessens herangezogen werden muss (Burmester 2015; Schülle und Frankenstein 2019): So urteilte das Bundesverfassungsgericht 2012, dass das AsylbLG in seiner damaligen Form verfassungswidrig war und die migrationspolitisch motivierte Einschränkung von Leistungen nicht mit der im Grundgesetz garantierten Menschenwürde vereinbar ist (Bundesverfassungsgericht 2012). Zudem ergibt sich aus der Ratifizierung der EU-Aufnahmerichtlinie die Notwendigkeit, das deutsche Recht mit dem EU-Recht zu harmonisieren (Europäisches Parlament 2013). Da dies bis zum Ablauf der Umsetzungsfrist im Juli 2015 nicht erfolgt ist, sehen richtungsweisende Urteile mehrerer Landessozialgerichte die Notwendigkeit, dass das Ermessen in der Anwendung des AsylbLG nun so genutzt werden müsse, dass Verfassungs- und Richtlinienkonformität hergestellt werde (Landessozialgericht Hessen 2018; Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen 2018).

Anekdotische Berichte vor allem zivilgesellschaftlicher Akteure zeigen jedoch, dass diese jüngere Rechtsentwicklung nicht von allen Sozialämtern gleichermaßen umgesetzt wird (Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer 2019), was zu ausgeprägten regionalen Unterschieden in der Kostenübernahmepaxis der zuständigen Sozialämter und in der Folge zu regionalen Unterschieden im Kanon der vom Kostenträger übernommenen medizinischen Leistungen führt.

Neben den regionalen Unterschieden im Umgang mit dem Ermessen im AsylbLG, gibt es auch in der Organisation des Zugangs zum Gesundheitssystem und – damit verbunden – der Organisation der Abrechnung von Leistungen verschiedene Ansätze. Dabei finden im Wesentlichen drei verschiedene Modelle Anwendung: a) die Abrechnung über Gesundheitskarten analog zu gesetzlich Krankenversicherten (das sog. Bremer Modell); b) die quartalsweise Ausgabe sogenannter Behandlungsscheine; c) die anlassbezogene Ausgabe von Behandlungsscheinen (Bühning und Gießelmann 2019).

a) Bremer Modell

Im Bremer Modell erhalten Asylsuchende unmittelbar nach ihrer Ankunft in Deutschland eine Gesundheitskarte, die der Gesundheitskarte gesetzlich Krankenversicherter entspricht (Lindner 2015). Damit können sie medizinische Leistungen in Anspruch nehmen, wobei der Leistungskanon bis auf wenige Ausnahmen dem Leistungskanon der GKV gleicht (Epping 2017; Frank et al. 2017). Die Abrechnung erfolgt analog zu gesetzlich krankenversicherten Patient/-innen über die KV mit der Krankenkasse, die sich die ausgelegten Kosten dann vom zuständigen Sozialamt erstatten lässt. In diesem Modell sind die logistischen Barrieren im Zugang zu medizinischer Versorgung am niedrigsten (Claassen und Jäger 2018) und die Verwaltungskosten am geringsten (Burmester 2015).

b) Behandlungsscheine mit Gültigkeit für ein Quartal

Die beiden anderen Vorgehensweisen gleichen sich darin, dass Asylsuchende keine Gesundheitskarte erhalten, sondern ihren Versicherungsstatus durch vom Sozialamt ausgehändigte Behandlungsscheine nachweisen. Der Behandlungsschein wird den behandelnden Ärzt/-innen vorgelegt und die Behandlung dann direkt oder über die KV beim zuständigen Sozialamt abgerechnet. Medizinische Leistungen, die nach § 4 AsylbLG vom Sozialamt übernommen werden müssen, können ohne vorherige Rücksprache mit dem Sozialamt erbracht und dann abgerechnet werden. Bei Maßnahmen, die nach § 6 AsylbLG vom Sozialamt übernommen werden können, muss vor Beginn der Behandlung ein Antrag auf Übernahme der Behandlungskosten gestellt werden, wenn die Behandlungskosten nach AsylbLG vom Sozialamt getragen werden sollen. Wird die Übernahme der Behandlungskosten nicht vor Behandlungsbeginn beantragt und genehmigt, kann das zuständige Sozialamt die Übernahme der Kosten verweigern (Bötel und Steinbrück 2014; Epping et al. 2017).

Anders als bei der unten geschilderten Herangehensweise c), werden bei Herangehensweise b) die Behandlungsscheine zu Quartalsbeginn an die Asylsuchenden ausgegeben und können dann im Krankheitsfall sofort verwendet werden (Fritz 2018). Damit wird sichergestellt, dass Asylsuchende im Krankheitsfall direkt ärztliche Behandlung in Anspruch nehmen können, ohne zuvor erst das Sozialamt aufsuchen zu müssen und ggf. von dessen Öffnungszeiten abhängig zu sein.

c) Anlassbezogene Behandlungsscheine

Bei diesem Vorgehen müssen die Behandlungsscheine im konkreten Krankheitsfall bei dem zuständigen Sozialamt beantragt werden und werden erst nach Prüfung der Notwendigkeit einer Behandlung durch das Sozialamt ausgegeben. In diesem Fall ist der Zugang zu medizinischer Versorgung in hohem Maße von der Entscheidung medizinischer Laien abhängig.

Dies wird von vielen Akteuren, u. a. der Bundesärztekammer seit vielen Jahren kritisiert (Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 2013), da hieraus erhebliche Zugangsbarrieren

entstehen, die den Zugang zu medizinischer Versorgung erschweren und den Behandlungsbeginn verzögern (Scott 2014; Spura et al. 2017).

Zusammenfassend ist also festzustellen, dass Asylsuchende in Deutschland in Bezug auf die medizinische Versorgung eine Sonderstellung einnehmen, die dazu führt, dass 1) ihr Zugang zu medizinischer Versorgung je nach Modell deutlich durch logistische Hürden im Sinn einer „Krankenscheinbürokratie“ (Spura et al. 2017) erschwert ist; 2) das Spektrum der ihnen zugänglichen medizinischen Versorgungsleistungen über den Umweg der Kostenübernahme in vielen Fällen deutlich eingeschränkt, letztlich aber nicht zuverlässig bestimmt ist; 3) die beiden erstgenannten Folgen und deren regional stark unterschiedliche Handhabung zu großen regionalen Unterschieden führen, sodass der Wohnort eine wichtige Determinante für die Gesundheit und medizinische Versorgung von Asylsuchenden darstellt.

1.1.2 Zielgruppen-unabhängige Determinanten der Versorgung

Neben diesen Determinanten der medizinischen Versorgung, die sich unmittelbar aus dem Aufenthaltsstatus von Asylsuchenden ableiten, gibt es eine Reihe weiterer Determinanten, die die Gesundheit und medizinische Versorgung von Asylsuchenden beeinflussen, sich jedoch nicht unmittelbar auf ihren Aufenthaltsstatus beziehen, sondern andere marginalisierte Patient/-innen prinzipiell in vergleichbarer Weise betreffen können.

Im Zentrum steht dabei, dass sich im medizinischen Alltag vieler marginalisierter Patient/-innen im deutschen Gesundheitssystem ein Mangel an diversitätssensibler Medizin zeigt: Häufig setzt die Biomedizin implizit einen weißen, gebildeten, männlichen, nicht-migrantischen, heterosexuellen, nicht-behinderten Patienten als Norm voraus (Frank 1995; Wear 2003; McRuer 2017; Spurlin 2019). Für die Versorgung von dieser Norm abweichender Patient/-innen fehlen häufig Strukturen, Kompetenzen und Wissen (Wear 2003; Metzl und Hansen 2014), wobei hier Einflüsse auf verschiedenen Ebenen ineinandergreifen: Einerseits bringen Ärztinnen und Ärzte individuelle normative Überzeugungen in ihre Praxis ein (Burke et al. 2015; Spurlin 2019), die im Zuge der medizinischen Tertiärsozialisation eine Modulation durch den biomedizinischen Diskurs, die ihm inhärenten epistemischen Überzeugungen und seine Beschreibungssprache durchlaufen (Metzl und Roberts 2014; Fallin-Bennett 2015; Colón 2019). Dass der biomedizinische Diskurs von einer postpositivistischen Epistemologie geprägt ist, die kategoriale Zuschreibungen eher bestärkt als hinterfragt und die Tendenz hat, emanzipatorischen Bewegungen eher kritisch gegenüber zu stehen, ist eine langstehende Kritik an der Biomedizin und der biomedizinischen Ausbildung (Taussig 1980; Scheper-Hughes und Lock 1987; Sherwin 1992; Spurlin 2019).

Im klinischen Alltag treffen diese individuellen Prädispositionen dann auf strukturelle Versäumnisse des Gesundheitssystems, welches für von der impliziten Norm abweichende Patient/-innen häufig keine adäquaten Unterstützungsangebote formuliert und durch strukturelle aber häufig unsichtbare Zugangsbarrieren Ausschlüsse erzeugt.

Asylsuchende sind von diesen Ausschlüssen häufig stark betroffen, da sie oft in mehrfacher Hinsicht von der impliziten Norm abweichen und ihre medizinische Versorgung daher an der Schnittstelle multipler Benachteiligungsachsen liegt (Yuval-Davis 2007). Die sich daraus ergebenden Effekte auf die Versorgung sind jedoch weder für alle Asylsuchenden gleich noch von den Problemen anderer marginalisierter Gruppen grundlegend verschieden. So zeigt sich z. B., dass trotz identischem Aufenthaltsstatus die mediale Wahrnehmung „gute Flüchtlinge“ von „schlechten Flüchtlingen“ unterscheidet (Szczepanik 2016) und Asylsuchenden in Abhängigkeit von den ihnen unterstellten Fluchtgründen deutlich unterschiedliche Hilfsbereitschaft entgegen gebracht wird (Wyszynski, Guerra und Bierwiazzonek 2020). Gleichzeitig erfahren Schwarze Asylsuchende losgelöst von der Frage nach den Fluchtgründen Diskriminierung, die sich auf ihre Hautfarbe bezieht (Scott 2014); ähnliches gilt für weibliche Asylsuchende, geflüchtete Transgender-Personen, oder homosexuelle Asylsuchende (Aydemir 2012; Chossière 2021).

Insofern ist die in dieser Arbeit gewählte Herangehensweise, pauschale Aussagen über „Asylsuchende“ zu formulieren, eine rhetorische Vereinfachung, die der Komplexität der lebensweltlichen Unterschiede zwischen verschiedenen Asylsuchenden und der Heterogenität der in dieser am Aufenthaltsstatus zusammengefassten Kategorie nicht gerecht wird. Die hier diskutierte Literatur arbeitet jedoch überwiegend mit dieser Kategorie und für praktische Fragen ist der Rechtsstatus oft die greifbarste Eigenschaft der Betroffenen. Daher habe ich für den Moment auf eine Problematisierung der Heterogenität unter Asylsuchenden verzichtet und komme erst in der Diskussion im Zusammenhang mit der Diskussion des Konzeptes der strukturellen Kompetenz darauf zurück, inwiefern die Berücksichtigung sich überschneidender Benachteiligungsachsen in der Versorgung von Asylsuchenden relevant ist.

Vor dem Hintergrund dieser Vorbemerkungen möchte ich nun im Folgenden darauf eingehen, wie der Mangel an diversitätssensibler Medizin sich in der Versorgung von Asylsuchenden in Informationsdefiziten bei Ärzt/-innen und Patient/-innen zeigt und wie diese die Versorgung von Asylsuchenden beeinträchtigen. Daran schließen sich Ausführungen zum Umgang mit Sprachbarrieren und ein Abschnitt zu in der Literatur und im medizinischen Diskurs häufig anzutreffenden kulturalisierenden Narrativen als weitere Determinanten der Versorgung an.

a) Informationsdefizite

Um in einem Gesundheitssystem adäquat navigieren zu können und für gesundheitsbezogene Anliegen die jeweils zuständigen Stellen zu finden, sind Kenntnisse bezüglich des Aufbaus und der Arbeitsteilung innerhalb des Gesundheitssystems nötig; damit Patientenrechte wahrgenommen und bei Missachtung dieser Rechte ggf. auch eingeklagt werden können, müssen Patient/-innen ihre Rechte kennen und wissen, auf welchen Wegen sie sie durchsetzen können (Sørensen et al. 2012).

Für viele Patient/-innen mit Migrationshintergrund (Horn et al. 2015) und insbesondere für viele Asylsuchende ist beides nicht gegeben (Führer und Eichner 2015). Dies liegt unter anderem daran, dass sie zu keinem Zeitpunkt im Asylverfahren strukturiert über Gesundheitsthemen und Patientenrechte aufgeklärt werden und innerhalb des Gesundheitssystems Abläufe häufig als selbstverständlich vorausgesetzt und daher nicht expliziert werden (Scott 2014). Teilweise werden Informationen zu Patientenrechten von Seiten zuständiger Behörden sogar bewusst vorenthalten oder verfälscht dargestellt (Führer 2016; Fraktion Die Linke im Deutschen Bundestag 2016).

Entsprechend geben Asylsuchende ungedeckte Informationsbedarfe in Bezug auf Fragen der Finanzierung medizinischer Behandlungen sowie die richtigen Anlaufstellen bei Notfällen an (Philippi, Melchert und Renaud 2018). Der Mangel an derartigen Informationen zeigt sich im Alltag unter anderem darin, dass Asylsuchende häufig nur über Hörensagen erfahren, welche Schritte nötig sind, um die formellen Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem zu überwinden (Spura et al. 2017). Daher ist es im individuellen Krankheitsfall häufig eine Frage des Zufalls, ob eine Patientin die nötigen Informationen hat, um z. B. einen Behandlungsschein des Sozialamtes zu bekommen (Scott 2014) oder mit ihren Beschwerden die richtige Ansprechperson innerhalb des Gesundheitssystems zu finden (Führer und Eichner 2015; Meryam Schouler-Ocak und Bering 2017).

Die Analyse von Patientengeschichten zeigt dabei, dass Kontakte zum Gesundheitssystem häufig keine adäquate Behandlung nach sich ziehen, wenn die Versorgungskette an der falschen Stelle kontaktiert wird: So führt z. B. die Inanspruchnahme des Rettungsdienstes bzw. der Notaufnahme bei psychischen Erkrankungen wie Panikattacken oder PTBS häufig nicht zur notwendigen Anbindung an die langfristige Behandlung gewährleistende Instanzen, sondern beschränkt sich oft auf den Ausschluss somatischer Differentialdiagnosen ohne weitere biopsychosoziale Behandlungsplanung (Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer 2016). In Kombination mit den häufigen Ortswechseln (und der damit einhergehenden Konsultation immer neuer Anlaufstellen) insbesondere zu Beginn des Asylverfahrens und den damit verbundenen Informationsverlusten (van Loenen et al. 2018; Führer, Korn und Brzoska 2020), führt dies zu Verzögerungen von Diagnosestellung und Behandlungsbeginn, mit häufig dramatischen Folgen für die Gesundheit und die Integrationsmöglichkeiten der Patient/-innen (Führer und Eichner 2015; Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer 2018b).

Neben diesen Informationsdefiziten auf Seiten der Patient/-innen sind für die Sicherstellung einer adäquaten Versorgung aber auch mangelhafte Kenntnisse und Fähigkeiten auf Seiten des medizinischen Personals für Versorgungsdefizite verantwortlich. So zeigt sich, dass viele Ärztinnen und Ärzte nur unzureichend über für die medizinische Versorgung von Asylsuchenden wichtige Aspekte informiert sind (Fölsch et al. 2016) und diese auch überwiegend nicht als in ihren Aufgabenbereich fallend wahrnehmen, sondern davon ausgehen, dass die Patient/-innen oder Dritte für diese Belange zuständig sind (Führer 2020). Karger et al. sprechen in diesem Zusammenhang von einer „Verantwortungsdelegation“ der Ärztinnen und Ärzte an ihre Patient/-innen (2017).

Konkret haben Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeut/-innen Wissensdefizite in Bezug auf Fragen der Abrechnung von Leistungen nach AsylbLG (Mewes et al. 2016; Razum, Wenner und Bozorgmehr 2016; Fölsch et al. 2016), was u. a. dazu führt, dass sie Asylsuchenden medizinische Leistungen wie Impfungen oder Schwangerschaftsvorsorge verweigern, von denen sie fälschlicherweise denken, dass sie nicht vom Leistungskanon des AsylbLG gedeckt sind (Scott 2014; Führer 2020). Zudem sind sie häufig mit der psychosozialen Situation von asylsuchenden Patient/-innen nicht vertraut (Cheng, Drillich und Schattner 2015) und verfügen über keine evidenzbasierten Strategien zum Umgang mit sprachdiskordanten Situationen (Ullrich et al. 2016; Karger et al. 2017) (siehe unten).

Gründe für diese Wissensdefizite auf Seiten der Ärzteschaft sind darin zu sehen, dass die medizinische Versorgung von Asylsuchenden innerhalb des Medizinstudiums in Deutschland weitgehend ausgeklammert wird; lediglich an ausgewählten Standorten gibt es dazu Angebote, die jedoch überwiegend als Wahlfächer angeboten werden und daher jeweils nur einen kleinen Teil der Medizinstudierenden erreichen (Knipper und Akinci 2005; Knipper, Akinci und Soydan 2010; Riemenschneider et al. 2018; Tillmann, Krämer und Fischer 2018; Ziegler et al. 2021). Hinzu kommt, dass die deutschsprachige medizinische Fachliteratur insbesondere zu den rechtlichen Hintergründen der Versorgung von Asylsuchenden lückenhaft ist und die Rechtslage überwiegend unvollständig oder sogar falsch darstellt (Führer, König und Kluth 2021).

In der Summe führen diese Defizite dazu, dass Kontakte zum Gesundheitssystem von Asylsuchenden häufig als konfliktreich empfunden werden (Cheng, Drillich und Schattner 2015) und sie ihre Ärztinnen und Ärzte sogar als Teil der sie ausgrenzenden Institutionen wahrnehmen (Scott 2014; Führer und Niedermaier 2017).

b) Mangel an professioneller Sprachmittlung

Internationale Studien zeigen, dass Patient/-innen mit niedriger Kompetenz der Mehrheitssprache, denen keine professionellen Dolmetscher/-innen zur Verfügung stehen, im Vergleich zu Patient/-innen mit professionellen Dolmetscher/-innen nicht nur häufiger unzufrieden mit ihrer Versorgung sind (Ramirez, Engel und Tang 2008; Hudelson und Vilpert 2009; Bischoff und Hudelson 2010b; Flores et al.

2012), sondern auch ein höheres Risiko für ungeplante stationäre Aufenthalte haben (Hampers und McNulty 2002), häufiger ohne Planung der Weiterbehandlung entlassen werden (Karliner et al. 2007; Flores et al. 2012), seltener über Medikamenten-Nebenwirkungen aufgeklärt werden (Ramirez, Engel und Tang 2008; Flores et al. 2012) und eine niedrigere Adhärenz zeigen (Karliner et al. 2007; Flores et al. 2012), seltener Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen (Flores et al. 2012), und im Durchschnitt bis zur Diagnosestellung eine größere Anzahl an Tests durchlaufen (Hampers und McNulty 2002; Ramirez, Engel und Tang 2008). Zudem ist ihre Versorgung seltener leitliniengerecht (Tocher und Larson 1998). Für ihre Kinder zeigt sich, dass häufiger eine intravenöse Rehydratation durchgeführt wird und die Kosten der Versorgung höher sind (Hampers und McNulty 2002; Flores et al. 2012).

Vor diesem Hintergrund drängt sich auf, die Bereitstellung professioneller Dolmetscher/-innen als wichtiges Qualitätsmerkmal in der Versorgung von Patient/-innen mit niedriger Kompetenz in der Mehrheitssprache zu sehen (Karliner et al. 2007; Führer und Brzoska 2020), was z. B. in den USA auch rechtlich als Standard für staatlich finanzierte Krankenhäuser verankert ist (Office for Civil Rights 2003; Joint commission 2011). Für den europäischen Kontext werden entsprechende Standards ebenfalls bereits seit zwei Jahrzehnten diskutiert (MFH Project Group 2002; Hudelson et al. 2014) und sind für den Bereich der psychiatrischen Versorgung unter anderem in den Sonnenberger Leitlinien zusammengefasst (Machleidt 2002).

Bisher hat dies jedoch im deutschen Gesundheitssystem nicht dazu geführt, dass der Einsatz professioneller Dolmetscher/-innen im Alltag selbstverständlich geworden wäre. Zwar gibt es einzelne Krankenhäuser, die routinemäßig professionelle Telefondolmetscher in sprachdiskordante Arzt-Patienten-Gespräche einbinden (Deutsches Ärzteblatt 2019a; Schouler-Ocak 2015) und Ansätze, derartige Angebote z. B. über Videodolmetscher/-innen auch auf Länderebene zu etablieren (was bisher jedoch nur in Thüringen verwirklicht ist (Deutsches Ärzteblatt 2019b)). Zumeist werden im klinischen Alltag in sprachdiskordanten Behandlungssituationen aber nach wie vor Laiendolmetscher/-innen (wie Angehörige oder Bekannte der Patient/-innen, Krankenhauspersonal oder zufällig Anwesende) eingesetzt (Karger et al. 2017), obwohl sich diese Strategie in Studien als problematisch erwiesen hat und in der Literatur einhellig vom Einsatz von Laien abgeraten wird (Karliner et al. 2007; Hudelson und Vilpert 2009):

Einerseits ist bekannt, dass diese Art der Sprachmittlung mit einer hohen Fehlerquote behaftet ist. So zeigen Studien, dass Laien beim Dolmetschen in bis zu 50 % der Gespräche klinisch relevante Übersetzungsfehler machen – im Vergleich zu nur 2 % bei professionellen Dolmetscher/-innen (Flores 2005; Hudelson und Vilpert 2009; Flores et al. 2012) – und eigenständig Gesprächsinhalte abändern, zensieren oder beschönigen (Flores 2005). Hinzu kommt, dass Laien selbst bei sehr guter Beherrschung der zu dolmetschenden Sprachen nicht über die handwerklichen Fähigkeiten verfügen, die für

Dolmetschen im medizinischen Kontext notwendig sind: So mangelt es ihnen an fachsprachlichen Kenntnissen und Kompetenz im Übersetzen technischer Begriffe (Office for Civil Rights 2003). Zudem erfordert Dolmetschen als Vorgang der Vermittlung zwischen zwei Sprachen über diese Sprachen hinausgehende Fertigkeiten. Dazu gehören z. B. die Fähigkeit, für die Dolmetscherrolle relevante Haltungen wie Allparteilichkeit und professionelle Distanz einzunehmen, und die Fähigkeit, in beide Richtungen ohne qualitative Unterschiede zu dolmetschen (Allaoui 2005). Entsprechend zeigt sich in Bezug auf die oben angeführten medizinischen Endpunkte für Laiendolmetscher/-innen durchgehend, dass ihr Einsatz verglichen mit professionellen Dolmetscher/-innen zu schlechteren Ergebnissen führt. Andererseits stellen sich in Bezug auf die Sicherstellung der Vertraulichkeit des Arzt-Patienten-Gesprächs gravierende Fragen, wenn Bekannte oder Angehörige der Patient/-innen in das Arzt-Patienten-Gespräch eingebunden werden und sind mögliche Rollenkonflikte sprachmittlender Angehöriger zu bedenken (Office for Civil Rights 2003; Bischoff und Hudelson 2010a).

Nichtsdestotrotz werden Laien im deutschen Gesundheitssystem routinemäßig zur Sprachmittlung herangezogen – vor allem, weil sie für das medizinische Personal in der Regel leicht verfügbar sind und dem Gesundheitssystem keine direkten Kosten verursachen (Ramirez, Engel und Tang 2008; Hudelson und Vilpert 2009). Darüber hinaus überschätzen viele Ärztinnen und Ärzte systematisch die Qualität der Sprachmittlung durch Laien (Bischoff und Hudelson 2010b), kennen krankenhauserne Richtlinien für den Umgang mit sprachdiskordanten Arzt-Patienten-Kontakten nicht ausreichend (Taira et al. 2020) oder fühlen sich nicht für die Sicherstellung einer angemessenen Kommunikation verantwortlich (Karger et al. 2017; Führer 2020).

Auf diese Weise hat sich in der Versorgung von Patient/-innen mit geringer Sprachkompetenz im Deutschen eine Versorgungspraxis etabliert, die nachweislich zu schlechteren Ergebnissen führt und aus ethischer, aber auch rechtlicher Sicht problematisch ist, z. B. in Bezug auf die Pflicht zur mündlichen Aufklärung in einer den Patient/-innen verständlichen Sprache (§ 630e Abs. 1 Satz 1 BGB, § 8 Musterberufsordnung der Bundesärztekammer und § 630e Abs. 1 Satz 3 BGB). Die Etablierung dieser Praxis hat ihre Gründe jedoch nicht nur in der Alltagspraxis der Ärzteschaft, sondern erklärt sich zudem strukturell aus den Gegebenheiten des Abrechnungssystems. So ist professionelle Sprachmittlung in Deutschland trotz der überwältigenden Evidenz für ihre gesundheitlichen Effekte keine medizinische Leistung im Sinn des Gemeinsamen Bundesausschusses und wird daher von der GKV nicht gesondert vergütet. Leistungserbringer stehen daher vor der Herausforderung, Dolmetscherkosten über die Fallpauschalen querfinanzieren zu müssen, oder die Kostenübernahme in jedem Einzelfall mit erheblichem administrativem Aufwand bei dem zuständigen Sozialamt bzw. Jobcenter zu beantragen (Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer 2018a).

c) Kulturalisierende Narrative

In der sich auf Asylsuchende beziehenden medizinischen Literatur findet sich regelmäßig der Verweis auf „kulturelle Barrieren“ in der Versorgung von Asylsuchenden (Hadgkiss und Renzaho 2014). Die intuitive Überzeugungskraft dieser vermeintlichen Determinante der Versorgung scheint derart stark zu sein, dass die medizinische Debatte sich hier an vielen Stellen mit erheblichen Leerstellen zufriedengibt und nur höchst selten ausgeführt wird, worin diese „kulturellen Barrieren“ bestehen, was in diesem Zusammenhang mit „Kultur“ eigentlich gemeint ist, auf wessen Kultur sich der Begriff bezieht, und auf welche Weise sie die medizinische Versorgung erschwert.

Diesen Fragen werde ich im Folgenden nachgehen, wobei zunächst ein kurzer Exkurs in die zugehörige sozialwissenschaftliche Debatte einige grundlegende Konzepte skizziert:

Kultur ist in den Sozialwissenschaften und vor allem innerhalb der Sozial- und Kulturanthropologie ein zentraler und gleichzeitig hochumstrittener Begriff. Frühe Kulturkonzepte (im 19. Jahrhundert) sprachen von Kultur als übergreifendem Konzept, welches „that complex whole which includes knowledge, belief, art, law, morals, custom, and any other capabilities and habits acquired by man as a member of society“ (Tylor 2010 [1871]) beschrieb. Die detaillierte und möglichst vollständige Erfassung dieser Dimensionen für jeweils einzelne Kulturen war entsprechend bis ins 20. Jahrhundert hinein die selbsterklärte Hauptaufgabe der Kulturanthropologie (Gruber 1970).

In der weiteren fachgeschichtlichen Entwicklung wurde dann jedoch zunehmend Kritik an dieser Herangehensweise formuliert, an der vor allem bemängelt wurde, dass sie die untersuchten Kulturen als statisch und über die Zeit unwandelbar konzipiere und dabei die gesellschaftlichen Phänomene inhärente Dynamik ignoriere (Hahn 2013). Zudem wurde zunehmend deutlich, dass das traditionelle Verständnis von Kultur dazu tendiert, innergesellschaftliche Konflikte zu übersehen und die Bedeutung von kultureller Prägung als Motivator individuellen Verhaltens zu überschätzen. Daher entwickelte sich in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts zunehmender Konsens unter Sozialwissenschaftler/-innen, dass Kulturen keineswegs monolithische Blöcke sind, sondern dynamische und stets im Fluss befindliche Systeme von stets neu ausgehandelten Bedeutungen und ihnen zugehörigen Praktiken (Geertz 2003).

Im Zuge des Erstarkens der Neuen Rechten in Europa erlebte der Begriff der Kultur eine politische Renaissance und wurde in aus sozialwissenschaftlicher Sicht dubiosen Konzepten wie dem der „Leitkultur“ popularisiert (Cattien 2021). Diese politisierte Verwendung des Begriffes ähnelt in seinen Grundannahmen dem Kulturbegriff des 19. Jahrhunderts und versteht Kulturen als Entitäten, die klar voneinander abgegrenzte Räume definieren und innerhalb dieser Räume wesentliche Determinante individuellen Verhaltens, Denkens und Fühlens sind (Pautz 2005). Innerhalb so gedachter Kultur gibt es weder Aushandlungsprozesse, in denen Individuen ihre Interessen vertreten, noch gibt es Konflikte gegenläufiger Tendenzen oder zeitliche Dynamiken. Da ein derartiger, essentialistischer Kulturbegriff

daher glaubt, aus der unterstellten Zugehörigkeit zu einer Kultur auf das Individuum und seine Eigenschaften schlussfolgern zu können, hat er eine große konzeptionelle Nähe zu rassistischen Konzepten (Balibar 2018). Entsprechend wird der Kulturdiskurs der Neuen Rechten oft auch als „Rassismus ohne Rasse“ (Balibar 2018) beschrieben, in dem „Kultur die neue Rasse“ darstellt (Garner 2010).

In der biomedizinischen Debatte findet sich eine große Nähe zu einem derartigen Kulturbegriff (Wear 2003; Kleinman und Benson 2006; Knipper, Seeleman und Essink-Bot 2010; Kirmayer 2012): Der in der Medizin verwendete Kulturbegriff sieht Kulturen überwiegend als voneinander abgegrenzte, disjunkte Entitäten (Kirmayer 2012); er sortiert Patient/-innen nach einem groben Raster und teilt ihnen *jeweils eine* solche kulturelle Zugehörigkeit zu, oft orientiert an Nationalität oder zugeschriebener Ethnizität (Wear 2003; Gregg und Saha 2006; Grützmann, Rose und Peters 2012).

Diese Zugehörigkeiten sind als in sich spannungsfrei vorgestellt und blenden die Interaktion zwischen verschiedenen Dimensionen individueller Identität weitgehend aus (Wear 2003). Aus dieser eindimensionalen Zuschreibung werden dann Schlussfolgerungen in Bezug auf individuelle Haltungen, Erlebensweisen, Gewohnheiten und Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit abgeleitet (Gregg und Saha 2006; Kirmayer 2012). Damit wird individuelles Verhalten letztlich auf einen Ausdruck kulturspezifischer Vorgaben reduziert und dem Einzelnen die Fähigkeit abgesprochen, individuelle Entscheidungen ggf. auch entgegen dominanter kultureller Vorstellungen zu treffen (Kumagai und Lyson 2009). Diese Determinierung individueller Handlungen durch kulturelle Prägung wird dabei jedoch konsequent nicht auf das ärztliche Handeln bezogen, sondern ausschließlich auf die Patient/-innen (Fassin 2001). Kultur in der Biomedizin ist stets die Kultur der Patient/-innen (Wear 2003; Kleinman und Benson 2006; Karger et al. 2017), ihr logischer Bezugspunkt ist immer der/die Andere (Napier et al. 2014).

Eine derartige Verwendung des Kulturbegriffes wird in der Literatur als Kulturalisierung bezeichnet (Fassin 2001). Die an diesen Begriff anknüpfende Public Health-Debatte thematisiert, dass die mit einem essentialistischen Kulturbegriff assoziierten Vorstellungen nicht nur der in der Biomedizin normalerweise verankerten und für medizinethische Fragen zentralen Vorstellung von Patientenautonomie zuwider laufen (Fassin 2001), sondern darüber hinaus auch den Blick darauf verstellen, dass kulturelle Prägungen häufig nicht die wesentlichen Determinanten gesundheitsrelevanter Entscheidungen sind, sondern diese oft durch materielle, sozioökonomische, rechtliche und politische Faktoren deutlich stärker strukturiert werden (Fassin 2001; Holmes 2012; Knipper 2015) bzw. vermeintlich kulturelle Prägungen selbst am besten als Folgen *upstream* gelegener Determinanten verstanden werden können (Metzl und Hansen 2014). Farmer kritisiert in diesem Zusammenhang, dass kulturelle Faktoren als ursächliche Wirkmechanismen in den Vordergrund stellende „immodest claims of causality“ (1999) das Potential haben, die Planung von Public Health-

Maßnahmen auf mit der unterstellten Kultur der Patient/-innen assoziierte Interventionspunkte zu lenken und dadurch Interventionen an tatsächlich wirksamen Stellen zu verpassen (Gregg und Saha 2006; Farmer 2020).

Ob eine Patientengruppe unter Referenz auf kulturalisierender Narrative versorgt wird (oder nicht), führt in der Versorgungspraxis häufig zur Entstehung moralischer Hierarchien (Fassin 2020), die eng an die Frage geknüpft sind, ob die Patient/-innen als medizinische Versorgung verdienend wahrgenommen werden bzw. ob Versorgungsdefizite sich vor dem Hintergrund ihrer Position in der moralischen Hierarchie rechtfertigen lassen (Huschke 2014). In der Praxis kann dies dazu führen, dass Ärztinnen und Ärzte in der Versorgung von Asylsuchenden (oder anderen marginalisierten Patient/-innen) eher bereit sind, von etablierten Versorgungsstandards abzuweichen (Huschke 2014; Metzl und Roberts 2014), wodurch Medizin in den Wirkungskreis ihr zunächst fremder z. B. politischer Interessen geraten kann (Mawani 2006).

In Bezug auf die Versorgung von Asylsuchenden werden derartige Phänomene vor allem unter Bezug darauf diskutiert, dass Medizin als Grenztechnologie eingesetzt Ausschlüsse produziert (Bashford 2006; Mawani 2006), indem der medizinische Raum anhand des Aufenthaltsstatus der Patient/-innen heterogenisiert wird (Hess und Tsianos 2010), d. h., dass er nicht mehr als Raum mit einheitlichen Rechten funktioniert, die alle einklagen können, die qua ihres Patient-Seins Zugang zu diesem Raum bekommen. Konkret zeigt sich diese Heterogenisierung darin, dass der ethische Anspruch der Medizin, ohne Ansehen der Person diskriminierungsfrei zu arbeiten, aufgegeben wird, indem Behandlungen z. B. an die Abrechnungsvorgaben des AsylbLG angepasst werden (Scott 2014; Führer und Niedermaier 2017; Fritz 2018).

Die Warnung vor einer derart potentiell missbräuchlichen Überbetonung impliziert in diesem Zusammenhang natürlich nicht, dass der kulturelle Kontext für die medizinische Versorgung irrelevant wäre. Im Gegenteil: Die Berücksichtigung laienätiologischer Vorstellungen im Kontext eines biopsychosozialen Ansatzes ist in der Versorgung aller Patient/-innen relevant (Kleinman und Benson 2006). Wie dies unter Vermeidung kulturalisierender Narrative praktisch umgesetzt werden kann, wird in der Diskussion im Zusammenhang mit den Konzepten der interkulturellen und der strukturellen Kompetenz thematisiert.

1.2 Gesundheitliche Situation von Asylsuchenden

Die mit der rechtlichen Sonderstellung von Asylsuchenden einhergehenden Einschränkungen der Lebensgestaltung und die resultierenden, häufig prekären Lebensbedingungen werden in der Literatur – zusammen mit anderen Faktoren, wie z. B. der Konfrontation mit Rassismus, gesellschaftlicher Ausgrenzung oder dem mit Migration häufig einhergehenden Statusverlust (Li, Liddell und Nickerson

2016) – als *postmigratorische Stressoren* bezeichnet (Bhugra 2004). Besonders zu betonen sind dabei die Belastungen, welche durch die Unsicherheit des Asylverfahrens und die sich daraus ergebende unklare Zukunftsperspektive vieler Asylsuchender entstehen (Winkler et al. 2019; Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer 2020) und die einerseits vorbestehende Beschwerden verstärken, gleichzeitig aber auch die Therapie erschweren und damit insgesamt einen deutlich negativen Effekt auf die Prognose von Erkrankungen haben (Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer 2014; Hanewald et al. 2016; Kaltenbach et al. 2018; Winkler et al. 2019) und die erhöhte Prävalenz z. B. von Depression unter Asylsuchenden maßgeblich mitverursachen (Kleinert et al. 2019; Nutsch und Bozorgmehr 2020).

Die postmigratorischen Stressoren wirken mit *prä-migratorischen Stressoren* (wie den oft desolaten Gesundheitssystemen der Herkunftsländer oder dem Leben unter durch Armut, politische Verfolgung oder andere Formen von Gewalt geprägten Bedingungen) und *perimigratorischen Stressoren* (wie der Unsicherheit und den körperlichen und psychischen Belastungen während der Flucht, Gewalterfahrungen und mangelhafter oder fehlender medizinischer Versorgung) zusammen (Kalt et al. 2013) und resultieren in einigen Besonderheiten sowohl in Bezug auf das unter Asylsuchenden zu beobachtende Krankheitsspektrum als auch deren Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen.

1.2.1 Krankheitsspektrum

Während Asylsuchende im Wesentlichen mit denselben Behandlungsanlässen wie die Allgemeinbevölkerung das Gesundheitssystem in Anspruch nehmen (Rechel et al. 2013; Alberer et al. 2016; Niedermaier et al. 2020), gibt es doch einige Besonderheiten, die im Nachdenken über Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungssituation in Bezug auf das Krankheitsspektrum beachtet werden müssen.

Hierbei sind vorrangig psychische Erkrankungen zu nennen, was vor dem Hintergrund der obigen Ausführungen zu prä-, peri- und postmigratorischen Stressoren nicht überrascht: In großer Übereinstimmung zeigen internationale Studien und Studien aus Deutschland, dass die Prävalenz vor allem für Depression, Angststörung und Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) bei Asylsuchenden deutlich höher ist, als in der Allgemeinbevölkerung (Fazel, Wheeler und Danesh 2005; Führer, Eichner und Stang 2016; Kaltenbach et al. 2017), wobei der Vergleich mit anderen Gruppen von Migrant/-innen zeigt, dass insbesondere die mit dem Asylverfahren verbundenen Unsicherheiten und die regelhaft prekären Lebensbedingungen während des Asylverfahrens und der Duldung eine große Rolle für die Häufigkeit psychischer Erkrankungen spielen (Heeren et al. 2014; Hanewald et al. 2016; Winkler et al. 2019).

So liegt die Prävalenz von Depression, Angststörung und Posttraumatischer Belastungsstörung in der deutschen Allgemeinbevölkerung bei 7-11 % (Sielk et al. 2009; Gerste und Roick 2014; Jacobi et al. 2014), 14-15 % (Wittchen et al. 2011; Jacobi et al. 2014) bzw. 2 % (Jacobi et al. 2014). Im Vergleich dazu werden für verschiedene Kohorten von Asylsuchenden Prävalenzen zwischen 28-75 % für Depression (Boettche, Stammel und Knaevelsrud 2016; Biddle et al. 2019), 45 % für Angststörungen (Biddle et al. 2019) und bis zu 41 % für PTBS (Boettche, Stammel und Knaevelsrud 2016; Nikendei et al. 2019) beschrieben. Dabei zeigt sich eine hohe Komorbidität der Erkrankungen (Führer, Eichner und Stang 2016). Studien mit Stichproben aus Erstaufnahmeeinrichtungen, die Asylsuchende am Anfang ihres Aufenthaltes in Deutschland einschließen, finden sogar noch höhere Prävalenzen (Belz et al. 2017).

Neben der erhöhten Prävalenz psychischer Erkrankungen ist zu erwähnen, dass insbesondere die häufig defizitäre medizinische Versorgung in den Herkunftsländern vieler Asylsuchender zu einer mangelhaften Abdeckung mit präventivmedizinischen Angeboten wie Impfungen führt (Führer, Eichner und Stang 2016), sodass Asylsuchende einer erhöhten Gefahr für impfpräventable und andere Infektionskrankheiten ausgesetzt sind (Muscat 2011). Dieses Risiko wird noch einmal erhöht durch die Unterbringung in Sammelunterkünften, in denen häufig viele Menschen auf engem Raum untergebracht sind und Sanitäreinrichtungen und Küchen geteilt werden. Dies hat in der Vergangenheit in Sammelunterkünften für Asylsuchende immer wieder zu Ausbrüchen von Masern (Robert Koch Institut 2010b; Takla et al. 2012; Werber et al. 2017; Lampl et al. 2019), Windpocken (Robert Koch Institut 2010a; de Valliere et al. 2011), Scabies (Mueller et al. 2019) und Norovirus (Grote et al. 2017) geführt und im Rahmen der COVID-19-Pandemie Asylsuchende in Sammelunterkünften einem im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich erhöhten Ansteckungsrisiko ausgesetzt (Bozorgmehr 2020).

1.2.2 Inanspruchnahme

Aus den unter 1.1.1 geschilderten rechtlich bedingten Besonderheiten im Zugang zu medizinischer Versorgung, den unter 1.1.2 ausgeführten Besonderheiten der Navigation im Gesundheitssystem und vor dem Hintergrund des Krankheitsspektrums zeigt sich eine Reihe von Besonderheiten der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch Asylsuchende.

In der Literatur vordergründig diskutiert werden dabei die Konsequenzen der „Krankenscheinbürokratie“ (Spura et al. 2017): Die durch die Krankenscheine entstehenden hohen Hürden im Zugang zu medizinischer Versorgung gehen einher mit einer geringen Inanspruchnahme ambulanter und präventiver Leistungen (Claassen und Jäger 2018; Freiberg et al. 2020), während notfallmäßige Vorstellungen, Inanspruchnahme des Rettungsdienstes und stationäre Aufenthalte häufiger sind als bei Gesetzlich Krankenversicherten (Niedermaier et al. 2020). Diese Unterschiede in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen verschwinden, wenn Asylsuchende eine

Gesundheitskarte bekommen (Claassen und Jäger 2018); Migrationshintergrund allein scheint – zumindest für psychische Erkrankungen – keine unabhängig vom Aufenthaltsstatus bestehenden Effekte auf das Inanspruchnahmeverhalten zu haben (Bermejo et al. 2012).

Diese Besonderheiten der Inanspruchnahme führen zu höheren Kosten, sowohl für das Gesundheits- und Sozialsystem (Bozorgmehr und Razum 2015; Trummer et al. 2018) als für auch die betroffenen Individuen (Scott 2014; Hanewald et al. 2016). Gründe dafür sind vermutlich, dass es bei eingeschränktem Zugang zu medizinischer Versorgung durch die Chronifizierung von Beschwerden und die Verschiebung des Behandlungsbeginns in spätere Erkrankungsstadien bei vielen Krankheiten zu einer Verschlechterung der Prognose kommt bzw. eine aufwändigere Therapie nötig ist, was dazu führt, dass sich Behandlungen tendenziell aus dem (relativ kostengünstigen) ambulanten Sektor in den stationären Sektor verschieben (Bozorgmehr und Razum 2015; Razum, Wenner und Bozorgmehr 2016; Trummer et al. 2018).

2 Zielstellung dieser Arbeit

Das übergeordnete Ziel dieser Arbeit ist die zusammenfassende Darstellung der Forschungsarbeiten des Autors zur Gesundheit und medizinischen Versorgung von Asylsuchenden. Dabei zielt diese Darstellung darauf ab, ein komplexes und durch angemessene Vielschichtigkeit geprägtes Bild zu zeichnen. Dies wird erreicht durch die Zusammenführung von Analysen in Bezug auf verschiedene Stationen im Verlauf einer typischen Krankengeschichte, von auf verschiedene Settings und verschiedene Akteur/-innen fokussierte Arbeiten und von unter Verwendung verschiedener methodischer Ansätze gewonnenen Daten.

Im Folgenden sind die dieser Arbeit zugrundeliegenden Artikel dabei inhaltlich zusammengefasst: zwei Artikel thematisieren mit dem Umgang mit Sprachmittlung und dem AsylbLG wichtige Kontextfaktoren der medizinischen Versorgung; ein Artikel beschreibt, welche Erfahrungen Asylsuchende innerhalb des Gesundheitssystems machen und welche Faktoren ihre Navigation prägen; fünf Artikel zeigen anhand verschiedener medizinischer Endpunkte, welche Folgen sich daraus für die epidemiologische Situation der Zielgruppe ergeben; und ein Artikel evaluiert eine Maßnahme, die darauf abzielt, die Navigation von Asylsuchenden im Gesundheitssystem zu verbessern.

3 Material und Methoden

3.1 Literaturrecherche zu Kontextfaktoren der Versorgung

Zur Darstellung der wissenschaftlichen Debatte zur Relevanz des Dolmetschens im Gesundheitssystem sowie zur Bedeutung des AsylbLG und dem Umgang damit wurden zwei Übersichtsarbeiten angefertigt. Der ersten – unsystematischen – Übersichtsarbeit liegt eine selektive Literaturrecherche in PubMed unter Verwendung der Suchbegriffe „translator OR interpreter“ zugrunde. In die Analyse

eingeschlossen wurden alle systematischen Reviews, die sich mit dem Thema Dolmetschen im Gesundheitssystem beschäftigen und vor 2020 in Deutsch oder Englisch erschienen sind. Zudem wurden seit 2015 veröffentlichte Originalarbeiten eingeschlossen, die sich auf die Situation in Deutschland beziehen. Ausgewählte Originalarbeiten aus dem angelsächsischen Raum wurden punktuell hinzugezogen, um den Stand der Wissenschaft in Bezug auf im deutschen Kontext nicht bearbeitete Fragen zu beleuchten. Zur zusammenfassenden Darstellung des aktuellen Standes der Literatur erfolgt eine narrative Synthese.

Der wissenschaftliche Diskurs zum AsylbLG wurde unter Verwendung eines Scoping Reviews dargestellt, wobei das für Scoping Reviews etablierte Vorgehen Anwendung fand (Peters et al. 2015). Erfasst wurde die zwischen 01.01.2015 und 14.04.2020 in deutschsprachigen medizinischen Fachzeitschriften veröffentlichte Literatur zur medizinischen Versorgung von Asylsuchenden in Deutschland. Dafür wurden die Datenbanken Pubmed, CINAHL und web of science mit den folgenden Suchstrategien durchsucht: „((asyl*) AND Germany) AND German[Language]“ bzw. „(asylum seekers OR asylum-seekers) AND Germany AND German (LA)“ bzw. “(asyl*) AND ALL FIELDS: (Germany)“.

3.2 Analyse der Patientennavigation

Zur Analyse der Patientennavigation fand ein ethnographischer Methoden-Mix aus narrativen Interviews, Leitfadeninterviews, teilnehmender Beobachtung und informellen Interviews Anwendung. Ziel der Untersuchung war zu analysieren, welche Erfahrungen Asylsuchende im deutschen Gesundheitssystem machen und wie sich der Versorgungsprozess aus der Sicht der beteiligten Akteur/-innen darstellt. Gemäß dem etablierten Vorgehen bei ethnologischer Forschung (Bernard 2011), wurden die Interviews aufgezeichnet und wörtlich transkribiert, während die teilnehmende Beobachtung in einem Feldtagebuch dokumentiert wurde. Dieses Datenmaterial wurde dann unter Verwendung von MAXQDA mittels Extended Case Method ausgewertet (Burawoy 1998).

3.3 Sekundärdatenanalysen zur Beschreibung der epidemiologischen Situation

Zur Beschreibung der Versorgungssituation von Asylsuchenden und des ihre Gesundheit prägenden Krankheitsspektrums wurden verschiedene Sekundärdaten herangezogen: Anhand von Abrechnungsdaten des Sozialamtes wurden das innerhalb des Gesundheitssystems diagnostizierte Krankheitsspektrum sowie die sich daraus ergebenden Behandlungen analysiert. In Gegenüberstellung mit dem in einem Survey erhobenen Behandlungsbedarf für psychische Erkrankungen konnte in einem nächsten analytischen Schritt gezeigt werden, in welchem Ausmaß psychisch kranke Asylsuchende vom Gesundheitssystem diagnostiziert und behandelt werden.

Zur Beschreibung der Situation von Asylsuchenden, die versuchen außerhalb der Regelversorgung im *Psychosozialen Zentrum für Migrantinnen und Migranten Sachsen-Anhalt (PSZ)* Zugang zu

psychotherapeutischer Behandlung zu bekommen, wurden zudem die Patientenakten dieser Einrichtung ausgewertet. Hierdurch konnten die gesundheitliche Situation zum Zeitpunkt der Anmeldung und zum Abklärungsgespräch, die Wartezeit zwischen beiden Zeitpunkten bzw. bis zum Beginn einer Therapie, sowie die Versorgung während der Wartezeit ermittelt werden.

Zur Abbildung der zahnmedizinischen Versorgungssituation wurden zudem die Patientenakten der örtlichen Universitätszahnklinik ausgewertet, die im entsprechenden Zeitraum die einzige Anlaufstelle für die zahnmedizinische Versorgung von Asylsuchenden in Halle (Saale) war.

Zur Abbildung der Kindergesundheit wurden Daten der Schuleingangsuntersuchung des örtlichen Gesundheitsamtes herangezogen. Da in diesen Daten der Aufenthaltsstatus nicht erfasst ist, konnten hier keine Erkenntnisse über die Kinder von Asylsuchenden, sondern lediglich über die größere Gruppe der Kinder mit eigener Fluchterfahrung erhoben werden.

Die Analyse der Sekundärdaten erfolgte mittels deskriptiver Statistik. Um die Effekte des Migrationshintergrundes auf die Kindergesundheit für den Sozialstatus der Eltern zu adjustieren, wurden die Daten der Schuleingangsuntersuchung zudem mittels logistischer Regression analysiert.

3.4 Mixed-Methods-Evaluation der Usability eines „Gesundheitsheftes für Asylsuchende“

Zur Evaluation der Alltagstauglichkeit eines in Sachsen-Anhalt eingesetzten „Gesundheitsheftes für Asylbewerber“ wurde ein explanatorisches sequentielles Mixed Methods-Design umgesetzt: Hierfür wurde in einer ersten Phase mittels einer fragebogenbasierten Querschnittserhebung die Bekanntheit des Gesundheitsheftes, etwaige Erfahrungen mit seinem Einsatz in der Praxis und eine Einschätzung seiner Usability mit der Systems Usability Scale (SUS) (Brooke 1996) erhoben. Befragt wurden zufällig ausgewählte niedergelassene Hausärztinnen und Hausärzte.

In der zweiten, qualitativen Studienphase wurden Ärztinnen und Ärzte (n=11), anderes medizinisches Personal (n=12), Geflüchtete (n=19), sowie Behördenmitarbeiter/-innen, Sozialarbeiter/-innen und zivilgesellschaftliche Akteure (n=18) in Leitfadeninterviews und Fokusgruppen-Diskussionen zu ihrer Einschätzung der Alltagstauglichkeit des Gesundheitsheftes vertieft befragt. Zudem füllten auch diese Akteur/-innen die SUS aus.

Die SUS wurde gemäß dem Standardvorgehen ausgewertet, wobei ein Score größer als 68 als Hinweis auf eine hohe Usability gewertet wurde (US Department of Health and Human Services 2020).

Die Interviews und Fokusgruppen-Diskussionen wurden aufgezeichnet, wörtlich transkribiert und dann mittels Inhaltsanalyse nach Mayring (2012) ausgewertet.

4 Ergebnisse

4.1 Kontextfaktoren der Versorgung

In der Literatur zeigt sich, dass professionellen Dolmetscher/-innen in Bezug auf die Zufriedenheit von Patient/-innen und ihren Ärztinnen und Ärzten – aber auch in Bezug auf eine Vielzahl medizinischer Endpunkte – dem Verzicht auf Dolmetscher/-innen und dem Einsatz von Laiendolmetscher/-innen überlegen sind. Entsprechend betonen die Empfehlungen verschiedener Expertengremien, dass in sprachdiskordanten Art-Patienten-Kontakten professionelle Dolmetscher/-innen eingesetzt werden sollten. Zum Einsatz semi-professioneller *community interpreters* ist die Datenlage aufgrund der heterogenen Ausbildung dieser Gruppe von Akteur/-innen uneindeutig.

Die Art der Einbindung professioneller Dolmetscher/-innen in das Gespräch betreffend, werden in der Literatur vor Ort präsente Dolmetscher/-innen von Telefondolmetscher/-innen und Videodolmetscher/-innen unterschieden. Die verschiedenen Arten des Dolmetschens vergleichende Studien fokussieren überwiegend auf den Endpunkt Zufriedenheit und zeigen, dass alle drei Verfahren von Patient/-innen und medizinischem Personal gut angenommen werden. In Bezug auf Videodolmetscher/-innen ist zu bemerken, dass deren Einbindung im klinischen Alltag häufig auf technische Hürden stößt.

Innerhalb des deutschen Gesundheitssystems ist bisher keine der drei Arten des Dolmetschens routinemäßig etabliert, u. a., weil die dabei entstehenden Kosten nicht von der Krankenkasse getragen werden und die Beantragung der Kostenübernahme beim Sozialamt bzw. Jobcenter relativ aufwändig ist (Führer und Brzoska 2020).

In Bezug auf den medizinischen Fachdiskurs zum AsylbLG zeigt sich, dass das Gesetz in der Literatur zur medizinischen Versorgung von Asylsuchenden häufig erwähnt wird, der Verweis auf die konkreten Inhalte des Gesetzes aber häufig vage, unvollständig oder falsch ist: Während der überwiegende Teil der Artikel (77 %) die Gruppe der Leistungsberechtigten korrekt benennt, machen 43 % der Artikel Angaben zur Dauer des Leistungsbezuges, die bis auf die Angaben in einem Artikel zutreffend sind. In Bezug auf den Kanon der medizinischen Leistungen, deren Kosten vom AsylbLG abgedeckt sind, zeigen sich große Unterschiede: Von den 5 im AsylbLG erwähnten Leistungsbereichen erwähnen 38 % der Artikel keinen Leistungsbereich, 27 % einen, 9 % zwei, 5,5 % drei und 3,6 % vier. Lediglich 16 % der Artikel nennen alle fünf Leistungsbereiche vollständig.

Darüber hinaus zeigt sich, dass etwa ein Viertel (23 %) der Artikel den Adressaten des AsylbLG falsch benennt. So implizieren diese Artikel, dass das AsylbLG die ärztliche Praxis reglementiert, während es aus rechtlicher Perspektive jedoch lediglich die Kostenübernahmepraxis der Sozialämter normiert. Damit versäumt die medizinische Fachliteratur weitgehend, das im Konflikt zwischen der Kostenübernahmepraxis der Sozialämter auf der einen Seite und den ethischen und berufsrechtlichen Standards auf der anderen Seite angelegte Dilemma zu thematisieren (Führer, König und Kluth 2021).

4.2 Navigation im Gesundheitssystem

Die Analyse der Patientennavigation zeigt, dass Asylsuchende häufig Schwierigkeiten haben, innerhalb des Gesundheitssystems die richtige Anlaufstelle zu finden, weshalb ihre Navigation häufig in Schleifen verfangen ist oder ins Leere läuft. Gründe dafür sind einerseits die mangelnde Vertrautheit der Patient/-innen mit den Strukturen und Abläufen des Gesundheitssystems, andererseits Wissenslücken und Verantwortungsdelegation auf Seiten der Ärzteschaft (Führer und Eichner 2015). Letzteres wird im entsprechenden Artikel anhand von zwei Themenbereichen tiefergehend analysiert, die für die Versorgung von Asylsuchenden von unmittelbarer Relevanz sind, im klinischen Alltag aber regelmäßig nicht oder nur unter Missachtung der bestehenden Evidenz berücksichtigt werden: den rechtlichen Rahmenbedingungen und dem Umgang mit sprachdiskordanten Arzt-Patienten-Kontakten.

In beiden Bereichen zeigt sich, dass Ärztinnen und Ärzte häufig diese wichtigen Determinanten der Gesundheit von Asylsuchenden als außerhalb ihrer Zuständigkeit liegend wahrnehmen und die Auseinandersetzung damit in den Verantwortungsbereich ihrer Patient/-innen oder ungenannter Dritter abschieben. Zudem zeigt sich, dass der ärztliche Diskurs zu diesen Themen überwiegend durch Alltagsdebatten und nicht-wissenschaftliche Quellen geprägt ist, während wissenschaftliches Input nicht rezipiert wird (Führer 2020).

Daraus resultiert, dass Asylsuchende wichtige Hilfestellungen zur Anpassung ihres Inanspruchnahme-Verhaltens an das deutsche Gesundheitssystem regelmäßig nicht erhalten, was ihre Krankengeschichten verkompliziert und den Zugang zu adäquater Versorgung verzögert (Führer und Eichner 2015).

4.3 Epidemiologische Situation

Die Analyse der Abrechnungsdaten aus dem Jahr 2015 umfasste die Daten von 4107 Asylsuchenden. Von ihnen hatten 67,5 % im Beobachtungszeitraum mindestens einmal Kontakt zu einem niedergelassenen Arzt/einer niedergelassenen Ärztin, woraus sich 438 ambulante Behandlungsfälle pro 100 Personenjahre ergaben; Frauen hatten fast doppelt so viele Behandlungsfälle wie Männer. Die am häufigsten konsultierte Fachrichtung war die Allgemeinmedizin (45,7 %), gefolgt von Notaufnahmen (23,4 %).

Die für diese Behandlungsanlässe am häufigsten gestellte Diagnose war „J06: akute Infektion der oberen Atemwege“; 16 % der Asylsuchenden hatten diese Diagnose mindestens einmal pro Jahr. Weitere häufige Diagnosen waren „R10: Bauch- und Beckenschmerzen“ (15,6 %) und „M54: Rückenschmerzen“ (13,8 %).

Bezogen auf alle Behandlungsanlässe wurden im Beobachtungszeitraum 7 989 Medikamente verschrieben, die sich auf 1 485 Patient/-innen verteilten. Mehr Frauen als Männer bekamen

Medikamente verschrieben. Das am häufigsten verschriebene Medikament war Ibuprofen (14 % aller Medikamente).

Verteilt über das gesamte Jahr 2015 summierten sich die Abrechnungen auf einen Gesamtbetrag von 2,8 Millionen Euro, was einem durchschnittlichen Betrag von 1 584 Euro pro Personenjahr entspricht. Frauen und ältere Asylsuchende verursachten im Durchschnitt mehr Kosten (2 700 € bzw. 3 377 €) als Männer und Kinder (1 178 € bzw. 779 €) (Niedermaier et al. 2020).

In Bezug auf die zahnmedizinische Versorgung zeigte sich, dass 568 von den insgesamt 4 107 leistungsberechtigten Asylsuchenden zahnmedizinische Versorgung in Anspruch nahmen. Nach Abzug der unauffindbaren oder unvollständigen Akten, wurden die Angaben zu insgesamt 424 Behandlungsanlässen analysiert, wobei ein Behandlungsanlass im Durchschnitt 2,5 Arztkontakte umfasste. Der Großteil der Behandlungsanlässe bezog sich auf Schmerzen, die entweder lokalisiert (43 %) oder nicht-lokalisiert (32 %) waren. In 98,7 % der Patient/-innen fand sich als zugrundeliegende Diagnose Karies.

Bezogen auf die Grundgesamtheit aller Asylsuchender ist die Inanspruchnahme zahnmedizinischer Leistungen sehr niedrig: Nur 10,6 % aller Asylsuchenden hatten im Verlauf eines Jahres mindestens eine Zahnbehandlung, darunter 4,1 %, die eine Wurzelkanalbehandlung erhielten und 2,2 %, die zahnmedizinische Vorsorge in Anspruch nahmen.

Von den nach §6 AsylbLG gestellten Anträgen auf Kostenübernahme wurden 71,6 % vom zuständigen Sozialamt bewilligt und 17,6 % abgelehnt, in 10,8 % lag dazu keine Information vor. Die Ablehnungen bezogen sich überwiegend auf Prothesen, aber auch auf Wurzelkanalbehandlungen, Kronen und Brücken.

Insgesamt zeigt diese Analyse, dass zahnmedizinische Behandlungen nur von einer Minderheit von Asylsuchenden in Anspruch genommen werden, wobei die Behandlung von Karies dominiert und prophylaktische Leistungen sehr selten sind (Freiberg et al. 2020).

Ein ähnliches Bild zeigt sich in der Analyse der Kindergesundheit: Hier erhalten Kinder mit Migrationshintergrund – verglichen mit Kindern ohne Migrationshintergrund – seltener auf Entwicklungsdefizite abzielende Förderung und ihnen wird im Ergebnis der Schuleingangsuntersuchung seltener derartige Förderung empfohlen, obwohl sie häufiger Entwicklungsdefizite aufweisen.

Auch über entwicklungsbezogene Endpunkte hinaus haben Kinder mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Kindern ohne Migrationshintergrund in allen erfassten Endpunkten schlechtere Ergebnisse. Eine Ausnahme hiervon sind Kinder mit unilateralem Migrationshintergrund, welche in ihrem gesundheitsbezogenen Profil Kindern ohne Migrationshintergrund gleichen. Kinder mit eigener Migrationserfahrung schneiden in allen Dimensionen besonders schlecht ab.

In der multivariablen Analyse zeigt sich, dass der sozioökonomische Hintergrund der Kinder einen Teil der Unterschiede zwischen den verschiedenen Migrationshintergründen erklärt, für die meisten Endpunkte aber auch nach Adjustierung substantielle Unterschiede bestehen bleiben (Führer, Tiller et al. 2020).

Obwohl der Aufenthaltsstatus der Kinder in dieser Arbeit nicht erfasst wurde, hat sie wichtige Implikationen für die Versorgung von Asylsuchenden: Das vergleichsweise schlechte gesundheitsbezogene Profil von Kindern mit eigener Migrationserfahrung zeigt, dass die prämigrationen ebenso wie die peri- und postmigrationen Determinanten dieser Kinder bereits im Alter von durchschnittlich fünf Jahren gesundheitliche Konsequenzen haben und asylsuchende Kinder daher mit hoher Wahrscheinlichkeit besondere Förderbedarfe in Bezug auf ihre körperliche und kognitive Entwicklung aufweisen und besondere Bemühungen nötig sind, um ihre Erfassung durch die regulären pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen zu gewährleisten.

Im Bereich der psychischen Erkrankungen wurden die Daten einer Befragung unter Asylsuchenden (Führer, Eichner und Stang 2016) mit den Abrechnungsdaten des Sozialamtes zusammengeführt. Unter den 214 in der Befragung erfassten Asylsuchenden zeigt sich eine Screening-basierte Prävalenz für Depression, Angststörung und PTBS von 54 %, 41 % bzw. 18 %. Aufgrund einer hohen Komorbidität der drei Erkrankungen ist insgesamt bei 59 % der Teilnehmenden mindestens in einem der drei Bereiche ein auffälliger Wert feststellbar.

Im Vergleich dazu zeigt sich in den Abrechnungsdaten für Depression eine Prävalenz von 2,6 %, für Angststörungen von 1,4 %, und für PTBS von 2,9 %. Mindestens eine der drei Erkrankungen wurde bei 4,9 % aller Asylsuchenden diagnostiziert. In der Gegenüberstellung zeigt sich daher ein erhebliches Defizit in der Erkennung und Abklärung psychischer Beschwerden bei Asylsuchenden.

Von den Asylsuchenden, bei denen eine der drei Erkrankungen diagnostiziert wurde, erhalten 38 % eine medikamentöse Therapie, 9 % medikamentöse Therapie mit Gesprächsintervention³, 6,5 % alleinige Gesprächsintervention, und jeweils 0,5 % eine Psychotherapie allein bzw. eine medikamentöse Therapie in Kombination mit Gesprächsintervention und Psychotherapie. 45,3 % erhalten keine spezifische Therapie. Im Vergleich mit den Therapieempfehlungen der entsprechenden Leitlinien und der Therapie normalversicherter Patient/-innen zeigt sich auch im Bereich der Versorgung diagnostizierter Erkrankungen eine deutliche Unterversorgung (Führer, Niedermaier et al. 2020).

³ Eine Gesprächsintervention ist ein Instrument der durch alle ärztlichen Fachrichtungen zu erbringenden psychosomatischen Grundversorgung. Sie beinhaltet ein mindestens 15-minütiges Gespräch mit einem Facharzt/ einer Fachärztin, der/die die Weiterbildung „Psychosomatische Grundversorgung“ durchlaufen hat. Sie hat häufig psychoedukativen Charakter, dient der differentialdiagnostischen Abklärung von Beschwerden und wird über eine gesonderte Abrechnungsziffer vergütet (Bundesärztekammer 2018).

Aus dieser Unterversorgung resultiert, dass ein Teil der innerhalb der Regelversorgung nicht versorgten Patient/-innen versucht, bei Anlaufstellen außerhalb des Gesundheitssystems eine Therapie zu erhalten. Die Analyse der Patientenakten einer solchen Anlaufstelle – des Psychosozialen Zentrums für Migrantinnen und Migranten Sachsen-Anhalt – beleuchtet die gesundheitlichen Beschwerden und die Versorgungssituation dieser Patientengruppe weiter:

Für den Zeitpunkt der Anmeldung wurden die Akten von 437 Patient/-innen ausgewertet, bei denen Schlaflosigkeit (n=225, 51,5 %), Angst (n=143, 32,7 %) und Traumatisierung (n=84, 19,2 %) die häufigsten die Anmeldung motivierenden Beschwerden waren. 47 % der Patient/-innen gaben an, dass sie selbst einen dringenden Behandlungsbedarf sehen, wobei Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten mit 39 % die am häufigsten genannten Gründe für die Dringlichkeit der Behandlung waren. 41 % der Patient/-innen hatten eine Aufenthaltsgestattung, 28 % eine Duldung und 20 % eine Aufenthaltsgenehmigung. Die restlichen Personen machten dazu keine Angaben oder hatten keinen Aufenthaltstitel.

Im Mittel 16 Wochen (Min: 0 Wochen, Max: 175 Wochen) nach Anmeldung erfolgte das Abklärungsgespräch durch eine Psychologin. Hierfür lagen Akten von 188 Patient/-innen zur Auswertung vor. Im Abklärungsgespräch wurden bei 85,6 % der Patient/-innen Schlafstörungen festgestellt, 65 % berichteten von Schmerzen, 62,8 % von Angst und 54,8 % von Suizidalität. In 47,9 % der Abklärungsgespräche schätzten die zuständigen Psycholog/-innen den Behandlungsbedarf als „akut“ oder „bald“ ein.

Zwischen der Anmeldung und dem Abklärungsgespräch erlebten 21 % der Patient/-innen eine Verschlechterung ihres Aufenthaltsstatus, 3 % eine Verbesserung und 28 % keine Veränderung (bei 47% waren die Angaben unvollständig). In dieser Zeit hatten 40 % der Patient/-innen mindestens einen Kontakt zum Gesundheitssystem, die restlichen 60 % erhielten während der Wartezeit trotz der überwiegend schwerwiegenden Beschwerden keine medizinische Versorgung, während psychosoziale Unterstützung überwiegend durch Laien geleistet wurde (28 % durch Familie, 26,6 % Freunde und Bekannte). Die mittlere Wartezeit nach dem Abklärungsgespräch bis zum Beginn einer Psychotherapie lag bei 50 Wochen (Trohl et al. 2021).

4.4 Usability eines „Gesundheitsheftes für Asylsuchende“

Im quantitativen Teil der Studie schätzte der überwiegende Teil der Befragten die Usability des Gesundheitsheftes als hoch ein (medianer Score: 77,5), wobei sich Unterschiede zwischen den verschiedenen Interessengruppen zeigten: Bei Geflüchteten und der Gruppe der „anderen Akteur/-innen“ lag der mediane Score bei 80 bzw. bei 82,5, während er bei Ärztinnen und Ärzten bei 72,5 und bei anderem medizinischem Personal bei 70 lag. Über alle Interessengruppen hinweg bewerteten 65% der Befragten das Gesundheitsheft mit einem Score über 68 Punkten.

Im qualitativen Studienteil wurden sieben Aspekte herausgearbeitet, die für die Nützlichkeit des Gesundheitsheftes im Alltag aus Sicht der befragten Akteur/-innen wichtig sind: es erleichtert die sprachliche Kommunikation in der Behandlungssituation; es erleichtert die Kommunikation innerhalb des Gesundheitssystems, vor allem zwischen den parallel in eine Behandlung involvierten Berufsgruppen und Fachrichtungen; es trägt dazu bei, die Privatsphäre der Patient/-innen zu schützen und ihnen die Entscheidungsgewalt darüber zu geben, wem sie ihre medizinischen Daten offenlegen möchten; damit und durch Unterstützung bei größerer Eigenständigkeit in der gesundheitsbezogenen Entscheidungsfindung stärkt es die Patientenautonomie; es hilft Geflüchteten, das deutsche Gesundheitssystem besser zu verstehen; es gibt ihnen einen Überblick über die eigene Erkrankung und ihre Behandlungsgeschichte; und es hat symbolischen Charakter und signalisiert, dass sich das Gesundheitssystem für die gesundheitlichen Belange von Asylsuchenden öffnet.

Kritisiert wurde an dem Gesundheitsheft vor allem, dass die dort enthaltenen mehrsprachigen Anamnesebögen im Behandlungsalltag nicht praktikabel sind, und dass der Einsatz des Heftes die *upstream* gelegenen strukturellen Probleme in der Versorgung von Asylsuchenden, vordergründig ihren Ausschluss aus der Gesetzlichen Krankenversicherung, nicht beheben kann.

Zusammenfassend zeigt diese Arbeit, dass Material zu Unterstützung der Patientennavigation von den verschiedenen Zielgruppen gut angenommen wird und als im Alltag nützlich eingeschätzt wird (Führer, Korn und Brzoska 2020).

5 Diskussion

Die in dieser Arbeit zusammengefassten Artikel zeigen, dass die medizinische Versorgung von Asylsuchenden an vielen Stellen defizitär ist: Ihre Bedarfe werden im Gesundheitssystem oft nicht gesehen oder als nicht in den Zuständigkeitsbereich der Ärzteschaft fallend wahrgenommen (Führer 2020), bestehende Hilfsmittel zur Erleichterung der Patientennavigation finden wenig Anwendung (Führer, Korn und Brzoska 2020), für Sprachbarrieren bestehen oft keine systematischen Lösungsansätze (Führer und Brzoska 2020), was gemeinsam mit Unklarheiten in Bezug auf die Kostenübernahme (Führer 2020; Führer, König und Kluth 2021) den Zugang zu Präventionsangeboten (Freiberg et al. 2020), zu ambulanter Versorgung (Niedermaier et al. 2020) und zur Therapie psychischer Erkrankungen (Führer et al. 2020; Trohl et al. 2021) deutlich erschwert.

Gemäß dem in der Einleitung erwähnten Grundsatz, dass Sozialmedizin und Public Health letztlich darauf abzielen, medizinische Interventionen als Instrument zur Herstellung von Chancengerechtigkeit einzusetzen, schließt sich an die Feststellung der Benachteiligung von Asylsuchenden notwendig die Frage an, welche Maßnahmen geeignet sind, die beschriebenen Versorgungsdefizite zu beheben und insgesamt eine bessere Integration von Asylsuchenden in das deutsche Gesundheitssystem zu erreichen.

Im Folgenden sollen dabei zunächst unter Einbindung der entsprechenden Fachliteratur zielgruppenspezifische Ansätze vorgestellt und deren Probleme diskutiert werden (in Abschnitt 5.1), bevor (in Abschnitt 5.2) auf integrierte Maßnahmen zur Versorgung von Asylsuchenden eingegangen wird.

5.1 Zielgruppenspezifische Lösungsansätze

Die Idee eines zielgruppenspezifischen Lösungsansatzes für die medizinische Versorgung von Asylsuchenden findet in Deutschland vor allem in der Einrichtung medizinischer Ambulanzen in Sammelunterkünften für Asylsuchende und durch die Etablierung zielgruppenspezifischer Angebote innerhalb des Gesundheitssystems bzw. parallel zur Regelversorgung Anwendung. Auf diese Punkte werde ich im Folgenden jeweils eingehen, bevor ich im Abschnitt 5.1.3 zusammenfassend diskutiere, welche Probleme sich aus diesem Ansatz in der Versorgung von Asylsuchenden ergeben.

5.1.1 Medizinische Versorgung durch Ambulanzen in Sammelunterkünften

Die Behandlung von Asylsuchenden (und anderen Patient/-innen mit Migrationshintergrund) erfordert eine Praxis, die in der Lage ist, die Versorgung von Asylsuchenden auch an den Stellen sicher zu stellen, an denen ihre Bedarfe von denen der Allgemeinbevölkerung abweichen, ohne dabei etablierte Standards der Versorgung zu verletzen. Insbesondere bezogen auf die Anfangszeit des Aufenthaltes in

Deutschland wird dies in der Versorgung von Asylsuchenden an vielen Stellen durch spezialisierte Anlaufstellen in Sammelunterkünften angestrebt.

Insbesondere im Zuge der Zunahme der Migration nach Deutschland 2015 und 2016, auf welche das deutsche Gesundheitssystem weitgehend unvorbereitet war (Leopoldina 2015; Bozorgmehr, Biddle und Razum 2021), entstanden an vielen Orten derartige Einrichtungen. Den Impuls dazu gab eine Stellungnahme der Leopoldina, die im Oktober 2015 in einem Positionspapier zur medizinischen Versorgung von Asylsuchenden die Etablierung spezialisierter Polikliniken in Erstaufnahmeeinrichtungen empfahl, in denen die nötige „kultur- und religionssensitive medizinische Expertise“ sowie Fachdolmetscher in den benötigten Sprachen vorgehalten werden sollten und die zudem die intersektorale Kooperation zwischen Erstaufnahmeeinrichtung, Krankenhäusern, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und Sozialträgern sicherstellen sollten (Leopoldina 2015). Als Vorteil derartiger Polikliniken wurde angeführt, dass dadurch die medizinische Versorgung ganz am Anfang des Aufenthaltes in Deutschland erleichtert wird, sich bundeseinheitliche Standards für die Erstaufnahmeuntersuchung nach §62 Asylverfahrensgesetz, das Impfangebot und die Dokumentation und Kommunikation von Befunden leichter umsetzen ließen, und die Weiterversorgung von in der Erstaufnahmeuntersuchung diagnostizierten Erkrankungen besser gewährleistet wäre (Leopoldina 2015). Zudem böten derartige Einrichtungen die Möglichkeit, psychische Erkrankungen frühzeitig zu identifizieren und an entsprechende Behandlungsangebote anzubinden und den Bedarfen vulnerabler Personen wie Frauen, Kindern oder Menschen mit Behinderungen besser gerecht zu werden (Leopoldina 2015).

Dementsprechend wurde diese Empfehlung in der Folgezeit vielfach aufgegriffen (Bozorgmehr, Biddle und Razum 2021), wobei vor allem in Erstaufnahmeeinrichtungen (Alberer et al. 2016; Guenther et al. 2016; Jakubowski et al. 2017; Kahl und Frewer 2017; Manok et al. 2017; Nikendei et al. 2017; Lange et al. 2018), seltener auch in anderen Sammelunterkünften (Borgschulte et al. 2016; Mohammadzadeh, Jung und Lelgemann 2016), Einrichtungsambulanzen etabliert wurden.

Diese Ambulanzen haben keine einheitliche Struktur (Wahedi et al. 2020), sondern sind unter Berücksichtigung der vor Ort bestehenden Bedarfe und der verfügbaren Ressourcen in ihrer personellen Ausstattung, ihrer Trägerschaft und Organisationsweise sowie ihrem Tätigkeitsspektrum von Einrichtung zu Einrichtung sehr unterschiedlich aufgebaut: So werden manche der Einrichtungen überwiegend von ehrenamtlich tätigen Ärztinnen und Ärzten besetzt (Alberer et al. 2016; Jakubowski et al. 2017; Kahl und Frewer 2017), während andere mit Honorarärzt/-innen (Jakubowski et al. 2017) oder niedergelassenen Ärzt/-innen (Borgschulte et al. 2016) arbeiten, von ihrem Arbeitgeber für diese Tätigkeit freigestelltes Personal einsetzen (Jakubowski et al. 2017; Manok et al. 2017; Nikendei et al. 2017), oder hauptsächlich von nicht-ärztlichem medizinischem Personal betrieben werden (Guenther et al. 2016). Manche der Ambulanzen sind an das Gesundheitsamt angegliedert (Mohammadzadeh,

Jung und Lelgemann 2016; Jakubowski et al. 2017), oder als Kooperation mehrerer Einrichtungen (wie z. B. der KV, Krankenhäusern und Universitäten oder Sozialverbänden) organisiert (Borgschulthe et al. 2016; Manok et al. 2017; Nikendei et al. 2017; Lange et al. 2018).

Trotz des spezialisierten Charakters dieser Ambulanzen berichten sie über eine Reihe von Schwierigkeiten, vornehmlich in Bezug auf die adäquate Sicherstellung von Maßnahmen zur Überbrückung von Sprachbarrieren (Borgschulthe et al. 2016; Kahl und Frewer 2017; Manok et al. 2017; Nikendei et al. 2017; Lange et al. 2018), den Umgang mit psychischen Erkrankungen (Alberer et al. 2016; Borgschulthe et al. 2016; Mohammadzadeh, Jung und Lelgemann 2016; Kahl und Frewer 2017; Manok et al. 2017), die Dokumentation der Patientenverläufe (Jakubowski et al. 2017) und die sich der unmittelbaren medizinischen Versorgung entziehenden gesundheitlichen Effekte der prekären Lebenssituation der Patient/-innen (Borgschulthe et al. 2016; Jakubowski et al. 2017; Kahl und Frewer 2017; Manok et al. 2017; Lange et al. 2018).

5.1.2 spezialisierte Versorgung außerhalb von Sammelunterkünften

Nach dem Transfer aus der Erstaufnahmeeinrichtung in eine Einrichtung in kommunaler Zuständigkeit oder eine eigene Wohnung, sollte die Kontinuität einer zielgruppenspezifischen Versorgung laut Leopoldina durch Schwerpunktpraxen mit besonderer Kompetenz und den für die Versorgung von Asylsuchenden nötigen Strukturen gewährleistet werden (Leopoldina 2015). Dieser Vorschlag wurde seit 2015 nur sehr vereinzelt in der Etablierung spezialisierter allgemeinmedizinischer Praxen oder Ambulanzen mit Migrationsfokus umgesetzt (Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz 2015; Höcker et al. 2017), zu deren Arbeit es jedoch kaum wissenschaftliche Evaluationen gibt und von denen einige in dieser spezifischen Ausrichtung wohl nur für einen kurzen Zeitraum bestanden und mit der Abnahme der Asylerstanträge seit 2017 wieder aufgegeben wurden. Jenseits der in Sammelunterkünften angesiedelten spezialisierten Versorgungsangebote scheinen daher innerhalb des Gesundheitssystems auf die Bedarfe von Asylsuchenden spezialisierte Einrichtungen im Sinn der von der Leopoldina empfohlenen Schwerpunktpraxen keine Bedeutung für die (allgemein-)medizinische Versorgung von Asylsuchenden zu haben⁴.

Anders verhält es sich mit spezialisierten Angeboten im Bereich der psychiatrischen/ psychotherapeutischen Versorgung: Hier existieren schon seit vielen Jahren an etlichen psychiatrischen Kliniken spezialisierte Ambulanzen oder Fachabteilungen, die sich der Versorgung von

⁴ In einigen Städten bieten sog. Medinetze oder Medibüros Sprechstunden für Menschen ohne Krankenversicherung an, die mancherorts auch von Asylsuchenden in Anspruch genommen werden. Da hierüber aber nur ein verschwindend kleiner Teil der Asylsuchenden versorgt wird und der Schwerpunkt der Medinetze traditionell in der Versorgung von *Sans Papiers* liegt, wird auf diese Angebote hier nicht weiter eingegangen. Für eine umfassende Darstellung dieses Versorgungsbereiches sei auf die Monographien von Susan Huschke (2013) und Maren Mylius (2016) verwiesen, sowie den Sammelband von Mylius, Bornschlegl und Frewer (2011).

Patient/-innen mit Migrationshintergrund widmen und sich dabei durch eine besondere Expertise in inter-/transkultureller Psychiatrie und/oder eine traumatherapeutische Ausrichtung und/oder die Möglichkeit einer Psychotherapie unter Einsatz von Dolmetscher/-innen auszeichnen (Machleidt, Behrens, Ziegenbein, Calliess 2007; Machleidt et al. 2018).

Ein Problem dieser Einrichtungen in Bezug auf die Versorgung von Asylsuchenden ist jedoch, dass die Hürden für die Kostenübernahme nach AsylbLG insbesondere für psychotherapeutische Versorgung besonders hoch sind und Sozialämter Anträge auf Kostenübernahme für Psychotherapie oder Dolmetscher/-innen häufig ablehnen: Während Anträge auf Kostenübernahme für Psychotherapien für Gesetzlich Krankenversicherte in 1-3 % der Fälle abgelehnt werden, passiert dies bei Asylsuchenden zehnmal so häufig, nämlich in 35 % der Anträge (Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer 2018b). Für Asylsuchende bedeutet eine Ablehnung der Kostenübernahme regelmäßig, dass sie durch die Einrichtungen innerhalb des Gesundheitssystems nicht versorgt werden, und daher entweder unversorgt bleiben oder auf Angebote aus dem zivilgesellschaftlichen Sektor angewiesen sind, was häufig mit gegenüber der Regelversorgung sehr langen Wartezeiten verbunden ist (Trohl et al. 2021).

Patient/-innen, die aufgrund ihres Aufenthalts- und Versicherungsstatus durch die Maschen des Gesundheitssystems fallen, werden dann häufig von den Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer aufgefangen (Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer 2020; Trohl et al. 2021). Dabei handelt es sich um durch zivilgesellschaftliche Träger betriebene Einrichtungen, die auf die psychosoziale Versorgung von Geflüchteten – unabhängig vom Aufenthalts- und Versicherungsstatus – spezialisiert sind und neben psychotherapeutischen Angeboten in Gruppen- und Einzelsettings auch Sozial- und Migrationsberatung anbieten (Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer 2020). Durch ihre Expertise im Bereich der transkulturellen Psychotherapie, ihren Schwerpunkt auf der Versorgung traumatisierter Patient/-innen und die Arbeit mit innovativen Versorgungskonzepten wie Laienhelfer/-innen und psychosozialen Lots/-innen (Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer 2019), füllen die Psychosozialen Zentren eine Lücke des Gesundheitssystems, die durch die beschriebenen Probleme der Kostenübernahme noch vergrößert wird.

Die Literatur – inklusive meiner eigenen Arbeiten zum Thema – zeigt entsprechend, dass es einen großen Bedarf für derartige Angebote gibt, während die aktuellen Kapazitäten der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge nicht ausreichen, um den Bedarf zu decken. So standen im Jahr 2019 bundesweit monatlich durchschnittlich 2 675 Patient/-innen auf den Wartelisten der PSZs, wobei die Wartezeit auf einen Therapieplatz im Durchschnitt 7,3 Monate betrug (Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer 2019).

Zusammenfassend ist daher zu konstatieren, dass sowohl die zivilgesellschaftlichen Versorgungsangebote als auch die auch die spezialisierten Einrichtungen innerhalb des Gesundheitssystems nicht in der Lage sind, die Versorgung von Asylsuchenden sicher zu stellen und ein deutlicher Ausbau der Kapazitäten der PSZs nötig ist, um die Versorgung von psychisch kranken Asylsuchenden in Deutschland kurz- und mittelfristig zu gewährleisten, während langfristig für die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung die Öffnung von Strukturen der Regelversorgung für die Bedarfe von Asylsuchenden nötig ist (Führer et al. 2020; Trohl et al. 2021).

5.1.3 konzeptionelle Probleme zielgruppenspezifischer Ansätze

Obwohl also ein Ausbau der bestehenden, für die Versorgung von Asylsuchenden spezifischen Versorgungsstrukturen dringend nötig ist, ist es zeitgleich wichtig, auf die Grenzen derartiger Versorgungsangebote hinzuweisen und darüber hinaus die Nachteile zielgruppenspezifischer Versorgungsansätze zu diskutieren, welche in der Public Health-Literatur häufig unter der Bezeichnung vertikale (oder nicht-integrierte) Interventionen diskutiert und den horizontalen (oder integrierten) Interventionen gegenübergestellt werden (Msuya 2003; Atun et al. 2010).

Dabei ist zunächst zu betonen, dass die Literatur zu vertikalen Interventionen argumentiert, dass diese geeignet sein können, kurzfristig auf ein definiertes Versorgungsproblem, z. B. Versorgungsdefizite einer bestimmten Zielgruppe, zu reagieren – insbesondere, wenn die Strukturen der Primärversorgung zu schwach sind, um eine adäquate Reaktion auf das Versorgungsproblem sicher zu stellen (Msuya 2003; Atun, Bennett und Duran 2008).

Die häufig von Überraschung und Unvorhersehbarkeit geprägten Narrative zur Versorgung von Asylsuchenden in Deutschland (Bozorgmehr, Biddle und Razum 2021) und die Praxis, Asylsuchende häufig in Regionen mit mangelhafter Infrastruktur unterzubringen (Bozorgmehr et al. 2017) legen nahe, dass in den Jahren 2015 und 2016 möglicherweise für die Versorgung von Asylsuchenden vielerorts eine derartige Situation vorgelegen haben könnte und entsprechend der Fokus auf vertikale Ansätze in diesem Zusammenhang als kurzfristige Reaktion angemessen war. Hinzu kommt, dass die Versorgung von Asylsuchenden vor 2015 innerhalb des deutschen Public Health (gemessen an der vor 2015 ausgesprochen niedrigen Anzahl wissenschaftlicher Arbeiten zum Thema (Bozorgmehr et al. 2016a)) relativ wenig beachtet war und daher nur wenige bereits erprobte Versorgungsansätze zur Implementierung bereit lagen. Die daher häufig *ad hoc* aus dem akuten Bedarf und der Überforderung bestehender Strukturen der Regelversorgung heraus entstandenen spezialisierten Angebote haben daher wahrscheinlich kurzfristig eine wichtige Funktion für die Sicherstellung der Versorgung.

Gleichzeitig zeigt sich aber auch, dass die zielgruppenspezifischen Interventionen nur unzureichend in der Lage waren und sind, eine dem deutschen Standard entsprechende medizinische Versorgung von Asylsuchenden flächendeckend sicher zu stellen: So sind die spezialisierten Versorgungsangebote im

Wesentlichen auf Großstädte und Krankenhäuser der Maximalversorgung beschränkt, wodurch die Versorgung im ländlichen Raum nicht sicher gestellt ist (Scott 2014) und durch weite Anfahrtswege und weitere Zugangsprobleme die Opportunitätskosten der Versorgung auf Patientenseite steigen (Kelly et al. 2016).

Zudem sind auch für die spezialisierten Einrichtungen zentrale Fragen der Finanzierung z. B. von Dolmetscherkosten ungeklärt, weshalb in der Literatur geschlussfolgert wird, dass die Versorgung durch spezialisierte Versorgungsangebote für Asylsuchende langfristig nicht „nachhaltig[...], bedarfsgerecht[...] und evidenzbasiert[...]“ (Wahedi et al. 2020) sicher gestellt werden kann. Unter Verweis auf die zudem sehr langen Wartezeiten vieler Einrichtungen ist daher festzustellen, dass die zielgruppenspezifischen Einrichtungen trotz ihrer Spezialisierung offenbar nicht geeignet sind, die Versorgung der Zielgruppe auf dem gesetzlich krankenversicherten Patient/-innen zugänglichen Versorgungsniveau zu garantieren.

Hinzu kommt, dass die Etablierung spezialisierter Versorgungsangebote grundsätzlich immer auch die Gefahr impliziert, dass sich für verschiedene Zielgruppen unterschiedliche Versorgungsstandards entwickeln (Oliveira-Cruz, Kurowski und Mills 2003; Atun, Bennett und Duran 2008). Insbesondere im Kontext tatsächlicher rechtlicher Diskriminierung ist in der Versorgung von marginalisierten Patientengruppen durch separate Versorgungssysteme große Vorsicht geboten, den Eindruck (oder die tatsächliche Praxis) zu vermeiden, dass Asylsuchende in Fortsetzung ihrer in anderen Lebensbereichen sichtbaren Diskriminierung für eine separate Versorgung durch schlechtere Strukturen ausgesondert werden (Kirmayer 2012) und das Gesundheitssystem der verlängerte Arm repressiver Migrationspolitik ist (Scott 2014).

Dies ist umso mehr zu betonen, da innerhalb einer Mehrheit der Allgemeinbevölkerung die Wahrnehmung besteht, dass die medizinische Versorgung von Asylsuchenden ihrer eigenen medizinischen Versorgung Ressourcen entzieht und daher eine Beschränkung der medizinischen Versorgung von Asylsuchenden zu befürworten ist (Samarappuli et al. 2019). Eine den medizinethischen Grundsätzen der Nicht-Diskriminierung widersprechende Diffusion derartiger Haltungen in medizinische Praxis ist in der Literatur beschrieben (Scott 2014) und wird logistisch durch separate Versorgungsstrukturen potentiell erleichtert (Oliveira-Cruz, Kurowski und Mills 2003; Metzl und Roberts 2014).

Vor diesem Hintergrund soll im Folgenden daher darauf eingegangen werden, welche Lösungsansätze langfristig gegenüber vertikalen Versorgungsangeboten zu bevorzugen wären und was dies für das deutsche Gesundheitssystem im Allgemeinen bedeutet.

Dabei ist zu konstatieren, dass das Gesundheitssystem transformative Leistungen zur Steigerung seiner Resilienz erbringen muss, wofür vertikale, auf die Versorgung einer einzelnen Zielgruppe

zugeschnittene Maßnahmen nicht ausreichend sind (Wahedi et al. 2020; Bozorgmehr, Biddle und Razum 2021).

5.2 Integrierte Versorgungsangebote

In Anbetracht der Erfahrungen der letzten Jahre und der oben ausgeführten Probleme vertikaler Interventionen sollten die entsprechenden zielgruppenspezifischen Angebote stattdessen in das Gesundheitssystem integriert werden, wobei ich die Diskussion im Folgenden auf die Eingliederung von Asylsuchenden in das Sozialsystem und die Steigerung der interkulturellen und strukturellen Kompetenz des Gesundheitssystems fokussiere.

Neben der daraus resultierenden Verbesserung der Versorgung von Asylsuchenden ist dabei zu erwarten, dass die Integration von Maßnahmen zur besseren Versorgung von Asylsuchenden zu einer Verbesserung der Versorgung aller Patient/-innen führt.

5.2.1 Vollständige Eingliederung von Asylsuchenden in das Sozialsystem

Die Finanzierung vertikaler Interventionen aus separaten Budgets ist ein übliches Vorgehen (Msuya 2003; Atun, Bennett und Duran 2008) und kann sinnvoll sein, wenn die für die Versorgung der Zielgruppe zu erbringenden Leistungen über dem Versorgungsstandard der Regelversorgung liegen (Oliveira-Cruz, Kurowski und Mills 2003). Für die Versorgung von Asylsuchenden zeigt sich jedoch, wie oben bereits ausführlich referiert, dass die separate Abrechnungsstruktur medizinischer Leistungen zu Unterversorgung führt und zudem zusätzliche Kosten verursacht. Aus diesem Grund drängt sich als wichtigste Maßnahme zur Sicherstellung einer adäquaten Versorgung von Asylsuchenden deren Integration in die Gesetzliche Krankenversicherung auf (Razum, Wenner und Bozorgmehr 2016).

Konkret bedeutet dies, dass die Leistungsgewährung nach AsylbLG abgeschafft werden und Asylsuchende wie alle anderen Patient/-innen Leistungen nach den Sozialgesetzbüchern bekommen sollten. Dementsprechend sollten sie unmittelbar nach ihrer Ankunft eine Gesundheitskarte einer Krankenversicherung ausgehändigt bekommen, um damit Versorgung analog zu anderen Gesetzlich Krankenversicherten in Anspruch nehmen zu können. Letzteres Vorgehen entspricht dem in einigen Bundesländern bereits erprobten und bewährten Vorgehen (dem sog. „Bremer Modell“, siehe Einleitung). In diesem Zusammenhang hat sich gezeigt, dass die weitgehende Eingliederung von Asylsuchenden in die regulären Versorgungsstrukturen dazu führt, dass die Kosten für die Versorgung von Asylsuchenden sinken, da Verwaltungskosten eingespart werden und die Budgetvereinbarungen der Krankenversicherungen zur Anwendung kommen (Burmester 2015; Epping 2017; Wächter-Raquet 2016), sowie dass der Zugang zu medizinischer Versorgung für die Patient/-innen niedrigschwelliger wird und der Verwaltungsaufwand in den Praxen abnimmt (Burmester 2015).

Entsprechend fordern die Bundesärztekammer (Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 2013; Bundesärztekammer 2015) und verschiedene Landesärztekammern (Landesärztekammer Baden-Württemberg 2016), Vertreter/-innen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Bozorgmehr et al. 2016b), verschiedene zivilgesellschaftliche Akteur/-innen (Wächter-Raquet 2016; Pro Asyl 2016; Kampagnengruppe von Medibüros/Medinetzen 2017) und eine Vielzahl von Wissenschaftler/-innen und wissenschaftlicher Gremien schon seit längerem, die sozialrechtliche Sonderstellung von Asylsuchenden zu beenden.

Eine derartige Eingliederung in die Regelversorgung wäre ein entscheidender Schritt zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation, würde jedoch die eingangs geschilderten Probleme in Bezug auf den Mangel an diversitätssensibler Versorgung, z. B. bezogen auf den Umgang mit sprachdiskordanten Arzt-Patient-Kontakten, nicht unmittelbar berühren. Die vollständige Eingliederung von Asylsuchenden in das Gesundheitssystem müsste daher flankiert werden durch transformative Maßnahmen, die die Responsivität des Gesundheitssystems auf die Bedürfnisse marginalisierter Gruppen erhöhen und die Anpassungsbereitschaft von Versorgungsstrukturen strukturell untermauern.

5.2.2 interkulturelle und strukturelle Kompetenz

Als vordergründige Maßnahme zur Erreichung dieses Ziels wird häufig eine Verbesserung der interkulturellen Kompetenz von Ärztinnen und Ärzten, Therapeut/-innen und anderem medizinischen Personal gefordert (Machleidt 2002).

In der internationalen Debatte wird das Thema interkultureller Kompetenz bereits seit den 1980ern intensiv diskutiert (Beach et al. 2005; Grützmann, Rose und Peters 2012; Kirmayer 2012) und ist mittlerweile entsprechend vielschichtig, wobei sich die Rezeption der Debatte um Interkulturalität in der medizinischen Lehre international stark unterscheidet: In den USA beispielsweise ist die Vermittlung von interkultureller Kompetenz seit 2002 Voraussetzung für die Anerkennung von Medizinstudiengängen und wird zumindest implizit als Systemeigenschaft gedacht (Kirmayer 2012), woraus sich eine umfangreiche, auch medizindidaktische, Debatte ergibt (Beach et al. 2005; Betancourt und Cervantes 2009). Die Debatte in Deutschland ist deutlich jünger, denkt interkulturelle Kompetenz vordergründig als Eigenschaft individueller Akteur/-innen und ist bisher erst zögerlich in medizindidaktische Überlegungen eingeflossen (Grützmann, Rose und Peters 2012; Mews et al. 2018). Im Folgenden fokussiere ich die für den deutschen Kontext zentralen Aspekte und ergänze diese um Diskussionsgänge aus der angelsächsischen Literatur, wo immer dies nötig ist.

a) Konzeption interkultureller Kompetenz

Der Begriff der interkulturellen Kompetenz meint im Kontext der medizinischen Versorgung die Fähigkeit von medizinischem Personal, behandlungsrelevante kulturelle Umstände zu erkennen und adäquat darauf zu reagieren (Flores 2000) bzw. Patient/-innen mit diversen soziokulturellen Hintergründen dieselbe hochwertige Versorgung zuteilwerden zu lassen (Beach et al. 2005; Betancourt und Green 2010). In diesem Zusammenhang werden häufig drei verschiedene Ansätze unterschieden (Wear 2003; Betancourt und Cervantes 2009), wie interkulturelle Kompetenz in der medizinischen Lehre und Weiterbildung erreicht werden und für den Kontext der medizinischen Versorgung konstruktive, d. h. „angemessene[] und effektive[]“ (Bertelsmannstiftung 2008) Interaktionen sicher gestellt werden können:

Der erste Ansatz zielt auf die Vermittlung von *interkultureller Sensibilität* ab, durch die Studierende für die kulturelle und historisch situierte Überformung eigener und fremder Haltungen, Gewohnheiten und Überzeugungen sensibilisiert werden (Knipper 2015), die die Bereitschaft weckt, mit Patient/-innen einen Dialog zu diesen Themen einzugehen (Betancourt und Cervantes 2009), und die zu einer Erhöhung der Ambiguitätstoleranz führt (Bertelsmannstiftung 2008). Dies beinhaltet auch die Bereitschaft, den eigenen Referenzrahmen zu relativieren und eigene „Weltansichten, Lebensweisen, Normen und Werte“ als prinzipiell verhandelbar zu verstehen (Bertelsmannstiftung 2008; Knipper 2015; Healthy Diversity 2017).

Der zweite Ansatz, häufig als *kategorialer Ansatz* beschrieben, beinhaltet die Vermittlung von „Faktenwissen“ über konkrete Kulturen (Betancourt und Cervantes 2009). Dieser Ansatz hat häufig kulturalisierende Untertöne (siehe oben) und läuft Gefahr, durch die Verwendung eines essentialistischen Kulturbegriffes die Bedeutung der vermeintlichen kulturellen Zugehörigkeit der Patient/-innen zu überbewerten (Knipper 2015). Damit einher geht die Gefahr, durch die Vermittlung von Fakten über (vermeintlich) definierte kulturelle Gruppen stereotypisierende Perspektiven zu fördern (Gregg und Saha 2006; Knipper 2015). Daher wird ein derartiger Ansatz in der Literatur überwiegend abgelehnt (Gregg und Saha 2006; Betancourt und Cervantes 2009; Kumagai und Lyson 2009; Betancourt und Green 2010) bzw. darauf hingewiesen, dass der Verweis auf derartige kulturelle Zugehörigkeit als Erklärung z. B. für Konflikte in der medizinischen Versorgung den Charakter einer Ausschlussdiagnose haben muss (Fassin 2001; Knipper 2015).

Der dritte Ansatz umfasst die Vermittlung von *Fähigkeiten zur Gesprächsführung*, in denen die traditionelle ärztliche Gesprächsführung um Elemente ethnographischen Arbeitens ergänzt wird (Betancourt und Cervantes 2009; Knipper, Akinci und Soydan 2010). Damit soll erreicht werden, dass Ärztinnen und Ärzte besser in der Lage sind, laienätiologische Vorstellungen ihrer Patient/-innen (unabhängig von deren kulturellem Hintergrund) mit biomedizinischen Vorstellungen in Dialog zu bringen und für die Behandlungsplanung nutzbar zu machen (Betancourt und Green 2010). Für eine

derartige Anwendung interkultureller Kompetenz innerhalb der Anamneseerhebung entwickelten Kleinman und Benson den *explanatory models approach* (2006), der die Erhebung laienätiologischer Vorstellungen strukturiert und im angelsächsischen Raum mittlerweile im klinischen Alltag weitgehend etabliert ist (Grützmann, Rose und Peters 2012). Andere Autoren verweisen allgemeiner auf die Potentiale ethnographischen Arbeitens zur differenzierten Auseinandersetzung mit der sozialen Welt der Patient/-innen und ihrer Angehörigen (Knipper, Akinci und Soydan 2010).

Ein wichtiger Aspekt interkultureller Kompetenz im Gesundheitssystem ist, dass diese Kompetenz sich nicht auf die Versorgung von Patient/-innen mit Migrationshintergrund beschränkt, sondern potentiell die Versorgung aller Patient/-innen verbessern kann (Grützmann, Rose und Peters 2012), da Erkrankung *immer* vor dem Hintergrund individueller Sozialisation stattfindet und gesundheitsbezogene Entscheidungen immer auf einen soziokulturellen Kontext rekurrieren (Gregg und Saha 2006).

Während dieses Phänomen in der Versorgung von Asylsuchenden aufgrund der Unterschiede zwischen der Primärsozialisation der Patient/-innen und ihrer Behandler/-innen in besonderem Maß auffällt, zeigen Studien, dass auch in der Versorgung von Patient/-innen ohne Migrationshintergrund die ätiologischen Zuschreibungen der Patient/-innen häufig sehr grundlegend vom biomedizinischen Krankheitsmodell abweichen (Svedlund, Danielson und Norberg 2001; Clark 2003; Kraft et al. 2004; Muthny 2004) und in diesem Sinn auch hier regelhaft interkulturelle Konflikte zwischen der „Laienkultur“ der Patient/-innen und der „Krankenhauskultur“ vorliegen (Gregg und Saha 2006; Grützmann, Rose und Peters 2012). In der Versorgung von durch die Ärzteschaft nicht als „fremd“ gelesenen Patient/-innen bleiben derartige interkulturelle Konflikte aber häufig unbeachtet, u. a. auch, da für deren Artikulation innerhalb der Biomedizin nur wenig Raum ist (Frank 1995).

Vor diesem Hintergrund überrascht es nicht, dass die Vermittlung interkultureller Kompetenz sich positiv auf die medizinische Versorgung auswirkt. So zeigt die Evaluation von Programmen zur Vermittlung interkultureller Kompetenz in den USA, dass diese Programme dazu führen, dass sich durch sie das kulturbezogene Wissen von Ärztinnen und Ärzte sowie ihre Haltungen und Fertigkeiten im Umgang mit interkulturellen Behandlungssituationen bessert, und dass sich im Ergebnis die Zufriedenheit der Patient/-innen mit der Behandlung erhöht (Beach et al. 2005; Kirmayer 2012). Nachweise, dass sich erhöhte interkulturelle Kompetenz auch auf medizinische Outcomes auswirkt, stehen aktuell noch aus (Beach et al. 2005).

b) Stand der Umsetzung in Deutschland

Innerhalb der deutschsprachigen Literatur ist mittlerweile Konsens, dass interkulturelle Kompetenz bereits im Medizinstudium vermittelt werden und auch Teil der klinischen Weiterbildung sein sollte (Grützmann, Rose und Peters 2012; Mews et al. 2018). Im Medizinstudium in den USA hat sich bewährt, interkulturelle Kompetenz prozesshaft als longitudinales Modul über das gesamte Studium

zu lehren und die Inhalte dabei durch Verknüpfung mit klinischen Fächern in unmittelbarem Praxisbezug zu entwickeln (Wear 2003; Betancourt und Cervantes 2009; Betancourt und Green 2010). Der Ausschuss *Kulturelle Kompetenz und Global Health* der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (Mews et al. 2018) und die Bertelsmannstiftung (in einer Studie zur Umsetzung interkultureller Kompetenz in Deutschland) formulieren ähnliche Empfehlungen (Bertelsmannstiftung 2008).

Standardisierte Curricula dafür gibt es bisher in Deutschland jedoch nicht (Grützmann, Rose und Peters 2012; Gießelmann 2016; Mews et al. 2018), obwohl seit 2015 im Nationalen Lernzielkatalog die Vermittlung interkultureller Kompetenz vorgesehen ist und die Hochschulrektorenkonferenz 2017 noch einmal die Wichtigkeit der Einführung entsprechender Lehrangebote betont hat (Hochschulrektorenkonferenz 2017; Mews et al. 2018).

Entsprechend ist die Umsetzung der Inhalte von Universität zu Universität verschieden, und auch die disziplinäre Verankerung der Lehrangebote auf eine Vielzahl von Fächern – von Medizinethik über Allgemeinmedizin bis hin zu Psychiatrie – verteilt (Knipper, Akinci und Soydan 2010; Grützmann, Rose und Peters 2012). Hinzu kommt, dass die entsprechenden Inhalte an vielen Standorten nicht Teil der curricularen Lehre sind, sondern in Form von Wahlpflichtfächern angeboten werden, mit der Folge, dass nicht alle Studierenden erreicht werden (Grützmann, Rose und Peters 2012; Gießelmann 2016; Mews et al. 2018). Im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung gibt es in verschiedenen Ärztekammern vereinzelte Angebote, für die es bisher jedoch ebenfalls keine einheitlichen Standards und keine wissenschaftliche Evaluation zu geben scheint.

c) Probleme der kulturellen Kompetenz

Diesen Entwicklungen zum Trotz, zeigt sich in der Literatur über interkulturelle Kompetenz, insbesondere aber in der Literatur zur Versorgung von Asylsuchenden und anderen marginalisierten Gruppen immer wieder, dass im Sprechen über kulturelle Determinanten der Gesundheit der Rückgriff auf kulturalisierende Perspektiven an vielen Stellen immer noch der Standard zu sein scheint und die klinische Literatur zu kultureller Kompetenz häufig hinter der nuancierten theoretischen Auseinandersetzung mit der Thematik weit zurück bleibt (Wear 2003; Kirmayer 2012; Knipper 2015).

So finden sich in der medizinischen Fachliteratur immer noch vermeintlich kultursensible Empfehlungen wie jene, dass „Nordeuropäer, Japaner und Nordamerikaner [generell] mehr Distanz [bevorzugen] als Lateinamerikaner, Südeuropäer, Afrikaner, Araber oder Asiaten“ (Pluntke 2017) oder dass man „[i]n Frankreich [...] körperliche Beschwerden häufig mit der Leber [verbindet ...]. Türken betonen v. a. Schmerzen und identifizieren externe Krankheitsursachen wie Schicksal oder Gottes Wille“ (Hecht 2016). Der Diskurs im klinischen Alltag ist oft von ähnlichen Grundüberzeugungen geprägt (Hallal 2015; Mews et al. 2018).

Derartige Pauschalisierungen versprechen, mehr zu schaden als zu nutzen und stärken letztlich kulturalisierende Narrative, reproduzieren stereotypisierende Muster und führen statt zu einer Sensibilisierung für die Fluidität und Komplexität individueller Identität zur Festigung von an der Nationalität, der Sprache oder dem Herkunftsland der Patient/-innen orientierten und potentiell schädlichen Vorurteile bei Ärztinnen und Ärzten und anderem medizinischen Personal (Gregg und Saha 2006; Kleinman und Benson 2006; Knipper, Akinci und Soydan 2010; Kirmayer 2012).

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie sich eine derartige Praxis erklärt und wie sie verhindert werden kann. Neben der bereits referierten Notwendigkeit, einen antiquierten essentialistischen Kulturbegriff zu vermeiden (Gregg und Saha 2006; Kumagai und Lyson 2009; Knipper 2015), wird in diesem Zusammenhang das Problem diskutiert, dass das Nachdenken über Diversität und Interkulturalität häufig losgelöst von Fragen sozialer Gerechtigkeit stattfindet (Kumagai und Lyson 2009) und die Lehre zu interkultureller Kompetenz oft strukturelle Fragen von Rassismus, Sexismus und ökonomischer Benachteiligung ausklammert (Giroux 2000; Gregg und Saha 2006). Hinzu kommt, dass durch den Fokus auf „die Kultur“ gesellschaftlicher Minderheiten der Erwerb interkultureller Kompetenz häufig den Charakter einer „Kultursafari“ (Wear 2003) hat, die kein Nachdenken über eigene Prägungen beinhaltet und die Reflexion der eigenen Position als Arzt oder Ärztin im gesellschaftlichen Machtgefälle vernachlässigt (Gregg und Saha 2006). Dabei wird versäumt, die Kontextfaktoren der Arzt-Patient-Interaktion zu problematisieren (Kumagai und Lyson 2009) und damit den Blick auf das komplexe Gewebe sozialer Determinanten der Gesundheit zu wenden, von denen kulturelle Prägung nur ein Aspekt ist (Wear 2003; Gregg und Saha 2006).

Diese Kritik am Konzept der interkulturellen Kompetenz hat sich in den vergangenen Jahren zu einer Reihe konkreter Empfehlungen verdichtet, die in der Konzeption von Lehrangeboten zur Vermittlung von interkultureller Kompetenz berücksichtigt werden sollten. Im Zentrum steht dabei, dass 1) der verwendete Kulturbegriff stets problematisiert werden muss; 2) herausgearbeitet werden sollte, dass Kultur, Nationalität und Ethnizität sich zwar überlappen können, aber dennoch unterschiedliche Konstrukte sind; 3) interkulturelle Kompetenz kein Allheilmittel gegen gesundheitliche Ungleichheit ist; 4) und daher die Relevanz kultureller Unterschiede immer im Kontext politischer, sozialer, rechtlicher und ökonomischer Determinanten von Gesundheit gedacht werden muss (Wear 2003; Gregg und Saha 2006).

d) strukturelle Kompetenz

Diese Grundsätze haben zu verschiedenen Weiterentwicklungen des Ansatzes der interkulturellen Kompetenz geführt, z. B. dem Ansatz, unter Bezugnahme auf die Frankfurter Schule und die Befreiungspädagogik Freires interkulturelle Kompetenz auf die Ausbildung eines „kritischen Bewusstseins“ zu orientieren (Kumagai und Lyson 2009), oder sie zu einem *insurgent multiculturalism*

(Giroux 2000; Wear 2003) auszubauen. Im Kontext der medizinischen Versorgung indigener Patient/-innen in Neuseeland und Kanada wurde das Konzept der *cultural safety* entwickelt (Kirmayer 2012), welches darauf abzielt, die dem Arzt-Patienten-Kontakt inhärenten Machtgefälle und ihre sozialen, historischen und ökonomischen Entstehungsdynamiken zu explizieren und darauf hinzuwirken, ihnen durch besondere Beachtung der Kommunikations- und Entscheidungsprozesse entgegen zu wirken.

Unter diesen Konzepten hat sich in den letzten Jahren der Ansatz der strukturellen Kompetenz als der vielversprechendste etabliert. Dieser Ansatz zielt darauf ab, die kritische Aufmerksamkeit von dem Fokus auf die Patientenkultur zur Struktur und Kultur der Biomedizin und den ihr übergeordneten gesellschaftlichen Dynamiken zu wenden und Ärzt/-innen das dafür benötigte analytische Instrumentarium in Form gesellschaftswissenschaftlicher Grundfertigkeiten zu vermitteln (Holmes 2012). Dabei soll erreicht werden, dass (vermeintliche) kulturelle Faktoren als Folgen gesellschaftlicher Determinanten verstanden werden und die Auseinandersetzung mit den Organisationsstrukturen des Gesundheits- und Sozialsystems und übergeordneter Politikbereiche Interventionsmöglichkeiten zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit eröffnet (Metzl und Hansen 2014). Dementsprechend zielt strukturelle Kompetenz darauf ab, die Fähigkeit zu stärken, auf der Ebene des Individuums gelegene Phänomene (Symptome, Krankheitsbilder, Risikofaktoren, Lebensstilfaktoren etc.) als *downstream* gelegene Implikationen struktureller Einflüsse zu erkennen und als solche zu behandeln (Metzl und Hansen 2014; Metzl und Roberts 2014). Um dies zu erreichen, wurden in den USA bereits Curricula entwickelt, in denen die Vermittlung struktureller Kompetenz entlang von fünf Zielstellungen operationalisiert wird (Metzl und Hansen 2014; Hansen und Metzl 2019): Erstens sollen Fertigkeiten vermittelt werden, die Ärzt/-innen erlauben, die Gesundheit und medizinische Versorgung rahmenden gesellschaftlichen Strukturen zu erkennen, d. h. den biologischen Reduktionismus zu überwinden, der nach wie vor das ätiologische Nachdenken der Biomedizin dominiert. Dabei soll, zweitens, eine nicht-klinische Beschreibungssprache erschlossen werden, welche die Entwicklung eines interdisziplinären Verständnisses gesellschaftlicher Strukturen erlaubt. Damit können dann, drittens, „kulturelle“ Probleme marginalisierter Patientengruppen in eine strukturelle Sprache übersetzt werden, wodurch sich – viertens – Maßnahmen zur Veränderung der Struktur erschließen lassen. Als letzter Punkt ist dabei zu betonen, dass strukturelle Kompetenz gleichzeitig auch bedeutet, Einsicht in die eigenen Verstehensgrenzen zu gewinnen und dadurch interdisziplinäre Kooperation zu motivieren (Metzl und Hansen 2014).

Strukturelle Kompetenz stellt damit einen Ansatz dar, der die Probleme der interkulturellen Kompetenz überwindet, ihren Nutzen auf nicht als kulturell fremd gelesene Patientengruppen ausweitet und die Auseinandersetzung mit Gesellschaftsstrukturen in den klinischen Alltag hineinholt. In den USA konnte bereits vielfach gezeigt werden, dass Curricula zur Erweiterung der strukturellen Kompetenz gewinnbringend in verschiedene Bereiche der medizinischen Aus- und Weiterbildung –

vom vorklinischen Studium (Edelsack, Khan und Geiger 2019; Metz, Petty und Pettis 2019) über das klinische Studium (Donald et al. 2019) bis hin zur Facharztausbildung (Hansen et al. 2013) – integrierbar sind.

6. Zusammenfassung

Die Gesundheit und medizinische Versorgung von Asylsuchenden ist, wie die Einleitung dieser Arbeit umfassend schildert, wesentlich durch gesellschaftliche Strukturen geprägt. Die Public Health-Literatur – einschließlich meiner eigenen, im Zentrum dieser Arbeit stehenden Artikel – zeigt dabei, dass diese gesellschaftlichen Einflüsse der Gesundheit von Asylsuchenden schaden und den Zugang zu adäquater medizinischer Versorgung erschweren: Während die Prävalenz für psychische Erkrankungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht ist (Führer, Eichner und Stang 2016), ist ihr Zugang zum Gesundheitssystem (Führer 2020) und insbesondere zur Behandlung psychischer Erkrankungen (Führer et al. 2020; Trohl et al. 2021) und zu Präventionsmaßnahmen (Freiberg et al. 2020) und ambulanter Versorgung (Niedermaier et al. 2020) deutlich erschwert. Gründe dafür, dass sich die rechtlichen und politischen Determinanten der Gesundheit in der beschriebenen Weise auf die Gesundheit von Asylsuchenden auswirken sind u. a. der Mangel an systematischen Lösungsansätzen zum Umgang mit sprachdiskordanten Situationen (Führer und Brzoska 2020; Führer 2020) und den sich aus der rechtlichen Sonderstellung ergebenden Navigationsproblemen (Führer, Korn und Brzoska 2020) sowie die mangelhafte strukturelle Kompetenz vieler Ärztinnen und Ärzte (Führer 2020).

Im Diskussionsteil dieser Arbeit werden daher aus der Literatur Vorschläge abgeleitet, wie die Versorgungssituation von Asylsuchenden verbessert werden kann. Im Zentrum steht dabei ihre Integration in das System der Regelversorgung durch die Beendigung ihrer sozialrechtlichen Sonderstellung, sowie die Vermittlung struktureller Kompetenz im Rahmen der ärztlichen Aus- und Weiterbildung.

Insbesondere von der Stärkung der strukturellen Kompetenz der Ärzteschaft würden vorhersehbar auch andere Patientengruppen profitieren, sodass zusammenfassend postuliert werden kann, dass ein Gesundheitssystem, das alle Patient/-innen gut versorgt, auch Asylsuchende gut versorgen sollte, während ein Gesundheitssystem, das Asylsuchende gut versorgt, für alle besser wäre.

7. Quellenangaben

- Alberer, Wendeborn, Löscher und Seilmaier. 2016. „Erkrankungen bei Flüchtlingen und Asylbewerbern: Daten von drei verschiedenen medizinischen Einrichtungen im Raum München aus den Jahren 2014 und 2015.“ *Deutsche Medizinische Wochenschrift* (141): e8-e15.
- Allaoui. 2005. *Dolmetschen im Krankenhaus: Rollenerwartungen und Rollenverständnisse*. Göttingen: Cuvillier Verlag.
- Ärztammer Baden-Württemberg. 2016. „Gesundheitskarte für Asylsuchende und Flüchtlinge.“ Verfügbar unter: <https://www.aerztekammer-bw.de/news/2016/2016-03/gesundheitskarte/index.html>. Letzter Zugriff 17.10.2021.
- Atun, de Jongh, Secci, Ohiri und Adeyi. 2010. „Integration of Targeted Health Interventions into Health Systems: A Conceptual Framework for Analysis.“ *Health Policy and Planning* 25 (2): 104–11.
- Atun, Bennett und Duran. 2008. „When do vertical (stand-alone) programmes have a place in health systems?“. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Aydemir. 2012. „Dutch Homonationalism and Intersectionality.“ In *The Postcolonial Low Countries: Literature, Colonialism, Multiculturalism*, Hrsg. Boehmer und de Mul, 187–202. Lanham: Lexington Books.
- Balibar. 2018. „Is There a “Neo-Racism”?“. In *Race and Racialization: Essential Readings*, Hrsg. Das Gupta, James, Andersen, Galabuzi und Maaka, 83–88. Toronto, Vancouver: Canadian Scholars.
- Bashford. 2006. „‘The Age of Universal Contagion’: History, Disease and Globalization.“ In *Medicine at the Border: Disease, Globalization and Security, 1850 to the Present*, Hrsg. Bashford, 1–17. New York: Palgrave Macmillan.
- Beach, Price, Gary, Robinson, Gozu, Palacio, Smarth et al. 2005. „Cultural Competence: A Systematic Review of Health Care Provider Educational Interventions.“ *Medical care* 43 (4): 356–73.
- Belz, Belz, Özkan und Graef-Calliess. 2017. „Posttraumatic Stress Disorder and Comorbid Depression Among Refugees: Assessment of a Sample from a German Refugee Reception Center.“ *Transcultural Psychiatry* 54 (5-6): 595–610.
- Bermejo, Frank, Maier und Hölzel. 2012. „Gesundheitsbezogenes Inanspruchnahmeverhalten von Personen mit Migrationshintergrund und einer psychischen Störung im Vergleich zu Deutschen.“ *Psychiatrische Praxis* 39 (2): 64–70.
- Bernard. 2011. *Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative Methods*. Walnut Creek: Altamira Press.
- Bertelsmannstiftung. 2008. „Interkulturelle Kompetenz – Die Schlüsselkompetenz im 21. Jahrhundert?“. Gütersloh: Bertelsmannstiftung.
- Betancourt und Cervantes. 2009. „Cross-Cultural Medical Education in the United States: Key Principles and Experiences.“ *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences* 25 (9): 471–78.
- Betancourt und Green. 2010. „Commentary: Linking Cultural Competence Training to Improved Health Outcomes: Perspectives from the Field.“ *Academic* 85 (4): 583–85.
- Bhugra. 2004. „Migration and mental health.“ *Acta Psychiatr Scand* (109): 243–58.
- Biddle, Menold, Bentner, Nöst, Jahn, Ziegler und Bozorgmehr. 2019. „Health Monitoring Among Asylum Seekers and Refugees: A State-Wide, Cross-Sectional, Population-Based Study in Germany.“ *Emerg Themes Epidemiol* 16 (1): 3.

- Bischoff und Hudelson. 2010a. „Access to Healthcare Interpreter Services: Where Are We and Where Do We Need to Go?“. *IJERPH* 7 (7): 2838–44.
- Bischoff und Hudelson. 2010b. „Communicating with Foreign Language-Speaking Patients: Is Access to Professional Interpreters Enough?“. *Journal of travel medicine* 17 (1): 15–20.
- Boettche, Stammel und Knaevelsrud. 2016. „Psychotherapeutische Versorgung traumatisierter geflüchteter Menschen in Deutschland.“ *Der Nervenarzt* 87 (11): 1136–43.
- Borgschulte, Bunte, Neuhann, Weber und Wiesmueller. 2016. „Gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten in 2015 – Evaluation einer Ambulanz für Geflüchtete in einer Kölner Notunterkunft (Kölner Modell).“ *Gesundheitswesen* 78 (12): 808–13.
- Bozorgmehr. 2020. „SARS-CoV-2 in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete.“ *Gesundheitswesen* 82 (06): 489–90.
- Bozorgmehr, Biddle und Razum. 2021. „Das Jahr 2015 und die Reaktion des Gesundheitssystems: Bilanz aus einer Resilienzperspektive.“ In *Handbuch Migration und Gesundheit: Grundlagen, Perspektiven und Strategien*, Hrsg. Spallek und Zeeb. 2021, 245–58. Bern: Hogrefe Verlag.
- Bozorgmehr, Mohsenpour, Saure, Stock, Loerbroks, Joos und Schneider. 2016a. „Systematische Übersicht und „Mapping“ empirischer Studien des Gesundheitszustands und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990-2014).“ *Bundesgesundheitsblatt* 59 (5): 599–620.
- Bozorgmehr, Nöst, Thaiss und Razum. 2016b. „Die gesundheitliche Versorgungssituation von Asylsuchenden : Bundesweite Bestandsaufnahme über die Gesundheitsämter.“ *Bundesgesundheitsblatt* 59 (5): 545–55.
- Bozorgmehr und Razum. 2015. „Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures Among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994-2013.“ *PloS one* 10 (7): e0131483.
- Bozorgmehr, Razum, Szecsenyi, Maier und Stock. 2017. „Regional Deprivation Is Associated with the Distribution of Vulnerable Asylum Seekers: A Nationwide Small Area Analysis in Germany.“ *Journal of epidemiology and community health* 71 (9): 857–62.
- Brooke. 1996. „SUS - a Quick and Dirty Usability Scale.“ In *Usability Evaluation in Industry*, Hrsg. Jordan, 4–7. London: Taylor & Francis.
- Bundesärztekammer. 2015. „Montgomery fordert Gesundheitskarte für Flüchtlinge.“ Verfügbar unter: <https://www.bundesaerztekammer.de/presse/pressemitteilungen/news-detail/montgomery-fordert-gesundheitskarte-fuer-fluechtlinge/>. Letzter Zugriff 17.10.2021.
- Bundesärztekammer. 2018. „(Muster-)Kursbuch Psychosomatische Grundversorgung.“ Berlin: Bundesärztekammer.
- Bundesverfassungsgericht und 1. Senat. „BVerfG, Urteil des Ersten Senats vom 18. Juli 2012 - 1 BvL 10/10 - Rn. (1 - 114).
- Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer. 2014. „Traumatisiert. Ausgrenzt. Unterversorgt. Versorgungsbericht zur Situation von Flüchtlingen und Folteropfern in den Bundesländern Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen.“ Berlin: BAfF.
- Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer. 2016. „Abgewiesen. Weitergeschickt. Vertröstet. Verloren im deutschen Gesundheitssystem.

- Versorgungsbericht zur Situation von Geflüchteten in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen.“ Berlin: BAfF.
- Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer. 2018a. „Finanzierung von Dolmetscherleistungen bei ambulanter Psychotherapie.“ Berlin: BAfF.
- Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer. 2018b. „Versorgungsbericht Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland.“ Berlin: BAfF.
- Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer. 2019. „Versorgungsbericht Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland.“ Berlin: BAfF.
- Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer. 2020. „Versorgungsbericht: Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland.“ Berlin: BAfF.
- Burawoy. 1998. „The Extended Case Method.“ *Sociological Theory* 16 (1): 4–33.
- Burke, Dovidio, Przedworski, Hardeman, Perry, Phelan, Nelson, Burgess, Yeazel und van Ryn. 2015. „Do Contact and Empathy Mitigate Bias Against Gay and Lesbian People Among Heterosexual First-Year Medical Students? A Report from the Medical Student CHANGE Study.“ *Academic Medicine* 90 (5): 645–51.
- Burmester. 2015. „Medizinische Versorgung der Leistungsberechtigten nach §§ 4 und 6 AsylbLG über eine Krankenkasse.“ *NDV*, 109–14.
- Cattien. 2021. „What Is Leitkultur ?“. *New German Critique* 48 (1): 181–209.
- Cheng, Drillich und Schattner. 2015. „Refugee Experiences of General Practice in Countries of Resettlement: A Literature Review.“ *The British journal of general practice* 65 (632): e171-6.
- Chossière. 2021. „Refugeeness, Sexuality, and Gender: Spatialized Lived Experiences of Intersectionality by Queer Asylum Seekers and Refugees in Paris.“ *Frontiers in Human Dynamics*, Nr. 3.
- Claassen und Jäger. 2018. „Impact of the Introduction of the Electronic Health Insurance Card on the Use of Medical Services by Asylum Seekers in Germany.“ *IJERPH* 15 (5): 856.
- Clark. 2003. „'It's like an explosion in your life...': lay perspectives on stress and myocardial infarction.“ *Journal of Clinical Nursing* (12): 544–53.
- Colón. 2019. „This Ain't No Tool, This Ain't No Toolbox.“ In *Structural Competency in Mental Health and Medicine*, Hrsg. Hansen und Metzl, 27–33. Cham: Springer.
- Commission on Social Determinants of Health. 2008. „Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health.“ Geneva: World Health Organization.
- Correa-Velez und Gifford. 2007. „When the right to be counted doesn't count: The politics and challenges of researching the health of asylum seekers.“ *Critical Public Health* 17 (3): 273–81.
- Dahlgren und Whitehead. 2006. „European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2.“ Geneva: WHO.
- de Valliere, Cani, Grossenbacher, Puig, Masserey und Bodenmann. 2011. „Comparison of Two Strategies to Prevent Varicella Outbreaks in Housing Facilities for Asylum Seekers.“ *International journal of infectious diseases* 15 (10): e716-21.

- Deutscher Bundestag. 1993. „Gesetzesentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung der Leistungen an Asylbewerber.“ Drucksache 12/4451.
- Deutsches Ärzteblatt. 2019a. „Hamburger Modellprojekt zu Sprachmittlern zeigt hohen Bedarf.“ Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/104472/Hamburger-Modellprojekt-zu-Sprachmittlern-zeigt-hohen-Bedarf>. Letzter Zugriff 17.10.2021.
- Deutsches Ärzteblatt. 2019b. „Großes Interesse an Videodolmetscher in Thüringen.“ Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=17&typ=1&nid=107127&s=Dolmetscher>. Letzter Zugriff 17.10.2021.
- Donald, Fernández, Hsiang, Mesina, Rosenwohl-Mack, Medeiros und Knight. 2019. „Reflections on the Intersection of Student Activism and Structural Competency Training in a New Medical School Curriculum.“ In *Structural Competency in Mental Health and Medicine*, Hrsg. Hansen und Metzl, 35–51. Cham: Springer.
- Edelsack, Pyser S., Talha Khan und Jack Geiger. 2019. „Teaching Population Health and Community Health Assessment to Undergraduate Medical Students.“ In *Structural Competency in Mental Health and Medicine*, Hrsg. Hansen und Metzl, 87–100.
- Epping. 2017. „Medizinische Versorgung von Flüchtlingen: teure Hürden.“ *Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie* 155 (2): 129–34.
- Fallin-Bennett. 2015. „Implicit Bias Against Sexual Minorities in Medicine: Cycles of Professional Influence and the Role of the Hidden Curriculum.“ *Academic Medicine* 90 (5): 549–52.
- Farmer. 1999. *Infections and inequalities: The modern plagues*. Berkeley: University of California Press.
- Farmer. 2003. *Pathologies of power: Health, human rights, and the new war on the poor*. Berkeley: University of California Press.
- Farmer. 2020. *Fevers, feuds, and diamonds: Ebola and the ravages of history*. New York: Farrar Straus and Giroux.
- Fassin. 2001. „Culturalism as Ideology.“ In *Cultural perspectives on reproductive health*, Hrsg. Obermeyer, 300–317. New York: Oxford University Press.
- Fassin. 2020. „Hazardous Confinement During the COVID-19 Pandemic: The Fate of Migrants Detained yet Nondeportable.“ *JOURNAL OF HUMAN RIGHTS* 19 (5): 613–23.
- Fazel, Wheeler und Danesh. 2005. „Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review.“ *The Lancet* 365 (9467): 1309–14.
- Flores. 2000. „Culture and the patient-physician relationship: Achieving Cultural Competency in Health Care.“ *J Pediatr* 136 (1): 14–23.
- Flores. 2005. „The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review.“ *Medical Care Research and Review* 62 (3): 255–99.
- Flores, Abreu, Barone, Bachur und Lin. 2012. „Errors of Medical Interpretation and Their Potential Clinical Consequences: A Comparison of Professional Versus Ad Hoc Versus No Interpreters.“ *Annals of emergency medicine* 60 (5): 545–53.
- Fölsch, Hasenfuß, Spies, Wesiack und Faulbaum. 2016. „Flucht und Migration. Eine Herausforderung für die Medizin in Deutschland.“ *Der Internist* 57 (10): 1036.
- Foucault. 2020. *Power: The essential works of Michel Foucault 1954-1984*. London: Penguin Books.

- Fraktion Die Linke im Deutschen Bundestag. 2016. „Kleine Anfrage: Mögliche Fehler in einem Ratgeber des Bundesministeriums für Gesundheit für Asylsuchende zu ihrem Anspruch auf Gesundheitsversorgung.“ 18/9052.
- Frank. 1995. *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*. Chicago: University of Chicago Press.
- Freiberg, Wienke, Bauer, Niedermaier und Führer. 2020. „Dental Care for Asylum-Seekers in Germany: A Retrospective Hospital-Based Study.“ *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17 (2672). DOI: 10.3390/ijerph17082672.
- Frisch. 2015. „Zwischen Humanität und Bürokratie.“ *Berliner Ärzteblatt* (6): 14-20.
- Fritz. 2018. „Gesundheit für Flüchtlinge: Eine unbestimmte, unübersichtliche und umstrittene Gesundheitsversorgung in Deutschland.“ *Zeitschrift für medizinische Ethik* 64 (1): 15–31.
- Führer. 2016. „Asylbewerberleistungsgesetz: Abrechnung versus ärztliche Ethik.“ *Deutsches Ärzteblatt* 113 (18): A 857.
- Führer. 2020. „„Da muss sich jemand anders drum kümmern“ - Die medizinische Versorgung von Asylsuchenden als Herausforderung für eine bio-psycho-soziale Medizin.“ *Gesundheitswesen* 82 (2): 151–56.
- Führer und Brzoska. 2020. „Die Relevanz des Dolmetschens im Gesundheitssystem.“ *Gesundheitswesen*. DOI: 10.1055/a-1276-0897.
- Führer und Eichner. 2015. „Verloren im Räderwerk: Eine interdisziplinäre Studie zur Gesundheit und medizinischen Versorgung von Asylsuchenden in Halle (Saale).“ Berlin: Rosa Luxemburg Stiftung.
- Führer, Eichner und Stang. 2016. „Morbidity of Asylum Seekers in a Medium-Sized German City.“ *European Journal of Epidemiology* 31 (7): 703–6.
- Führer, König und Kluth. 2021. „Das Asylbewerberleistungsgesetz in der medizinischen Fachliteratur: Ein Scoping Review.“ *Gesundheitswesen*. DOI: 10.1055/a-1327-2642.
- Führer, Korn und Brzoska. 2020. „Die Usability von Informationsmaterial für Geflüchtete. Eine exemplarische Evaluation des „Gesundheitsheftes für Asylbewerber“ in Sachsen-Anhalt.“ *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 158-159:1–9.
- Führer und Niedermaier. 2017. „Ärzte als Grenzschrützer: Ein sozialmedizinischer Fall und seine Konsequenzen.“ *Gesundheit braucht Politik* (3)
- Führer, Niedermaier, Kalfa, Mikolajczyk und Wienke. 2020. „Serious shortcomings in assessment and treatment of asylum seekers’ mental health needs.“ *PloS one* 15 (10): e0239211.
- Führer, Tiller, Brzoska, Korn, Gröger und Wienke. 2020. „Health-Related Disparities among Migrant Children at School Entry in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17 (1):212.
- Garner. 2010. *Racisms: An Introduction*. Los Angeles: Sage.
- Geertz. 2003. *Dichte Beschreibung: Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Gerste und Roick. 2014. „Prävalenz und Inzidenz sowie Versorgung depressiver Erkrankungen in Deutschland: Eine Analyse auf Basis der in Routinedaten dokumentierten Depressionsdiagnosen.“ In *Versorgungs-Report 2013/2014*, Hrsg. Klauber, Günster, Gerste, Robra und Schmacke, 21–54. Stuttgart: Schattauer.
- Gießelmann. 2016. „Verständigen heißt nicht Verstehen.“ *Deutsches Ärzteblatt* 113 (48): A2198-A2204.

- Giroux. 2000. „Insurgent Multiculturalism and the Promise of Pedagogy.“ In *Foundational Perspectives in Multicultural Education*, Hrsg. Duarte und Smith, 195–212. New York: Longman.
- Gregg und Saha. 2006. „Losing Culture on the Way to Competence: The Use and Misuse of Culture in Medical Education.“ *Academic Medicine* 81 (6): 542–47.
- Grote, Schleenvoigt, Happle, Dopfer, Wetzke, Ahrenstorf, Holst et al. 2017. „Norovirus Outbreaks in German Refugee Camps in 2015.“ *Zeitschrift für Gastroenterologie* 55 (10): 997–1003.
- Gruber. 1970. „Ethnographic Salvage and the Shaping of Anthropology.“ *American Anthropologist* 72 (6): 1289–99.
- Grützmann, Rose und Peters. 2012. „Interkulturelle Kompetenz in der medizinischen Praxis.“ *Ethik Med* 24 (4): 323–34.
- Guenther, Piest, Herrmann, Schulte, Buhr-Riehm, Siems und Konstantin. 2016. „Medical Care in a Reception Center for Asylum Seekers The Incidence of Emergency Medical Services.“ *Notarzt* 32 (1): 6–8.
- Hadjkiss und Renzaho. 2014. „The Physical Health Status, Service Utilisation and Barriers to Accessing Care for Asylum Seekers Residing in the Community: A Systematic Review of the Literature.“ *Australian health review* 38 (2): 142–59.
- Hahn. 2013. *Ethnologie: Eine Einführung*. Berlin: Suhrkamp.
- Hallal. 2015. *Diversität in der humanmedizinischen Ausbildung*. Baden-Baden: Tectum.
- Hampers und McNulty. 2002. „Professional Interpreters and Bilingual Physicians in a Pediatric Emergency Department: Effect on Resource Utilization.“ *Archives of pediatrics & adolescent medicine* 156 (11): 1108–13.
- Handlos, Kristiansen und Norredam. 2016. „Wellbeing or Welfare Benefits—What Are the Drivers for Migration?“. *Scandinavian Journal of Public Health* 44 (2): 117–19.
- Hanewald, Giesecking, Vogelbusch, Markus, Gallhofer und Knipper. 2016. „Asylrecht und psychische Gesundheit: Eine interdisziplinäre Analyse des Zusammenwirkens medizinischer und juristischer Aspekte.“ *Psychiatrische Praxis* 43 (3): 165–71.
- Hansen, Dugan, Becker, Lewis-Fernández, Lu, Oquendo, Alarcon und Trujillo. 2013. „Educating Psychiatry Residents About Cultural Aspects of Care: A Qualitative Study of Approaches Used by U.S. Expert Faculty.“ *Academic psychiatry* 37 (6): 412–16.
- Hansen und Metztl, Hrsg. 2019. *Structural Competency in Mental Health and Medicine: A Case-Based Approach to Treating the Social Determinants of Health*. Cham: Springer.
- Healthy Diversity. 2017. *Handbuch Kritischer Erlebnisse*. Verfügbar unter: healthydiversity.eu/resources/ Letzter Zugriff 17.10.2021.
- Hecht. 2016. „Zuwanderer als Patienten: Kulturelle Vielfalt respektieren.“ *Lege artis* 6 (01): 8–11.
- Heeren, Wittmann, Ehlert, Schnyder, Maier und Müller. 2014. „Psychopathology and Resident Status - Comparing Asylum Seekers, Refugees, Illegal Migrants, Labor Migrants, and Residents.“ *Comprehensive psychiatry* 55 (4): 818–25.
- Hess und Tsianos. 2010. „Ethnographische Grenzregimeanalysen: Eine Methodologie der Autonomie der Migration.“ In *Grenzregime: Diskurse, Praktiken, Institutionen in Europa*, Hrsg. Hess und Kasparek, 243–64. Berlin, Hamburg: Assoziation A.

- Hochschulrektorenkonferenz. 2017. „Zur Internationalisierung der Curricula: Empfehlung der HRK-Mitgliederversammlung vom 9.5.2017.“ Verfügbar unter: <https://www.hrk.de/positionen/beschluss/detail/zur-internationalisierung-der-curricula/>. Letzter Zugriff 17.10.2021.
- Höcker, Fischer, Krämer und Prüfer-Krämer. 2017. „Ambulante Versorgung von Geflüchteten durch Tropenmediziner.“ *Flugmedizin Tropenmedizin Reisemedizin* 24 (04): 181–84.
- Holmes. 2012. „The Clinical Gaze in the Practice of Migrant Health: Mexican Migrants in the United States.“ *Social science & medicine* (1982) 74 (6): 873–81.
- Horn, Vogt, Messer und Schaeffer. 2015. „Health Literacy von Menschen mit Migrationshintergrund in der Patientenberatung stärken : Ergebnisse einer qualitativen Evaluation.“ *Bundesgesundheitsblatt* 58 (6): 577–83.
- Hudelson, Dao, Perneger und Durieux-Paillard. 2014. „A “Migrant Friendly Hospital” Initiative in Geneva, Switzerland: Evaluation of the Effects on Staff Knowledge and Practices.“ *PLoS one* 9 (9): e106758.
- Hudelson und Vilpert. 2009. „Overcoming Language Barriers with Foreign-Language Speaking Patients: A Survey to Investigate Intra-Hospital Variation in Attitudes and Practices.“ *BMC health services research* 9:187.
- Huschke. 2013. *Kranksein in der Illegalität: Undokumentierte Lateinamerikaner/-innen in Berlin; eine medizinethnologische Studie*. Bielefeld: Transcript.
- Huschke. 2014. „Performing Deservingness. Humanitarian Health Care Provision for Migrants in Germany.“ *Social Science & Medicine* 120:352–59.
- Jacobi, Höfler, Siegert, Mack, Gerschler, Scholl, Busch et al. 2014. „Twelve-Month Prevalence, Comorbidity and Correlates of Mental Disorders in Germany: The Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH).“ *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 23 (3): 304–19.
- Jakubowski, Rau, Quellhorst, Sothmann, Plenge-Boenig und Niessen. 2017. „Medizinische Versorgung von Flüchtlingen: Chancen und Herausforderungen in Hamburg – ein Praxisbericht.“ *Gesundheitswesen* 79 (8): 599–604.
- Joint commission. 2011. „R3 Report - Patient-centered communication standards for hospitals.“ Verfügbar unter: <https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/standards/r3-reports/r3-report-issue-1-20111.pdf>. Letzter Zugriff 17.10.2021.
- Kahl und Frewer. 2017. „Medical Treatment of Newly Arrived Refugees in Erlangen: A Study of Drug Prescription Rates Focused on Psychotropic Drugs.“ *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 67 (3): 119–25.
- Kalt, Hossain, Kiss und Zimmerman. 2013. „Asylum Seekers, Violence and Health: A Systematic Review of Research in High-Income Host Countries.“ *American Journal of Public Health* 103 (3): e30-e42.
- Kaltenbach, Härdtner, Hermenau, Schauer und Elbert. 2017. „Efficient identification of mental health problems in refugees in Germany: The Refugee Health Screener.“ *European Journal of Psychotraumatology* 8 (sup2): 1389205.
- Kaltenbach, Schauer, Hermenau, Elbert und Schalinski. 2018. „Course of Mental Health in Refugees-a One Year Panel Survey.“ *Frontiers in Psychiatry* 9:352.

- Kampagnegruppe von Medibüros/Medinetzen. 2017. „Gesundheitskarte zur medizinischen Versorgung Geflüchteter auf Landes- und Kommunalebene: Hinweise und Argumente zur Kostenkalkulation Stand Jan. 2017.“ Verfügbar unter: http://gesundheit-gefluechtete.info/wp-content/uploads/2015/02/2017_1_25_Gesundheitskarte_f%C3%BCr_Gefl%C3%BChtete_Argumentationshilfe.pdf. Letzter Zugriff 17.10.2021.
- Karger, Lindtner-Rudolph, Mroczynski, Ziem und Joksimovic. 2017. „„Wie fremd ist mir der Patient?“. Erfahrungen, Einstellungen und Erwartungen von Ärztinnen und Ärzten bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund.“ *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* (63): 280–96.
- Karliner, Jacobs, Hm Chen und Mutha. 2007. „Do Professional Interpreters Improve Clinical Care for Patients with Limited English Proficiency? A Systematic Review of the Literature.“ *Health services research* 42 (2): 727–54.
- Kelly, Hulme, Farragher und Clarke. 2016. „Are Differences in Travel Time or Distance to Healthcare for Adults in Global North Countries Associated with an Impact on Health Outcomes? A Systematic Review.“ *BMJ open* 6 (11): e013059.
- Kirmayer. 2012. „Rethinking Cultural Competence.“ *Transcultural Psychiatry* 49 (2): 149–64.
- Kleinert, Müller, Furaijat, Hillermann, Jablonka, Happle und Simmenroth. 2019. „Does Refugee Status Matter? Medical Needs of Newly Arrived Asylum Seekers and Resettlement Refugees - a Retrospective Observational Study of Diagnoses in a Primary Care Setting.“ *Confl Health* 13 (1): 39.
- Kleinman und Benson. 2006. „Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It.“ *PLoS medicine* 3 (10): e294.
- Kluth. 2018. „Die Gesundheitsversorgung von Migranten: Ein systematischer problemorientierter Überblick.“ *Zeitschrift für medizinische Ethik* 64 (1): 5–14.
- Knipper. 2015. „Verstehen oder Stigmatisieren? Die Krux mit der „Kultur“ in Medizin und Public Health.“ *Public Health Forum* 23 (2): 97–99.
- Knipper und Akinci. 2005. „Wahlfach „Migrantenmedizin“ - Interdisziplinäre Aspekte der medizinischen Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund: Das erste reguläre Lehrangebot zum Thema „Medizin und ethnisch-kulturelle Vielfalt“ in Deutschland.“ *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 22 (4): Doc215.
- Knipper, Akinci und Soydan. 2010. „Culture and Healthcare in Medical Education: Migrants' Health and Beyond.“ *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung* 27 (3). DOI: 10.3205/zma000678.
- Knipper, Seeleman und Essink-Bot. 2010. „How Should Ethnic Diversity Be Represented in Medical Curricula? A Plea for Systematic Training in Cultural Competence.“ *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung* 27 (2): Doc26.
- Kraft, von Georgi, Bohlmann, Sehouli und Münstedt. 2004. „Laienätiologische Krankheitskonzepte und ihre mögliche Bedeutung für die Prävention.“ *Geburtsh Frauenheilk* (64): 504–12.
- Krieger. 2011. *Epidemiology and the People's Health: Theory and Context*. New York, Oxford: Oxford University Press.
- Kumagai und Lyson. 2009. „Beyond Cultural Competence: Critical Consciousness, Social Justice, and Multicultural Education.“ *Academic Medicine* 84 (6): 782–87.

- Lampl, Lang, Pregler, Zowe, Beck, Schonberger, Lampl et al. 2019. „Management of a Measles Outbreak in a Reception Facility for Asylum Seekers in Regensburg, Germany.“ *GMS HYGIENE AND INFECTION CONTROL* 14: 1-6.
- Lange, Bockey, Braun, Janda, Stete, Müller und Rieg. 2018. „Medizinethische Herausforderungen der Gesundheitsversorgung in der Erstaufnahme für Geflüchtete am Beispiel des Aufbaus eines integrierten Versorgungsmodells in der Erstaufnahme in Freiburg.“ *Zeitschrift für medizinische Ethik* 64 (1): 51–64.
- Leopoldina. 2015. „Zur Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden: Kurz-Stellungnahme.“ Halle (Saale): Leopoldina.
- Li, Liddell und Nickerson. 2016. „The Relationship Between Post-Migration Stress and Psychological Disorders in Refugees and Asylum Seekers.“ *Current psychiatry reports* 18 (9): 82.
- Lindner. 2021. „Ansprüche auf Gesundheitsleistungen für Asylsuchende in Deutschland. Rechtslage und Reformbedarfe.“ MIDEM-Policy Paper 2021-2.
- Machleidt. 2002. „Die 12 Sonnenberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen in Deutschland.“ *Der Nervenarzt* 73 (12): 1208–12.
- Machleidt, Kluge, Sieberer, Heinz, Agorastos, Aichberger, Aichinger et al., Hrsg. 2018. *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und psychische Gesundheit*. München: Elsevier.
- Machleidt, Behrens, Ziegenbein, Calliess. 2007. „Integration von Migranten in die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in Deutschland.“ *Psychiatr Prax* 34 (7): 325–31.
- Manok, Huhn, Kohl, Ludwig, Schweitzer, Kaufmann, Terhoeven et al. 2017. „Ambulanz für Geflüchtete mit Traumafolgestörungen und psychischen Belastungen in einer Landeserstaufnahmeeinrichtung: Entwicklung, Implementierung und Patientenspektrum.“ *Psychotherapeut* 62 (4): 333–40.
- Mawani. 2006. „Screening Out Diseased Bodies: Immigration, Mandatory HIV Testing and the Making of a Healthy Canada.“ In *Medicine at the border*, Hrsg. Bashford, 136–58. New York: Palgrave Macmillan.
- Mayring. 2012. „Qualitative Datenanalyse.“ In *Qualitative Forschung: Ein Handbuch*, Hrsg. Flick, 468–75. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- McRuer. 2017. „Compulsory Able-Bodiedness and Queer/Disabled Existence.“ In *the Disability Studies Reader*, Hrsg. Davis, 383–92. New York, London: Routledge Taylor & Francis Group.
- Metzl und Hansen. 2014. „Structural Competency: Theorizing a New Medical Engagement with Stigma and Inequality.“ *Social Science & Medicine* 103:126–33.
- Metzl, Petty und Pettis. 2019. „Teaching and Testing Structural Competency in Pre-Health Undergraduate Classrooms.“ In *Structural Competency in Mental Health and Medicine*, Hrsg. Hansen und Metzl, 3–14. Cham: Springer.
- Metzl und Roberts. 2014. „Structural Competency Meets Structural Racism: Race, Politics, and the Structure of Medical Knowledge.“ *AMA Journal of Ethics* 16 (9): 674–90.
- Mewes, Kowarsch, Reinacher und Nater. 2016. „Barrieren und Chancen zur psychotherapeutischen Versorgung von Asylsuchenden: Eine Befragung niedergelassener Psychotherapeuten in Mittel- und Nordhessen.“ *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 66 (9): 361–68.

- Mews, Schuster, Vajda, Lindtner-Rudolph, Schmidt, Bösner, Güzelsoy et al. 2018. „Cultural Competence and Global Health: Perspectives for Medical Education - Position Paper of the GMA Committee on Cultural Competence and Global Health.“ *GMS journal for medical education* 35 (3): Doc28.
- MFH Project Group. 2002. „The Amsterdam Declaration.“ Verfügbar unter: https://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_annex7_14_en.pdf. Letzter Zugriff 17.10.2021.
- Mohammadzadeh, Jung und Lelgemann. 2016. „Gesundheit für Flüchtlinge - das Bremer Modell.“ *Bundesgesundheitsblatt* 59 (5): 561–69.
- Msuya. 2003. „Horizontal and Vertical Delivery of Health Services: What Are The Trade Offs?“. Washington: World Bank.
- Mueller, Gysin, Schweitzer, Schwegler, Haeusermann, Itin, Bart et al. 2019. „Implementation and Evaluation of an Algorithm for the Management of Scabies Outbreaks.“ *BMC infectious diseases* 19 (1): 200.
- Muscat. 2011. „Who Gets Measles in Europe?“. *The Journal of infectious diseases* 204 Suppl 1:S353-65.
- Muthny. 2004. „Krankheitsverarbeitung bei körperlichen Erkrankungen und Erfordernisse des psychosozialen Konsiliardienstes.“ In *Psychiatrie in der klinischen Medizin: Konsiliarpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie*, Hrsg. Arolt und Diefenbacher, 100–121. Wiesbaden: Springer.
- Mylius. 2016. *Die medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere in Deutschland: Studien zur Praxis in Gesundheitsämtern und Krankenhäusern*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Mylius, Bornschlegl und Frewer. 2011. *Medizin für „Menschen ohne Papiere“: Menschenrechte und Ethik in der Praxis des Gesundheitssystems*. Göttingen: V & R Unipress.
- Napier, Ancarno, Butler, Calabrese, Chater, Chatterjee, Guesnet et al. 2014. „Culture and health.“ *The Lancet* 384 (9954): 1607–39.
- Netz. 2019. „Enacting biorelational citizenship in X-ray rooms and offices: on age assessments of migrants in Germany.“ *Citizenship Studies* 23 (7): 720–37.
- Niedermaier, Freiberg, Tiller, Wienke und Führer. 2020. „Outpatient health care utilization and health expenditures of asylum seekers in Halle (Saale), Germany - an analysis of claims data.“ *BMC health services research* 20 (1): 961.
- Nikendei, Huhn, Adler, Becker, Rose, Eckstein, Fuchs, Gewalt et al. 2017. „Entwicklung und Implementierung einer Medizinischen Ambulanz in einer Erstaufnahmeeinrichtung für Asylsuchende des Landes Baden-Württemberg.“ *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 126: 31–42.
- Nikendei, Kindermann, Brandenburg-Ceynowa, Derreza-Greeven, Zeyher, Junne, Friederich und Bozorgmehr. 2019. „Asylum Seekers' Mental Health and Treatment Utilization in a Three Months Follow-up Study After Transfer from a State Registration-and Reception-Center in Germany.“ *Health policy* 123 (9): 864–72.
- Nutsch und Bozorgmehr. 2020. „Der Einfluss postmigratorischer Stressoren auf die Prävalenz depressiver Symptome bei Geflüchteten in Deutschland. Analyse anhand der IAB-BAMF-SOEP-Befragung 2016.“ *Bundesgesundheitsblatt* 63 (12): 1470–82.

- Office for Civil Rights. 2003. „Guidance to Federal Financial Assistance Recipients Regarding Title VI Prohibition against National Origin Discrimination Affecting Limited English Proficient Persons.“ Verfügbar unter: <http://www.hhs.gov/ocr/civilrights/resources/specialtopics/lep/policyguidancedocument.html>. Letzter Zugriff 17.10.2021.
- Oliveira-Cruz, Kurowski und Mills. 2003. „Delivery of priority health services: searching for synergies within the vertical versus horizontal debate.“ *J. Int. Dev.* 15 (1): 67–86.
- Oltmer. 2016. „Schutz für die Flüchtlinge in der Bundesrepublik Deutschland: Der Blick zurück.“ In *Und das ist erst der Anfang: Deutschland und die Flüchtlinge*, Hrsg. Reschke, 202–217. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Polaris.
- Pautz. 2005. *Die Deutsche Leitkultur: Eine Identitätsdebatte: Neue Rechte, Neorassismus und Normalisierungsbemühungen*. Stuttgart: Ibidem-Verl.
- Peters, Godfrey, Khalil, McInerney, Parker und Soares. 2015. „Guidance for conducting systematic scoping reviews.“ *Int. J. Evid* 13 (3):141–146.
- Philippi, Melchert und Renaud. 2018. „Welche gesundheitsbezogenen Informationen brauchen Geflüchtete?“. *Präv Gesundheitsf* 12:7.
- Pluntke. 2017. „Kommunikation mit Patienten aus anderen Kulturen.“ *Monatsschrift Kinderheilkunde* 165 (1): 29–37.
- Pro Asyl. 2016. „Droht die Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende zu scheitern?“. Verfügbar unter: <https://www.proasyl.de/hintergrund/droht-die-einfuehrung-der-gesundheitskarte-fuer-asylsuchende-zu-scheitern/>. Letzter Zugriff 17.10.2021.
- Ramirez, Engel und Tang. 2008. „Language Interpreter Utilization in the Emergency Department Setting: A Clinical Review.“ *Journal of health care for the poor and underserved* 19 (2): 352–62.
- Razum, Wenner und Bozorgmehr. 2016. „Wenn Zufall über den Zugang zur Gesundheitsversorgung bestimmt: Geflüchtete in Deutschland.“ *Gesundheitswesen* 78 (11): 711–14.
- Rechel, Mladovsky, Ingleby, Mackenbach und McKee. 2013. „Migration and health in an increasingly diverse Europe.“ *The Lancet* 381 (9873): 1235–45.
- Riemenschneider, Voigt, Schübel und Bergmann. 2018. „Elective course „Refugee Care“ in medical studies – interactive and interprofessional.“ *European journal of public health* 28 (suppl_4).
- Robert Koch Institut. 2010a. „Windpocken: Zu einer Häufung unter somalischen Asylsuchenden in zwei Aufnahmeeinrichtungen in München.“ *Epidemiologisches Bulletin* (48): 479–81.
- Robert Koch Institut. 2010b. „Zu einem Masernausbruch bei Migranten in München.“ *Epidemiologisches Bulletin* (50): 501–4.
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz. 2015. „Praxis zur ambulanten ärztlichen Versorgung von Flüchtlingen und Asylbewerbern wird eingerichtet.“ Verfügbar unter: <https://www.medien-service.sachsen.de/medien/news/199384>. Letzter Zugriff 17.10.2021.
- Samarappuli, Schorling, Gumbert, Lauerer und Nagel. 2019. „Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden in Deutschland nach Asylbewerberleistungsgesetz: Wahrnehmung und Präferenzen der Bevölkerung.“ *Gesundheitswesen* 81 (3): 182–89.
- Scheper-Hughes. 1992. *Death Without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkeley: University of California Press.

- Scheper-Hughes und Lock. 1987. „The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology.“ *Medical Anthropology Quarterly, New Series* 1 (1): 6–41.
- Schouler-Ocak. 2015. „Mental health care for immigrants in Germany.“ *Der Nervenarzt* 86 (11): 1320–25.
- Schouler-Ocak und Bering. 2017. „Geflüchtete im Versorgungssystem.“ *DNP* 18 (7-8): 20–27.
- Scott. 2014. „Black African asylum seekers’ experiences of health care access in an eastern German state.“ *International Journal of Migration, Health and Social Care* 10 (3): 134–47.
- Sherwin, Susan. 1992. „Feminist and Medical Ethics.“ In *Feminist Perspectives in Medical Ethics*, hrsg. von Helen B. Holmes und Laura M. Purdy, 17–31. Bloomington: Indiana Univ. Pr.
- Sielk, Altiner, Janssen, Becker, Pilar de Pilars und Abholz. 2009. „Prävalenz und Diagnostik depressiver Störungen in der Allgemeinarztpraxis: Ein kritischer Vergleich zwischen PHQ-D und hausärztlicher Einschätzung.“ *Psychiat Prax* 36: 169-174.
- Sørensen, van den Broucke, Fullam, Doyle, Pelikan, Slonska und Brand. 2012. „Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models.“ *BMC public health* 12 (1): 80.
- Spura, Kleinke, Robra und Ladebeck. 2017. „Wie erleben Asylsuchende den Zugang zu medizinischer Versorgung?“. *Bundesgesundheitsblatt* 60: 462–70.
- Spurlin. 2019. „Queer Theory and Biomedical Practice: The Biomedicalization of Sexuality/The Cultural Politics of Biomedicine.“ *The Journal of medical humanities* 40 (1): 7–20.
- Svedlund, Danielson und Norberg. 2001. „Women’s narratives during the acute phase of their myocardial infarction.“ *Journal of Advanced* 35 (2): 197–205.
- Szczepanik. 2016. „The ‘Good’ and ‘Bad’ Refugees? Imagined Refugeehood(s) in the Media Coverage of the Migration Crisis.“ *Journal of Identity and Migration Studies* 10 (2): 23–33.
- Taira, Torres, Nguyen, Guo und Samra. 2020. „Language Assistance for the Care of Limited English Proficiency (LEP) Patients in the Emergency Department: A Survey of Providers and Staff.“ *Journal of immigrant and minority health*.
- Takla, Barth, Siedler, Stöcker, Wichmann und Deleré. 2012. „Measles Outbreak in an Asylum-Seekers’ Shelter in Germany: Comparison of the Implemented with a Hypothetical Containment Strategy.“ *Epidemiology and infection* 140 (9): 1589–98.
- Taussig. 1980. „Reification and the consciousness of the patient.“ *Social Science & Medicine* 14 (B): 3–13.
- Tillmann, Krämer und Fischer. 2018. „Medizinische Ausbildung zur Versorgung von Schutzsuchenden – Quantitative Bestandsaufnahme und Bedarfserhebung unter Medizinstudierenden in Deutschland.“ *Z’Flucht* 2 (1): 163–74.
- Tocher und Larson. 1998. „Quality of Diabetes Care for Non-English-Speaking Patients. A Comparative Study.“ *The Western journal of medicine* 168 (6): 504–11.
- Trohl, Wagner, Kalfa, Negash, Wienke und Führer. 2021. „Sick and tired – sociodemographic and psychosocial characteristics of asylum seekers awaiting an appointment for psychotherapy.“ *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18 (22): 11850.

- Trummer, Novak-Zezula, Renner und Wilczewska. 2018. „Cost savings through timely treatment for irregular migrants and European Union citizens without insurance.“ *European journal of public health* 28 (suppl_1).
- Tylor. 2010. *Primitive Culture*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ullrich, Briel, Nesterko, Hiemisch, Brähler und Glaesmer. 2016. „Verständigung mit Patienten und Eltern mit Migrationshintergrund in der stationären allgemeinpädiatrischen Versorgung.“ *Gesundheitswesen* 78 (4): 209–14.
- US Department of Health and Human Services. 2020. „System Usability Scale (SUS).“ Verfügbar unter: <https://www.usability.gov/how-to-and-tools/methods/system-usability-scale.html>. Letzter Zugriff 17.10.2021.
- van Loenen, van den Muijsenbergh, Hofmeester, Dowrick, van Ginneken, Aggelos Mechili, Angelaki et al. 2018. „Primary Care for Refugees and Newly Arrived Migrants in Europe: A Qualitative Study on Health Needs, Barriers and Wishes.“ *European journal of public health* 28 (1): 82–87.
- Virchow. 1879. *Gesammelte Abhandlungen aus dem Gebiete der öffentlichen Medicin und der Seuchenlehre*. Berlin: Hirschwald.
- Wächter-Raquet. 2016. „Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende und Flüchtlinge: Der Umsetzungsstand im Überblick der Bundesländer.“ Gütersloh, Bertelsmannstiftung.
- Wahedi, Biddle, Jahn, Ziegler, Kratochwill, Pruskil, Noest und Bozorgmehr. 2020. „Medizinische Versorgung von Asylsuchenden in Erstaufnahmeeinrichtungen : Eine qualitative Bestandsaufnahme aus Versorgungsperspektive.“ *Bundesgesundheitsblatt* 63 (12): 1460–69.
- Wear. 2003. „Insurgent Multiculturalism: Rethinking How and Why We Teach Culture in Medical Education.“ *Academic Medicine* 78 (6): 549–54.
- Werber, Hoffmann, Santibanez, Mankertz und Sagebiel. 2017. „Large Measles Outbreak Introduced by Asylum Seekers and Spread Among the Insufficiently Vaccinated Resident Population, Berlin, October 2014 to August 2015.“ *Euro Surveillance* 22 (34): 6–13.
- Winkler, Brandl, Bretz, Heinz und Schouler-Ocak. 2019. „Psychische Symptombelastung bei Asylsuchenden in Abhängigkeit vom Aufenthaltsstatus.“ *Psychiatrische Praxis* 46 (4): 191–99.
- Wittchen, Jacobi, Rehm, Gustavsson, Svensson, Jönsson, Olesen et al. 2011. „The Size and Burden of Mental Disorders and Other Disorders of the Brain in Europe 2010.“ *European Neuropsychopharmacology* 21 (9): 655–79.
- Wyszynski, Guerra und Bierwiazzonek. 2020. „Good refugees, bad migrants? Intergroup helping orientations toward refugees, migrants, and economic migrants in Germany.“ *Journal of Applied Social Psychology* 50 (10): 607–18.
- Yuval-Davis. 2007. „Intersectionality, Citizenship and Contemporary Politics of Belonging.“ *Critical Review of International Social and Political Philosophy* 10 (4): 561–74.
- Zeeb und Razum. 2006. „Epidemiologische Studien in der Migrationsforschung. Ein einleitender Überblick.“ *Bundesgesundheitsblatt* 49 (9): 845–52.
- Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer. 2013. „Versorgung von nicht regulär krankenversicherten Patienten mit Migrationshintergrund.“ *Deutsches Ärzteblatt* 110 (18): 899–903.

Ziegler, Wahedi, Stiller, Jahn, Straßner, Schwill und Bozorgmehr. 2021. „Health and Medical Care for Refugees: Design and Evaluation of a Multidisciplinary Clinical Elective for Medical Students.“ *GMS journal for medical education* 38 (2): Doc39.

8. Thesen

- 1.** Die medizinische Versorgung von Asylsuchenden ist an zentralen Stellen defizitär.
- 2.** Die gesundheitlichen Bedarfe von Asylsuchenden werden im Gesundheitssystem oft nicht gesehen oder als nicht in den Zuständigkeitsbereich der Ärzteschaft fallend wahrgenommen.
- 3.** Für wichtige Zugangsbarrieren gibt es bislang keine systematischen Lösungsansätze innerhalb des Gesundheitssystems. Dies betrifft vordergründig den Umgang mit sprachdiskordanten Arzt-Patienten-Kontakten, Probleme mit der Patientennavigation im Gesundheitssystem und die sich aus der sozialrechtlichen Sonderstellung von Asylsuchenden ergebenden Besonderheiten bei der Abrechnung medizinischer Leistungen.
- 4.** Auf die Verbesserung der Patientennavigation abzielende Hilfsmittel – wie z. B. Gesundheitshefte für Asylsuchende – werden von den in die Versorgung involvierten Akteur/-innen positiv beurteilt. In Ermangelung von Mechanismen für ihren systematischen Einsatz ist ihr Effekt auf die Versorgung aber beschränkt.
- 5.** Kinder mit eigener Migrationserfahrung haben im Vergleich zu Kindern ohne Migrationserfahrung eine schlechtere Gesundheit und sind zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung häufiger entwicklungsverzögert. Ihnen wird jedoch seltener die entsprechende Frühförderung empfohlen.
- 6.** Erwachsene Asylsuchende zeigen in Bezug auf somatische Erkrankungen ein ähnliches Krankheitsspektrum wie Gesetzlich Krankenversicherte.
- 7.** Zahnmedizinische Versorgung wird jedoch seltener in Anspruch genommen. Häufigster Behandlungsanlass sind hier Schmerzen bei Karies. Prophylaktische Maßnahmen werden nur selten durchgeführt.
- 8.** In Bezug auf psychische Erkrankungen ist die Prävalenz bei Asylsuchenden deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung. Es bestehen hierbei erhebliche Versorgungslücken bei der diagnostischen Abklärung und der Therapie psychischer Erkrankungen.
- 9.** Asylsuchende mit psychischen Erkrankungen sind daher häufig auf die Versorgung durch außerhalb des Gesundheitssystems stehende Einrichtungen angewiesen. Die Wartezeiten sind hierbei deutlich länger als bei Gesetzlich Versicherten; die Mehrheit dieser Patient/-innen erhält während der Wartezeit keine Versorgung.
- 10.** In der Zusammenschau dieser Ergebnisse und vor dem Hintergrund der entsprechenden Fachliteratur ist daher zu schlussfolgern, dass die sozialrechtliche Sonderstellung von Asylsuchenden beendet werden sollte und sie in die GKV integriert werden sollten.
- 11.** Zudem sollte durch eine Stärkung der strukturellen Kompetenz der Ärzteschaft die Diversitätssensibilität des Gesundheitssystems verbessert werden.

Die Relevanz des Dolmetschens im Gesundheitssystem

The Importance of Language Interpretation in the Health Care System

Autoren

Amand Führer¹, Patrick Brzoska²

Institute

- 1 Institut für Medizinische Epidemiologie, Biometrie und Informatik, Profizentrum Gesundheitswissenschaften, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle
- 2 Lehrstuhl für Versorgungsforschung, Fakultät für Gesundheit/Department für Humanmedizin Universität Witten/Herdecke

Schlüsselwörter

Sprachbarriere, Dolmetscher, Sprachmittlung, Übersichtsarbeit

Key words

language barrier, interpreters, translators, review

online publiziert 2020

Bibliografie

Gesundheitswesen

DOI 10.1055/a-1276-0897

ISSN 0941-3790

© 2020. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Dr. med. Amand Führer
Institut für Medizinische Epidemiologie,
Biometrie und Informatik
Magdeburger Straße 8
06112 Halle (Saale)
Deutschland
amand-gabriel.fuehrer@uk-halle.de

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund Viele Menschen im deutschsprachigen Raum haben Probleme mit der deutschen Sprache. Im Gesundheitssystem ergeben sich hieraus Barrieren für den Zugang zu und die Nutzung von Angeboten. Ziel der vorliegenden Übersichtsarbeit ist es, den aktuellen Forschungsstand zur Relevanz von Sprachbarrieren in der medizinischen Versorgung darzustellen sowie eingesetzte Strategien zum Umgang mit sprachbedingten Kommunikationsproblemen zu erläutern.

Methoden Die Übersichtsarbeit basiert auf einer Synthese englischsprachiger systematischer Reviews zum Thema ‚Dol-

metschen im Gesundheitssystem‘, erweitert um alle seit 2015 veröffentlichten Originalarbeiten aus Deutschland.

Ergebnisse Am häufigsten wird in Krankenhäusern bei Sprachproblemen auf das Dolmetschen durch Angehörige/Bekanntes von Patient/-innen oder durch bilinguales Personal des Krankenhauses zurückgegriffen. Die Qualität dieser durch nicht ausgebildete Laien durchgeführten Sprachmittlung ist dabei häufig eingeschränkt, was sich negativ auf Versorgungsergebnisse auswirken kann. Der Einsatz professioneller Dolmetscher/-innen geht mit deutlich besseren Versorgungsergebnissen einher und stellt v. a. in Form des Telefon- oder Videodolmetschens einen flexibel und kostengünstig zu implementierenden Ansatz dar.

Schlussfolgerung Sprachliche Verständigung ist eine wichtige Voraussetzung patientenorientierter Versorgung und muss aus ethischen, sozialen und rechtlichen Gründen durch das Gesundheitssystem sichergestellt werden. Hierbei sollten v. a. professionelle Dolmetschlösungen zum Einsatz kommen, für die auch die entsprechenden finanziellen und infrastrukturellen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden müssen.

ABSTRACT

Background Many people in German-speaking countries have a limited proficiency in the German language. In the health care system, this may result in barriers to accessing and utilization of health services. The aim of this review was to present the current state of research on the relevance of language barriers in medical care and to explain strategies used to address language-related communication problems.

Methods The review is based on a synthesis of German- and English-language systematic reviews on the topic of ‘language interpretation in the health care sector’, including also all original papers from Germany published since 2015.

Results The most common method used in hospitals for language problems was interpretation by relatives of patients or by bilingual staff of the hospital. The quality of this language mediation by untrained laypersons was often limited, which can affect health care outcomes. Using professional interpreters was associated with significantly better health care outcomes and, particularly in the form of interpretation via telephone, was a flexible and cost-effective approach.

Conclusion Language-based communication is an important prerequisite for patient-centered care and must be ensured by the health care system for ethical, social and legal reasons. In this context, professional interpretation solutions should be used, for which the required financial resources and infrastructure must also be made available.

Hintergrund

In Deutschland leben rund 11 Mio. Menschen, deren Muttersprache nicht Deutsch ist [1]. Viele dieser Menschen haben Defizite in der Beherrschung der deutschen Sprache und sind daher zur Sicherstellung ihrer Kommunikation auf Hilfe angewiesen. Im Gesundheitsbereich betrifft das zwischen 2,5 und 5 % aller Patient/-innen [2, 3]. In anderen europäischen Ländern ist die Situation vergleichbar. Damit stehen die Gesundheitssysteme vor der Herausforderung, zur Sicherstellung der Kommunikation Wege im Umgang mit sprachdiskordanten Arzt-Patient-Kontakten zu finden [4]. Dies ist nicht nur zur Sicherstellung einer adäquaten und patientenorientierten Versorgung relevant, sondern auch zur Gewährleistung eines rechtskonformen Vorgehens in der Aufklärung über medizinische Eingriffe und beim Einholen von Einverständniserklärungen (informed consent). Der Umgang mit sprachdiskordanten Arzt-Patient-Kontakten ist in der Realität jedoch häufig improvisiert und die bestehende Evidenz für die Effektivität verschiedener Lösungsansätze wird oft ignoriert [5, 6].

Ziel dieser Arbeit

Vor diesem Hintergrund hat diese Übersichtsarbeit zum Ziel, 1. den aktuellen Forschungsstand zur Relevanz von Sprachbarrieren in der medizinischen Versorgung darzustellen, 2. die verschiedenen Arten des Umgangs mit Sprachbarrieren zu erläutern und auszuführen, wie sie sich jeweils auf die medizinische Versorgung und auf Versorgungsergebnisse auswirken, sowie 3. eine Übersicht über bereits existierende Lösungsansätze im deutschen Gesundheitssystem zu geben. Zum Schluss formulieren wir Empfehlungen für den Versorgungsalltag.

Methodik

Es wurde eine selektive Literaturrecherche in PubMed mit den Suchbegriffen „translator OR interpreter“ durchgeführt. Dabei wurden alle systematischen Reviews zum Thema Dolmetschen im Gesundheitssystem (n=4) berücksichtigt, erweitert um seit 2015 veröffentlichte Originalarbeiten aus Deutschland (n=6). Die sehr umfangreiche Zahl von seit 2015 veröffentlichten Originalarbeiten aus dem angelsächsischen Raum wird ebenfalls punktuell herangezogen, um in Deutschland bisher nicht bearbeitete Fragen zu beantworten.

Ergebnisse

Relevanz von Sprachbarrieren im Gesundheitssystem

Sprache ist ein zentrales Instrument ärztlichen Handelns. Um sicher zu stellen, dass Ärztinnen und Ärzte dieses Instrument effektiv in der Kommunikation mit ihren Patient/-innen einsetzen können, sehen einige Gesundheitssysteme daher den Einsatz professioneller Dolmetscher/-innen¹ für sprachdiskordante Arzt-Patient-Interaktionen vor [7, 8]: So ist z. B. in den USA der Einsatz von Dolmetscher/-innen für alle Bereiche des Gesundheits- und Sozialsystems, die staatliche Finanzierung erhalten, verbindlich vorgeschrieben [9, 10]. Das Fehlen professioneller Dolmetsch-Angebote wird hier als Diskriminierung aufgrund „nationaler Herkunft“ angesehen und ist rechtswidrig [7].

Für Länder der EU hat die „Migrant-Friendly Hospital“-Projektgruppe im Auftrag der Europäischen Kommission Leitlinien erarbeitet, die unter anderem die Notwendigkeit „kommunikationsbezogener In-

terventionen“ im Umgang mit sprachdiskordanten Arzt-Patient-Beziehungen hervorheben [11, 12]. Analog dazu betonen die Sonnenberger Leitlinien für den Bereich der psychiatrischen Versorgung in Deutschland die dringende Notwendigkeit, Patient/-innen mit geringen Deutschkenntnissen durch den „Einsatz psychologisch geschulter FachdolmetscherInnen [...] „Face-to-Face“ oder als TelefondolmetscherInnen“ [13] den Zugang zu gleichwertiger medizinischer Versorgung zu ermöglichen.

Diese Forderungen auf Policy-Ebene begründen sich in einer umfangreichen Literatur, welche die hohe Relevanz von Dolmetschen in medizinischen Kontexten betont.

Verschiedene Arten des Dolmetschens

Dabei wird gewöhnlich zwischen verschiedenen Arten von Dolmetscher/-innen unterschieden, deren Einsatz jeweils unterschiedliche Konsequenzen für die resultierende Versorgung hat:

Im klinischen Alltag am häufigsten eingesetzt werden sogenannte ad-hoc- oder Laiendolmetscher/-innen [5, 14]. Dabei handelt es sich zumeist um Angehörige oder Bekannte der Patient/-innen, oder z. B. auch bilinguales Sicherheits- oder Reinigungspersonal des Krankenhauses, welches bei Bedarf zur Sprachmittlung hinzugezogen wird [15, 16]. Die Qualität dieser durch Laien durchgeführten Sprachmittlung wurde vielfach kritisiert [6, 7]: So zeigt sich in Studien, dass Laien in der Übersetzung in bis zu 50 % der Gespräche klinisch relevante Übersetzungsfehler machen – im Vergleich zu 2 % bei professionellen Dolmetscher/-innen [16–18] – und eigenständig Gesprächsinhalte abändern, zensieren oder beschönigen [17]. Dadurch führt der Einsatz von Laien dazu, dass Patient/-innen mit geringen Deutschkenntnissen im Vergleich zu Patient/-innen mit muttersprachlichem Sprachniveau und Patient/-innen, denen professionelle Dolmetscher/-innen zur Verfügung stehen, benachteiligt werden:

- Ihr Risiko für stationäre Aufnahmen ist höher [19].
- Sie werden seltener über Medikamenten-Nebenwirkungen aufgeklärt [17, 20].
- Ihre Versorgungszufriedenheit ist niedriger [16, 17, 20].
- Bei Kindern wird häufiger eine intravenöse Rehydratation durchgeführt und die dabei entstehenden Kosten sind höher [17, 19].
- Die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen ist niedriger [17] und
- es werden mehr diagnostische Tests durchgeführt [19, 20].

Diese Probleme begründen sich teils damit, dass die Sprachkenntnisse von Laien insbesondere in Bezug auf fachsprachliche Begriffe regelhaft unzureichend sind, um ein korrektes Dolmetschen zu gewährleisten [9]. Selbst bei ausreichender Beherrschung beider Sprachen besteht jedoch die Problematik, dass Dolmetschen als

¹ Dolmetschen beschreibt den Vorgang der mündlichen Übertragung eines gesprochenen Textes von einer Sprache in eine andere Sprache. Davon abzugrenzen ist das Übersetzen, welches sich auf schriftliche Texte bezieht. Von professionellem Dolmetschen wird gesprochen, wenn die/der Dolmetschende zur Ausübung dieser Tätigkeit ein entsprechendes Studium abgeschlossen hat (Bundesverband der Dolmetscher und Übersetzer 2020). Professionelle Dolmetscher spezialisieren sich häufig auf einen Arbeitsbereich, z. B. das Gesundheitssystem, und verfügen dann über fachsprachliche Kenntnisse.

Vorgang der Vermittlung zwischen zwei Sprachen über diese Sprachen hinausgehende Fertigkeiten erfordert, die Laien nicht aufweisen: Das umfasst z. B. die Anwendung von Dolmetschetechniken, welche sich vom alltäglichen Sprechen unterscheiden, die Fähigkeit, mit der Dolmetschendenrolle einhergehende Haltungen wie Allparteilichkeit und professionelle Distanz einzunehmen, sowie die Befähigung, ohne Qualitätsunterschiede in beide Richtungen zu dolmetschen. Hinzu kommen Probleme in Bezug auf die Sicherstellung der Vertraulichkeit der im Arzt-Patient-Gespräch ausgetauschten Informationen sowie mögliche Rollenkonflikte sprachmittelnder Angehöriger [8, 9].

Dass Laien dennoch häufig zur Sprachmittlung herangezogen werden, begründet sich v. a. durch ihre (für das medizinische Personal) unkomplizierte Verfügbarkeit und den Fakt, dass daraus für das Gesundheitssystem keine direkten Kosten entstehen [16, 20, 21]. Hinzu kommt, dass viele Ärztinnen und Ärzte die Qualität der durch Laien gebotenen Sprachmittlung systematisch überschätzen [8], mit krankenhausinternen Leitlinien zum Umgang mit sprachdiskordanten Arzt-Patient-Kontakten nicht vertraut sind, oder sich für die Sicherstellung angemessener Kommunikation nicht zuständig fühlen [5, 6].

Ebenfalls häufig eingesetzt werden sogenannte community interpreters [9, 14, 16]. Dabei handelt es sich um Laien, die die zu dolmetschenden Sprachen beherrschen und für den Einsatz als Dolmetscher/-innen eine Weiterqualifizierung durchlaufen haben. Das Ausmaß der Weiterbildung variiert stark und reicht von wenigen Stunden umfassenden Trainings bis hin zu mehrmonatigen Ausbildungen [7], wobei es allein in Deutschland 88 verschiedene Programme zur Qualifizierung dieser Art von Sprachmittlern gibt. Da diese Gruppe von Dolmetscher/-innen daher sehr heterogen ist, lassen sich über die Auswirkungen ihres Einsatzes im Gesundheitssektor keine soliden Aussagen treffen.

Sehr eindeutig ist die Datenlage hingegen in Bezug auf den Einsatz professioneller Dolmetscher/-innen, wobei unterschieden werden kann zwischen vor Ort in der Interaktion der Patient/-innen mit medizinischem Personal anwesenden Dolmetscher/-innen und per Telefon oder Videokonferenz zugeschalteten Dolmetscher/-innen.

Für vor Ort anwesende professionelle Dolmetscher/-innen belegen Studien, v. a. aus dem englischsprachigen Raum, eine deutliche Verbesserung versorgungsbezogener Endpunkte: So erhöht der Einsatz von professionellen Dolmetscher/-innen die Zufriedenheit von Patient/-innen und medizinischem Personal [8, 14, 17, 20] und vermindert die Fehlerquote des Dolmetschens signifikant [7, 17]. In der Folge senkt der Einsatz professioneller Dolmetscher/-innen (im Vergleich zu Patient/-innen ohne professionelle Dolmetscher/-innen)

- die stationäre Aufnahmequote in der Notaufnahme [19];
- die Häufigkeit diagnostischer Tests und gleicht die Wahrscheinlichkeit von Wiedervorstellungen denen von Patient/-innen mit muttersprachlichen Sprachkenntnissen an [7, 19, 22];
- den Anteil von Patient/-innen, die ohne Weiterbehandlungsplan aus dem Krankenhaus entlassen werden und erhöht die Adhärenz [7, 17].
- Zudem erhöht er die Leitlinienadhärenz von Behandlungen [23] und die diagnostische Genauigkeit der Anamnese [7, 24] und
- verbessert die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen [17, 25].

Zudem gibt es Hinweise darauf, dass der Einsatz professioneller Dolmetscher/-innen die Behandlungskosten in Notaufnahmen senkt und in Bezug auf die stationären Gesamtkosten zumindest kostenneutral ist [25].

Sind professionelle Dolmetscher/-innen jedoch nicht systematisch in die Abläufe eingebunden, sondern werden in Einzelfällen auf Honorarbasis hinzugezogen, dann sind sie relativ teuer [12, 16, 21] und oft nur mit logistischem Aufwand in etablierte Abläufe im Krankenhaus integrierbar [5, 16]. Insbesondere bei selteneren Sprachen, für die Dolmetscher/-innen aus anderen Städten anreisen müssen, oder bei Behandlungen unter hohem Zeitdruck, ist daher die zeitnahe Einbindung professioneller Dolmetscher/-innen oft problematisch [26].

Als kostengünstigere und in ihrer Implementierung weniger aufwändige sowie flexibler einsetzbare Alternative zum Dolmetschen vor Ort werden daher schon seit längerer Zeit Telefondolmetscher/-innen diskutiert [4, 9, 21, 26]. Dabei handelt es sich um professionelle, für den medizinischen Kontext ausgebildete Dolmetscher/-innen, die zusätzlich für das Telefondolmetschen weitergebildet wurden, in der Regel rund um die Uhr erreichbar sind und bei Bedarf per Anruf niedrigschwellig und ohne wesentliche zeitliche Verzögerungen in das Arzt-Patient-Gespräch eingebunden werden können.

Bisher liegen nur wenige Studien zur Rolle und Einsetzbarkeit von Telefondolmetscher/-innen innerhalb des Gesundheitssystems vor. In diesen zeigt sich, dass Telefondolmetschen im Vergleich zu Routineversorgung (kein Dolmetschen, oder ad hoc-Dolmetscher/-in) [27, 28] bzw. in einer Studie sogar im Vergleich mit vor Ort präsenten Dolmetscher/-innen [29] bei Patient/-innen zu höherer Zufriedenheit mit der Behandlung führt. Zudem zeigen Studien aus den USA, dass der Einsatz von Telefondolmetscher/-innen unter spanischsprachigen Patient/-innen mit unzureichenden Englischkenntnissen auf hohe Akzeptanz stößt und die Zufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten und Patient/-innen ebenso gut ist wie nach sprachkonkordanten Kontakten [30] und Telefondolmetscher/-innen gegenüber vor Ort präsenten Dolmetscher/-innen sogar präferiert werden [31]. Hornberger et al. zeigen zudem, dass die Fehlerquote der Telefondolmetscher/-innen im Vergleich zu den vor Ort präsenten professionellen Dolmetscher/-innen niedriger ist. Eine Studie aus Deutschland zeigt, dass im pädiatrischen Setting Telefondolmetscher/-innen von Eltern und Ärzt/-innen gut angenommen werden [3].

Ein weiterer, relativ neuer Ansatz im Dolmetschen ist das Videodolmetschen. Analog zum Telefondolmetschen werden hier Dolmetscher/-innen dem Arzt-Patient-Gespräch aus der Ferne zugeschaltet, wobei die Übertragung Bild- und Audioinformationen umfasst. In der Literatur wird die Bildübertragung als Vorteil des Videodolmetschens genannt, weil dadurch auch non-verbale Kommunikation möglich ist [32, 33]. Die Studienlage zu diesen Vorteilen ist jedoch uneindeutig: So zeigen 2 amerikanische Studien, dass die Patientenzufriedenheit sich zwischen vor Ort anwesenden Dolmetscher/-innen, Telefondolmetschen und Videodolmetschen nicht unterscheidet [32, 34], während in einer australischen Studie Ärztinnen und Ärzte das Videodolmetschen gegenüber dem Telefondolmetschen bevorzugen [33].

Es zeigt sich jedoch ebenfalls, dass selbst bei explizitem Training der Ärztinnen und Ärzte regelmäßig technische Probleme im Video-

dolmetschen auftreten [33–36]. Hinzu kommt, dass Videodolmetschen höhere infrastrukturelle Voraussetzungen (z. B. eine schnelle Internetverbindung und entsprechende Endgeräte) benötigt [34, 36]. Zudem stellen sich bei der in einigen Studien vorgeschlagenen Nutzung frei verfügbarer Kommunikationsdienste (wie Skype oder Facetime) den Datenschutz betreffende Fragen, die bisher nicht adäquat geklärt sind.

Bestehende Lösungsansätze im deutschen Gesundheitssystem

Im Versorgungsalltag spielt jedoch neben der wissenschaftlichen Evidenz für eine Lösung v. a. ihre leichte Verfügbarkeit eine große Rolle [14]. Im Folgenden möchten wir daher beispielhaft einige bereits etablierte evidenzbasierte Lösungsansätze vorstellen, die an vielen Orten bereits existieren und als Vorbild für Regionen dienen können, in denen bisher keine derartigen Angebote etabliert wurden. In der Auswahl der Beispiele beschränken wir uns auf Deutschland, gehen aber davon aus, dass in der Schweiz und in Österreich vergleichbare Initiativen bestehen: In etlichen Regionen Deutschlands gibt es Gemeindedolmetscher, die von einer öffentlichen Stelle oder zivilgesellschaftlichen Organisationen angestellt und ausgebildet werden und teilweise auch zum Dolmetschen im Gesundheitssystem herangezogen werden können. Beispiele dafür finden sich in Hamburg [37] und Berlin [38]. Vorteil dieses Ansatzes ist, dass die Finanzierung der Dolmetscher/-innen durch eine dritte Stelle gesichert ist und damit weder für die Patient/-innen noch für das Krankenhaus oder die Praxis unmittelbare Kosten entstehen. Ein Problem kann die oben bereits erwähnte heterogene Ausbildung von Gemeindedolmetschern sein.

Dieses Problem wird vermieden, wenn für den Einsatz im Gesundheitsbereich qualifizierte Dolmetscher/-innen bereitgestellt werden, wie z. B. seit Juli 2019 in Thüringen [39]. Dort wird durch das Bundesland ein Pool professioneller Dolmetscher/-innen finanziert, die per Videokonferenz in Arzt-Patient-Gespräche eingebunden werden können. Ähnliche Ansätze gibt es in einigen Krankenhäusern, die Verträge mit privatwirtschaftlichen Telefon- oder Videodolmetschdiensten haben. Dass in diesen Fällen die Krankenhäuser für die Finanzierung aufkommen müssen, ohne die Dolmetscherkosten bei der GKV abrechnen zu können, ist eine relevante Hürde. Eine Beantragung der Übernahme der Dolmetscherkosten durch das örtliche Sozialamt bzw. Jobcenter ist nach § 73 S. 1 SGB XII bzw. § 21 Abs. 6 SGB II möglich, jedoch mit größerem Verwaltungsaufwand für das Krankenhaus bzw. die Praxis verbunden [40].

Dieses Problem wurde z. B. in Nordrhein-Westfalen dadurch gelöst, dass das Land für akutpsychotherapeutische Behandlungen die Dolmetscherkosten (allerdings nur für bis zu 10 Stunden) übernimmt [41].

Für Asylsuchende kann bundesweit die Kostenerstattung für Dolmetscher/-innen beim zuständigen Sozialamt beantragt werden; Rechtsgrundlage ist hier der § 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes.

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

Sprachliche Verständigung ist eine wichtige Voraussetzung patientenorientierter und effektiver Versorgung, Grundlage einer funktionierenden Interaktion zwischen Patient/-innen und Behandelnden und notwendig zur Gewährleistung eines rechtskonformen Vorgehens in der Aufklärung über medizinische Eingriffe. Die Sicherstellung einer solchen Verständigung liegt daher in der ethischen, sozialen und rechtlichen Verantwortung des Gesundheitssystems und seiner professionellen Akteurinnen und Akteure. Vielfach genutzte Strategien bei sprachlichen Verständigungsproblemen wie der Einsatz von Familienangehörigen oder nicht ausgebildeten Personals als Laien- oder ad-hoc-Dolmetschern/-innen müssen vor dem Hintergrund oftmals eingeschränkter Übersetzungsqualität und Datenschutzbedenken sowie der sich daraus ergebenden Benachteiligung von Patient/-innen überdacht werden. Stattdessen muss auf die Unterstützung geschulter Dolmetscher/-innen zurückgegriffen werden, die v. a. in Form des Telefondolmetschens flexibel in unterschiedlichen Kontexten eingesetzt werden können. Behandelnde sollten sich informieren, welche Dolmetschangebote in ihrer Region existieren und wie auf diese zugegriffen werden kann. In Anbetracht der Relevanz, die adäquates Dolmetschen für versorgungsbezogene Endpunkte spielt, müssen Versorgungsträger hierbei die notwendigen finanziellen und infrastrukturellen Ressourcen zur Verfügung stellen.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Statistisches Bundesamt. Ausländische Bevölkerung nach Bundesländern; 2020
- [2] Deininger S. Zur sprachlichen Verständigung in Krankenhäusern Berlins – die Perspektive der Klinikleitungen. In: Albrecht N-J, Borde T, Hrsg. Innovative Konzepte für Integration und Partizipation. Frankfurt am Main: IKO; 2007
- [3] Langer T, Wirth S. Einsatz von Telefondolmetschern zur Überwindung von Sprachbarrieren. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2014; 108: 278–282
- [4] Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D et al. Migration and health in an increasingly diverse Europe. The Lancet 2013; 381: 1235–1245
- [5] Karger A, Lindtner-Rudolph H, Mroczynski R et al. „Wie fremd ist mir der Patient?“. Erfahrungen, Einstellungen und Erwartungen von Ärztinnen und Ärzten bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 2017; 280–296
- [6] Führer A. „Da muss sich jemand anders drum kümmern“ – Die medizinische Versorgung von Asylsuchenden als Herausforderung für eine bio-psycho-soziale Medizin. Gesundheitswesen 2020; 82: 151–156

- [7] Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH et al. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health services research* 2007; 42: 727–754
- [8] Bischoff A, Hudelson P. Communicating with foreign language-speaking patients: is access to professional interpreters enough? *Journal of travel medicine* 2010; 17: 15–20
- [9] Office for Civil Rights. Guidance to Federal Financial Assistance Recipients Regarding Title VI Prohibition against National Origin Discrimination Affecting Limited English Proficient Persons. Washington, D.C: 2003
- [10] Joint commission. R3 Report – Patient-centered communication standards for hospitals; 2011
- [11] MFH Project Group. The Amsterdam Declaration; 2002
- [12] Hudelson P, Dominice Dao M, Perneger T et al. A “migrant friendly hospital” initiative in Geneva, Switzerland. *PloS one* 2014; 9: e106758
- [13] Machleidt W. Die 12 Sonnenberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen in Deutschland. *Der Nervenarzt* 2002; 73: 1208–1212
- [14] Bischoff A, Hudelson P. Access to Healthcare Interpreter Services: Where Are We and Where Do We Need to Go? *IJERPH* 2010; 7: 2838–2844
- [15] Aranguri C, Davidson B, Ramirez R. Patterns of communication through interpreters: a detailed sociolinguistic analysis. *Journal of general internal medicine* 2006; 21: 623–629
- [16] Hudelson P, Vilpert S. Overcoming language barriers with foreign-language speaking patients. *BMC health services research* 2009; 9: 187
- [17] Flores G. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Medical Care Research and Review* 2005; 62: 255–299
- [18] Flores G, Abreu M, Barone CP et al. Errors of medical interpretation and their potential clinical consequences. *Annals of emergency medicine* 2012; 60: 545–553
- [19] Hampers LC, McNulty JE. Professional interpreters and bilingual physicians in a pediatric emergency department. *Archives of pediatrics & adolescent medicine* 2002; 156: 1108–1113
- [20] Ramirez D, Engel KG, Tang TS. Language interpreter utilization in the emergency department setting: a clinical review. *Journal of health care for the poor and underserved* 2008; 19: 352–362
- [21] Flores G. Culture and the patient-physician relationship. *J Pediatr* 2000; 136: 14–23
- [22] Lindholm M, Hargraves JL, Ferguson WJ et al. Professional language interpretation and inpatient length of stay and readmission rates. *Journal of general internal medicine* 2012; 27: 1294–1299
- [23] Tocher TM, Larson E. Quality of diabetes care for non-English-speaking patients. *The Western journal of medicine* 1998; 168: 504–511
- [24] Bischoff A, Tonnerre C, Eytan A et al. Addressing language barriers to health care, a survey of medical services in Switzerland. *Sozial- und Präventivmedizin* 1999; 44: 248–256
- [25] Jacobs EA, Lauderdale DS, Meltzer D et al. Impact of interpreter services on delivery of health care to limited-English-proficient patients. *Journal of general internal medicine* 2001; 16: 468–474
- [26] Heer IM. Integrierende Versorgung von Flüchtlingen. *Notfall Rettungsmedizin* 2016; 19: 332–338
- [27] Gany F, Leng J, Shapiro E et al. Patient satisfaction with different interpreting methods. *Journal of general internal medicine* 2007; 22 Suppl 2: 312–318
- [28] Garcia EA, Roy LC, Okada PJ et al. A comparison of the influence of hospital-trained, ad hoc, and telephone interpreters on perceived satisfaction of limited English-proficient parents presenting to a pediatric emergency department. *Pediatric emergency care* 2004; 20: 373–378
- [29] Crossman KL, Wiener E, Roosevelt G et al. Interpreters: telephonic, in-person interpretation and bilingual providers. *Pediatrics* 2010; 125: e631–e638
- [30] Lee LJ, Batal HA, Maselli JH et al. Effect of Spanish interpretation method on patient satisfaction in an urban walk-in clinic. *Journal of general internal medicine* 2002; 17: 641–645
- [31] Hornberger JC, Gibson CD, Wood W et al. Eliminating language barriers for non-English-speaking patients. *Medical care* 1996; 34: 845–856
- [32] Stevens LA, Mitchell PM, Vasquez J et al. Spanish-Speaking Patient Satisfaction With Interpreter Services in the Emergency Department. *Annals of emergency medicine* 2011; 58: 308
- [33] Schulz TR, Leder K, Akinci I et al. Improvements in patient care: videoconferencing to improve access to interpreters during clinical consultations for refugee and immigrant patients. *Australian health review* 2015; 39: 395–399
- [34] Locatis C, Williamson D, Gould-Kabler C et al. Comparing in-person, video, and telephonic medical interpretation. *Journal of general internal medicine* 2010; 25: 345–350
- [35] Vasquez J, Lopez GM, Mitchell PM et al. Emergency Department Staff Attitudes and Satisfaction With Live-Feed Video Interpreting for Limited English Proficient Patients. *Annals of emergency medicine* 2011; 58: 308–309
- [36] Mottelson IN, Sodemann M, Nielsen DS. Attitudes to and implementation of video interpretation in a Danish hospital. *Scandinavian journal of public health* 2018; 46: 244–251
- [37] Deutsches Ärzteblatt. Hamburger Modellprojekt zu Sprachmittlern zeigt hohen Bedarf; 2019
- [38] Schouler-Ocak M. Mental health care for immigrants in Germany. *Der Nervenarzt* 2015; 86: 1320–1325
- [39] Deutsches Ärzteblatt. Großes Interesse an Videodolmetscher in Thüringen; 2019
- [40] Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAF e.V.). Finanzierung von Dolmetscherleistungen bei ambulanter Psychotherapie
- [41] Schaffrath J, Schmitz-Buhl M, Guen AK et al. Psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten am Beispiel eines großen psychiatrischen Versorgungskrankenhauses im Rheinland. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 2017; 67: 126–133

„Da muss sich jemand anders kümmern“ – Die medizinische Versorgung von Asylsuchenden als Herausforderung für eine bio-psycho-soziale Medizin

“Someone else has to take care of that” – Asylum-seekers’ Health Care as a Challenge for Biopsychosocial Medicine

Autor

Amand Führer

Institut

Institut für Medizinische Epidemiologie, Biometrie und Informatik, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle

Schlüsselwörter

bio-psycho-soziale Medizin, Asylsuchende, Medizinanthropologie, Aus- und Weiterbildung, soziale Determinanten von Gesundheit

Key words

biopsychosocial medicine, asylum-seekers, medical anthropology, medical education, social determinants of health

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-1026-6190>

Online-Publikation: 26.11.2019

Gesundheitswesen 2020; 82: 151–156

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 0941-3790

Korrespondenzadresse

Dr. Amand Führer
Institut für Medizinische Epidemiologie,
Biometrie und Informatik
Magdeburger Straße 8
06112 Halle (Saale)
amand-gabriel.fuehrer@uk-halle.de

ZUSAMMENFASSUNG

Ziel der Studie Die Medizin wird verschiedentlich dafür kritisiert, die biologischen Facetten von Gesundheit und Krankheit gegenüber gesellschaftlichen Einflüssen zu privilegieren. Gegen diesen Vorwurf hat sich in den letzten Jahrzehnten ein medizinteoretischer Ansatz etabliert, der ein bio-psycho-soziales Krankheitskonzept vertritt. Dieser Artikel nutzt ethnografische Perspektiven auf die medizinische Versorgung von Asylsuchenden, um zu untersuchen, inwiefern die Prinzipien der bio-psycho-sozialen Medizin in Bezug auf die wissenschaftlich fundierte Berücksichtigung gesellschaftlicher Einflüsse auf die Gesundheit und Krankheit dieser Patientengruppe verwirklicht werden.

Methoden Dabei findet ein ethnografisches Methodenrepertoire mit narrativen Interviews, Leitfadeninterviews und teilnehmender Beobachtung Anwendung.

Ergebnisse Anhand des Umgangs mit den rechtlichen Rahmenbedingungen der medizinischen Versorgung von Asylsuchenden und mit Sprachinkongruenz wird gezeigt, dass es Ärzt/-innen regelmäßig nicht gelingt, die gesundheitsbezogene Lebenswelt dieser Patientengruppe adäquat und wissenschaftlichen Standards entsprechend in Diagnostik und Therapie zu berücksichtigen. Stattdessen rekurren sie im klinischen Alltag häufig auf improvisierte Lösungsansätze oder verschieben die Verantwortung auf andere, oft unbenannte Akteure.

Schlussfolgerung Sozialwissenschaftliche Ansätze, v. a. aus der Medizinanthropologie, könnten diese zu Versorgungsdefiziten führenden Schwierigkeiten beheben und sollten daher vermehrt in die ärztliche Aus- und Weiterbildung integriert werden. Dadurch könnten zudem theoretische und methodische Lücken geschlossen werden, die möglicherweise auch in der Versorgung anderer Patientengruppen bedeutsam sind.

ABSTRACT

Aim of the study Medicine has been criticized for over-emphasizing biological aspects of health and disease while neglecting social determinants. However, the last decades witnessed the rise of a strand of medical theorizing that proposed a biopsychosocial perspective on health and disease. This article investigates from ethnographic perspectives the extent to which contemporary biopsychosocial medicine succeeds in providing medical care to asylum-seekers in order to grasp societal influences on health and illness.

Methods A mix of ethnographic methods including narrative interviews, semi-structured interviews and participant observation was used.

Results Using examples of legal restrictions in patients’ access to care and language barriers, the ethnographic material showed that physicians regularly failed to take asylum seekers’ health-related life-world scientifically into account. Instead, they routinely improvised solutions or deferred responsibility for finding solutions to other agents.

Conclusions Approaches employed in the social sciences – especially in medical anthropology – could help alleviate these

difficulties that result in sub-standard care, and should therefore be integrated into medical teaching and postgraduate education. Concurrently, theoretical and methodological gaps

that might also concern other groups of patients might be closed.

Einleitung

Seit Generationen sieht sich die Medizin dem Vorwurf ausgesetzt, mit einem biologistischen, reduktionistischen und um wesentliche Dimensionen des Mensch-Seins verkürzten Menschenbild zu arbeiten [1, 2]. Im Kern zielt diese Kritik darauf ab, dass Ärztinnen und Ärzte sich in ihrer Arbeit v. a. auf die biologischen Aspekte von Krankheit konzentrierten, die psychosozialen, ökonomischen und politischen – kurz: gesellschaftlichen – Facetten von Gesundheit und Krankheit jedoch ignorieren würden.

Weitgehend unabhängig von dieser sozialwissenschaftlichen Kritik hat sich seit den 1980er Jahren innerhalb der Medizin ein Ansatz entwickelt, der mit der Formulierung einer bio-psycho-sozialen Medizin diese Verkürzungen zu überwinden anstrebt und mittlerweile gemeinhin als medizinthoretischer Konsens angesehen wird [3–5].

Dabei zielt die Kritik an der Biomedizin (oder einer „bio-psychischen“ Medizin) nicht darauf ab, dass eine biologische Perspektive ungeeignet sei, die biologischen Aspekte von Gesundheit und Krankheit adäquat zu erfassen. Im Zentrum der Kritik steht vielmehr die Warnung vor den Gefahren, die eine andere Perspektiven ausschließende Beschränkung der Medizin auf das Biologische in sich birgt [6]: Der Fokus auf das Biologische führt u. U. dazu, dass für die medizinische Versorgung relevante andere Wissensbereiche der wissenschaftlichen Bearbeitung entzogen werden. Diese außerhalb der Biologie und daher auch außerhalb des wissenschaftlichen Zugriffs der Medizin liegenden Bereiche fallen dann aus dem Rahmen wissenschaftlicher Theoriebildung und in der Folge unter die Autorität von „Tradition, Gewohnheit, Vorschrift, Mitgefühl, Intuition, ‚gesundem Menschenverstand‘ und manchmal höchst individuellem Selbstbezug“ („tradition, custom, prescribed rules, compassion, intuition, ‚common sense‘, and sometimes highly personal self-reference“) [7]. Damit zerbricht die ärztliche Praxis in zwei Bereiche: Den biologischen Bereich, der wissenschaftlich bearbeitet wird und den alles andere umfassenden Bereich, der nach Bauchgefühl gestaltet wird.

Die bio-psycho-soziale Medizin hat den Anspruch, diese Verkürzung zu überwinden und Patient/-innen als „Personen, als menschliche Wesen“ [7] mit allen ihnen zugehörigen, auch über das Biologische hinausgehenden Eigenschaften zu verstehen und alle hierbei relevanten Dimensionen der wissenschaftlich fundierten Auseinandersetzung zugänglich zu machen.

Dieses Vorhaben war ohne Zweifel ausgesprochen erfolgreich und hat zu spürbaren Transformationen in medizinischer Forschung und klinischem Alltag geführt [8–11].

Dennoch werden regelmäßig Stimmen laut, die beklagen, dass die alltägliche klinische Praxis v. a. einem bio-psychischen Modell folgt, während die sozialen und politischen Determinanten von Gesundheit und Krankheit nach wie vor ausgeblendet würden [12, 13].

Fragestellung

Im Folgenden wird diese Kritik vor dem Hintergrund medizinthnologischer Forschung unter Asylsuchenden in Sachsen-Anhalt auf-

gegriffen und untersucht, wie sich der Ansatz der bio-psycho-sozialen Medizin in der medizinischen Versorgung dieser Patientengruppe niederschlägt.

Methoden

Dieser Artikel beruht auf dem qualitativen Teil einer interdisziplinären Studie, welche im Sommer und Herbst 2015 die Gesundheit und medizinische Versorgung von Asylsuchenden in Sachsen-Anhalt untersucht hat.

Die Studie war in zwei Forschungsphasen gegliedert: In einer ersten Phase wurden anhand eines standardisierten Fragebogens 214 Asylsuchende zu ihrer Gesundheit und ihrem Inanspruchnahme-Verhalten befragt. Details dazu finden sich bei [14, 15].

In der zweiten, qualitativen Forschungsphase wurden die Ergebnisse der Fragebögen dann im Sinne eines criterion samplings [16] verwendet, um Studienteilnehmer/-innen mit häufigen Kontakten zum deutschen Gesundheitssystem zu identifizieren. Ausgewählt wurden dabei Studienteilnehmer/-innen, die bei den Fragen „Wie oft hatten Sie in den letzten 2 Monaten Kontakt mit niedergelassenen Ärzten?“ bzw. „Wie oft haben Sie im letzten Jahr die folgenden Stellen in Anspruch genommen? (Notaufnahme, Rettungsdienst, kassenärztlicher Notdienst)“ mehr als insgesamt 5 Kontakte angegeben haben. Diesem Vorgehen lag die Annahme zugrunde, dass diese Patient/-innen bereits über Erfahrungen mit dem deutschen Gesundheitssystem verfügen. Nach entsprechender Aufklärung und Zustimmung zum Interview wurden dann im August und September 2015 in 5 narrativen Interviews die Krankengeschichten und Erfahrungen mit dem deutschen Gesundheitssystem vertieft eruiert. Die Interviews dauerten zwischen 75 und 95 Min. 2 Interviews wurden unter Einsatz eines Arabisch-Dolmetschers, die übrigen auf Deutsch oder Englisch durchgeführt. Alle Interviews wurden von einem Sozialanthropologen und Arzt mit Zusatzweiterbildung für psychosomatische Grundversorgung geführt. Um Retraumatisierungen bei psychisch belasteten Asylsuchenden zu vermeiden, konzentrierten sich die Interviews ausschließlich auf die Versorgungssituation in Deutschland; ggf. im Heimatland oder auf der Flucht erlebte Traumata wurden nicht thematisiert.

Ergänzt wurden diese narrativen Interviews mit Asylsuchenden durch Leitfadeninterviews mit verschiedenen in die medizinische Versorgung von Asylsuchenden involvierten Expert/-innen. Hier erfolgte ein purposive sampling [17] mit dem Ziel, alle relevanten Akteursgruppen abzubilden. Insgesamt wurden 20 Leitfadeninterviews von einer Länge zwischen 25 und 70 Min. durchgeführt (8 Ärztinnen/Ärzte, 5 Sozialarbeiter/-innen, 4 Ehrenamtliche, 3 Behördenmitarbeiter/-innen).

Alle Interviews wurden nach mündlichem Einverständnis der Befragten aufgezeichnet und von Studienassistentinnen den Transkriptionsregeln bei Flick [18] folgend wörtlich transkribiert.

Die Interviews wurden von teilnehmender Beobachtung und informellen Interviews [17] im Umfeld einer medizinischen Migrationsberatungsstelle und bei Konsultationen in hausärztlichen Praxen und Krankenhaus-Ambulanzen gerahmt. Die teilnehmende Beobachtung fand zwischen Juli und Oktober 2015 statt und wurde per Feldtagebuch dokumentiert.

Die Auswertung des Datenmaterials erfolgte mittels Extended Case Method [19] unter Verwendung der Analyse-Software MAXQDA.

Da für ethnologische Forschung in Deutschland kein formalisiertes Verfahren zur Ethikbegutachtung vorgesehen ist, wurde nur der erste, epidemiologische Teil der Studie der Ethikkommission der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg vorgelegt und entsprechend bewilligt.

Ergebnisse

Eine vollständige Präsentation des ethnographischen Materials ist an dieser Stelle aus Platzgründen nicht möglich. Im Folgenden wird daher illustrierend auf Zitate aus Interviews oder dem Feldtagebuch zurück gegriffen und die Darstellung auf 2 Themenbereiche konzentriert, anhand derer die Notwendigkeit des bio-psycho-sozialen Ansatzes besonders gut darstellbar ist: die Rolle rechtlicher Rahmenbedingungen und der Umgang mit Sprachbarrieren.

Das vollständige Material findet sich bei [20].

Rechtliche Rahmenbedingungen

Die Kostenübernahme für medizinische Leistungen bei Asylsuchenden weicht von den Regelungen für gesetzlich Krankenversicherte ab und ist in einem separaten Gesetz, dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) geregelt (Infobox Asylbewerberleistungsgesetz). Um Patient/-innen, deren Leistungskanon im AsylbLG festgelegt ist, adäquat behandeln zu können, ist die Kenntnis dieses Gesetzes unerlässlich. Dennoch zeigt sich in der Analyse der Krankengeschichten der Asylsuchenden, dass die sie behandelnden Ärztinnen und Ärzte oft mit den genauen Regelungen des Gesetzes nicht vertraut bzw. falsch informiert sind. So antwortet eine Hausärztin auf die Frage, wie sie Asylsuchende über Impfungen aufklärt:

„Ich glaube, Impfungen sind zum Beispiel nicht dabei [im Kanon der nach AsylbLG abrechenbaren Leistungen]. Also geimpft habe ich noch keinen.“ (Hausärztin A)

Analog berichtet ein anderer Hausarzt:

„Also, ein Asylbewerber darf nicht alles an medizinischen Leistungen haben wie ein normal Versicherter. Sie sollten nur Notfallmedizinisch behandelt werden [...]. Deshalb sage ich manchmal: ‚Sie sind nur Notfallversichert, Kopfschmerzen, starke Sachen, also akute Sachen, das bezahlt das Sozialamt. [...]‘“ (Hausarzt B)

Analog dazu zeigt sich in der teilnehmenden Beobachtung immer wieder, dass Asylsuchende die Beratungsstelle aufsuchen, weil ihre Ärztinnen und Ärzte ihnen medizinisch indizierte Therapien vorenthalten, da sie der Meinung sind, vom Sozialamt die Kosten dafür nicht erstattet zu bekommen. Diese Einschätzung betrifft regelhaft auch Leistungen wie Impfungen oder Operationen bei akuten Verletzungen, die das zuständige Sozialamt vor dem Hintergrund der

INFOBOX ASYLBEWERBERLEISTUNGSGESETZ

„§ 4 Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt

(1) Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren. Zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten werden Schutzimpfungen [...] und die medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen erbracht. Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist.

(2) Werdenden Müttern und Wöchnerinnen sind ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel zu gewähren. [...]

§ 6 Sonstige Leistungen

(1) Sonstige Leistungen können insbesondere gewährt werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich, zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten oder zur Erfüllung einer verwaltungsrechtlichen Mitwirkungspflicht erforderlich sind. Die Leistungen sind als Sachleistungen, bei Vorliegen besonderer Umstände als Geldleistung zu gewähren. [...]

Gesetzeslage bezahlen muss und (wie die Rekonstruktion von Krankengeschichten aus Interviews und Krankenakten zeigt) spätestens nach Intervention durch Sozialarbeiter auch problemlos bezahlt.

Die damit verbundene Etablierung eines am Aufenthaltsstatus orientierten – aber unterhalb des gesetzlich vorgesehenen Standards – liegenden Versorgungsstandards durch die Ärzteschaft selbst, wird dabei von allen in der Studie zu Wort kommenden Ärztinnen und Ärzten bedauert, jedoch als alternativlos angesehen:

„Ok, Entschuldigung, ich kann nicht zu einem Chirurgen überweisen wegen einer Knieoperation. Kann ich nicht.“ (Hausarzt B)

Diese Einschätzung der eigenen Handlungsoptionen als stark eingeschränkt ergibt sich daraus, dass die befragten Ärztinnen und Ärzte sich in der Abwägung ihres Vorgehens ausschließlich auf ihr Alltagswissen und die Tagespresse verlassen. Im Gegensatz zu im engeren Sinne medizinischen Fragen – wie der Behandlung von unter Asylsuchenden häufiger auftretenden Erbkrankheiten –, rezipieren sie die Fachliteratur zum sozialmedizinischen Kontext dieser Patientengruppe nicht:

„[Versicherungsrechtliche oder sozialmedizinische Fachliteratur] ist mir nicht bekannt. Auf der Internetseite der Kassenärztlichen Vereinigung gibt es da bestimmt was. Habe ich aber noch nie angeschaut.“ (Hausärztin A)

Entsprechend verbleiben Ärztinnen und Ärzte in einem Zustand, der von der Ambivalenz geprägt ist, den Patient/-innen helfen zu wollen, sich dazu aber aus sozialrechtlichen Gründen nicht in der Lage zu sehen. Zusätzliche Dramatik erhält die Situation dadurch, dass die Einschätzung der eigenen Unfähigkeit oft nicht den tatsächlichen Handlungsoptionen entspricht. Die Patient/-innen werden aus Versehen diskriminiert.

Umgang mit sprachkongruenten Patientenkontakten

Sprache ist ein zentrales Instrument ärztlicher Tätigkeit. Viele Gesundheitssysteme schreiben daher professionelle Sprachmittlung für sprachinkongruente Arzt-Patienten-Interaktionen vor [21, 22]. In Deutschland ist ein derartiges Vorgehen bisher nicht etabliert, weshalb Ärztinnen und Ärzte vor der individuellen Herausforderung stehen, einen professionellen und evidenzbasierten Umgang mit Sprachinkongruenz zu finden. Die folgende Fallgeschichte illustriert, dass diese Herausforderung oft nur unbefriedigend bewältigt wird:

Eine ältere Frau aus Afghanistan stellt sich zum wiederholten Mal in einer hausärztlichen Praxis vor. In den letzten Wochen kam sie alle 2 bis 3 Tage in die Praxis, spricht aber kein Deutsch. Offenbar hat sie ein gesundheitliches Problem, kann ihre Beschwerden jedoch ohne Dolmetscher nicht konkretisieren. Deshalb gibt die Sprechstundenhilfe der Patientin jedes Mal einen Zettel, auf dem auf Deutsch steht, dass sie mit Dolmetscher wiederkommen soll und schickt sie weg.

Auf den ersten Blick klingt dies nach einer problematischen Lösung – für die Patientin. Die Hausärztin sieht das anders:

„Was soll ich denn machen? Die kommt hier einfach immer wieder. Ich verstehe die nicht, ich kann nicht mit der reden. Da müsste eine Behörde oder irgendwer, ... da muss jemand eine Lösung finden. Die Versorgung von Asylanten [sic] wird hier auf dem Rücken der Hausärzte ausgetragen.“ (Hausärztin C)

Ein anderer Hausarzt berichtet von vergleichbaren Vorkommnissen und schlussfolgert:

„Mir sitzt das Wartezimmer voll, da kann ich nicht zwanzig Minuten auf einen Patienten verwenden. Dann muss er eben einen Dolmetscher mitbringen. Ich kann jetzt nicht noch irgendwo hin telefonieren [um einen Telefondolmetscher einzubinden].“ (Hausarzt D)

Gleichzeitig wissen die befragten Ärztinnen und Ärzte nur vage um die Möglichkeit, Dolmetscherkosten über das Sozialamt abzurechnen oder die Kommunikation mittels Übersetzungshilfen wie mehrsprachigen Anamnesebögen usw. zu vereinfachen. In Interviews begründen sie ihre geringe Auseinandersetzung mit diesen Fragen entweder damit, dass sie (wie im obigen Zitat) nicht dafür zuständig sind, oder dass sie derartige Hilfsmittel nicht benötigen:

„Infomaterialien in anderen Sprachen hat unsere Abteilung nicht. Eigentlich können wir immer auf Englisch alles so erklären, dass

der Patient das schon versteht. Also fremdsprachige Informationen, das war noch gar nicht nötig.“ (Zahnärztin)

Die Patient/-innen widersprechen dieser Einschätzung und betonen, dass die Kommunikation im Krankenhaus oder der Arztpraxis für sie regelhaft problematisch ist und sie Erklärungen zu ihrer Erkrankung oder den weiteren Abläufen oft nicht verstehen. Im quantitativen Teil der Erhebung waren Sprachprobleme der meistgenannte Grund für Probleme im Zugang zu medizinischer Versorgung: 39% aller Befragten mit derartigen Problemen nannten als Grund Sprachbarrieren. (Andere Gründe waren „Probleme, sich im Gesundheitssystem zurecht zu finden“ bei 20% und „Haltung der Ärzte“ bei 16%.)

Dass Ärztinnen und Ärzte die Bedeutung von Sprachbarrieren entweder verkennen oder sich dafür nicht zuständig fühlen, vermittelt den Patient/-innen das Gefühl, dass Gesundheitssystem sei für sie nicht da:

„I was alone and tired. I didn't know where to go, I could not understand what the doctor was saying. I was alone and no one helped me.“ (Asylbewerberin)

Diskussion

Seit 2015 hat sich die wissenschaftliche Datenlage zur Gesundheit und medizinischen Versorgung von Asylsuchenden in Deutschland kontinuierlich verbessert: Während noch 2014 ein systematisches Review zur Gesundheit von Asylsuchenden in Europa keine Studie aus Deutschland fand [23], und noch 2016 ein systematisches Review zum Stand der Wissenschaft bezüglich der Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland große Lücken feststellte [24], gab es in den Folgejahren eine Vielzahl an Publikationen z. B. zum Krankheitsspektrum im Rahmen von Erstaufnahmeuntersuchungen und anderen Screenings [25–29], zur Prävalenz psychischer Erkrankungen [15, 30–33], zum Impfstatus [15, 27], zu rechtlichen und medizinethischen Fragen [34, 35], und zur Versorgungslogistik und Fragen der Versorgungsforschung [36–41].

Die vorliegende Arbeit ergänzt diesen Kanon dahingehend, dass sie nach strukturellen, überindividuellen Gründen für in der Literatur regelmäßig beschriebene Zugangsbarrieren sucht und dabei auf das Ideal einer bio-psycho-sozialen Medizin als mögliche Lösung rekurriert.

Die eingangs skizzierte Kritik an der Biomedizin wird durch die Analyse der medizinischen Versorgung von Asylsuchenden dabei in 2 Aspekten konkretisiert:

Einerseits wird deutlich, dass Ärztinnen und Ärzte sich oft für außerhalb des Biologischen liegende Determinanten einer guten medizinischen Versorgung nicht zuständig fühlen und die Verantwortung z. B. für die Sicherstellung adäquater Sprachmittlung auf ungenannte Dritte oder die Patient/-innen verschieben. Diese Feststellung deckt sich mit den Erkenntnissen anderer Arbeiten z. B. zum Umgang mit Sprachmittlung in Deutschland [42–44] und anderen Ländern [22, 45].

Andererseits zeigt sich, dass die Auseinandersetzung mit lebensweltlichen Kontextfaktoren zumeist unter Rückgriff auf nicht-wissenschaftliche Orientierungshilfen und Alltagsdebatten erfolgt, sofern eine Verantwortungsdelegation nicht möglich ist. So sind

deutliche Defizite an Professionalität und Wissenschaftlichkeit zu konstatieren, wenn das zu lösende Problem sozialrechtliche Fragen oder Sprachprobleme berührt: Informationsquelle sind in diesen Fällen nicht die Fachliteratur, sondern Tagespresse und Hörensagen. Ein derartiges Vorgehen führt vorhersehbar zu Versorgungsdefiziten [13, 44, 46] und wurde an anderen Stellen bspw. auch für den Umgang mit Interkulturalität [43, 44, 47] und kulturspezifischer Symptompräsentation [43, 44] beschrieben.

Von diesen Erkenntnissen abstrahierend, knüpft diese Arbeit an die medizinthoretische Literatur an, die die Frage nach der praktischen Relevanz eines über das Biologische hinausgehenden Krankheitsverständnisses betont [48]. Im Zentrum dieser Debatte steht, dass Ärztinnen und Ärzte sich oft scheuen, die gesellschaftliche Strukturierung von Gesundheit und Krankheit als medizinisch zu bearbeitenden Erkenntnisbereich zu verstehen [49] und sich stattdessen in den sicheren und unumstritten ihre Domäne darstellenden Bereich der biologischen Vorgänge zurückziehen [50]. Im Zuge dessen, so das Argument des Medizinanthropologen und Psychiaters Arthur Kleinman, gerät die multikausale Verursachung von Krankheit und ihre – insbesondere bei marginalisierten Patientengruppen – enge Verknüpfung zu „politischer, ökonomischer und institutioneller Macht“ [51, 52] aus dem Blick und der analytische Zugang zu verhältnispräventiven Ansätzen bleibt verschlossen. Gleichzeitig geraten damit außerhalb des Bereichs des Biologischen liegende Interventionsmöglichkeiten aus dem Blick [53], wie diese Arbeit für den Umgang mit Sprachbarrieren zeigt.

In der Frage nach den überindividuellen Ursachen dieses Versagens diagnostiziert Seth Holmes einen Mangel an „struktureller Kompetenz“ [13]: Da die ärztliche Aus- und Weiterbildung sozialwissenschaftliche Analyse nahezu vollständig ausblendet, werden Ärztinnen und Ärzte auf die biologischen Facetten von Gesundheit und Krankheit hin sozialisiert und lernen, die Versorgung ihrer Patient/-innen ausschließlich durch die „biologische Linse“ zu sehen [13].

FAZIT

In der Medizinanthropologie und einigen Strömungen innerhalb der Sozialepidemiologie und Sozialmedizin gibt es bereits etablierte analytische und methodische Ansätze, wie gesellschaftliche Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit für den klinischen Alltag nutzbar gemacht werden können. Die Auseinandersetzung mit diesen Ansätzen ist jedoch bisher in Deutschland kaum kurrikulär verankert.

Die hier anhand der medizinischen Versorgung von Asylsuchenden geführte Analyse legt daher nahe, dass die Medizin der Ergänzung ihrer biologischen und psychologischen Theorien und Methoden um sozialwissenschaftliche Perspektiven bedarf, damit der Horizont des als „medizinisch“ Verstandenen erweitert und eine wissenschaftliche Bearbeitung aller relevanten Einflussgrößen möglich wird. Nur so kann die Medizin die in der Literatur beschriebenen Zugangsbarrieren abbauen und sich weiter dem Ideal eines bio-psycho-sozialen Ansatzes annähern.

Danksagung

Der Autor dankt Cordula Weißköppel, Tobias Holzlehner und Friederike Eichner für wertvolle Hinweise und Unterstützung im Verlauf der Feldforschung und der Datenanalyse sowie Elisa Breitenstein, Rafael Mikolajczyk und Florian Köhler für Kommentare zum vorliegenden Manuskript.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Morsy S. The missing link in medical anthropology: The political economy of health. *Reviews in Anthropology* 1979; 6: 349–363
- [2] Scheper-Hughes N, Lock MM. The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly* 1987; 1: 6–41
- [3] Borrell-Carrio F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Ann Fam Med* 2004; 2: 576–582
- [4] Wiesing U. Wer heilt, hat Recht?: Über Pragmatik und Pluralität in der Medizin. Stuttgart: Schattauer; 2004
- [5] Hucklenbroich P. Die wissenschaftstheoretische Struktur der medizinischen Krankheitslehre. In: Hucklenbroich P, Buys A, Hrsg. *Wissenschaftstheoretische Aspekte des Krankheitsbegriffs*. Münster: mentis; 2013
- [6] Engel GL. The Biopsychosocial Model and the Education of Health Professionals. *General Hospital Psychiatry* 1979; 1: 156–165
- [7] Engel GL. The Clinical Application of the Biopsychosocial Model. *Am J Psychiatry* 1980; 137: 535–544
- [8] Alonso Y. The biopsychosocial model in medical research: The evolution of the health concept over the last two decades. *Patient Education and Counseling* 2004; 53: 239–244
- [9] Suls J, Rothman A. Evolution of the biopsychosocial model: prospects and challenges for health psychology. *Health Psychol* 2004; 23: 119–125
- [10] Egger JW. Das biopsychosoziale Krankheitsmodell: Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Psychologische Medizin* 2005; 16: 2
- [11] Adler RH. Engel's biopsychosocial model is still relevant today. *J Psychosom Res* 2009; 67: 607–611
- [12] Dowrick C, May C, Richardson M et al. The biopsychosocial model of general practice: rhetoric or reality? *British Journal of General Practice* 1996; 105–107
- [13] Holmes SM. The clinical gaze in the practice of migrant health: Mexican migrants in the United States. *Soc Sci Med* 2012; 74: 873–881
- [14] Führer A, Eichner F. Verloren im Räderwerk. Eine interdisziplinäre Studie zur Gesundheit und medizinischen Versorgung von Asylsuchenden in Halle (Saale). Berlin: Rosa-Luxemburg-Stiftung; 2015
- [15] Führer A, Eichner F, Stang A. Morbidity of asylum seekers in a medium-sized German city. *EJEP* 2016; 31: 703–706
- [16] Sandelowski M. Combining Qualitative and Quantitative Sampling, Data Collection, and Analysis Techniques in Mixed-Method Studies. *Research in Nursing & Health* 2000; 246–255

- [17] Bernard HR. *Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative Methods*. Walnut Creek: Altamira Press; 2011
- [18] Flick U. *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung*. Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2016
- [19] Burawoy M. The Extended Case Method. *Sociological Theory* 1998; 16: 4–33
- [20] Führer A. „I was alone and no one helped me.“ Ethnographische Perspektiven auf die medizinische Versorgung von Asylbewerbern als Herausforderung für eine bio-psychosoziale Medizin. Masterarbeit: Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg; 2017
- [21] Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH et al. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Serv Res* 2007; 42: 727–754
- [22] Bischoff A, Hudelson P. Communicating with foreign language-speaking patients: is access to professional interpreters enough? *J Travel Med* 2010; 17: 15–20
- [23] Hadjkiss EJ, Renzaho AMN. The physical health status, service utilisation and barriers to accessing care for asylum seekers residing in the community: a systematic review of the literature. *Aust Health Rev* 2014; 38: 142–159
- [24] Bozorgmehr K, Mohsenpour A, Saure D et al. Systematische Übersicht und „Mapping“ empirischer Studien des Gesundheitszustands und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990–2014). *Bundesgesundheitsblatt* 2016; 59: 599–620
- [25] Schwienhorst E-M, Stich A. Medizinische Versorgung von Flüchtlingen und Asylbewerbern: Erfahrungen aus dem Würzburger Modell. *Flug u Reisemed* 2015; 22: 116–121
- [26] Rauscher C, Salzberger B. Initial examination and screening of migrants: What makes sense and what is evidence-based? *Internist* 2016; 57: 452–456
- [27] Hampel A, Solbach P, Cornberg M et al. Aktuelle Seroprävalenz, Impfstatus und prädiktiver Wert der Leberenzyme für Hepatitis B bei Flüchtlingen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt* 2016; 59: 578–583
- [28] Alberer M, Wendeborn M, Löscher T et al. Erkrankungen bei Flüchtlingen und Asylbewerbern: Daten von drei verschiedenen medizinischen Einrichtungen im Raum München aus den Jahren 2014 und 2015. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2016; 141: e8–e15
- [29] Bozorgmehr K, Wahedi K, Noest S et al. Infectious disease screening in asylum seekers: Range, coverage and economic evaluation in Germany, 2015. *Euro Surveill* 2017, doi:10.2807/1560-7917.ES.2017.22.40.16-00677
- [30] Kaltenbach E, Härdtner E, Hermenau K et al. Efficient identification of mental health problems in refugees in Germany: The Refugee Health Screener. *European Journal of Psychotraumatology* 2017; 8: 1389205
- [31] Gäbel U, Ruf M, Schauer M et al. Prävalenz der PTBS und Möglichkeiten der Ermittlung im Asylverfahren. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 2006; 35: 12–20
- [32] Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e.V.) Abgewiesen. Weitergeschickt. Vertröstet. Verloren im deutschen Gesundheitssystem: Versorgungsbericht zur Situation von Geflüchteten in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen. Berlin 2016
- [33] Belz M, Belz M, Özkan I et al. Posttraumatic stress disorder and comorbid depression among refugees: Assessment of a sample from a German refugee reception center. *Transcultural Psychiatry* 2017; 54: 595–610
- [34] Führer A. Asylbewerberleistungsgesetz: Abrechnung versus ärztliche Ethik. *Deutsches Ärzteblatt* 2016; 18: A 857
- [35] Razum O, Wenner J, Bozorgmehr K. Wenn Zufall über den Zugang zur Gesundheitsversorgung bestimmt: Geflüchtete in Deutschland. *Gesundheitswesen* 2016; 78: 711–714
- [36] Spura A, Kleinke M, Robra B-P et al. Wie erleben Asylsuchende den Zugang zu medizinischer Versorgung? *Bundesgesundheitsblatt*. 2017, doi:10.1007/s00103-017-2525-x
- [37] Philipp M, Melchert P, Renaud D. Welche gesundheitsbezogenen Informationen brauchen Geflüchtete? *Präv Gesundheitsf* 2018, doi:10.1007/s11553-018-0642-5
- [38] Frank L, Yesil-Jürgens R, Razum O et al. Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2017; 2: 24–47
- [39] Bozorgmehr K, Nöst S, Thaiss HM et al. Die gesundheitliche Versorgungssituation von Asylsuchenden : Bundesweite Bestandsaufnahme über die Gesundheitsämter. *Bundesgesundheitsblatt*. 2016; 59: 545–555
- [40] Bozorgmehr K, Razum O. Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994-2013. *PLoS One*. 2015; 10: e0131483 doi:10.1371/journal.pone.0131483
- [41] Razum O, Bozorgmehr K. Restricted entitlements and access to health care for refugees and immigrants: The example of Germany. *Global Social Policy* 2016; 16: 321–324
- [42] Lindert J, Priebe S, Penka S et al. Versorgung psychisch kranker Patienten mit Migrationshintergrund. *Psychother Psych Med* 2008; 58: 123–129
- [43] Machleidt W, Behrens K, Ziegenbein M et al. Integration von Migranten in die psychiatrisch – psychotherapeutische Versorgung in Deutschland. *Psychiatr Prax* 2007; 34: 325–331
- [44] Karger A, Lindtner-Rudolph H, Mroczynski R et al. Wie fremd ist mir der Patient? Erfahrungen, Einstellungen und Erwartungen von Ärztinnen und Ärzten bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 2017; 280–296
- [45] Flores G. Culture and the patient-physician relationship:: Achieving Cultural Competency in Health Care. *J Pediatr* 2000; 136: 14–23
- [46] Bischoff A, Hudelson P. Access to Healthcare Interpreter Services: Where Are We and Where Do We Need to Go? *IJERPH* 2010; 7: 2838–2844
- [47] Nkulu K, Faustine K, Hurtig A-K et al. 'It is a dilemma': perspectives of nurse practitioners on health screening of newly arrived migrants. *Glob Health Action* 2015; 8:
- [48] Krieger N. *Epidemiology and the people's health: Theory and context*. Oxford: Oxford University Press; 2011
- [49] Farmer P. *Pathologies of power: Health, human rights, and the new war on the poor*. Berkeley: University of California Press; 2003
- [50] Scheper-Hughes N. *Death Without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkeley: University of California Press; 1992
- [51] Farmer P, Kim JY, Kleinman A et al. *Reimagining global health: An introduction*. Berkeley: University of California Press; 2013
- [52] Kleinman A, Kleinman J. Suffering and its professional transformation: toward an ethnography of interpersonal experience. *Culture, Medicine, and Psychiatry* 1991; 15: 275–301
- [53] Farmer P. *Infections and inequalities: The modern plagues*. Berkeley: University of California Press; 1999

RESEARCH ARTICLE

Open Access



Outpatient health care utilization and health expenditures of asylum seekers in Halle (Saale), Germany - an analysis of claims data

Andreas Niedermaier^{1*} , Anna Freiberg¹, Daniel Tiller², Andreas Wienke¹ and Amand Führer¹

Abstract

Background: Asylum seekers are a vulnerable group with special needs in health care due to their migration history and pre-, peri- and postmigratory social determinants of health. However, in Germany access to health care is restricted for asylum seekers by law and administrative regulations.

Methods: Using claims data generated in the billing process of health care services provided to asylum seekers, we explore their utilization of health care services in the outpatient sector. We describe the utilization of outpatient specialties, prevalences of diagnoses, prescribed drugs and other health care services, as well as total costs of health care provision.

Results: The estimated prevalence for visiting an ambulatory physician at least once per year was 67.5% [95%-Confidence-Interval (CI): 65.1–69.9%], with a notably higher prevalence for women than men. The diagnoses with the highest one-year prevalence were “Acute upper respiratory infections” (16.1% [14.5–18.0%]), “Abdominal and pelvic pain” (15.6% [13.9–17.4%]) and “Dorsalgia” (13.8% [12.2–15.5%]). A total of 21% of all prescriptions were for common pain killers. Women received more diagnoses across most diagnosis groups and prescribed drugs from all types than men. Less than half (45.3%) of all health care costs were generated in the outpatient sector.

Conclusion: The analysis of claims data held in a municipal social services office is a novel approach to gain better insight into asylum seekers’ utilization of health services on an individual level. Compared to regularly insured patients, four characteristics in health care utilization by asylum seekers were identified: low utilization of ambulatory physicians; a gender gap in almost all services, with higher utilization by women; frequent prescription of pain killers; and a low proportion of overall health care costs generated in the outpatient sector. Further research is needed to describe structural and individual factors producing these anomalies.

Keywords: Secondary data analysis, Claims data, Asylum seekers, Health care utilization, Health care expenditures, Restricted access

* Correspondence: andreas@niedermaiers.com

¹Institute of Medical Epidemiology, Biometrics and Informatics, Interdisciplinary Center for Health Sciences, Medical School of the Martin-Luther-University Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Germany
Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s). 2020 **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.

Introduction

Background

Health care utilization is structured by health care needs on one hand and the availability of accessible, acceptable high quality health care services on the other [1]. In general, the health care needs of asylum seekers in Germany are very similar to those of the general population [2–4]. Nevertheless, due to upstream factors before, during and after migration [5, 6], asylum seekers are particularly vulnerable for a number of health risks [4, 5]. In consequence, there are some health care needs particular to asylum seekers [4, 7–10]: studies have shown higher prevalence of psychiatric disorders [11–13], communicable diseases [3, 14, 15], and problems of maternal health [12, 16].

Even though these special needs of asylum seekers are well established in the literature and the German health care system is able to provide acceptable, high quality care, with the *Asylum Seekers' Benefits Act* (“*Asylbewerberleistungsgesetz*”, *ASBA*) German law creates barriers in access to health care [17]. The ASBA, passed into law in 1993, regulates the entitlement to health care for asylum seekers and people whose request for asylum was denied. The ASBA excludes this group from the statutory health insurance, appoints the municipal authorities with carrying health care costs and restricts entitlement to treatment to certain health care needs, namely, acute and painful conditions, as well as maternal care and certain preventative measures, e.g., vaccinations (§4) [17, 18]. Other treatments can be reimbursed if the social services office accepts written applications, arguing them as being essential in securing the patients' health (§6) [17].

The restrictions in the ASBA are worded vaguely and are subject to the interpretation of the local social services office. The local authorities are relatively free in how to organize these provisions, and the practical implementation and approval practices differ greatly from district to district [19], which is why an asylum seeker's chance of receiving adequate health care has been described as strongly depending on the chance of being distributed to a certain region in Germany [19, 20]. Some districts have chosen to task the statutory health insurance with organizing the cost reimbursement to the health care providers and have handed out electronic health insurance cards, equivalent to those of the statutory health insurance. In other districts, the municipal social services office hands out treatment vouchers on application for varying validity periods and differing coverage [19, 21]. The intricate process of voucher application and provision has to be passed by the asylum seeker in a time of illness, and it is as complicated by the asylum seekers' frequent lack of knowledge about the legal framework and its implementation, lack of

geographic mobility, and language barriers as the process of obtaining medical care afterwards. Therefore, it represents a significant barrier in access to health care for asylum seekers in itself [10, 19, 22]. In addition, the subsequent cost reimbursement process to the service providers creates wariness among physicians to treat asylum seekers as they fear not being reimbursed [19].

In addition, asylum seekers' access to health services in Germany is complicated by modulating factors that are shared with other groups of migrants. Studies have identified limited geographic mobility [10, 23], language barriers [10, 23–25], lack of knowledge about the health care system for asylum seekers [10, 24], care providers' lack of knowledge about their patients' legal situation and realities of life [19, 24, 26] and discrimination and racism [24, 25, 27] as factors hindering asylum seekers in accessing adequate health care.

These restrictions and barriers impair the utilization of health services [2, 3, 19], alienate patients from the health care system [9, 10] and increase overall costs of health care provision to this group in the long term [18, 22, 28]. Nevertheless, little is known about the specifics of the utilization of health care by asylum seekers and the effects of these restrictions and barriers.

While the described structural factors determine the realization of access to health care, more individual factors also influence the interaction between the asylum seekers and the health system. Health literacy, as the individuals' knowledge about health-related and health-seeking behaviour, may vary greatly among asylum seekers according to their educational background and origin country [29, 30]. Differing perceptions on the relations and roles of the asylum seeker and the care providers can lead to conflicts and hinder appropriate care [29, 31]. Conflicting perceptions on aetiologies and urgency of treatments have also been described to arise between patients and care providers from differing cultural backgrounds [10, 29, 31]. These “cultural factors” and their consequences for the clinical practise have been subject to debate [32–34].

Calls for monitoring of and data on health and health care utilization by this group have been voiced repeatedly [14, 35, 36] to improve the knowledge base and enable effective surveillance of the health status of this vulnerable group and the effects of policy decisions and interventions in health care for this population.

The local context

Halle (Saale) is a medium-sized city with approximately 240,000 inhabitants, located in the east of Germany. Being an urban area, the density of medical facilities is high, and public transport is readily available, different from other more rural districts, where limited mobility has been

described as a factor impairing asylum seekers' utilization of health care [10, 23, 37]. To our knowledge, other structural mediating factors of access to health care do not differ much from other districts in Germany.

In Halle (Saale), as in most districts in Saxony-Anhalt, the social services office hands out health vouchers [10], but different from other districts, these are handed out unconditionally once every quarter, and they are valid until the end of the quarter [38]. With these vouchers the treating physicians have the promise that treatments covered in §4 ASBA will be paid for, but more extensive elective treatment options such as hospital treatments or therapeutic remedies ("Heilmittel") have to be applied for in advance. Emergency treatments can be provided without prior application, but the care provider has to apply for cost reimbursement later. All these applications are then checked by the medically untrained staff of the social services office [10, 37]. If approved, the social services office reimburses the care providers after receiving the bills.

As the treatment vouchers handed out in Halle (Saale) have a longer period of validity than those handed out in other districts, and as they are handed out almost unconditionally, we consider it easier for asylum seekers from Halle (Saale) to access appropriate health care here than in most other districts that have implemented the voucher model. Yet the social services office still functions as a gate keeper compared to other districts that have tasked the statutory health insurance with handing out electronic health insurance cards to asylum seekers, facilitating access to adequate health care considerably as no application for a voucher is necessary in a time of illness.

Aims

With our study we want to answer the calls for contributions to the knowledge base about asylum seekers' health care utilization. This explorative study aims to describe the outpatient health care utilization by asylum seekers in Halle (Saale) and the total health expenditures for this population. By analysing claims data generated in the billing process of health services held by the municipal social services offices, we highlight the unique potential of this data source to monitor health care utilization by asylum seekers. Drawing on other sources of utilization data, we try to identify anomalies and generate hypotheses that warrant further research.

Empirical data on health care utilization by asylum seekers is essential to improve provision processes and health outcomes. With our study, we want to support policy makers and health care professionals in facilitating equitable access to health care for asylum seekers by contributing to a knowledge base about asylum seekers' health care utilization.

Methods

This retrospective study uses claims data of the social services office in Halle (Saale), Germany, to describe asylum seekers' utilization of health services in the year 2015. We analyse the contacts between asylum seekers and the health system, i.e., visited specialties, diagnosed morbidity, services provided such as prescribed medication or other treatments, and costs thereof. With this population-based data set, we can show frequencies, prevalences and other key characteristics of the utilization of health care on an individual level unrestrained by selection or recall bias.

Study population

Halle (Saale), Germany was chosen as a study site because of the pre-existing cooperation between our research group and the social services office that enabled access to the data. All asylum seekers registered with the social services office of Halle (Saale), Germany, and therefore entitled to provisions under the ASBA at any time in 2015 for at least 1 day were included in this analysis, whether they had received any medical services or not.

Data source

Because of the aforementioned organization of the provision and payment of health care for asylum seekers through the municipal social services offices, these offices hold not only the demographic data of each entitled asylum seeker but also the complete billing documents of all health care that is provided to this population. The bills are stored in the social services office in paper form. The information of the paper-based bills was entered into a MySQL-database through a custom-made web-based data entry form. The data were anonymized in the process of digitalization. Data cleansing and analyses were performed using SAS/STAT® 9.4 [39].

To quantify the error rate of typing in the data, 495 bills of ambulatory physicians with 96 variables of mixed types (dates, open-text, continuous) each were randomly selected for double data entry. A comparison of the two sets of data revealed an error rate of 0.35% on a per-variable basis, which was lower than comparable results from the literature [40].

Variables

For each individual matching the above-mentioned inclusion criteria, the social services office provided information on gender, date of birth, country of origin and first and, where available, last day of entitlement to services under the ASBA, from which we calculated time under observation in our study as days of entitlement in the year 2015.

Each recorded billing document contained information on the first date of contact with the billing doctor's

office or hospital, the name and specialization of the billing physician or hospital, procedure codes classified through the standardized classification manuals for ambulatory physicians (EBM) and dentists (BEMA), respectively [41, 42], diagnoses classified through ICD-10 [43], PZN-Codes for prescribed pharmaceuticals [44], other medical services described in text, and the costs that were billed with the social services office. Data in prescription documents of therapeutic remedies and medical aid products were recorded as classified in the statutory manuals *catalogue of non-physician care* (“Heilmittelkatalog”) [45] and *catalogue of medical aid products* (“Hilfsmittelkatalog”) [46], respectively.

Outpatient services are billed per case. A case is generated by at least one visit of the patient to one doctor or clinic in a quarter and contains all contacts and services provided during that quarter. Exempted from this rule are laboratory physicians, who are consulted by all other specialties for diagnostic tests and bill each set of diagnostic tests separately. Therefore, one patient can generate up to four cases with one ambulatory physician in one year, but a virtually unlimited number of cases with laboratory physicians. Physicians’ specialties were taken from the identifying number unique to each ambulatory physician with the last two digits describing the physicians’ specialty [47]. This number is noted on all prescriptions. On bills from ambulatory offices, this number was not available. For doctors’ offices with more than one specialty, we derived the specialty from specialty-specific procedure codes in the EBM. For analysis, we grouped general practitioners, family doctors and internists who work as family doctors under the label “family doctors”. In Germany, obstetrics and gynaecology is practised by a single specialty and are therefore not being differentiated here.

All specialties have to state legitimating diagnoses in their bills, except for laboratories and diagnostic radiologists. In the analysis of diagnoses, we counted how many patients received a unique diagnosis at least once in the whole year, discounting multiple diagnoses of the same disease and regardless of which physician made the diagnosis, as we could not differentiate if a diagnosis was made for multiple accounts of one illness or if it was ongoing. Physicians are required to qualify the diagnoses as either affirmed (G), suspected (V), ruled out (A) or “symptom free state after diagnosis” (Z). Except when stated otherwise, diagnosis codes were excluded that were qualified as a ruling out of this disease. Thus, we counted only reports of a suspected or affirmed diagnosis or of a symptom-free state following a diagnosis.

For pharmaceuticals, PZN-Codes that describe unique sold units were transcoded to the Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) Classification System [48], which describes active ingredients grouped by area of therapeutic

use. For analysis, the fifth level was used for individual drugs and the second level for therapeutic subgroups. In this article, we took from inpatient bills only the billed costs and reason for admission, which qualifies emergency or regular cases [49].

Statistical procedures

For each analysis, we first provide descriptive statistics to show the crude absolute and relative frequencies of diagnoses and services. Second, we show rates per person-year to account for the vastly differing times of observation, as individual periods of entitlement do overlap with our study period differently. As the distributions of counted events among individuals were highly skewed, we then show percentages of the population having received a certain service or diagnosis at least once over the course of one year of observation. These percentages or one-year estimates are calculated by using Kaplan-Meier analysis to account for shorter observation times (See Supplement 2). These estimates represent administrative one-year prevalences for the underlying population for each diagnosis or service and are labelled as such.

Ethics approval

This secondary data analysis uses administrative data that fulfils all necessary requirements of the Federal data protection act of the Federal Republic of Germany. As this study only uses anonymized secondary data, according to national guidelines, no clearance by the ethics committee was necessary [50].

Results

Demography

In total, 4107 asylum seekers were included in the study (men: $n = 3004$, 73.1%; women: $n = 1103$, 26.9%). People originated from a total of 67 countries, most of them from Syria ($n = 1957$, 47.7%), Afghanistan ($n = 354$, 8.6%), Iran ($n = 180$, 4.4%), Somalia ($n = 173$, 4.2%) and Benin ($n = 168$, 4.1%). A total of 37 people were of unclear origin, and seven were stateless. The median time under observation during the year 2015 was 106 days (min: 1; max: 365). All 4107 people in sum contributed 1786.6 person-years (PY; men: 1307.5PY; women: 475.7PY) during the year 2015. Gender distribution was roughly even in age groups below 15 and above 45. Between age 15 to 45 years, men were overrepresented. More details on the demographic composition are given in Table 1.

Due to changes in the demography of people coming to Germany as asylum seekers during 2015, the study population’s demography also changed in the course of the year. Most notably, the population grew from 1301 people with entitlement on January 1, 2015 to 3134

Table 1 Demographic characteristics of the study population

	Male		Female		All	
	n	%	n	%	n	%
Age						
0- < 5 yrs	154	3.75	158	3.85	312	7.6
5- < 10 yrs	118	2.87	119	2.9	237	5.77
10- < 15 yrs	110	2.68	64	1.56	174	4.24
15- < 20 yrs	344	8.38	92	2.24	436	10.62
20- < 25 yrs	655	15.95	134	3.26	789	19.21
25- < 30 yrs	601	14.63	164	3.99	765	18.63
30- < 35 yrs	424	10.32	124	3.02	548	13.34
35- < 40 yrs	249	6.06	95	2.31	344	8.38
40- < 45 yrs	154	3.75	48	1.17	202	4.92
45- < 50 yrs	113	2.75	32	0.78	145	3.53
50- < 55 yrs	42	1.02	25	0.61	67	1.63
55- < 60 yrs	17	0.41	20	0.49	37	0.9
60- < 65 yrs	9	0.22	11	0.27	20	0.49
> 65 yrs	14	0.34	17	0.41	31	0.75
Sum	3004	73.14	1103	26.86	4107	100
Country of origin						
Syria	1461	35.57	496	12.08	1957	47.65
Afghanistan	244	5.94	110	2.68	354	8.62
Iran	115	2.8	65	1.58	180	4.38
Somalia	109	2.65	64	1.56	173	4.21
Benin	141	3.43	27	0.66	168	4.09
India	88	2.14	33	0.8	121	2.95
Guinea-Bissau	101	2.46	15	0.37	116	2.82
Niger	94	2.29	7	0.17	101	2.46
Russian Federation	49	1.19	49	1.19	98	2.39
Iraq	61	1.49	35	0.85	96	2.34
Unknown/missing	26	0.63	11	0.27	37	0.9
Others	515	12.54	191	4.65	706	17.19
Sum	3004	73.14	1103	26.86	4107	100
Time under observation						
Less than 30 days	249	6.06	125	3.04	374	9.11
31-60 days	591	14.39	300	7.3	891	21.69
61-90 days	375	9.13	139	3.38	514	12.52
91-120 days	467	11.37	103	2.51	570	13.88
121-180 days	360	8.77	45	1.1	405	9.86
181-240 days	137	3.34	47	1.14	184	4.48
241-300 days	132	3.21	47	1.14	179	4.36
More than 300 days	693	16.87	297	7.23	990	24.11
Sum	3004	73.14	1103	26.84	4107	100

people on December 31, 2015. The percentage of Syrian nationals increased from 15.9% (January 1, 2015) to 47.2% (December 31, 2015).

Frequency of outpatient care

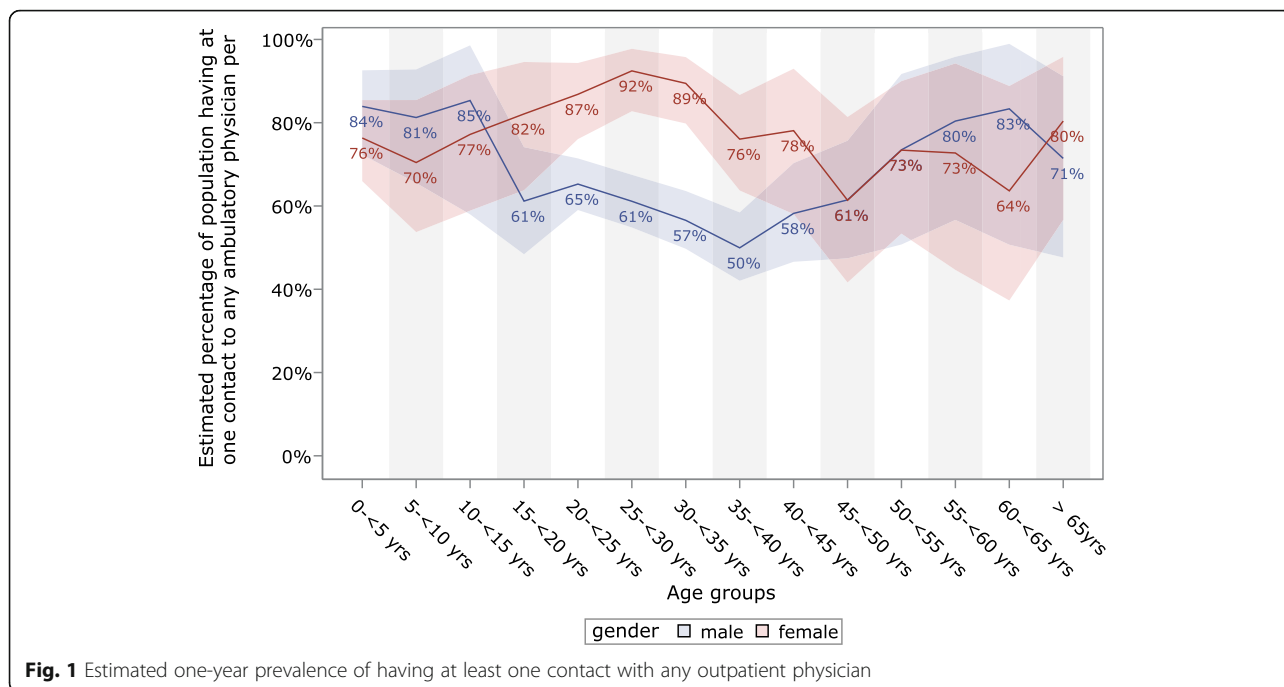
We recorded a total of 7809 billed cases from ambulatory physicians, 4555 for men and 3254 for women. This amounted to a rate of 437.9 ambulatory cases per 100 person-years (men: 348.4 cases/100PY; women: 684.0 cases/100PY) across all specialties, including visits to emergency departments. These cases were not evenly generated by all individuals. Only 46.5% of asylum seekers visited an ambulatory physician. After correction for shorter observation times through Kaplan-Meier analysis, the one-year prevalence of visiting an ambulatory physician at least once was 67.5% [65.1–69.9%]. This prevalence differs notably between age groups and gender: while 81.8% [77.9–85.5%] of women were estimated to have at least one contact with an ambulatory physician, only 62.5% [59.6–65.4%] of men had at least one contact. Similarly, 92.4% [82.7–97.8%] of all women between 25 and 30 years of age were estimated to have at least one visit to a physician, while middle-aged men (age 35 to 40) had the lowest prevalence (50.0% [42.0–58.5%]). Figure 1 shows the estimates of the age-related prevalence of people having at least one contact with an outpatient health care provider per year.

The distribution of case numbers generated by individual asylum seekers was highly skewed. While many asylum seekers did not generate a single case in one year of observation (32.5% [30.1–35.0%], very few (2.8% [1.9–3.9%]) had 20 or more cases.

Family doctors are the most consulted specialty. The one-year prevalence of people having at least one contact with a family doctor was 45.7% [43.3–48.1%]. Next are laboratory physicians (28.8% [26.5–21.2%]) and emergency departments (23.4% [21.4–25.6%]). We estimated that 65.0% [58.6–71.2%] of all patients younger than 18 years consulted a paediatrician at least once in one year, and 33.3% [29.1–38.0%] of all women of any age consulted a gynaecologist. Less than 1% (0.13% [0.04–0.44%]) of all asylum seekers visited a psychotherapist. Figure 2 shows the estimates of the one-year prevalences of having at least one contact to the most commonly consulted ambulatory specialties.

Diagnoses in outpatient care

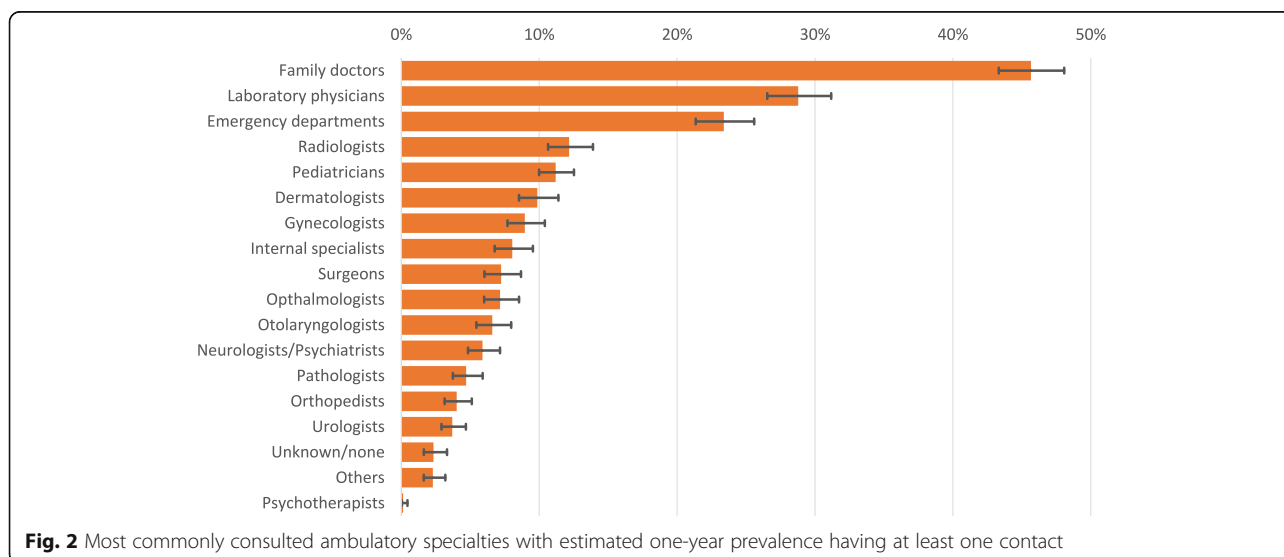
Of a total number of 17,100 ICD-10-coded diagnoses, 89.1% were marked as affirmed, 6.6% as suspected, 2.3% as ruled out and 1.4% as symptom-free. For 109 diagnosis codes (0.6%), this information was missing or invalid. In the following analyses, we excluded all diagnoses that were marked as ruled out.



The distribution of diagnosis frequencies per person was heavily skewed. While 64.1% of all persons of our study population were not once diagnosed by any ambulatory physician, 1.5% of all people received more than 20 unique diagnoses (Median: 0; third quartile: 3; maximum: 44).

The diagnosis with the highest one-year prevalence was “J06: Acute upper respiratory infections”: 16.1% [14.5–18.0%] of all asylum seekers received this diagnosis at least once per year. Next were conditions that are also common in the general German population [51, 52]: “R10:

Abdominal and pelvic pain” (15.6% [13.9–17.4%]) and “M54: Dorsalgia” (13.8% [12.2–15.6%]). The two psychiatric disorder groups “F32: Depressive episode” and “F43: Reactions to severe stress and adjustment disorders” were also diagnosed frequently with a one-year prevalence of 5.5% [4.5–6.7%] and 4.0% [3.2–5.0%]. In one year 2.8% [2.1–3.7%] of our study population was estimated to receive at least one diagnosis of the group of codes that describe Tuberculosis (A15–19). The estimated one-year prevalence of a diagnosis relating to of HIV (B20–24, U60, Z21) was 0.4% [0.2–0.8%].



Supplement 3 shows more detailed information on single diagnosis codes and diagnosis groups.

Analysis of chapters of the ICD-10 reflects the analysis of singular diagnosis codes. Table 2 shows estimated one-year prevalences of people having at least one diagnosis from each chapter, stratified for gender. The prevalences were notably higher for women than men in every chapter but one, with the largest difference in chapters “14: Diseases of the urinary system” and “3: Diseases of the blood, blood forming organs and the immune mechanism”. More men only were diagnosed with chapter “19: Injury, poisoning and certain other consequences of external causes”.

Prescriptions

The 5346 analysed prescriptions contained a total of 7989 prescribed drugs. The identifying ATC-Code was missing or invalid in 1.85% ($n = 146$) of all data entries. A total of 1485 (36.1%) patients were prescribed at least one drug. The estimated prevalence of receiving at least one prescribed drug per year was 57.2% [54.7–59.7%] and was considerably higher for women (70.0% [65.5–

74.4%]) than for men (52.6% [49.7–55.6%]). A total of 1.3% [1.2–1.5%] of all asylum-seekers were estimated to receive more than 20 prescriptions in one year. One person received a maximum of 75 prescribed drugs. Per 100 person-years, this amounted to 448.0 prescribed drugs, with 366.2 prescribed drugs per 100 PY for men and 672.9 prescribed drugs per 100 PY for women.

The most frequently prescribed drug is Ibuprofen, with 14.1% of all prescriptions. More than one third of all people were estimated to receive at least one prescription of Ibuprofen in one year. Four of the seven most frequently prescribed drugs are also mostly prescribed as painkillers (Ibuprofen, Metamizole, Paracetamol, Diclofenac), together making up 21% of all prescriptions. Third ranks Xylometazoline, the active ingredient of nasal decongestants that is almost exclusively prescribed for children (97% of all prescriptions of Xylometazoline were for people of age < 15). The same is true for *Hederæ heliçis folium*, ranked 8th, which is the active ingredient of expectorant syrups. Mirtazapine ranks 6th, being a commonly prescribed antidepressant indicated for episodes of major depression. Supplement 4 shows the

Table 2 One-year prevalence of diagnoses by chapters of the ICD-10 (with 95% confidence intervals)

Diagnosis groups Chapter ICD-10	One-year prevalence		
	% of men [95%-CI]	% of women [95%-CI]	% of all [95%-CI]
1: Certain infectious and parasitic diseases	19.1 [17.0–21.6]	28.0 [23.9–32.6]	21.6 [19.6–23.7]
2: Neoplasms	2.6 [1.9–3.6]	10.9 [8.4–14.1]	4.9 [4.0–6.0]
3: Diseases of the blood, blood-forming organs and certain disorders inv. the immune mechanism	2.2 [1.5–3.2]	12.0 [9.4–15.4]	4.8 [3.9–6.0]
4: Endocrine, nutritional and metabolic diseases	5.4 [4.2–6.8]	17.9 [14.6–21.8]	8.7 [7.5–10.2]
5: Mental and behavioural disorders	11.8 [10.1–13.7]	21.1 [17.6–25.1]	14.2 [12.7–16.0]
6: Diseases of the nervous system	7.2 [5.9–8.8]	10.8 [8.3–14.0]	8.1 [6.9–9.6]
7: Diseases of the eye and adnexa	9.8 [8.2–11.6]	14.2 [11.2–17.9]	11.0 [9.6–12.7]
8: Diseases of the ear and mastoid process	4.4 [3.4–5.7]	8.8 [6.4–11.9]	5.6 [4.6–6.9]
9: Diseases of the circulatory system	5.2 [4.2–6.6]	12.0 [9.2–15.4]	7.1 [6.0–8.5]
10: Diseases of the respiratory system	24.5 [22.2–27.1]	36.1 [31.9–40.8]	27.6 [25.5–29.8]
11: Diseases of the digestive system	16.9 [14.8–19.3]	24.2 [20.6–28.4]	18.8 [17.0–20.8]
12: Diseases of the skin and subcutaneous tissue	14.9 [13.1–17.0]	25.3 [21.5–29.7]	17.7 [15.9–19.6]
13: Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	21.0 [18.8–23.5]	24.8 [21.2–29.0]	22.0 [20.0–24.0]
14: Diseases of the genitourinary system	7.7 [6.3–9.3]	39.9 [35.5–44.6]	16.0 [14.3–17.8]
15: Pregnancy, childbirth and the puerperium	–	15.9 [13.0–19.5]	4.2 [3.4–5.3]
16: Certain conditions originating in the perinatal period	0.3 [0.1–0.5]	0.4 [0.1–1.1]	0.3 [0.2–0.5]
17: Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities	2.2 [1.5–3.3]	4.7 [3.1–7.0]	2.9 [2.2–3.8]
18: Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified	27.9 [25.4–30.6]	54.6 [49.8–59.5]	34.9 [32.5–37.3]
19: Injury, poisoning and certain other consequences of external causes	16.6 [14.5–18.9]	13.0 [10.1–16.5]	15.6 [13.9–17.5]
20: External causes of morbidity and mortality	0.3 [0.1–0.9]	0.3 [0.0–2.3]	0.3 [0.1–0.8]
21: Factors influencing health status and contact with health services	12.2 [10.5–14.2]	52.4 [47.6–57.4]	22.7 [20.7–24.8]
22: Codes for special purposes	6.8 [5.5–8.5]	15.0 [12.1–18.6]	8.9 [7.6–10.3]

Top 10 most prescribed drugs with percentages of all prescriptions and one-year prevalences of people receiving at least one prescription per person-year stratified by gender.

The findings for therapeutic subgroups reflect the frequencies of single drugs reported above. Antibacterials for systemic use are ranked second in this analysis, with an estimated 18.3% [16.5–20.3%] of all people treated at least once per year, but do not show up in the single drug analysis because of the multitude of subgroups and single drugs making up this group. The antiinflammatory and antirheumatic products (M01) prescribed here are mostly (88.8%) Ibuprofen (M01AE01) and psychoanaleptics (N06) prescribed here are exclusively antidepressants (N06A). Surprisingly, antimycobacterials (J07) rank 9th in frequency, with 3.1% of all prescriptions and 1.5% [1.0–2.2%] of all people being treated at least once in one year. Table 3 shows the most commonly prescribed drug groups with with percentages of all prescriptions and estimated one-year prevalences of receiving at least one prescription.

Others

Dentists

Our data contained 708 bills for dentist cases, amounting to 39.7 cases (males: 37.3; females: 46.2) per 100 person-years. These cases contained a total of 5063 reported procedure codes (classified through the BEMA [42]). Per case a mean of 7.1 procedure codes was reported (median: 5; Min 0; Max: 61). The most common procedure code was “Ä1: Consultation of a patient, even by telephone”, with 17.2% of all reported codes; 98.1% of all cases contained this code. Second in frequency was “40: Infiltration anaesthesia”, with 8.1% of all codes, and 38.8% of all cases containing this code, and “32: Preparation of a root canal, per canal”, with 7.3% of all

reported codes, and 21.6% of all cases containing this code. Looking into subgroups of the BEMA, the most common subgroups were “101: Diagnostics and consultations”, with 99.0% of all cases containing procedure codes of this subgroup, “109: Anaesthesia”, reported in 55.9% of cases, and “102: X-ray radiography”, reported in 52.5% of all cases. A total of 22.7% of all cases contained only diagnostic procedure codes (Subgroups “101”, “102”). No cases contained prophylactic procedure codes (“103: Prophylactic procedures”). The estimated one-year prevalence of visiting a dentist at least once was 24.0% [22.0–26.1%].

Therapeutic remedies

A total of 188 prescriptions for therapeutic remedies were counted. Per 100 person-years 10.5 prescriptions of this kind were billed. Overall, 86.7% of these concerned physiotherapy, 8% occupational therapy, 3.2% speech therapy, and 2.2% others/unknown. 38.2% of all prescriptions were issued for problems of the spine (“WS”), 35.0% for problems of the extremities (“EX”), and 6.5% for problems with the central nervous system (“ZN”). These prescriptions contained 242 procedure codes according to EBM. The most common chapter was “05: Normal physical therapy, one-on-one”, with 31.9%, “12: Manual therapy”, with 18.2% and “01: Medical massages”, with 9.9% of all prescribed procedure code. A total of 12.8% of the prescribed therapeutic remedies were to be performed in a house call. The estimated one-year prevalence to receive a prescription of this kind at least once was 5.7% [4.6–7.1%].

Medical aid products

A total of 381 prescriptions for medical aid products were billed for the study population. The most frequent chapters were “08: Shoe inlays”, with 16.8% of all

Table 3 Most commonly prescribed drug groups with percentages of all prescriptions and estimated one-year prevalences of receiving at least one prescription

Prescribed drugs		Proportion	One-year prevalence		
Code	Group name	% of all prescriptions	% of men [95%-CI]	% of women [95%-CI]	% of all [95%-CI]
M01	Anti-inflammatory and antirheumatic products	15.9	33.2 [30.5–36.1]	41.1 [36.5–46.0]	35.3 [33.0–37.8]
J01	Antibacterials for systemic use	7.0	14.6 [12.7–16.7]	28.5 [24.5–33.1]	18.3 [16.5–20.3]
N02	Analgesics	6.3	14.0 [12.1–16.1]	25.0 [21.1–29.5]	17.1 [15.3–19.1]
A02	Drugs for acid related disorders	6.3	14.6 [12.6–16.8]	16.2 [13.2–19.8]	14.9 [13.3–16.7]
R05	Cough and cold preparations	5.7	7.2 [6.0–8.7]	14.2 [11.3–17.7]	9.1 [7.9–10.5]
R01	Nasal preparations	5.6	7.2 [5.9–8.9]	16.2 [13.2–19.8]	9.6 [8.3–11.1]
N06	Psychoanaleptics	4.6	3.8 [2.9–5.0]	7.8 [5.6–10.8]	4.9 [3.9–6.1]
N05	Psycholeptics	4.5	2.6 [1.8–3.6]	6.3 [4.3–9.2]	3.6 [2.8–4.7]
J04	Antimycobacterials	3.1	1.6 [1.0–2.5]	1.2 [0.6–2.5]	1.5 [1.0–2.2]
D07	Corticosteroids, dermatological preparations	3.1	7.0 [5.7–8.7]	10.8 [8.1–14.2]	8.1 [6.8–9.5]
J07	Vaccines	2.6	3.8 [2.8–5.2]	8.4 [6.0–11.7]	5.1 [4.1–6.4]

prescriptions, “03: Application aides,” with 15% and “15: Incontinence aides”, with 10.8% of all prescriptions. Per 100 person-years, 21.4 prescriptions were billed (male: 20.9; female: 22.7). The estimate to receive a prescription of a medical aid product at least once in one year was 5.7% [4.6–7.0%].

Miscellaneous

The 517 billing documents regarding regular and emergency inpatient care will be analysed in a separate article.

The 934 remaining bills were caused by emergency and other transport services (*n* = 729), translator services (*n* = 28), home care (*n* = 82), midwifery bills (*n* = 40), statutory screening for new-borns (*n* = 30), inpatient rehabilitation (*n* = 3) and others/unknown (*n* = 22).

Cost analyses

In 2015, the social services office in Halle (Saale), Germany paid 2,825,106.52 € for medical care for asylum seekers. Per observed person-year, this amounted to 1584.33€ (men: 1178.39€; women: 2700.05€). This amount was lowest for children of 5 to 9 years (779€ per person-year) and highest for asylum seekers above the age of 55 years (3377 €). For this analysis, one extreme outlier was excluded: a premature baby who accounted for costs of more than 280,000€ alone. Figure 3 shows the total health care costs per sector of care. Inpatient

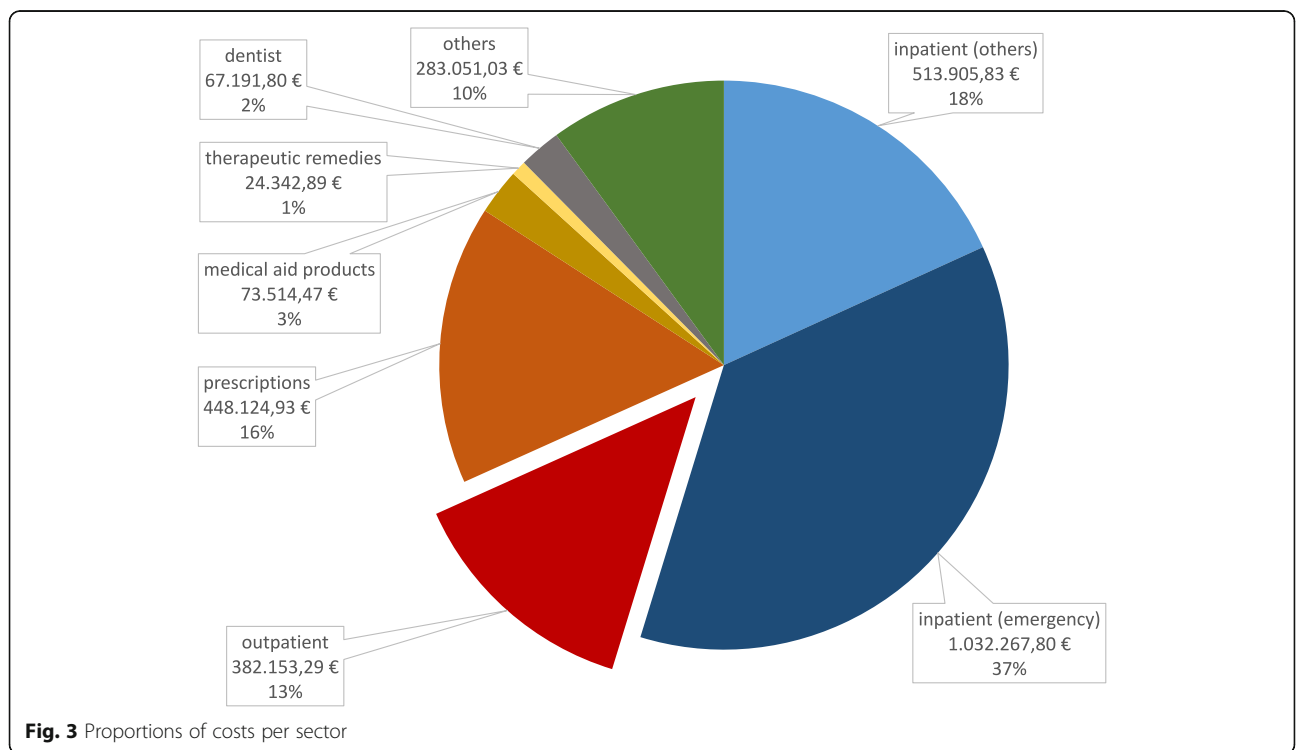
care in total amounted to more than half (54.7%) of all costs, and inpatient care reported as emergency admissions resulted in 37% of all costs. Costs for the subgroup “others” were costs for emergency and other transport (59.9%), rehabilitation (13.9%), home care (13.7%), midwifery costs (4.5%), translator costs (3.8%) and miscellaneous/unknown (4.1%).

Discussion

This study intended to describe health care utilization by asylum seekers and to identify characteristics in their utilization. To describe those in detail is an important first step to better understand how asylum seekers’ particular social and legal situation might affect their access to health care and, ultimately, their health. We identified four key characteristics that warrant further discussion: a low outpatient care utilization, the gender gap in most diagnoses and services, a large share of painkillers among all prescribed drugs and the total health care costs.

Low outpatient care utilization

Public health researchers have long highlighted the high importance of early primary and outpatient care in limiting the later burden of disease in general [53] and for asylum seekers and other vulnerable groups in particular [22, 54]. Accordingly, it has been shown that a strong focus on primary health care for asylum seekers reduces



health care costs to the public [55]. Access to health care for asylum seekers is complicated by structural factors such as language barriers or limited knowledge about the health system. In addition, with the exclusion of asylum seekers from the statutory health insurance through the ASBA and its various translations into practice, German health care policy has created artificial barriers in the access to health care for asylum seekers [10, 19, 37]. We suspect effects of these barriers in the utilization of health care services by our study population: When comparing our cohort of asylum seekers to the regularly insured German population [51], we found similar patterns in age and gender distribution contrasting consistently lower numbers of utilization of outpatient care across all age and gender groups. While among the regularly insured German population, more than 90% of all people visit an outpatient physician at least once in one year [51], at 67.5%, this prevalence was comparably low in our population. This might be assumed to show the “healthy migrant effect” [56], but a closer look reveals a more exact picture.

In detail, utilization of outpatient specialist care was lower than for the regularly insured population in every specialty [51], except for contacts to emergency departments [57]. Researchers have found high utilization of emergency care to be a result of inefficient and delayed ambulatory care and barriers in access to regular primary care [54, 58]. In emergency departments, as opposed to other outpatient offices, organizational barriers are low, as asylum seekers do not need health care vouchers there to receive treatment [59]. Limited knowledge about the structure of the German health system, with its separate inpatient and outpatient sectors and family doctors as designated first contact points for patients, also might lead asylum seekers to seek help in emergency departments first [58, 60, 61].

Despite many researchers reporting a high need for psychological care among refugees [11, 62–64], the prevalences of psychological diagnoses in our sample were low, and the proportion of people having contact with psychotherapists was extremely low. This might be explained by barriers in accessing psychological services and problems with reimbursement of psychotherapy by social security offices [62, 65]. In another publication, we expand on this topic by contrasting utilization data with data on actual health care needs in the same population to quantify this mismatch [66].

Gender gap

With almost all of the measurements of utilization that we looked at, we found a large gender gap, with women having higher rates of outpatient cases and proportionally more women having contact with physicians, being diagnosed more often and receiving more prescriptions.

This can only in part be explained through pregnancies and birth, as it holds true for almost all diagnosis groups and rates of health care services. These findings replicate other reports [21, 67, 68]. This might point towards lower access barriers for migrant women or higher health care needs, but we found no published research regarding this topic. More research is needed here to identify gender-specific modes of access and patterns of health care utilization among this population.

Medication

Among the prescribed drugs for our study population, we found a surprisingly large percentage of common pain killers together making up more than 20% of all drug prescriptions made out for our study population. More than one-third of our population received at least one prescription for Ibuprofen in one year, compared to approximately one-fifth of the regularly insured population [69]. Similar results have been reported by Kahl and Frewer [70] from a sample in a reception centre in Bavaria. As they have, we can only speculate about reasons for this anomaly. Diagnoses of disorders of the musculoskeletal system and of symptoms of nonspecific pain were prevalent.

Nonspecific pain is a symptom often reported among asylum seekers [10, 63]. This might result from pain being a frequent symptom of psychological and psychosomatic conditions [71]. Previous studies have shown a high unmet need of treatment of such conditions and a tendency among mentally ill asylum seekers to report with somatic symptoms [72]. Another explanation might lie in the wording of the ASBA, stating in its first paragraph that asylum seekers are entitled to treatment for “acute and painful conditions” [17], which might lead physicians towards treating symptomatically with pain medication, especially when in uncertainty about actual entitlement regulations for their patients [24] or when unwilling or unable to engage for their patients to facilitate equitable treatment and to overcome barriers in access to adequate health care [26, 37]. Researchers working on asylum seekers’ perceptions of the health care system have described frequent pain killer prescriptions as a symbol for “*the lack of interest of and the rejection by the health care system*” [73], as they found pain killer prescription being a common trait among failed doctor-patient interactions with asylum seekers [37].

Cost analyses

With regard to cost analyses, our findings for total cost per person-year are similar to findings by other researchers [18, 22, 65] in being much lower than for the regularly insured population in Germany, where the yearly total health expenditures per person in 2015 was reported to be 3019€ [74]. Bozorgmehr et al. [22]

reported the total health care cost per person-year for asylum seekers in the German mean to be 1606€ in 2013. Bauhoff et al. [65] looked at a similar data source of a similar cohort of asylum seekers in 2016 who had access not through health care vouchers but who were handed an Electronic Health Insurance Card (EHIC), considerably facilitating access to health care [2]. With 1534 €, the total annual health care costs per person-year for our cohort were almost 20% lower than for Bauhoff et al.'s cohort of asylum seekers, at 1884€ [65]. Herein, the biggest relative differences are found in outpatient care and dentist costs. These are the sectors where organizational barriers in access are highest due to the local implementation of the ASBA and that were less cost-intensive in our cohort.

While this seems to support the rationale in restricting access to health care for asylum seekers to minimize costs to be carried by the German state [75], we are wary of this interpretation for reasons of ethics and economics. First, saving money by artificially creating an underprovision seems to be unethical to us and many others. Second, many researchers have argued that inadequate provision of primary and preventative care before [8], during [6] and after the flight [2, 10, 14, 59] would cause a shift in health services to later, more severe stages of disease and thereby to emergency care and the inpatient sector, ultimately making health care provision to this population more costly in the long term [2, 19, 22, 59]. We believe our data show signs of this shift in the analysis of costs per sector of care: more than half of all costs for our study population were generated in the inpatient sector compared to figures for the regularly insured, ranging from 25 to 39% [65, 74]. We also see a high share of costs generated through emergency hospitalization. This is in line with former research, showing high prevalences of hospitalization [67, 76] and high costs of inpatient health-care [54, 65] among asylum seekers. To reverse this shift back to the cost-efficient arena of primary and preventative care, this calls for initiatives to provide timely and adequate care both in the receiving country and along the migration routes to reduce the morbidity and health care costs in the long term [22, 28]. Further research is needed to investigate the causes and extent of preventable hospitalization among asylum seekers through restricted access to health care. We intend to give a more in-depth analysis of the data concerning regular and emergency inpatient care in a future publication.

Strengths and limitations

Asylum seekers' access to health care has been a controversial topic for many years. Nevertheless, scientific studies on the health-related effects of restricting access to health care have been scarce until now. With this

article, we want to provide a first insight into health care utilization under circumstances of restricted access to health care structured through the ASBA and the provision of health vouchers to define a starting point for further analyses. As a major strength of our study, we consider that by using claims data from a social services office, we chose an approach that has thus far not been employed to generate data on asylum seekers' health. With this population-based approach, we can show frequencies, prevalences and other key characteristics of the utilization of health care on an individual level, unrestrained by selection or recall bias. Our findings point to certain unmet health care needs among asylum seekers and can provide a baseline, to which similar data from different districts with different structural characteristics or from different time spans or data taken from other populations can be compared to evaluate measures to improve health outcomes among this vulnerable population.

However, the presented data alone do not allow for inferences about reasons for anomalies or characteristic patterns in health care utilization. The utilization of health care services is not congruent with the actual health care needs [72] and differs under differently structured modes of access [19]. Therefore, our data have to be interpreted against the backdrop of the local policies and conditions. In another publication, we contrast utilization data with data on actual health care needs, highlighting this difference between health care needs and utilization [66].

Our study population matched the general demographics of people coming to Germany as asylum seekers during that time in age and gender distribution, with young and male asylum seekers dominating the sample [77]. With regard to origin countries, similar to the national statistics, Syrian and Afghan nationals also dominated our study population. However, all nationalities from the Balkan states (Albania, Kosovo, Serbia) were largely missing from our sample. These countries are considered "safe origin countries" by the German government, and applicants from these countries are usually not distributed to the districts but have to stay in the reception centres until their deportation. In turn, West African nationalities (Somalia, Benin, Guinea-Bissau, Niger) were overrepresented. Applicants from these countries had the longest durations of entitlement, i.e., asylum processes, and may thus be overrepresented. Asylum seekers are distributed into the regions in Germany based on the "Königsteiner Schlüssel", an allocation formula that calculates the number of asylum seekers to be taken in by each region according to its tax yield and its population count. While we know from informal discussions that the distribution of asylum seekers to the different federal states is additionally

influenced by their nationality (with less-common nationalities being clustered in some federal states), we were not able to officially receive confirmation of these processes from the authorities in charge. Nevertheless, we do not assume that there is a strong association between nationality and health status and therefore consider the potential for bias arising from this problem to be rather small. The gender and age distribution, with a focus on male and younger participants, limits comparability to the population of the regularly insured in Germany.

Furthermore, interpretation of secondary data is limited by its origin [78]. Claims data are generated not for the purpose of research, but for billing of medical services, and therefore might be biased through the financial interest of service providers. Diagnosis codes on provider bills have to be noted to legitimate billed procedures and services; thus, diagnosis numbers may overestimate the true prevalence [51, 52]. However, our data on prescriptions only contains those documents that were turned in to pharmacies, but not those that were prescribed but never turned in. These data therefore only describe the drugs that were actually handed out to the asylum seekers in pharmacies. The data also do not contain information on prescription-free drugs and drugs that were given out as part of a hospital stay; thus, our figures may misrepresent true drug use to some extent [52].

Because of the structure of the data, we could not calculate certain characteristics that we had deemed important. We could not calculate the exact number of contacts between asylum seekers and physicians, as the billed cases can contain a number of contacts between care provider and patient. When looking at diagnoses we also could not differentiate between ongoing cases of one illness and multiple recurrences of the same disease so as to show incidences. This is a common problem also faced by other researchers using similar claims data [52, 69]. We drew on their work and also calculated one-year prevalences of diagnoses and utilization of different services to be able to compare our findings and to not underestimate the true figures.

Conclusion

Empirical data on health care utilization by asylum seekers is essential to improve provision processes and outcomes. As of yet, German policy decisions on the health care of asylum seekers have not followed medical reasoning or empiric evidence and, thus, have had effects adverse to asylum seekers' health. Germany has both accepted access to health care [79] as a human right and its implementation as its' duty under EU law [80]. This means providing accessible, acceptable and high-quality health care to all those who need it is not only a moral obligation, but a legal one. As health professionals, we

want to support the process towards health equity by contributing to a knowledge base about asylum seekers' health care utilization. With this analysis of claims data held by the municipal social services office, we presented an exploration of a novel data source for monitoring utilization of health care by asylum seekers. With four characteristics in patterns of health care utilization, we identified fields of interest for further research: low outpatient care utilization, a substantial gender gap in utilization of almost all services and diagnosis groups, high shares of pain medication in drug prescriptions and a high share of costs being generated in the inpatient sector. We created a baseline, to which data from different districts of populations can be compared to. Further research regarding utilization under differently structured modes of access to health care and individual perceptions of the health system and barriers, as well as actual health care needs of asylum seekers, is needed to identify reasons for these characteristics and to deduce evidence-based measures to improve health care provision to asylum seekers.

Supplementary information

Supplementary information accompanies this paper at <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05811-4>.

Additional file 1. Additional information on the asylum process in Germany.

Additional file 2. Exemplary Kaplan-Meier analysis illustrating the method used in obtaining one-year prevalences.

Additional file 3. Additional data on prevalences by single diagnoses and diagnosis groups.

Additional file 4. Additional data on the Top 10 most prescribed single drugs.

Abbreviations

CI: Confidence interval; ASBA: Asylum seekers benefits act ("*AsylbLG*", "*Asylbewerberleistungsgesetz*"); EBM: Uniform valuation scale for ambulatory physicians ("*Einheitlicher Bewertungsmaßstab*"); BEMA: Valuation scale of dentistry services ("*Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen*"); ICD-10: International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision; PZN: Central pharmaceutical number ("*Pharmazentralnummer*"); ATC: Anatomical Therapeutic Chemical Classification System; PY: Person-year; HIV: Humane immunodeficiency virus; EHC: Electronic health insurance card; ZAS: Central reception centre for asylum seekers ("*Zentrale Anlaufstelle für Asylbewerber*")

Acknowledgements

We thank the administration of the social services department of Halle (Saale) for their support in allowing access to the data and their help during data collection. We thank the staff of the social services office Halle (Saale) for their help in maneuvering the archives during data collection and their insight into billing processes and the bureaucratic organization of voucher provision. We thank the anonymous reviewers, whose comments supported the development of this article. AN wants to thank his son August, who was born during the revision process and provided his bodily warmth to support the writing.

Authors' contributions

AN and AF2 conceived the concept and design of the study. AF2, DT and AW were responsible for realization of data access. AN, AF2, DT, AW made substantial contributions to the conception and design of the study. AN collected, edited and analysed the claims data and drafted this article. AN,

AF1, DT, AW, AF2 were involved in critical revision for important intellectual content. AN, AF1, DT, AW, AF2 read and approved the final manuscript.

Funding

AN and AF1 were supported by grants of the Hallesches Promotionskolleg Medizin (HaPKoM), Medical Faculty of the Martin-Luther University Halle-Wittenberg (PK15/PK30). AF2 and AW were supported by a Roux grant of the Medical Faculty Halle-Wittenberg (FKZ 31/29). Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Availability of data and materials

The data that support the findings of this study were obtained from the social services office, City of Halle (Saale), Germany (address: Fachbereich Soziales, Südpromenade 30, 06128 Halle (Saale), Germany), but restrictions apply to the availability of these data, which were used under license for the current study and therefore are not publicly available. Data are, however, available from the authors upon reasonable request and with written permission of the social services office, City of Halle (Saale), Germany.

Ethics approval and consent to participate

As this study only uses anonymized secondary data, according to national guidelines, no clearance by the ethics committee was necessary [50].

Consent for publication

Not applicable.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Author details

¹Institute of Medical Epidemiology, Biometrics and Informatics, Interdisciplinary Center for Health Sciences, Medical School of the Martin-Luther-University Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Germany. ²IT-Department, Data Integration Center, University Hospital Halle (Saale), Halle (Saale), Germany.

Received: 2 April 2020 Accepted: 9 October 2020

Published online: 20 October 2020

References

- UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment No. 14 (2000) The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights): SUBSTANTIVE ISSUES ARISING IN THE IMPLEMENTATION OF THE INTERNATIONAL COVENANT ON ECONOMIC, SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS. Geneva: Economic and Social Council; 2000 Aug 11. General Comment 14 [cited 2020 Feb 19]. Available from: URL: <https://digitallibrary.un.org/record/425041>.
- Claassen K, Jäger P. Impact of the Introduction of the Electronic Health Insurance Card on the Use of Medical Services by Asylum Seekers in Germany. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(5):856.
- Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet*. 2013;381(9873):1235–45.
- Burnett A, Peel M. Health needs of asylum seekers and refugees. *BMJ*. 2001; 322(7285):544–7.
- Norredam M, Mygind A, Krasnik A. Access to health care for asylum seekers in the European Union—a comparative study of country policies. *Eur J Pub Health*. 2006;16(3):286–90.
- Abubakar I, Aldridge RW, Devakumar D, Orcutt M, Burns R, Barreto ML, et al. The UCL–Lancet Commission on migration and health: the health of a world on the move. *Lancet*. 2018;392(10164):2606–54.
- Gavranidou M, Niemiec B, Magg B, Rosner R. Traumatische Erfahrungen, aktuelle Lebensbedingungen im Exil und psychische Belastung junger Flüchtlinge. *Kindheit und Entwicklung*. 2008;17(4):224–31.
- Jesuthasan J, Sönmez E, Abels I, Kurmeyer C, Gutermann J, Kimbel R, et al. 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. *BMC Med*. 2018;16(1):15.
- Aumüller J, Bretl C. Lokale Gesellschaften und Flüchtlinge: Förderung von sozialer Integration: Die kommunale Integration von Flüchtlingen in Deutschland. Berlin: Berliner Institut für Vergleichende Sozialforschung; 2008. [cited 2020 Mar 26]. Available from: URL: https://www.desi-sozialforschung-berlin.de/wp-content/uploads/Kommunale_Integration_von_Fluechtlingen.pdf.
- Spura A, Kleinke M, Robra B-P, Ladebeck N. Wie erleben Asylsuchende den Zugang zu medizinischer Versorgung? *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz*. 2017;60(4):462–70.
- Führer A, Eichner F, Stang A. Morbidity of asylum seekers in a medium-sized German city. *Eur J Epidemiol*. 2016;31(7):703–6.
- van Oostrum IEA, Goosen S, Uitenbroek DG, Koppelaar H, Stronks K. Mortality and causes of death among asylum seekers in the Netherlands, 2002–2005. *J Epidemiol Community Health*. 2011;65(4):376–83.
- Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*. 2005; 365(9467):1309–14.
- Frank L, Yesil-Jürgens R, Razum O, Bozorgmehr, Kayvan, Schenk, et al. Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. *J Health Monitoring*. 2017;2:24–47.
- Russo G, Vita S, Miglietta A, Terrazzini N, Sannella A, Vullo V. Health profile and disease determinants among asylum seekers: a cross-sectional retrospective study from an Italian reception Centre. *J Public Health (Oxf)*. 2016;38(2):212–22.
- Gewalt SC, Berger S, Szecsenyi J, Bozorgmehr K. "If you can, change this system" –Pregnant asylum seekers' perceptions on social determinants and material circumstances affecting their health whilst living in state-provided accommodation in Germany - a prospective, qualitative case study. *BMC Public Health*. 2019;19(1):287.
- Deutscher Bundestag. Asylbewerberleistungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. August 1997 (BGBl. I S. 2022), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) geändert worden ist: (AsylbLG). Available from: URL: <https://www.gesetze-im-internet.de/asylbLG/AsylbLG.pdf>.
- Burmester F. Medizinische Versorgung der Leistungsberechtigten nach §§ 4 und 6 AsylbLG über eine Krankenkasse. *Public Health Forum*. 2015;23(2): 106–8.
- Razum O, Wenner J, Bozorgmehr K. Wenn Zufall über den Zugang zur Gesundheitsversorgung bestimmt: Geflüchtete in Deutschland. *Gesundheitswesen*. 2016;78(11):711–4.
- Bozorgmehr K, Razum O, Szecsenyi J, Maier W, Stock C. Regional deprivation is associated with the distribution of vulnerable asylum seekers: a nationwide small area analysis in Germany. *J Epidemiol Community Health*. 2017;71(9):857–62.
- Müllerschön J, Koschollek C, Santos-Hövenner C, Kuehne A, Müller-Nordhorn J, Bremer V. 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. *BMC Int Health Hum Rights*. 2019;19(1):10.
- Bozorgmehr K, Razum O. Effect of restricting access to health care on health expenditures among asylum-seekers and refugees: a quasi-experimental study in Germany, 1994–2013. *PLoS One*. 2015;10(7):e0131483.
- Behrens B, Groß V. Auf dem Weg in ein "normales Leben?": Eine Analyse der gesundheitlichen Situation von Asylsuchenden in der Region Osnabrück; Forschungsergebnisse des Teilprojektes "Regionalanalyse"; "SPuK – Sprache und Kultur: Grundlagen für eine effektive Gesundheitsversorgung". Osnabrück: Universität Osnabrück, FB Erziehungs- und Kulturwissenschaften; 2004. Available from: URL: http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/Equal_gesundheitliche_situation_asylsuchende_osnabrueck.pdf.
- Führer A, Eichner F. Verloren im Räderwerk: Eine interdisziplinäre Studie zur Gesundheit und medizinischen Versorgung von Asylsuchenden in Halle (Saale). Halle; 2015 [cited 2020 Mar 26]. Available from: URL: https://www.rosalux.de/fileadmin/rls_uploads/pdfs/sonst_publicationen/verloren_im_raederwerk_studie.pdf.
- Davidson N, Skull S, Burgner D, Kelly P, Raman S, Silove D, et al. An issue of access: delivering equitable health care for newly arrived refugee children in Australia. *J Paediatr Child Health*. 2004;40(9–10):569–75.
- Führer A. "Da muss sich jemand anders kümmern" – Die medizinische Versorgung von Asylsuchenden als Herausforderung für eine bio-psycho-soziale Medizin. *Gesundheitswesen*; 2019.
- Schunck R, Reiss K, Razum O. Pathways between perceived discrimination and health among immigrants: evidence from a large national panel survey in Germany. *Ethn Health*. 2015;20(5):493–510.
- Trummer U, Novak-Zezula S, Renner A, Wilczewska I. 2.10-P10Cost savings through timely treatment for irregular migrants and European Union citizens without insurance. *Eur J Public Health*. 2018;28(suppl_1):cky048–61.

29. O'Donnell CA, Higgins M, Chauhan R, Mullen K. "They think we're OK and we know we're not". A qualitative study of asylum seekers' access, knowledge and views to health care in the UK. *BMC Health Serv Res.* 2007;7:75.
30. Philippi M, Melchert P, Renaud D. Welche gesundheitsbezogenen Informationen brauchen Geflüchtete? *Präv Gesundheitsf.* 2018;13(3):203–10.
31. Karger A, Lindtner-Rudolph H, Mroczynski R, Ziem A, Joksimovic L. Wie fremd ist mir der Patient? *Z Psychosom Med Psychother.* 2017;63(3):280–96.
32. Fassin D. Culturalism As Ideology. In: Makhlof-Obermeyer C, editor. *Cross-Cultural Perspectives on Reproductive Health.* Oxford: Oxford University Press; 2001. p. 300–17.
33. Kleinman A, Benson P. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Med.* 2006;3(10):e294.
34. Holmes SM. The clinical gaze in the practice of migrant health: Mexican migrants in the United States. *Soc Sci Med.* 2012;74(6):873–81.
35. Biddle L, Menold N, Bentner M, Nöst S, Jahn R, Ziegler S, et al. Health monitoring among asylum seekers and refugees: a state-wide, cross-sectional, population-based study in Germany. *Emerg Themes Epidemiol.* 2019;16:3.
36. Razum O, Bunte A, Gilsdorf A, Ziese T, Bozorgmehr K. Gesundheitsversorgung von Geflüchteten: Zu gesicherten Daten kommen. *Dtsch Arztebl International.* 2016;15(2):62 Available from: URL: <https://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=174787>.
37. Scott P. Black African asylum seekers' experiences of health care access in an eastern German state. *Int'l J of Migration, H and SC.* 2014;10(3):134–47.
38. Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt. Sozial- und Jugendämter Sachsen-Anhalt mit Besonderheiten bei Asylbewerbern: Stand 02.06.2016; 2016.
39. SAS/STAT Software: Copyright 2020. SAS and all other SAS Institute Inc. product or service names are registered trademarks or trademarks of SAS Institute Inc. Version 9.4 of the SAS System for Windows. Cary; 2020.
40. Büchele G, Och B, Bolte G, Weiland SK. Single vs. double data entry. *Epidemiology.* 2005;16(1):130–1.
41. KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung. Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM): Stand: 4. Quartal 2015. Berlin; 2015 [cited 2020 Mar 26]. Available from: URL: https://www.kbv.de/media/EBM-2009-Archiv_2.zip.
42. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung. BEMA: Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen gemäß § 87 Abs. 2 und 2h SGB V; Anlage A zum BMV-Z; 2018 [cited 2019 Jun 17]. Available from: URL: <https://www.kzbv.de/gebuehrenverzeichnis.334.de.html>.
43. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. ICD-10-GM Version 2015: Systematisches Verzeichnis; Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision; 2014 [cited 2020 Mar 26]. Available from: URL: <https://www.dimdi.de/dynamic/downloads/klassifikationen/icd-10-gm/vorgaenger/icd10gm2015.zip>.
44. Informationsstelle für Arzneispezialitäten – IFA GmbH. Richtlinien für die Zuteilung von Pharmazentralnummern; 2019. [cited 2020 Mar 26]. Available from: URL: https://www.ifaffm.de/mandanten/1/documents/02_ifa_anbieter/richtlinien/IFA-Richtlinien_Zuteilung_von_PZN_DE.pdf.
45. Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung: (Heilmittel-Richtlinie/Heilm-RL); letzte Änderung vom 19.09.2019. Berlin; 2020. Bundesanzeiger 96 [cited 2020 Feb 19]. Available from: URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/12/>.
46. Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung: (Hilfsmittel-Richtlinie/Hilfsm-RL); zuletzt geändert am 22. November 2019. Berlin; 2020. Bundesanzeiger [cited 2020 Feb 19]. Available from: URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/13/>.
47. KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung. Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Absatz 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten- sowie der Praxisnetznummern; 2017 [cited 2020 Mar 26]. Available from: URL: http://www.kbv.de/media/sp/Arztnummern_Richtlinie.pdf.
48. Fricke U, Günther J, Zawinell A, Zeidan R. ATC-Klassifikation mit Tagesdosen für den deutschen Arzneimittelmarkt des GKV-Arzneimittelindex im Jahr 2015; 2015 [cited 2020 Mar 26]. Available from: URL: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Bilder/Publikationen/Produkte/Arzneimittel-Klassifikation/wido_arz_atc_gkv-ai_2015.pdf.
49. GKV-Spitzenverband. Anlage 1 zur § 301-Vereinbarung: Datensätze für die Datenübermittlung 15. Fortschreibung; 2018. Available from: URL: https://www.gkv-datenaustausch.de/media/dokumente/leistungserbringer_1/krankenhaeuser/anlage_1/1_anl1-40.pdf.
50. Swart E, Gothe H, Geyer S, Jaunzeme J, Maier B, Grobe TG, et al. Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS): Leitlinien und Empfehlungen. *Gesundheitswesen.* 2015;77(2):120–6.
51. Grobe TG, Steinmann S, Szecsenyi J. *Arztreport 2017: Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse [Band 1].* Berlin: Barmer GEK; 2017.
52. Klauber J, Günster C, Gerste B, Robra B-P, Schmacke N. *Versorgungsreport 2013/2014: Schwerpunkt: Depression.* Stuttgart: Schattauer; 2014. (Versorgungs-Report2013/14).
53. Caminal J. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur J Pub Health.* 2004;14(3):246–51.
54. Banham D, Karnon J, Densley K, Lynch JW. How much emergency department use by vulnerable populations is potentially preventable?: a period prevalence study of linked public hospital data in South Australia. *BMJ Open.* 2019;9(1):e022845.
55. Anderson M, Albala SA, Patel N, Lloyd J, Mossialos E. Building the economic case for primary health care: a scoping review; 2018. Technical Series on Primary Health Care.
56. Helgesson M, Johansson B, Nordquist T, Vingård E, Svartengren M. Healthy migrant effect in the Swedish context: a register-based, longitudinal cohort study. *BMJ Open.* 2019;9(3):e026972.
57. Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J, editors. *Krankenhaus-Report 2017: Schwerpunkt: Zukunft gestalten.* Stuttgart: Schattauer; 2016.
58. Hargreaves S, Friedland JS, Gothard P, Saxena S, Millington H, Eliahoo J, et al. Impact on and use of health services by international migrants: questionnaire survey of inner city London A&E attenders. *BMC Health Serv Res.* 2006;6:153.
59. Wenner J, Razum O, Schenk L, Ellert U, Bozorgmehr K. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit ungesichertem Aufenthaltsstatus im Vergleich zu Kindern mit und ohne Migrationshintergrund: Auswertung der KiGGG-Daten 2003–06. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* 2016; 59(5):627–35.
60. Green G, Davison C, Bradby H, Krause K, Mejias FM, Alex G. Pathways to care: how superdiversity shapes the need for navigational assistance. *Sociol Health Illn.* 2014;36(8):1205–19.
61. Hadjkiss EJ, Renzaho AMN. The physical health status, service utilisation and barriers to accessing care for asylum seekers residing in the community: a systematic review of the literature. *Aust Health Rev.* 2014;38(2):142–59.
62. Baron J, Drehsen T, Tahirovic A, Siami H, Mohammed L, Cordes T. Traumatisiert. Ausgegrenzt. Unterversorgt.: Versorgungsbericht zur Situation von Flüchtlingen und Folteropfern in den Bundesländern Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen; 2014.
63. Gerritsen AAM, Bramsen I, Devillé W, van Willigen LHM, Hovens JE, van der Ploeg HM. Physical and mental health of afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006;41(1):18–26.
64. Satinsky E, Fuhr DC, Woodward A, Sondorp E, Roberts B. Mental health care utilisation and access among refugees and asylum seekers in Europe: a systematic review. *Health Policy;* 2019.
65. Bauhoff S, Göppfarth D. Asylum-seekers in Germany differ from regularly insured in their morbidity, utilizations and costs of care. *PLoS One.* 2018; 13(5):e0197881.
66. Führer A, Kalfa V, Mikolajczik R, Wienke A. A yawning gap: Asylum-seekers' health care needs and outpatient treatment for psychological complaints; Poster zum 6. Forschungstag der Universitätsmedizin Halle. Halle: Universitätsklinikum Halle (Saale); 2019.
67. Gerritsen AAM, Bramsen I, Devillé W, van Willigen LHM, Hovens JE, van der Ploeg HM. Use of health care services by afghan, Iranian, and Somali refugees and asylum seekers living in the Netherlands. *Eur J Pub Health.* 2006;16(4):394–9.
68. Wetzke M, Happle C, Vakilzadeh A, Ernst D, Sogkas G, Schmidt RE, et al. Healthcare Utilization in a Large Cohort of Asylum Seekers Entering Western Europe in 2015. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(10):2163.
69. Grandt D, Schubert I. *Barmer GEK Arzneimittelreport 2016: Analysen zur Arzneimitteltherapie und Arzneimitteltherapiesicherheit;* 2016.
70. Kahl F, Frewer A. Medizinische Versorgung von neu angekommenen Asylsuchenden in Erlangen: Eine Studie zum Medikamenteneinsatz mit besonderem Blick auf Psychopharmaka. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2017;67(3–04):119–25.
71. Liedl A, Knaevelsrud C. PTBS und chronische Schmerzen: Entstehung, Aufrechterhaltung und Zusammenhang—ein Überblick Schmerz 2008;22(6):644–51.
72. Laban CJ, Gernaat HBPE, Komprou IH, de Jong JTM. Prevalence and predictors of health service use among Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2007;42(10):837–44.

73. van Dijk R, Bala J, Öry F, Kramer S. "Now we have lost everything": Asylum seekers in the Netherlands and their experiences with health care. *Medische Antropologie*. 2001;13(2):284–300.
74. Bundesministerium für Gesundheit. Finanzergebnisse der GKV: Vorläufige Rechnungsergebnisse 1.-4. Quartal 2015; 2016 [cited 2019 Aug 21]. Available from: URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/finanzergebnisse.html>.
75. Deutscher Bundestag 12. Wahlperiode. Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung der Leistungen an Asylbewerber: Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P.; Drucksache 12/4451; 1993 [cited 2020 Feb 19]. Available from: URL: <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/12/044/1204451.pdf>.
76. Kohlenberger J, Buber-Ennsler I, Rengs B, Leitner S, Landesmann M. Barriers to health care access and service utilization of refugees in Austria: evidence from a cross-sectional survey. *Health Policy*. 2019;123(9):833.
77. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Das Bundesamt in Zahlen 2015: Asyl, Migration und Integration; 2016 [cited 2020 Mar 26]. Available from: URL: <https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Statistik/BundesamtinZahlen/bundesamt-in-zahlen-2015.pdf>.
78. Swart E, Ihle P, Gothe H, Matusiewicz D, editors. *Routinedaten im Gesundheitswesen: Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven*. 2nd Auflage ed. Bern: Verlag Hans Huber; 2014.
79. United Nations. *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*; 1966 [Cited 2019 Jun 3]. Available from: URL: <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cescr.aspx>.
80. Directive 2013/33/EU of the European Parliament and of the Council: laying down standards for the reception of applicants for international protection (recast). Brussels; 2013. *Official Journal of the European Union* [cited 2020 Feb 19]. Available from: URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=CELEX%3A32013L0033>.

Publisher's Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Ready to submit your research? Choose BMC and benefit from:

- fast, convenient online submission
- thorough peer review by experienced researchers in your field
- rapid publication on acceptance
- support for research data, including large and complex data types
- gold Open Access which fosters wider collaboration and increased citations
- maximum visibility for your research: over 100M website views per year

At BMC, research is always in progress.

Learn more biomedcentral.com/submissions





Article

Dental Care for Asylum-Seekers in Germany: A Retrospective Hospital-Based Study

Anna Freiberg ^{*}, Andreas Wienke , Lena Bauer, Andreas Niedermaier and Amand Führer

Interdisciplinary Center for Health Sciences, Institute for Medical Epidemiology, Biometrics and Informatics (IMEBI), Martin-Luther-University Halle-Wittenberg, Magdeburger Straße 8, 06112 Halle (Saale), Germany; andreas.wienke@uk-halle.de (A.W.); lena.bauer@gmx.com (L.B.); andreas@niedermaiers.com (A.N.); amand-gabriel.fuehrer@uk-halle.de (A.F.)

* Correspondence: anna.freiberg@live.de

Received: 12 March 2020; Accepted: 10 April 2020; Published: 13 April 2020



Abstract: *Background:* The growing immigration to Germany led to more patients whose medical needs are divergent from those of the domestic population. In the field of dental health care there is a debate about how well the German health system is able to meet the resulting challenges. Data on asylum-seekers' dental health is scarce. This work is intended to reduce this data gap. *Methods:* We conducted this retrospective observational study in Halle (Saale), Germany. We included all persons who were registered with the social welfare office (SWO) in 2015 and received dental treatments. From the medical records, we derived information such as complaints, diagnoses, and treatments. *Results:* Out of 4107 asylum-seekers, the SWO received a bill for 568 people. On average, there were 1.44 treatment cases (95%-CI: 1.34–1.55) and 2.53 contacts with the dentist per patient (95%-CI: 2.33–2.74). Among those, the majority went to the dentist because of localized (43.2%, 95%-CI: 38.7–47.7) and non-localized pain (32.0%, 95%-CI: 27.8–36.2). The most widespread diagnosis was caries ($n = 469$, 98.7%, 95%-CI: 97.7–99.7). *Conclusion:* The utilization of dental care is lower among asylum-seekers than among regularly insured patients. We assume that the low prevalence rates in our data indicate existing access barriers to the German health care system.

Keywords: secondary data analysis; asylum seekers; dental health care utilization; oral health

1. Introduction

1.1. Background

During the last years, a considerable increase in immigration occurred in Germany. Consequently, the growing immigration has led to more patients whose native language is not German and whose medical needs diverge from those of the domestic population [1]. This results from differing legal and socio-cultural determinants of health [2]. While engaging for their specific medical needs, new challenges for the healthcare system to integrate asylum-seekers arise. The last years saw a substantial increase in research connected to migration and health, but there is still a huge gap in the scientific knowledge about dental care.

1.2. State of the Science

This lack of scientific evidence is problematic due to the massive undersupply of dental health care, which has been reported by civil society actors [3]. In a statement on the care of asylum-seekers, the Bundeszahnärztekammer (BZÄK), therefore, points out that in the event of ethical conflicts, dentists must follow the ethical standards of the model professional code [4]. The debate on this complex of problems is made more difficult by the fact that the data situation on the care of asylum-seekers in

Germany is generally patchy, especially in the dental field. Data on the dental health of asylum-seekers are available from Algeria, Canada, Australia, and the USA [5–8]. They show a high prevalence of caries, periodontitis, and gingivitis by asylum-seekers. An exploratory literature review in PubMed does not include many comparable studies from Germany. The exceptions are an unpublished dissertation on caries by children of asylum-seekers in Würzburg [9], a clinical trial on the oral health of asylum-seekers in Greifswald [10], and three oral health studies of refugees published in 2017 and 2018 [11–13]. All studies agree with the international literature in that caries are more frequent among asylum-seekers than in the corresponding age groups of patients of the receiving countries' populations.

Data on the general use of the health care system by asylum-seekers are available from a number of European countries such as Germany, the Netherlands, and Ireland, and from Australia, the USA, and Canada [14–17]. Different legal frameworks seem to play a major role here, which is why the data cannot be easily generalized across countries.

1.3. Legal Context

In Germany, access of asylum-seekers to the health system is regulated by the Asylum-Seekers' Benefits Act (AsylbLG). Therein, the range of services for the duration of the asylum procedure (or the first 15 months of stay in Germany) is limited in comparison to patients in the statutory health insurance (GKV), though the degree of limitations is a matter of dispute among lawyers [18]. While § 4 AsylbLG stipulates the coverage of costs for the treatment of (among others) "acute illnesses and pain" and explicitly excludes costs for prosthetic dentistry, § 6 AsylbLG allows the coverage of costs for "other services" if they are "necessary to maintain and safeguard health" [19,20].

In Saxony-Anhalt, where this study took place, asylum-seekers are not issued an electronic health insurance card (EHIC), as regularly insured patients are. They need a so-called medical treatment voucher (MTV) before they can use medical services. These are issued by the "administrative staff of the social welfare office" and assure physicians that treatment costs will be covered by the social welfare office [21]. Medical treatment vouchers (MTVs) for dental care are valid only once and for a short time and must be presented to the doctor. Follow-up consultations require a new MTV. The prescription of medication, as well as hospitalizations, need a written consent of the social welfare office in advance [22]. These administrative procedures build up barriers in access to dental health, since patients, as well as dentists and their practice teams often do not know how the care according to the Asylum-Seekers' Benefits Act should be implemented [23]. In addition, the approach of social welfare offices in cost absorption differs from district to district and between federal states [24]. This creates an inconsistent situation in dental care for asylum-seekers, from which dentists and patients suffer. For the dentists it is not even always guaranteed that their services will be financially rewarded. This creates a complex and often unclear situation. Data on asylum-seekers' dental care utilization can help to disentangle this complex situation.

1.4. Aims

The aim of this study is to provide an in-depth picture of the dental services utilized by asylum-seekers. Hereby, we aim to quantify the utilization of dental health services, the complaints leading to visits at the dental clinic, the diagnoses made by the dentist, and the treatments resulting from it.

2. Materials and Methods

This was a retrospective observational study. Before the commencement of data collection, ethics approval was sought from and granted by the Ethics Committee of the Medical Faculty of Martin-Luther-University Halle-Wittenberg (reference number: 2018-84).

2.1. Inclusion and Exclusion Criteria

This study included all persons who were registered with the social welfare office in Halle (Saale), Germany, as asylum-seekers at any time in 2015 for at least 1 day and received any dental care while registered as asylum-seekers. This information was generated based on billing data. The files of asylum-seekers fulfilling these inclusion criteria were retrieved pseudonymously based on their file number. All persons whose files could not be found were excluded.

2.2. Data Source

The reviewed period was from 1 January 2015–31 December 2015 at the Dental Department at Martin-Luther-University Halle-Wittenberg, Halle, Germany. The data were obtained from handwritten medical reports, which were available in paper form.

2.3. Data Collection

The data collection took place from April until August 2019. The medical reports were stored in the outpatient department and the central medical record archive. After anonymization, the data were entered into a SQL-database.

2.4. Variables

Date of birth and date of treatment was excerpted from the front page of the medical reports. The date of treatment was differentiated by ambulatory treatment at the Dental Department and treatments at the Emergency Department of a hospital. For each ambulatory dentist contact, information on the following questions was collected: The reasons for medical attendance, diagnoses, classified procedure codes (BEMA), prescribed pharmaceuticals, and if the patients kept the appointment or why it failed. The drugs were recorded according to the standard Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) classification. The BEMA fee classification describes the standard of evaluation of dental services and forms the base for accounting within the statutory health insurance in Germany. Some medical reports contained additional information in terms of requests for cost reimbursement by the social welfare office. These included details about which treatment was requested and if the caseworker decided to approve or refuse the claim. In case of treatment at the Emergency Department, medical reports comprised a file note. The letter of referral informed about diagnoses, procedure codes, prescribed pharmaceuticals, and instructions for follow-up treatment.

2.5. Statistical Analysis

We reported absolute and relative frequencies and their 95% confidence intervals. Hereby different denominators were used: First, for all of the analyzed variables, we reported the frequencies in relation to all patients, i.e., all asylum-seekers who were eligible for inclusion in the study and whose file could be found. These frequencies displayed the prevalence of the variable in question for those who successfully gained access to the health care system. Since asylum-seekers face many barriers to access, it must be assumed that there are asylum-seekers who needed dental treatment but were not seen by a dentist. Therefore, the second type of frequency used all asylum-seekers as a denominator to estimate the minimal prevalence in the whole population of asylum-seekers.

We differentiated in the frequency of treatments between treatment cases and dentist contacts. One treatment case included all treatments of a patient due to the same medical problem. Therefore, one treatment case might comprise more than one dentist contact.

Since this was an exploratory approach, in line with current guidelines, no statistical tests were performed [25]. Analyses were performed in SAS (Cary, North 219, CA, USA).

3. Results

3.1. Demography

Out of the 4107 asylum-seekers potentially eligible for dental care in 2015, the social welfare office received a bill concerning dental care for 568 people. Of those, 93 files could not be found, thus overall, the files of 475 people were retrieved that formed the study sample. Thereof, some files were fragmentary ($n = 25$) or contained information from a year other than 2015 ($n = 26$). In sum, we analyzed 83.6% of the files of all asylum-seekers who received dental care in 2015, which equals to 11.6% of all asylum-seekers registered in 2015. Patients came from 29 different countries, most frequently from Syria (39.4%), Afghanistan (9.7%), Iran (8.0%), and Somalia (6.1%). More than 50% of the included asylum-seekers were between 20 and 34 years of age. Table 1 presents more demographic characteristics of the asylum-seekers.

Table 1. Demographic characteristics of the study population.

Characteristic		All Patients $n = 475$	All Asylum-Seekers $n = 4107$
Gender, n (%)	Female	134 (28.2)	1103 (26.9)
	Male	341 (71.8)	3004 (73.1)
Country of origin, n (%)	Syria	187 (39.4)	1957 (47.7)
	Afghanistan	46 (9.7)	354 (8.6)
	Iran	38 (8.0)	180 (4.4)
	Somalia	29 (6.1)	173 (4.2)
	Guinea-Bissau	21 (4.4)	116 (2.8)
	Russian Federation	21 (4.4)	98 (2.4)
	Eritrea	18 (3.8)	83 (2.0)
	India	14 (3.0)	121 (2.9)
	Kosovo	14 (3.0)	88 (2.1)
	Benin	11 (2.3)	168 (4.1)
	unknown	4 (0.8)	28 (0.7)
	others	72 (15.2)	741 (18.0)
Age group in years, n (%)	0 ≤ 5	6 (1.3)	322 (7.9)
	5 ≤ 10	25 (5.3)	238 (5.8)
	10 ≤ 15	14 (3.0)	171 (4.2)
	15 ≤ 20	41 (8.6)	467 (11.4)
	20 ≤ 25	86 (18.1)	795 (19.4)
	25 ≤ 30	99 (20.8)	746 (18.2)
	30 ≤ 35	71 (15.0)	535 (13.0)
	35 ≤ 40	55 (11.6)	340 (8.3)
	40 ≤ 45	28 (5.9)	195 (4.8)
	45 ≤ 50	29 (6.1)	147 (3.6)
> 50	21 (4.4)	151 (3.7)	

3.2. Dental Health Care Utilization

In the year 2015, there were 1203 arranged appointments with a dentist as part of the 424 treatment cases. On average, there were 1.44 treatment cases (95%-CI: 1.34–1.55) and 2.53 contacts (95%-CI: 2.33–2.74) with the dentist per patient. The maximum treatment cases varied from 0–8. About 10.7% of health records contained information from a year other than 2015 or were fragmentary because, for example, patients left before they were treated ($n = 51$). With 59.4%, the largest number of patients came because of one dental health-related treatment case ($n = 282$). Less than 6.1% of the patients required more than 3 treatment cases. More details are given in Figure 1. Seventeen patients received at least once a dental treatment at the Emergency Department (3.6%).

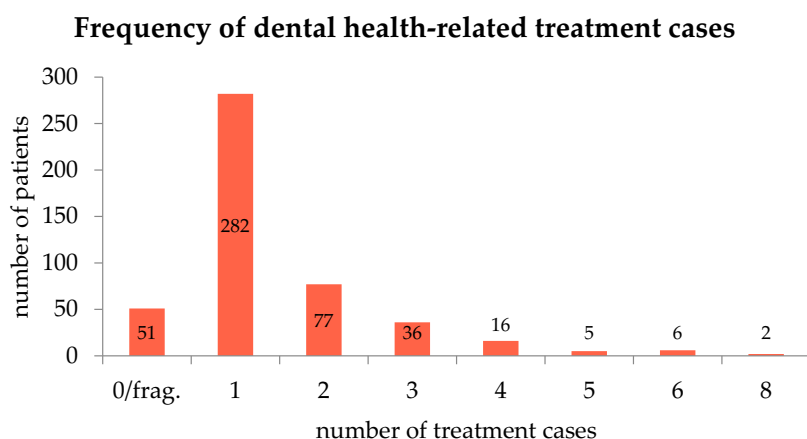


Figure 1. Frequency of treatment cases for dental care. Most patients had only one treatment case.

In the year 2015, appointments failed in 217 cases. Reasons were unexcused absence ($n = 53$, 24.4%) and postponed appointments due to communication problems and the need to summon a translator ($n = 55$, 25.4%). In 26 cases (12.0%), patients who came without a medical treatment voucher were sent home. In addition, some patients left before they were treated ($n = 14$, 6.5%), were late ($n = 10$, 4.6%), or stopped the treatment for reasons of fear ($n = 7$, 3.2%). Other reasons were that the social welfare office had to be consulted first to clarify questions about the insurance status or about treatments to be approved; treatment cancellations, and others (6.5%, 4.6%, and 12.9%, respectively).

3.3. Clinical Presentations

3.3.1. Discomfort

Localized and non-localized pain were the most common complaints leading to a consultation with the dentist (43.2% and 32.0%, respectively). Many treatment reasons were classified in the patient file as unspecified or unknown (30.7%). A large number (22.3%) of treatment appointments took place at the patient’s own request. Comparably few people came because of denture discomfort (4.2%) or with indolent disorders (10.7%). Other complaints were dental problems like insufficient fillings, eating difficulties, gingival bleeding, and temperature-sensitivity (7.8%, 4.8%, 4.0%, and 3.4%, respectively). More details are given in Figure 2.

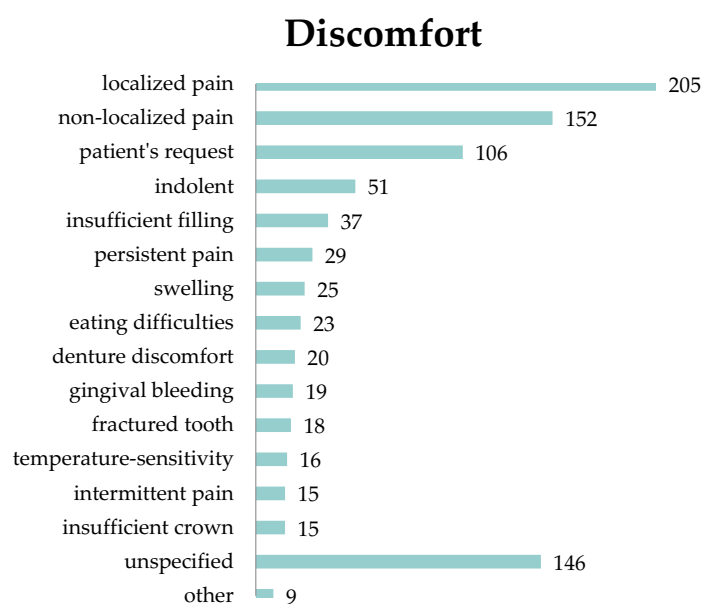


Figure 2. Absolute frequency of dental discomfort. Pain is the most common complaint.

3.3.2. Diagnoses

The most widespread diagnosis was caries with 469 cases (98.7% of all patients). These were classified into 8 sub-categories, depending on the recurrence and severity code. The most common form of the occurring caries was deep caries ($n = 107$, 22.5%). About 21% of all carious disease were classified as primary caries or as carious lesions ($n = 100$, $n = 101$). In relation to all patients, 96 cases of deep complicated caries (20.2%) were counted. In 275 cases (57.9%), patients showed poor teeth conditions. Furthermore, there were 139 cases (29.3%) of teeth deemed not worthy of preserving. 115 treatments (24.2%) were due to periodontitis. The two forms were differentiated, whereof apical periodontitis was most frequent ($n = 80$, 16.8% of all patients). In sum, 108 filling defects (22.7%) and 102 root canal prepared teeth (21.5%) were counted. In addition, 67 cases of pulpitis (14.1%) were registered, from which 64 were irreversible (13.5%). Fifty cases of accretion (10.5%) were recorded, composed of one half each plaque and calculus. In 37 medical examinations (7.8%), the doctors observed gingivitis. There were 32 treatments caused by inflammation (6.7%) like gumboils, fistulas, deep periodontal pockets, or cysts. The frequencies of different diagnoses are given in Table 2.

Table 2. Frequency of asylum-seekers' diagnoses.

Diagnosis	Subgroup	Absolute Frequency	Proportion in All Patients [%] (95%-CI)	Proportion in All Asylum-Seekers [%] (95%-CI)
Caries		469	98.7 (97.7–99.7)	11.4 (8.5–14.3)
	Primary caries	100	21.1 (17.4–24.8)	2.4 (1.0–3.8)
	Secondary caries	51	10.7 (7.9–13.5)	1.2 (0.2–2.2)
	Incipient caries	2	0.4 (0–1.0)	0.1 (0–0.4)
	Carious lesion	101	21.3 (17.6–25.0)	2.5 (1.1–3.9)
	Moderate caries	12	2.5 (1.1–3.9)	0.3 (0–0.8)
	Deep caries	107	22.5 (18.7–26.3)	2.6 (1.2–4.0)
	Deep complicated caries	96	20.2 (16.6–23.8)	2.3 (1.0–3.6)
Periodontitis ¹		115	24.2 (20.3–28.1)	2.8 (1.3–4.3)
	Apical periodontitis	80	16.8 (13.4–20.2)	2.0 (0.7–3.3)
	Marginal periodontitis	25	5.3 (3.3–7.3)	0.6 (0–1.3)
	Periodontitis (unclassified)	10	2.1 (0.8–3.4)	0.2 (0–0.6)
Pulpitis		67	14.1 (11.0–17.2)	1.6 (0.5–2.7)
	Irreversible pulpitis	64	13.5 (10.4–16.6)	1.6 (0.5–2.7)
	Reversible pulpitis	3	0.6 (0–1.3)	0.1 (0–0.4)
Gingivitis		37	7.8 (5.4–10.2)	0.9 (0.1–1.7)
Defective restorations		108	22.7 (18.9–26.5)	2.6 (1.2–4.0)
Root canal prepared		102	21.5 (17.8–25.2)	2.5 (1.1–3.9)
Poor teeth conditions		275	57.9 (53.5–62.3)	6.7 (4.5–8.9)
	Teeth not worthy of preserving ²	139	29.3 (25.2–33.4)	3.4 (1.8–5.0)
	Retained/Remnant root	74	15.6 (12.3–18.9)	1.8 (0.6–3.0)
	Insufficient dentition	38	8.0 (5.6–10.4)	0.9 (0.1–1.7)
	Lack of oral hygiene	24	5.1 (3.1–7.1)	0.6 (0–1.3)
Prosthetic replacement inflammation		17	3.6 (1.9–5.3)	0.4 (0–1.0)
		32	6.7 (4.5–8.9)	0.8 (0–1.6)
	Gumboil	11	2.3 (1.0–3.6)	0.3 (0–0.8)
	Cyst	6	1.3 (0.3–2.3)	0.2 (0–0.6)
	Deep periodontal pocket	7	1.5 (0.4–2.6)	0.2 (0–0.6)
	fistula	8	1.7 (0.5–2.9)	0.2 (0–0.6)
Accretion		50	10.5 (7.7–13.3)	1.2 (0.2–2.2)
	Plaque	24	5.1 (3.1–7.1)	0.6 (0–1.3)
	Calculus	26	5.5 (3.4–7.6)	0.6 (0–1.3)
Miscellaneous		311	65.5 (61.2–69.8)	7.6 (5.2–10.0)
	Aftertreatment	138	29.1 (25.0–33.2)	3.4 (1.8–5.0)
	Uncomplaining	61	12.8 (9.8–15.8)	1.5 (0.4–2.6)
	Unspecified	26	5.5 (3.4–7.6)	0.6 (0–1.3)
	No communication possible	25	5.2 (3.2–7.2)	0.6 (0–1.3)
	Other	61	12.8 (9.8–15.8)	1.5 (0.4–2.6)

¹ There was no consistent subdivision into “chronic or acute”/“localized or generalized” forms in the medical records. Therefore, we only differentiated according to the cause of origin. ² There are several reasons why a tooth is classified as “not worth preserving,” such as carious destruction, root infection of a dead tooth, or a tooth fracture. A clear assignment is not possible; therefore, an additional category was created.

3.3.3. Treatments

435 asylum-seekers had contact with the dental clinic and received at least one dental consultation or examination (10.6% of all asylum-seekers). During their therapy, at least 274 patients were administered local anesthetics (6.7%), and 169 patients were treated with root canal therapy (4.1%). In a minimum of 111 cases, surgical interventions were performed (2.7%), and 67 asylum-seekers received minimal interventions (1.6%).

In some fields, the frequencies of treatments differed between the genders. Of all men, only 55 got a prophylactic treatment (1.8%), whereas 35 of all women got one (3.2%). Similarly, cavity drills and fillings were performed on 108 men (3.6%) and 59 women (5.4%). Within the scope of radiography more men ($n = 198$, 6.6%) than women ($n = 59$, 5.4%) were X-rayed. More details are given in Table 3.

Table 3. Frequency of treatment procedures *.

	Absolute		Total	All Patients (%)	All Asylum-Seekers (%)		
	Male	Female			Male	Female	Total
Clinical examination and consultation	310	125	435	91.6	10.3	11.3	10.6
Radiography	198	59	257	54.1	6.6	5.4	6.3
Prophylaxis (all)	55	35	90	19.0	1.8	3.2	2.2
Prophylaxis (age 6–17 years)	14	9	23	5.1	4.3	4.5	4.4
Tooth preparation and filling	108	59	167	35.2	3.6	5.4	4.1
Pulp and root canal treatment	122	47	169	35.6	4.1	4.3	4.1
Extraction	100	34	134	28.2	3.3	3.1	3.3
Surgical intervention	84	27	111	23.4	2.8	2.5	2.7
Minimal intervention	45	22	67	14.1	1.5	2.0	1.6
Anaesthesia	203	71	274	57.7	6.8	6.4	6.7

* The uniform assessment standard for dental services (BEMA) is divided into five parts. Part one (preservative and surgical performance and x-ray performance) is described in detail here. No information was provided in the available files on services from part two (broken jaw, TMJ disorders) and part four (systematic treatment of periodontal disease). Only one patient was treated with services from part three (orthodontic treatment). A small proportion of the patients received services according to part five (restoration of dentures and dental crowns).

3.4. Assumption of Costs

Overall, 102 requests for the assumption of costs, according to § 6 AsylbLG were counted. Thereof, 73 were approved, 18 were rejected, and 11 outcomes were unknown (71.6%, 17.6%, and 10.8% respectively). 71.6% of the requests concerned root canal therapy, of which 86.3% were accepted, and 6.9% were refused.

In contrast, 72.7% of the claims for detachable prosthesis were declined. In addition, two out of three crowns and the one requested bridgework were turned down. All applications on prosthodontic adjustment ($n = 2$), translator work ($n = 2$), and coinsurance exemption ($n = 2$) were accepted. More details are given in Figure 3.

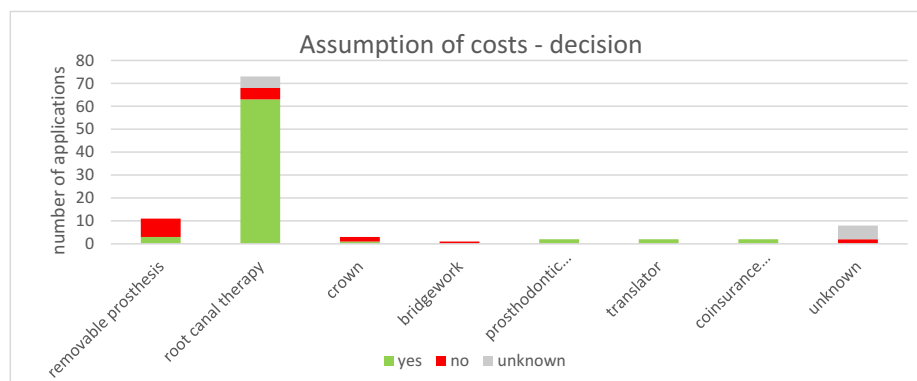


Figure 3. Decisions by the social welfare office to cover the cost of dental treatment applications. The majority of claims concerns root canal therapy and most of them were approved.

4. Discussion

This study aimed at describing dental care utilization and dental treatment of asylum-seekers. Hereby, our results are in line with findings already described in the literature: As in the German multicentre cross-sectional study [10], pain is a very common complaint and the leading cause for dental consultations. Estimating the prevalence of tooth pain in the population, a prevalence of roughly 10% of all asylum-seekers was calculated. This is higher than in the previously mentioned study, where 5% of patients reported suffering pain. The higher prevalence in our cohort might be explained by different modes of data collection. In the comparative study, acute pain was defined as “existing pain with an acute need for treatment” at the time of the cross-sectional examination, while the prevalence given in our study relates to a period of one year. It should also be mentioned that there might be a reporting bias because the AsylbLG emphasizes the treatment of pain over other treatment reasons, which might lead to overreporting of pain in patient files.

The most frequent underlying reasons for the patients’ complaints are caries, poor oral hygiene, and periodontal illness. This finding converges with other studies in western countries [26–28].

When estimating the minimal prevalence of caries in the whole population of asylum-seekers, our prevalence is much smaller compared to other studies. Solyman et al. [11], for instance, found a caries-prevalence of 80%. Thus, it was assumed that the prevalence of caries diagnosed in the health care sector greatly underestimates the prevalence of caries in the population and assumes a substantial number of unreported cases who did not report to the dentist even though they have caries.

This might be attributed to various factors: In the international literature, underdeveloped healthcare systems in countries of origin, challenges of understanding the new healthcare system, and language barriers are found to be the most important barriers to access [26,29–31]. They restrict the utilization at the patient, provider, and system-level [32], and complicate access by means of social isolation [33]. In addition, “a general low emphasis on oral health and promotion during the resettlement period” [11] has been noted. In addition, the common approach to resettling asylum-seekers in rural and remote areas where access to care is already poor further complicates their access to (dental) health care. Crocombe et al. showed, for instance, for the Australian context that people living in areas outside of the capital were less likely to have seen a dentist in the past 12 months [34]. Especially in the case of vulnerable populations such as asylum-seekers, these social determinants of oral health are known to conspire to restrict patients’ agency in health-related choices [35] and should, therefore, be the prime target for public health interventions [36].

Similarly, for the German context, different studies also have shown that a large number of access barriers such as language difficulties (especially related to seeking health care), limited transportation options, and isolation make it difficult for asylum-seekers to receive dental help in the German health system [13,33,37]. As already outlined in the introduction, the legal situation entails a number of administrative barriers that make access to dental care more difficult for asylum-seekers compared to regularly insured patients. An exploratory study from Germany reports that the “paper chase” made it almost impossible for patients to see a doctor immediately [37].

In sum, these factors conspire to make access to dental care very difficult for many patients and increase the risk that potential patients are not treated. According to a cross-sectional study, about “Assessment of oral health and cost of care for a group of refugees in Germany”, this creates discrimination in the health care of asylum-seekers [13].

Another issue highlighted in our study is preventive care. Check-ups at the dentist are an important precautionary measure for the prevention and early detection of possible tooth, mouth, and jaw diseases [38]. The different preventive care measures vary according to the age of the patient: Children aged between 6 and 17 years should receive individual dental prophylaxis services. They include checking of oral hygiene, inspection of the condition of the gum, thorough removal of soft dental plaque, and fissure sealing of the molars. For patients over eighteen years of age, the prophylaxis includes a half-yearly dental check-up and the removal of calculus [39].

The number of used medical services in the range of prophylaxis is lower among asylum-seekers than among patients in the statutory health insurance: 72% of all regularly insured people made a claim on at least one dentist consultation per year [40], whereas only 11% of asylum-seekers did. Just as well, the difference between prophylactic services is obvious. Compared to 66% of children in the statutory health insurance, only 4% of the children of asylum-seekers received preventive medical examinations. Similarly, among adults, only 2% of asylum-seekers—compared to 49% of regularly insured adults—received preventive check-ups.

A qualitative study from the United States explored through focus groups, how cultural factors affected access to preventive oral health care among ethnic minority groups, and what those cultural factors are. The authors see the main challenge in dental-related health literacy and concluded a “[l]ack of knowledge and beliefs about primary teeth [which] created barriers to early preventive care in all groups” [41]. The concept of routine preventive visits for teeth was not well-established among the participants. They held the view that just incipient complaints necessitate a consultation at a dentist [41]. Moreover, the majority belief assumed that primary teeth have a limited function and dispensable importance. Additionally, stress and fear resulting from previous dental experiences came restrictive to the fore [41]. A cross-sectional study from Germany [11] describes the opinion of asylum-seekers about the relationship between oral and general health. In the process, they determined that “less than one third believed in the relationship (. . .) and less than half believed they should have regular check-ups by a dentist”. Precautionary care also includes self-performed oral hygiene measures. The research showed that they were low among the participants [11].

For the medical care of the asylum-seekers, it is important that the suppliers have clarity about which treatments in the health service they get refunded. Because doctors often are unsure about the legal context concerning cost absorption for asylum-seekers’ health care [42], they are unsettled under which conditions costs for dental treatments will be reimbursed by the department of social security [43]. We hypothesize that as a result, acute pain treatments were given priority, and dental prevention was neglected. Considering our findings and the literature, this seems to be part of a vicious cycle: Preventive check-ups could be an important step to change asylum-seekers’ health literacy and sensitize them for the benefits of such check-ups, but if providers do not offer these check-ups for reasons of cost absorption this chance will be missed and utilization will remain low. Considering that the efficacy of dental prevention is proven in a number of studies [13,44], the attempt to save money by cutting down on prevention might turn out to be very costly for the health care system in the long run.

Our study also focuses on carious diseases and their therapy. The number of fillings applied to regularly insured patients is 28%, 7 times as high as compared to asylum-seekers. In addition, the share of 9% of extractions in regularly insured patients is about 3 times as high as the corresponding number in asylum-seekers. The comparatively low treatment frequency depicts a contrast to the high count of diagnosed carious diseases.

A report by the health insurance company BARMER assumes that a filled tooth previously was infested by caries. Thus, the authors interpret the prevalence of people with at least one filling as an indicator for the occurrence of caries requiring treatments [40].

The assumption that the number of placed fillings can be used to determine the number of caries cases cannot be confirmed in this case: If a dentist detects a carious disease, there are several ways to treat it. The treatment depends on the severity of the caries. If the tooth is still in good condition, a filling can be placed [45,46]. A root canal treatment is recommended for deep caries that has reached the pulp. In some cases, the tooth may be so badly damaged by the caries that the tooth must be extracted. The decision about the therapy is made by the attending dentist. The aim of a dentist is the preservation of teeth. Thus, not every caries can be treated with a filling. In case of deep caries with pulp opening, a root canal treatment must be administered. “Teeth not worthy of preserving” are usually drawn due to their severe carious infestation. Both treatments do not contain any filling therapy. Therefore, the BARMER report systematically underestimates the prevalence of caries. The following section presents arguments for overestimating and underestimating caries prevalence. A factor is

whether detected forms of caries are treated at all. A carious disease is not always accompanied by pain [47]. Patients refuse treatment in such cases because they believe that without pain, no therapy is necessary [41]. In addition, the costs for tooth-colored filling materials are higher than metal-colored fillings [48,49]. In the anterior tooth area, the social welfare office covers the costs for tooth-colored composite fillings. In the posterior region, the costs for amalgam fillings are covered. In spite of the proven survival superiority of metal-colored fillings in some clinical scenarios [45], the current study found some patients who refuse this treatment option. The refusal is due to the controversies regarding mercury safety [50] and the aesthetic look [48,51]. It happens that patients do not attend another appointment after the diagnosis has been made. Reasons for this are, for example, a removal or even fear of treatment [52].

Before certain treatments, dentists must obtain approval from the social welfare office to cover the costs. The social welfare office's decision on whether to approve or reject advance cost estimates for dental treatment varies: It is noticeable that the costs of some patients were covered and others were not, even though they concerned the same procedures.

The Bundeszahnärztekammer (BZÄK) published an information sheet providing an overview of the underlying legal regulations and general information on billing and treatment: It highlights, that the efforts of the responsible authorities to save costs should not impair dental health care [4]. The Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) also criticizes the legal exception of asylum-seekers from regular care procedures and reprimands that case workers are not adequately trained to assess the need for medical treatment and, therefore, should not be in charge to make such potentially far-reaching decisions.

Through § 6 and the associated assumption of "all other costs", the usage of the AsylbLG is a question of interpretation. Different from other federal states, for example, Bavaria, Saxony-Anhalt, had no official guidelines with approved dental treatments until 2017 [53]. Some therapy procedures could only be claimed after previous consultation and approval by the social welfare office. This procedure implies the danger of the development of different approval practices by individual caseworkers and between different social welfare offices [54]. Thilo Fehmel holds the same opinion in his report "The scope for decision in Social benefits law" and refers to the diversity of implementation practice in the regional interpretation of the AsylbLG [55]. The role of caseworkers' discretion is also reflected in our data: While most claims for cost absorption were approved, some are not, even for the same complaints.

Limitations

Our study was limited by the fact that it only contains data from the available medical reports. The data were written by different people and with different levels of detail. Some treatments were done by students and others by dentists since the university clinic serves research and teaching. There is a possibility that treatments have been carried out, which were intended for the students to practice but which would normally not have been paid for by the social welfare office.

Some age groups are underrepresented in our cohort. Only a few patients were older than 50 years of age, thus we grouped them together. Children under the age of 5 were also poorly represented. The number of women was less than the number of men. The middle age groups were strongly represented.

5. Conclusions

The utilization of dental care is lower among asylum-seekers than among regularly insured patients. We assume that the low prevalence rates in our data indicate existing access barriers to the German health system. As a result, not all symptomatic asylum-seekers have access to dental care. Our study depicts that pain is the most common reason for asylum-seekers to visit a dentist, while prophylaxis is virtually absent. The health care system should increase the use of preventive care, in which elements of education to improve patients' health literacy and governmental efforts to actively lower access barriers are essential. Beyond that, our findings highlight that further efforts are needed to reduce administrative barriers in access to dental care.

Author Contributions: Conceptualization, A.W. and A.F.; data curation, A.F. and A.N.; formal analysis, A.F.; methodology, A.F., A.W. and A.F.; project administration, A.F.; supervision, A.W. and A.F.; writing—original draft, A.F.; writing—review and editing, A.F., A.W., L.B., A.N., and A.F. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: A.F. and A.N. were supported by HaPKoM grants of the Medical Faculty Halle-Wittenberg (FKZ PK30). A.F. and A.W. were supported by a Roux grant of the Medical Faculty Halle-Wittenberg (FKZ 31/29).

Acknowledgments: We would like to thank the Department for Dentistry, Odontostomatology and Orthodontics Halle (Saale) for the cooperation.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest. The funders had no role in the design of the study; in the collection, analyses, or interpretation of data; in the writing of the manuscript, or in the decision to publish the results.

References

1. Brzoska, P.; Razum, O. Herausforderungen einer diversitätssensiblen Versorgung in der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation* **2017**, *56*, 299–304. [CrossRef] [PubMed]
2. Razum, O.; Geiger, I.; Zeeb, H.; Ronellenfitsch, U. Gesundheitsversorgung von Migranten. *Dtsch. Ärzteblatt* **2004**, *101*, 2882–2887.
3. Dribbusch, B. Interimsprothese statt Brücke. 2. 10. 2015. Available online: <https://taz.de/Aerztliche-Versorgung-von-Fluechtlingen/!5233590/> (accessed on 15 April 2019).
4. Bundeszahnärztekammer. *Zahnärztliche Behandlung von Asylbewerbern: Rechtlicher Kontext*; Bundeszahnärztekammer: Berlin, Germany, 2015.
5. Almerich-Silla, J.M.; Montiel-Company, J.M.; Ruiz-Miravet, A. Caries and dental fluorosis in a western Saharan population of refugee children. *Eur. J. Oral Sci.* **2008**, *116*, 512–517. [CrossRef] [PubMed]
6. Kingsford Smith, D.; Szuster, F. Aspects of tooth decay in recently arrived refugees. *Aust. N. Z. J. Public Health* **2000**, *24*, 623–626. [CrossRef]
7. Macdonald, M.E.; Keboa, M.T.; Nurelhuda, N.M.; Lawrence, H.P.; Carnevale, F.; McNally, M.; Singhal, S.; Ka, K.; Nicolau, B. The Oral Health of Refugees and Asylum Seekers in Canada: A Mixed Methods Study Protocol. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2019**, *16*, 542. [CrossRef]
8. Reza, M.; Amin, M.; Sgro, A.; Abdelaziz, A.; Ito, D.; Main, P.; Azarpazhooh, A.; Amin, M.S. Oral Health Status of Immigrant and Refugee Children in North America: A Scoping Review. *J. Can. Dent. Assoc.* **2016**, *82*, 1488–2159.
9. Strasen, T. *Untersuchungen zur Zahngesundheit an Kindern der Würzburger Gemeinschaftsunterkunft für Flüchtlinge und Asylbewerber*; Julius-Maximilians-Universität Würzburg: Würzburg, Germany, 2013.
10. Splieth, C.H.; Takriti, M.; Ali Al-Ani, A.T. *Studie Mundgesundheits Fluechtlinge: Flüchtlinge in Deutschland—Mundgesundheits, Versorgungsbedarfe und deren Kosten*; DGZMK, KZVBV, BZÄK: Frankfurt, Germany, 2017.
11. Solyman, M.; Schmidt-Westhausen, A.M. Oral health status among newly arrived refugees in Germany: A cross-sectional study. *BMC Oral Health* **2018**, *18*, 1. [CrossRef]
12. Erdsiek, F.; Waury, D.; Brzoska, P. Oral health behaviour in migrant and non-migrant adults in Germany: The utilization of regular dental check-ups. *BMC Oral Health* **2017**, *17*, 84. [CrossRef]
13. Goetz, K.; Winkelmann, W.; Steinhäuser, J. Assessment of oral health and cost of care for a group of refugees in Germany: A cross-sectional study. *BMC Oral Health* **2018**. [CrossRef]
14. Laban, C.J.; Gernaat, H.B.P.E.; Komproe, I.H.; de Jong, J.T.V.M. Prevalence and predictors of health service use among Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* **2007**, *42*, 837–844. [CrossRef] [PubMed]
15. Toar, M.; O'Brien, K.K.; Fahey, T. Comparison of self-reported health & healthcare utilisation between asylum seekers and refugees: An observational study. *BMC Public Health* **2009**. [CrossRef]
16. Hadgkiss, E.J.; Renzaho, A.M.N. The physical health status, service utilisation and barriers to accessing care for asylum seekers residing in the community: A systematic review of the literature. *Aust. Health Rev.* **2014**, *38*, 142–159. [CrossRef]

17. Razum, O.; Reiss, K.; Breckenkamp, J.; Kaufner, L.; Brenne, S.; Bozorgmehr, K.; Borde, T.; David, M. Comparing provision and appropriateness of health care between immigrants and non-immigrants in Germany using the example of neuraxial anaesthesia during labour: Crosssectional study. *BMJ Open* **2017**. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
18. Jäger, F.; Thomé, H. Leitfaden Alg II/Sozialhilfe von A.Z. In *Ein praktischer Ratgeber für alle, die Arbeitslosengeld II/Sozialhilfe beziehen müssen und über Ihre Rechte informiert werden wollen*; Digitaler Vervielfältigungs- und VerlagsService: Frankfurt, Germany, 2016.
19. Asylum-Seekers' Benefits Act, Paragraph 4. Available online: https://www.gesetze-im-internet.de/asylblg/_4.html (accessed on 15 January 2020).
20. Asylum-Seekers' Benefits Act, Paragraph 6. Available online: https://www.gesetze-im-internet.de/asylblg/_6.html (accessed on 15 January 2020).
21. Medizinische Flüchtlingshilfe Göttingen E. V. Healthcare Voucher. Available online: <http://gesundheitsgefuechtete.info/en/healthcare-voucher/> (accessed on 25 November 2019).
22. Bundesministerium für Gesundheit. *Health Guide: For asylum seekers in Germany*, 3rd ed.; Task Force Migration und Gesundheit Referat Z24: Berlin, Germany, 2016.
23. Albaum, C. *Pressemitteilung: Klare und flächendeckende Rechtsgrundlagen statt Flickenteppich in der Versorgung*; Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung: Berlin, Germany, 2015.
24. Razum, O.; Wenner, J.; Bozorgmehr, K. Wenn Zufall über den Zugang zur Gesundheitsversorgung bestimmt: Geflüchtete in Deutschland. *Gesundheitswesen* **2016**, *78*, 711–714. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
25. Wasserstein, R.L.; Schirm, A.L.; Lazar, N.A. Moving to a World Beyond “ $p < 0.05$ ”. *Am. Stat.* **2019**, *73*, 1–19. [[CrossRef](#)]
26. Keboa, M.T.; Hiles, N.; Macdonald, M.E. The oral health of refugees and asylum seekers: A scoping review. *Glob. Health* **2016**, *12*, 59. [[CrossRef](#)]
27. Ghiabi, E.; Matthews, D.C.; Brilliant, M.S. The oral health status of recent immigrants and refugees in Nova Scotia, Canada. *J. Immigr. Minor. Health* **2014**, *16*, 95–101. [[CrossRef](#)]
28. Cote, S.; Geltman, P.; Nunn, M.; Lituri, K.; Henshaw, M.; Garcia, R.I. Dental caries of refugee children compared with US children. *Pediatrics* **2004**, *114*, e733–e740. [[CrossRef](#)]
29. Zeidan, A.J.; Khatri, U.G.; Munyikwa, M.; Barden, A.; Samuels-Kalow, M. Barriers to Accessing Acute Care for Newly Arrived Refugees. *West J. Emerg. Med.* **2019**, *20*, 842–850. [[CrossRef](#)]
30. Van Loenen, T.; Van Den Muijsenbergh, M.; Hofmeester, M.; Dowrick, C.; Van Ginneken, N.; Mechili, E.A.; Angelaki, A.; Ajdukovic, D.; Bakic, H.; Pavlic, D.R.; et al. Primary care for refugees and newly arrived migrants in Europe: A qualitative study on health needs, barriers and wishes. *Eur. J. Public Health* **2018**, *28*, 82–87. [[CrossRef](#)]
31. Antonipillai, V.; Baumann, A.; Hunter, A.; Wahoush, O.; O'Shea, T. Impacts of the Interim Federal Health Program reforms: A stakeholder analysis of barriers to health care access and provision for refugees. *Can. J. Public Health* **2017**, *108*, e435–e441. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
32. Scheppers, E.; van Dongen, E.; Dekker, J.; Geertzen, J.; Dekker, J. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: A review. *Fam. Pract.* **2006**, *23*, 325–348. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
33. Green, M. Language Barriers and Health of Syrian Refugees in Germany. *Am. J. Public Health* **2017**, *107*, 486. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
34. Crocombe, L.A.; Stewart, J.F.; Barnard, P.D.; Slade, G.D.; Roberts-Thomson, K.; Spencer, A.J. Relative oral health outcome trends between people inside and outside capital city areas of Australia. *Aust. Dent. J.* **2010**, *55*, 280–284. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
35. Farmer, P.; Sen, A. *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*; University of California Press: Berkeley, CA, USA, 2009.
36. Marmot, M. Social determinants of health inequalities. *Lancet* **2005**, *365*, 1099–1104. [[CrossRef](#)]
37. Spura, A.; Kleinke, M.; Robra, B.P.; Ladebeck, N. Wie erleben Asylsuchende den Zugang zu medizinischer Versorgung? *Bundesgesundheitsbl* **2017**, *60*, 462–470. [[CrossRef](#)]
38. BARMER. Zahnvorsorge bei Erwachsenen—Prävention und Bonuspunkte durch regelmäßige Zahnarztbesuche. 2018. Available online: <https://www.barmer.de/unsere-leistungen/leistungen-a-z/praevention-und-vorsorge/zahnvorsorge-bei-erwachsenen-9902> (accessed on 31 January 2020).

39. Siemens-Betriebskrankenkasse. Zahnvorsorgeuntersuchungen für Kinder. Available online: <https://www.sbk.org/beratung/leistungen/zahngesundheit/zahnvorsorge/zahnvorsorgeuntersuchungen-fuer-kinder/> (accessed on 15 January 2020).
40. Rädcl, M.; Bohm, S.; Priess, H.W.; Walter, M. *BARMER Zahnreport 2017: Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse*; Asgard Verlagsservice GmbH: Berlin, Germany, 2017.
41. Hilton, I.V.; Stephen, S.; Barker, J.C.; Weintraub, J.A. Cultural factors and children's oral health care: A qualitative study of carers of young children. *Community Dent. Oral Epidemiol.* **2007**, *35*, 429–438. [[CrossRef](#)]
42. Führer, A. Asylbewerberleistungsgesetz: Abrechnung versus ärztliche Ethik. *Dtsch. Ärzteblatt* **2016**, *113*. Available online: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/178776/Asylbewerberleistungsgesetz-Abrechnung-versus-aerztliche-Ethik> (accessed on 10 January 2019).
43. Reinke, R. *Leitfaden zur medizinischen Versorgung von Flüchtlingen mit Behinderung*; Amadeu Antonio Stiftung: Berlin, Germany, 2016.
44. Epping, B. Medizinische Versorgung von Flüchtlingen: Teure Hürden. *Z. Orthopädie Unf.* **2017**, *155*, 129–134. [[CrossRef](#)]
45. Afrashtehfar, K.I.; Emami, E.; Ahmadi, M.; Eilayyan, O.; Abi-Nader, S.; Tamimi, F. Failure rate of single-unit restorations on posterior vital teeth: A systematic review. *J. Prosthet. Dent.* **2017**, *117*, 345–353. [[CrossRef](#)]
46. Afrashtehfar, K.I.; Ahmadi, M.; Emami, E.; Abi-Nader, S.; Tamimi, F. Failure of single-unit restorations on root filled posterior teeth: A systematic review. *Int. Endod. J.* **2017**, *50*, 951–966. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
47. Van de Rij, L.J.M.; Stoop, C.C.; Weijenberg, R.A.F.; de Vries, R.; Feast, A.R.; Sampson, E.L.; Lobbezoo, F. The Influence of Oral Health Factors on the Quality of Life in Older People: A Systematic Review. *Gerontologist* **2019**. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
48. Rasines Alcaraz, M.G.; Veitz-Keenan, A.; Sahrman, P.; Schmidlin, P.R.; Davis, D.; Iheozor-Ejiofor, Z. Direct composite resin fillings versus amalgam fillings for permanent or adult posterior teeth. *Cochrane Database Syst. Rev.* **2014**, *3*. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
49. Roulet, J.F. Benefits and disadvantages of tooth-coloured alternatives to amalgam. *J. Dent.* **1997**, *25*, 459–473. [[CrossRef](#)]
50. Mikhailichenko, N.; Yagami, K.; Chiou, J.Y.; Huang, J.Y.; Wang, Y.H.; Wei, J.C.C.; Lai, T.J. Exposure to Dental Filling Materials and the Risk of Dementia: A Population-Based Nested Case Control Study in Taiwan. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2019**, *16*, 3283. [[CrossRef](#)]
51. Umesi, D.C.; Oremosu, O.A.; Makanjuola, J.O. Amalgam phase down: Baseline data preceding implementation in Nigeria. *Int. Dent. J.* **2019**. [[CrossRef](#)]
52. Heidari, E.; Andiappan, M.; Banerjee, A.; Newton, J.T. The oral health of individuals with dental phobia: A multivariate analysis of the Adult Dental Health Survey, 2009. *Br. Dent. J.* **2017**, *222*, 595–604. [[CrossRef](#)]
53. Gruber, D. *Leistungsverzeichnis für die Leistungsberechtigten nach § 1 AsylbLG*; Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns (KZVB): München, Germany, 2015.
54. Köber, C. Bayern regelt Zahnmedizin für Flüchtlinge. 09.10.2015. Available online: <https://www.zm-online.de/news/politik/bayern-regelt-zahnmedizin-fuer-fluechtlinge/> (accessed on 28 October 2019).
55. Fehmel, T. Entscheidungsspielräume im Sozialleistungsrecht—Konsequenzen für die Soziale Arbeit. *Z. Soz.* **2017**. [[CrossRef](#)]



© 2020 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).



Article

Health-Related Disparities among Migrant Children at School Entry in Germany. How does the Definition of Migration Status Matter?

Amand Führer ^{1,*} , Daniel Tiller ¹, Patrick Brzoska ², Marie Korn ¹, Christine Gröger ³ and Andreas Wienke ¹ 

¹ Martin-Luther-University Halle-Wittenberg, Institute of Medical Epidemiology, Biometrics and Informatics, 06112 Halle (Saale), Germany; Daniel.tiller@uk-halle.de (D.T.); marie.korn@posteo.net (M.K.); andreas.wienke@uk-halle.de (A.W.)

² Health Services Research Unit, Faculty of Health, School of Medicine, Witten/Herdecke University, 58448 Witten, Germany; Patrick.Brzoska@uni-wh.de

³ Public Health Department, City of Halle (Saale), 06112 Halle, Germany; Christine.Groeger@halle.de

* Correspondence: amand-gabriel.fuehrer@uk-halle.de; Tel.: +49-345-5573574

Received: 25 November 2019; Accepted: 12 December 2019; Published: 27 December 2019



Abstract: *Background:* Migration background is known to be an important risk factor for a number of medical outcomes. Still, relatively little is known about the epidemiologic relevance of different definitions of migration status. *Methods:* Data from 5250 school entry examinations spanning three consecutive years (2015–2017) were gathered from the Public Health Department in Halle, Germany. Data were stratified according to six different migration statuses and evaluated for differences in health service utilization and developmental outcomes. *Results:* Compared to non-migrant children, migrant children have a lower utilization of preventative services, and higher frequencies of developmental delays. Children with first-generation migration background consistently show results worse than all others, while children with one-sided second-generation migration background show results similar to those of their non-migrant peers. These findings are not substantially altered by adjustment for social status. *Conclusions:* Children with first-generation migration background should receive special attention in school entry examinations, since they constitute a group with consistently higher health risks compared to other groups of preschoolers.

Keywords: migration background; school entry examination; first-generation migration background; one-sided migration background; biopolitics

1. Introduction

In many countries, large proportions of the population consist of individuals who were born abroad or whose parents were born abroad. While in the case of Luxembourg, this proportion is approximately 46%, in most EU-countries, it is between 10% and 20% of the population [1]. Similarly, the USA, Mexico or Australia report proportions of foreign-born people or their children of approximately 13% to 29% [2–4]. These individuals are commonly referred to as ‘migrants’, ‘immigrants’ or ‘people with a migration background’—although the definition of who actually belongs to this population group may differ across countries.

Overall, migration background has been identified as an important determinant for many health-related outcomes all over the world [5,6]. Compared to the majority population, migrants have been shown to be disadvantaged in a number of health-related aspects, including health status [7–9], health behavior [10] and the utilization of health services [11–13].

In Germany, many migrants face obstacles in accessing health services [14], have a lower utilization of vaccinations and other preventative services [15], a higher prevalence of psychological and work-related complaints [16] and generally show worse health care outcomes than the majority population [17].

Since disparities do not only become evident among migrants of adult age but also among migrant children and adolescents, information on migration status is therefore considered to be relevant in pediatric checkups and school entry examinations (SEEs) [18].

However, there is a longstanding debate as to whether condensing different migration experiences into one common variable does justice to the heterogeneity of the population in question [7]. Critics argue that this generalizing view ignores the differences in patients' health-related lifeworlds that come about by different migration experiences [19] and thereby imposes limits on sound analyses [20].

Therefore, in recent years, more complex definitions of migration status have been proposed that include not only the parents' and the child's nationality and country of origin but also factors like the language spoken at home or the parents' mother tongue [21,22].

In Germany, the extent to which these suggestions are implemented in administrative routine procedures of SEEs varies between federal states [23] and the question as to whether the different definitions of migration status actually constitute groups of children with different risks for relevant health outcomes remains unanswered.

1.1. Question

Using data from SEEs from the city of Halle (Saale), Germany, this present study investigates whether different definitions of migration status lead to different conclusions regarding disparities in (a) health service utilization (specifically, vaccinations and pediatric preventive check-ups), (b) the risk for relevant medical conditions diagnosed at school entry and (c) the recommendations given by health professionals at the end of a SEE.

Thus, we seek to determine whether the *sociologically* sound distinction of different migration statuses is also *epidemiologically* relevant and whether the different definitions of migration status identify groups of children with different health needs.

In summary, the objective of this study is to assess how the definition of migration status matters within the context of disparities in health-related outcomes in SEE.

1.2. Theoretical Framework

The question as to whether different definitions of migration status are epidemiologically useful, needs to be further contextualized within the broader debate on one of epidemiology's core activities: categorizing people with different risks for well-defined outcomes [24,25].

Many countries use an individual's self-ascribed ethnicity to classify sociocultural background [26]. In Germany, most administrative procedures (including those within the health care system) do not offer the opportunity for self-ascription but rely on operationalized definitions based on administrative data—such as the child's and the parents' nationalities and countries of birth—as a starting point instead [27].

At first glance, using the resulting categories as variables for epidemiologic analyses seems to be unproblematic. Still, critics have been warning for decades that epidemiologists ought to consider the stigmatizing potential of such ascriptions [28–31]. Labels used to describe people are no inert variables, but can in turn play an important role in the “constitution of subjects” [32] and decisively shape people's self-perception [33,34].

For this reason, such ascriptions should only be used if they are of undoubted importance and it can consequently be assumed that their usefulness outweighs their potential harm.

In addition, the statistical question, i.e., whether there are quantitative differences between the various definitions of migration status, this article therefore raises the question as to whether these differences are sufficiently pronounced to justify labelling children as “different”.

2. Materials and Methods

This study is an exploratory observational study that uses pooled secondary data from SEEs spanning three consecutive years for descriptive analysis.

2.1. Dataset

In Germany, SEEs are obligatory examinations, where all children are examined by the respective communal departments of public health (*Gesundheitsamt*) in the year before starting school. These checkups comprise a parental questionnaire, a standardized examination including vision, hearing, and developmental tests, and a clinical examination by the public health physician that aim to detect developmental delays which could interfere with the child's educational success [35–38], obtain epidemiological data [37,39–41] and provide individual medical help to children who are otherwise underserved [42–44].

For the purpose of this study, data on school entry examinations were obtained from the communal Public Health Department of Halle (Saale), Germany, for the years of 2015, 2016, and 2017. In these years, the Public Health Department examined 2056, 2013, and 2006 preschoolers respectively. During these respective years, parents did not agree to the use of data for secondary analysis in the cases of 319, 272 and 234 preschoolers; these children were excluded from analysis. Therefore, the dataset of all three years included information on a total of 5250 children.

2.2. Variables

A child's social status was estimated as 'high', 'medium' or 'low' according to the Brandenburg Social Index [45] using his or her parents' level of education and employment status.

Utilization of preventative health services was estimated from participation in preventative checkups and vaccination status. In Germany, there are a total of nine preventative pediatric checkups that are recommended from the age of one day (U1) to the age of five years (U9). Checkup participation was considered complete when the child took part in all nine checkups. Vaccination status for tetanus and measles was considered complete when a child received at least four doses of the tetanus vaccine and two doses of the measles vaccine before the SEE, as recommended by the Standing Committee on Vaccination [46].

The medical outcome variables and the recommendations derived from them were extracted from the documentation of the standardized testing and the clinical examination. As part of the Public Health Department's routine procedure, the results of the standardized tests (based on standardized cut-off-values) are used to assess a child's need for special aid called "early intervention", for the postponement of school enrollment or for special educational care. Pathological results from the standardized tests for language (grammar and pronunciation), fine and gross motor skills, and cognition were used to derive the combined variable "severe developmental disorder" [47].

2.3. Definitions of Migration Status

Concerning a family's migration experience, the parental questionnaire included information on the parents' nationalities (at the moment of the SEE) and countries of birth, and on the child's country of birth.

Using the information from the school entry examinations, we constructed six groups of migrant children based on six different definitions of migration status commonly used in literature: Migration status 1 represents the broadest definition of migration background, as it is used by the German Federal Statistical Office (*Statistisches Bundesamt*). Here, children are classified as migrants if they themselves or at least one of their parents had a nationality other than German at birth [27]. This definition of migration status is routinely used in SEEs in Saxony-Anhalt [47] and the German Federal Health Monitoring [48]. For a discussion of the historical development of this definition see [34].

Migration status 2 uses a narrower definition and is recommended in the so-called “basic set of indicators for mapping migration status” [21] and—specifically for the purpose of SEEs—by a working group of the conference of federal health ministers in Germany [22]. In this definition, status as a migrant is assigned if the child *and* at least one of the parents was born abroad, or if both parents were born abroad and/or have a nationality other than German at the time of the SEE. In contrast to migration status 1, this definition does not classify children as migrants if they were born in Germany and have only one parent with a non-German nationality.

Migration statuses 3 and 4 go beyond the dichotomized ascription of migration status and further differentiate children according to the migrating generation: Children who experienced migration themselves are assigned to migration status 3 (‘first-generation migration background’) while migration status 4 comprises children whose family’s migration experience is limited to the parental generation (‘second-generation migration background’). This distinction is suggested by a number of government agencies [18,27] and is also used in the “German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS)”, a survey on children’s health with more than 17,000 children [19,49].

Migration statuses 5 and 6 further differentiate children with a second-generation migration background according to their parents’ migration experience. Hereby, migration status 5 comprises all children whose parents were born abroad and/or hold a non-German nationality (‘two-sided second-generation migration background’), while migration status 6 includes children with only one parent of non-German nationality or country of birth (‘one-sided second-generation migration background’). This distinction is also recommended by the German Federal Statistical Office [27].

Non-migrants were defined as individuals who themselves and whose parents have German nationality and were born in Germany.

An overview of the migration statuses is given in Figure 1.

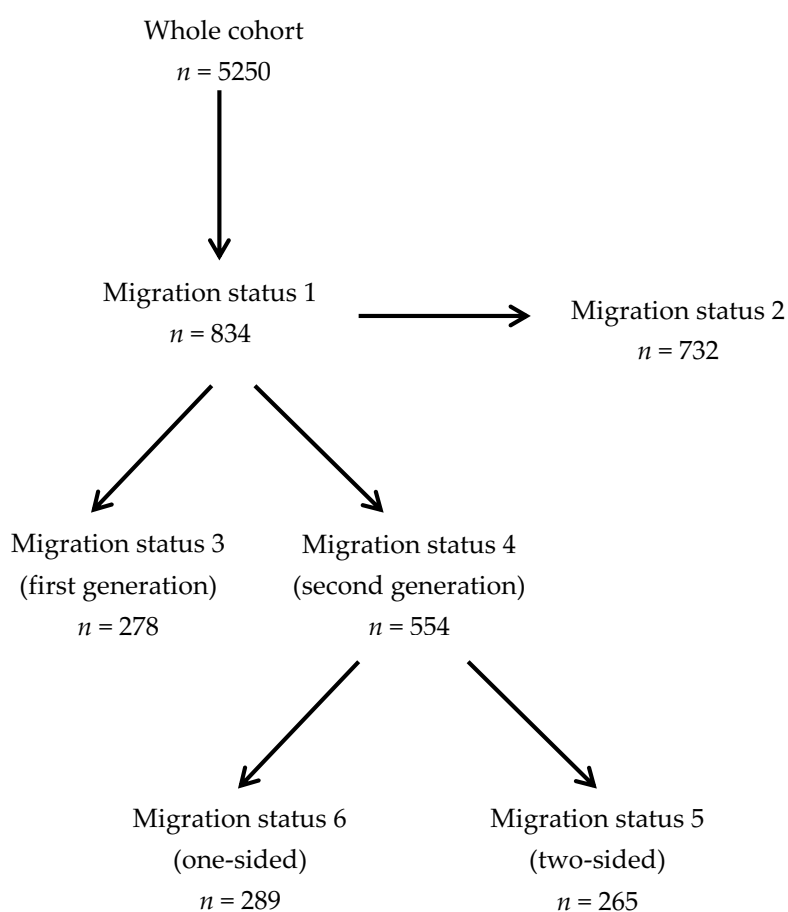


Figure 1. Overview over the different definitions of migration status.

2.4. Statistical Analysis

In a first step, we descriptively explored whether there are differences across migration statuses with respect to children's demography, health care utilization, frequency of developmental disorders and recommendations received as a result of the SEE. For this purpose, data were stratified according to the aforementioned six migration statuses. Absolute and relative frequencies are reported.

In a second step, prevalence ratios for each migration status were calculated to estimate the risk for the aforementioned endpoints. In order to adjust for possible confounding, the prevalence ratios were adjusted for socioeconomic status using logistic regression.

Prevalence ratios—instead of odds ratios—were chosen as effect estimates, since some of the endpoints occur in the cohort with a prevalence of approximately 10 percent and thus the rare disease assumption might be violated [50].

Because of the descriptive character of the present investigation, no statistical tests were performed, as recommended by the American Statistical Association [51,52].

Analyses were performed using SAS[®] (Version 9.4, Cary, NC, USA).

This study uses administrative data which fulfil all necessary requirements of the Federal Data Protection Act of the Federal Republic of Germany. As the data are fully anonymous and did not involve any experiments, according to national guidelines [53] no ethics clearance was necessary.

3. Results

3.1. Socio-Demographic Characteristics

A stratified analysis of children's socio-demographic characteristics shows that irrespective of the definition of migration status that has been used, migrant children have a lower social status than non-migrant children. This trend is most pronounced for children with a first-generation migration background (migration status 3). Children with a one-sided second-generation migration background (migration status 6) are a notable exception here: They are more likely to have a higher social status than their non-migrant counterparts.

Similarly, they are also more likely to attend kindergarten. While children with second-generation migration background and two-sided second-generation migration background (migration statuses 4 and 5) show virtually identical frequencies of kindergarten attendance compared to non-migrant children, in the remaining groups migrant children are more often looked after at home and less often attend kindergarten. Again, this is most pronounced for children with first-generation migration background (migration status 3).

Regarding family composition, marked differences between migrant and non-migrant families can be seen as well, again with one-sided second-generation migration background (migration status 6) being an exception: All other migration statuses are associated with a higher frequency of both parents living in the family and a smaller frequency of single mothers. Further, having more than two siblings is more frequent in migrant families.

The respective frequencies for socio-demographic details are shown in Table 1.

The countries of origin differ between the different definitions of migration status. For migration status 1 and 2, Germany is the most common country of birth for mothers, followed by Syria, Russia, Turkey and Vietnam. For fathers, Syria is most common, followed by Germany, Nigeria and Turkey. Children with first-hand migration experience (migration status 1) are mostly of Syrian origin. In families with only one foreign-born parent (migration status 6), it is in most cases the child's father who migrated, with Nigeria being the most common country of father's origin. More details concerning country of origin are presented in Table 2.

Table 1. Socio-demographic characteristics of the study population.

	Migration Status 1		Migration Status 2		Migration Status 3		Migration Status 4		Migration Status 5		Migration Status 6	
	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes
Sex												
Male	50.5%	49.8%	50.7%	48.2%	50.4%	50.7%	50.5%	49.3%	50.4%	50.2%	50.5%	48.5%
Female	49.5%	50.2%	49.3%	51.9%	49.6%	49.3%	49.5%	50.7%	49.6%	49.8%	49.5%	51.5%
Age (years)												
4	7.7%	6.6%	7.6%	6.9%	7.6%	6.7%	7.7%	6.5%	7.7%	4.8%	7.6%	7.8%
5	84.8%	85.8%	84.8%	86.2%	85.0%	84.7%	84.9%	86.3%	84.8%	89.9%	84.8%	83.6%
6	7.4%	7.6%	7.5%	6.9%	7.4%	8.6%	7.4%	7.2%	7.5%	5.3%	7.5%	8.6%
Socio-Economic Status *												
High	46.4%	38.5%	46.7%	35.4%	46.2%	24.9%	46.4%	44.6%	45.5%	38.7%	45.3%	49.3%
Medium	34.9%	28.3%	34.7%	29.3%	34.4%	25.4%	34.9%	29.7%	34.3%	28.0%	34.5%	31.0%
Low	18.7%	33.1%	18.7%	35.4%	19.5%	49.8%	18.7%	25.7%	20.2%	33.3%	20.3%	19.8%
Type of Child Care												
Kindergarten	96.8%	85.1%	96.6%	84.9%	96.8%	60.3%	96.8%	96.0%	95.2%	94.7%	95.0%	97.0%
At home	3.0%	14.7%	3.2%	15.0%	3.1%	39.2%	3.0%	4.0%	4.7%	5.3%	4.8%	3.0%
Nanny	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%	0.1%	0.5%	0.2%	.	0.2%	.	0.2%	.
Parents' Marital Status												
No information	0.2%	0.3%	0.2%	0.3%	0.2%		0.2%	0.4%	0.2%	1.0%	0.2%	.
Single mother	22.4%	18.4%	22.2%	19.0%	22.3%	10.5%	22.3%	21.9%	22.2%	12.1%	21.8%	29.5%
Mother and new partner	6.3%	3.2%	6.2%	3.0%	6.0%	1.9%	6.3%	3.8%	6.0%	1.5%	6.0%	5.6%
Both parents	68.6%	76.8%	68.9%	76.3%	67.0%	87.6%	68.6%	72.0%	69.1%	85.0%	69.5%	61.9%
other	2.6%	1.3%	2.6%	1.4%	2.6%		2.6%	1.9%	2.5%	0.5%	2.5%	3.0%
Number of Siblings												
<3	88.3%	80.2%	88.2%	79.5%	87.7%	75.1%	87.7%	82.3%	87.3%	83.1%	87.4%	81.7%
≥3	11.7%	19.9%	11.8%	20.5%	12.3%	24.9%	12.4%	17.7%	12.7%	16.9%	12.6%	18.3%

* Brandenburg Social Index according to [45].

Table 2. Parents' country of origin.

Mother's Country of Origin	Migration Status 1	Migration Status 2	Migration Status 3	Migration Status 4	Migration Status 5	Migration Status 6
Germany	206 (24.8%)	159 (21.8%)	16 (5.8%)	190 (34.4%)	1 (0.4%)	189 (65.6%)
Syria	150 (18.0%)	144 (19.7%)	119 (42.8%)	31 (5.6%)	31 (11.7%)	0
Russia	48 (5.8%)	42 (5.8%)	6 (2.2%)	42 (7.6%)	27 (10.2%)	15 (5.2%)
Turkey	42 (5.1%)	39 (5.3%)	2 (0.7%)	40 (7.2%)	40 (15.1%)	0
Vietnam	41 (4.9%)	41 (5.6%)	2 (0.7%)	39 (7%)	33 (12.5%)	6 (2.1%)
Poland	24 (2.9%)	21 (2.9%)	11 (4%)	13 (2.4%)	3 (1.1%)	10 (3.5%)
Ukraine	22 (2.6%)	20 (2.7%)	6 (2.2%)	16 (2.9%)	13 (4.9%)	3 (1%)
Iraq	19 (2.3%)	16 (2.2%)	1 (0.4%)	18 (3.3%)	17 (6.4%)	1 (0.4%)
Kosovo	18 (2.2%)	18 (2.5%)	2 (0.7%)	16 (2.9%)	15 (5.7%)	1 (0.4%)
Kazakhstan	15 (1.8%)	11 (1.5%)	1 (0.4%)	14 (2.5%)	11 (4.2%)	3 (1%)
Father's Country of Origin						
Syria	158 (19%)	149 (20.5%)	120 (43.3%)	38 (6.9%)	32 (12.1%)	6 (2.1%)
Germany	110 (13.3%)	85 (11.7%)	22 (7.9%)	88 (16%)	1 (0.4%)	87 (30.4%)
Nigeria	56 (6.8%)	51 (7%)	3 (1.1%)	53 (9.6%)	8 (3%)	45 (15.7%)
Turkey	54 (6.5%)	51 (7%)	4 (1.4%)	50 (9%)	41 (15.5%)	9 (3.2%)
Russia	35 (4.2%)	26 (3.6%)	3 (1.1%)	32 (5.8%)	23 (8.7%)	9 (3.2%)
Vietnam	34 (4.1%)	34 (4.7%)	1 (0.4%)	33 (6%)	33 (12.5%)	0
Iraq	32 (3.9%)	29 (4%)	1 (0.4%)	31 (5.6%)	17 (6.4%)	14 (4.9%)
Kosovo	19 (2.3%)	19 (2.6%)	1 (0.4%)	18 (3.3%)	16 (6%)	2 (0.7%)
Ukraine	17 (2.1%)	16 (2.2%)	1 (0.4%)	16 (2.9%)	12 (4.5%)	4 (1.4%)
India	16 (1.9%)	15 (2.1%)	10 (3.6%)	6 (1.1%)	2 (0.8%)	4 (1.4%)

3.2. Health Service Utilization

When it comes to health service utilization, marked differences between migrant and non-migrant children become evident, as well as between the different definitions of migration status. While 12.6% of non-migrant children did not participate in the preventative checkup 8 (“U8”), in migrant children, this number was approximately 20%. Here, two exceptions are of note. Of those children with first-generation migration background (migration status 3), almost one-third missed the check-up, while children with one-sided second-generation migration background (migration status 6) show a U8-utilization similar to that of children without a migration background. For U9 and the overall completeness of all preventative checkups a similar picture emerges.

In terms of immunizations, the picture is less clear: Migrant children according to definitions 1 and 2 and children with second-generation migration background (migration status 4) have similar frequencies of complete tetanus vaccination status as their non-migrant peers, which is approximately 80%. In contrast, children with first-generation migration background (migration status 3) show a lower vaccination coverage (approximately 68%), while children with a two-sided second-generation migration background (migration status 5) are more often vaccinated (88%). For other vaccinations, the comparison of the migration statuses shows a similar picture.

More details are to be found in Figure 2.

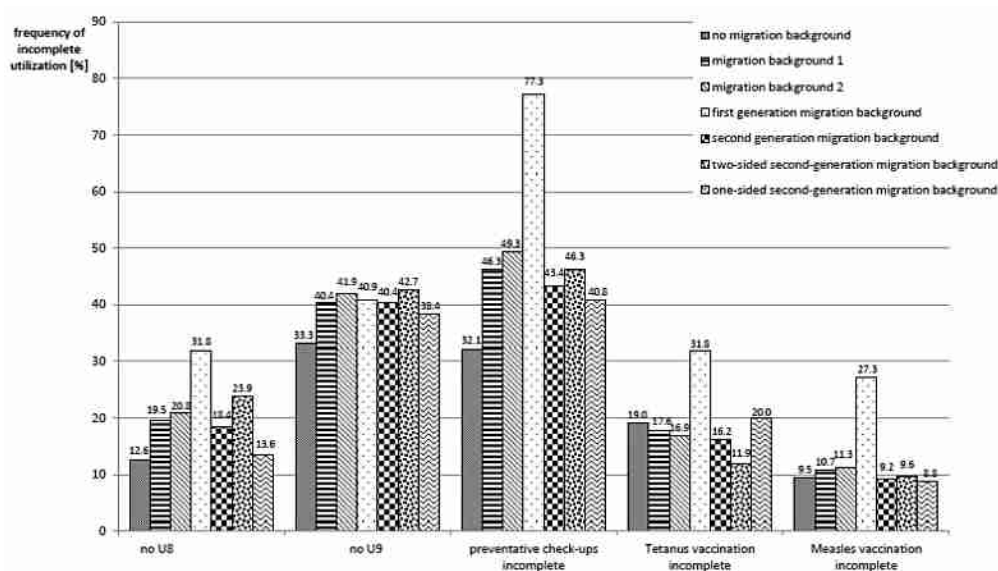


Figure 2. Frequencies of incomplete utilization of preventative health services, stratified according to migration status.

3.3. Health Outcomes

Overall, the frequency of pathological findings in the SEE is higher in migrant children. Severe developmental disorders, mental retardation, language retardation and disorders of fine motor skills are all more prevalent among migrant children and are again most pronounced in children with a first-generation migration background (migration status 3). As for the utilization of checkups, children with one-sided second-generation migration background (migration status 6) are an exception to this trend and show frequencies similar to—or lower than—non-migrant children (see also Figure 3).

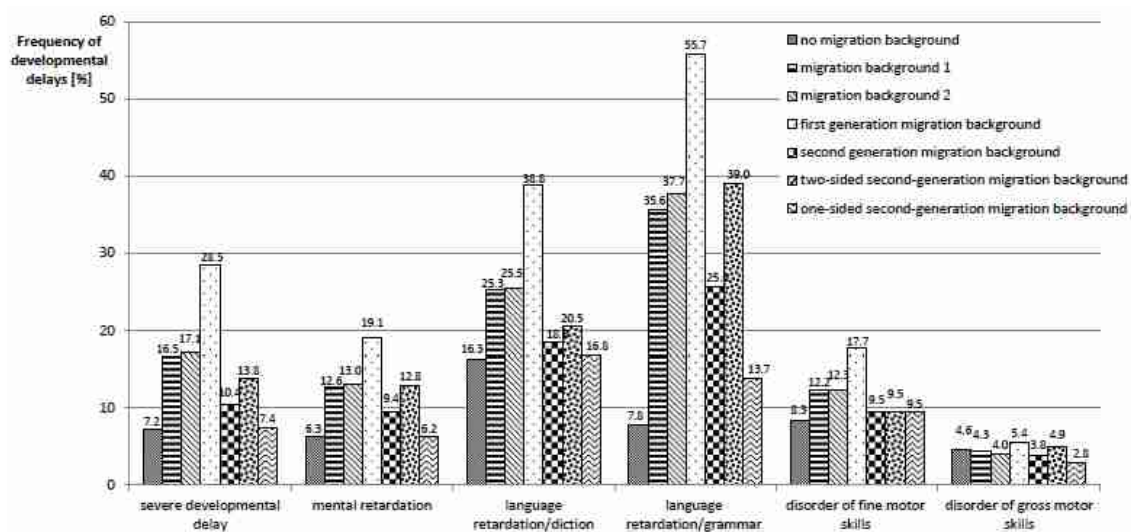


Figure 3. Frequencies of developmental delays, stratified according to migration status.

This higher prevalence of developmental disorders among migrant children is contrasted with a lower prevalence of measures aimed at the treatment of diagnosed developmental disorders. While 3% of non-migrant children are already enrolled in early intervention programs at the time of the SEE, migrant children are enrolled in early intervention programs markedly less often (1.7%, 1.5%, 0%, 2.6%, and 1.2%, respectively); only children with one-sided second-generation migration background (migration status 6) take part in early intervention programs slightly more often (3.9%). Further, for migrant children, a postponement of school enrollment is proposed less often and they more rarely receive a recommendation for special educational support due to special needs.

The respective numbers are given in Figure 4.

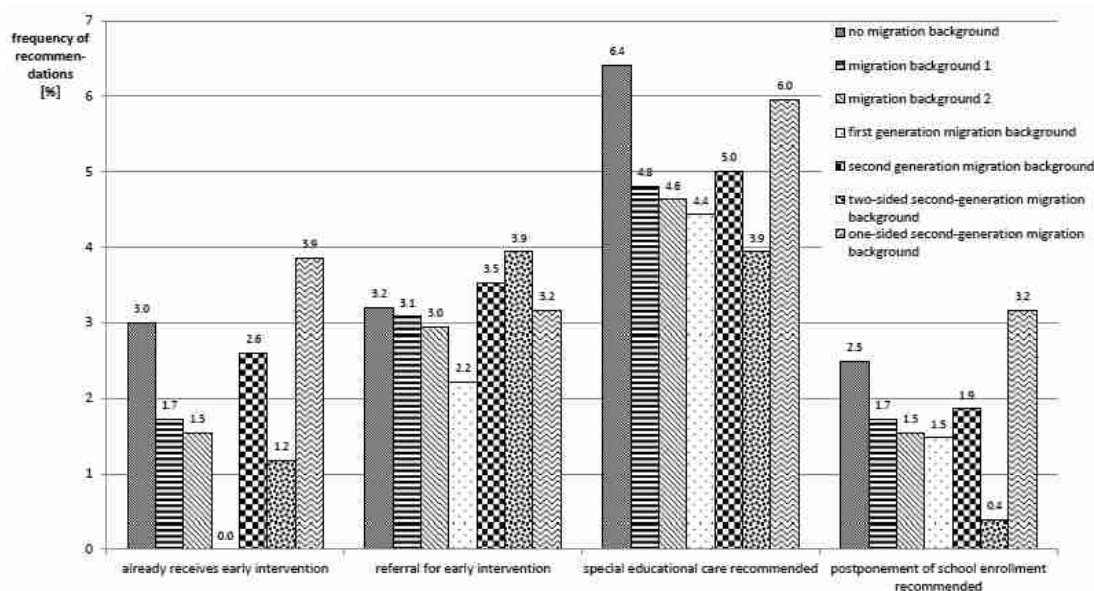


Figure 4. Frequencies of recommendations in relation to developmental delays, stratified according to migration status.

3.4. Multivariate Analyses

Regression analyses show elevated risks for incomplete preventative checkups, incomplete vaccination status and severe developmental delays for all definitions of migration status except one-sided second-generation migration background (migration status 6). Children in this category have risks similar to the population of non-migrants, while—as in the descriptive analysis—first-generation migration background (migration status 3) is associated with the biggest health risks. When adjusting for social status the effects of migration statuses 1 to 5 are only slightly reduced. A notable exception here is first-generation migration background (migration status 3) where the risk for having missed preventive checkup U8 *increases* after adjustment for social status.

When it comes to the recommendations given at the end of the SEE, the picture is less clear. While children with all migration backgrounds are less likely to receive the recommendation for special educational care or early intervention, most of the effects are rather small and many confidence intervals include the null value. Interestingly, the risk for receiving no recommendations after the SEE increases for migrant children after adjusting for social status.

Crude and adjusted prevalence ratios are displayed in Table 3.

Table 3. Risks for severe developmental disorders according to migration status.

	No Preventative Checkup U8		Incomplete Tetanus Vaccination		Severe Developmental Delay		Special Educational Care Recommended		Referral for Early Intervention	
	Crude PR * (95%-CI)	Adjusted PR *,† (95%-CI)	Crude PR * (95%-CI)	Adjusted PR *,† (95%-CI)	Crude PR * (95%-CI)	Adjusted PR *,† (95%-CI)	Crude PR * (95%-CI)	Adjusted PR *,† (95%-CI)	Crude PR * (95%-CI)	Adjusted PR *,† (95%-CI)
Migration status 1	1.57 (1.30–1.88)	1.57 (1.29–1.90)	2.14 (1.93–2.37)	2.02 (1.81–2.26)	2.22 (1.86–2.65)	1.57 (1.29–1.90)	0.76 (0.55–1.03)	0.59 (0.42–0.82)	0.96 (0.64–1.45)	0.74 (0.47–1.17)
Migration status 2	1.66 (1.38–2.01)	1.61 (1.31–1.98)	2.25 (2.03–2.49)	2.13 (1.9–2.38)	2.32 (1.93–2.77)	1.58 (1.30–1.93)	0.72 (0.51–1.01)	0.56 (0.39–0.79)	0.93 (0.6–1.44)	0.69 (0.43–1.13)
Migration status 3	2.35 (1.51–3.65)	3.05 (1.97–4.73)	3.83 (3.49–4.21)	3.56 (3.2–3.96)	3.69 (3.01–4.54)	2.16 (1.73–2.69)	0.75 (0.45–1.27)	0.44 (0.25–0.79)	0.78 (0.37–1.64)	0.42 (0.18–1.02)
Migration status 4	1.49 (1.23–1.82)	1.47 (1.2–1.81)	1.28 (1.09–1.5)	1.31 (1.1–1.55)	1.47 (1.15–1.89)	1.14 (0.87–1.51)	0.76 (0.52–1.1)	0.68 (0.46–1.00)	1.06 (0.66–1.7)	0.95 (0.58–1.58)
Migration status 5	1.85 (1.45–2.35)	1.77 (1.36–2.3)	1.25 (0.99–1.56)	1.28 (0.99–1.64)	2.05 (1.54–2.74)	1.41 (1.02–1.95)	0.62 (0.35–1.12)	0.52 (0.29–0.96)	1.17 (0.62–2.19)	0.80 (0.38–1.68)
Migration status 6	1.19 (0.89–1.59)	1.22 (0.91–1.65)	1.31 (1.06–1.61)	1.34 (1.08–1.66)	0.94 (0.62–1.42)	0.85 (0.54–1.34)	0.88 (0.55–1.42)	0.85 (0.52–1.38)	0.96 (0.5–1.87)	1.1 (0.57–2.1)

* PR = prevalence ratio; reference group: children without migration background. † adjusted for socioeconomic status.

4. Discussion

In general, our findings are in line with other studies that found migration background generally to be a risk factor for lower health service utilization [19,54] or developmental delays [41,55].

Further, other studies that further differentiate migrant children find differences between groups of migrant children: A recent study from Hannover Region, Germany, distinguished preschoolers according to their parents' country of origin and found that risk factors (in this case: levels of obesity) differ between non-migrant children and children whose parents have non-German nationalities, with children from Turkish families having the highest risk [56]. Studies from Australia reach similar conclusions. Here, children whose parents originate from the Pacific Islands and the Middle East have the highest risk [57,58]. Similar patterns depending on parents' country of origin also appear in a systematic review on childhood obesity in the UK [59].

Few studies distinguish between different sub-categories of migration statuses. A study that analyzed the findings of SEE in Bavaria, Germany, used definitions of migration status similar to the ones employed here and also found children with migration background to generally fare worse in medically relevant outcomes compared to non-migrants [18]. As in our findings, children with one-sided migration background showed much better results than those with two-sided migration background and were more similar to non-migrant children in most aspects.

Similar results are found in the KiGGS-study, where children with first-generation migration background and two-sided second-generation migration background have a lower participation rate in pediatric checkups and children with one-sided migration background are very similar to non-migrant children [19].

Our research adds to this knowledge by showing that children with migration background have not only a higher risk for deficient utilization of preventative services and developmental delays, they are also less frequently prescribed early interventions and other measures which could potentially improve their development.

This gap might be explained by the fact that none of the developmental tests used in the SEE in Halle (Saale) are administered in languages other than German and they are also not explicitly designed to be language-independent. As a result, we hypothesize that physicians might not trust the pathological results in children with low German-language proficiency and refrain from offering them the help a non-migrant child with similar test results would receive. This raises the question as to whether the SEE can provide reliable results for migrant children and highlights the need for language-independent tests. The urgency of this situation becomes more apparent when considering that migrant children constitute (depending on the definition) up to approximately one fifth of the age cohort.

Other relevant findings are the striking differences between children with first-generation migration background and children with one-sided second-generation migration background compared to non-migrant children, respectively. Even though all children with migration statuses 1 to 5 show increased health risks, children who migrated themselves show even worse results. Their lower utilization of preventative checkups and vaccinations might be explained by the recency of their migration to Germany (they simply were not in the country at the time the checkup or vaccination was due), or by parents' health literacy which might not align well with the German health care system.

Still, the very high prevalence of language retardation emphasizes the need for better and earlier speech therapy interventions—or simply language instruction, depending on how the scores foreign speakers attain in language-dependent tests are interpreted.

In contrast, children with one-sided second-generation migration background show results more similar to non-migrant children than to the other groups of migrant children.

5. Limitations

Research on the influence of acculturation on health and health service utilization suggests that the duration of a family's residence in Germany and the language spoken in the family might partly

explain the differences observed in the present study [60,61]. Since this information was not available for our cohort, we cannot estimate its importance to our data. Similarly, it is well established that a family's legal status may considerably affect children's health, since precarious legal titles—like that of an asylum seeker or an undocumented migrant—substantially increase the risk for a number of adverse medical outcomes [8,62,63]. Since our data contained no information on legal status, its influence could not be accounted for in this paper.

6. Conclusions

In summary, we conclude that migration statuses 1, 2, 3, 4 and 5 are all similarly associated with a higher risk for health-related findings in SEE compared to children without migration background. Children with first-generation migration background (migration status 3) show even higher risks and should therefore receive special attention in SEE, while children with one-sided second-generation migration background (migration status 6) perform similarly to children without migration background in school entry examinations.

We therefore suggest that children with one-sided second-generation migration background should not be classified as migrants, since their socio-demographic characteristics and their risk for relevant medical findings in the SEE do not justify distinguishing them as a risk group separate from the general population of preschoolers. In contrast, children with first-generation migration background should receive special attention, since their risk for deficient utilization of preventative services and developmental delays is much higher compared to that of their non-migrant peers as well as to that of children with other migration statuses.

Author Contributions: All authors (A.F., D.T., P.B., M.K., C.G. and A.W.) made substantial contributions to the conception and design of the article. A.F. and D.T. were responsible for data editing. A.F., A.W. and P.B. made substantial contributions to the study design and analysis of the data. A.F. drafted the manuscript and A.W., D.T., P.B. and M.K. were involved in critical revision for important intellectual content. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This research received no external funding.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest.

References

1. EUROSTAT. Migration and Migration Population Statistics. Available online: www.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Migration_and_migrant_population_statistics (accessed on 8 December 2019).
2. Pew Research Center. Immigrant Share in U.S. Nears Record High but Remains Below That of Many Other Countries. Available online: <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2019/01/30/immigrant-share-in-u-s-nears-record-high-but-remains-below-that-of-many-other-countries/> (accessed on 8 December 2019).
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. 2015. Available online: https://web.archive.org/web/20151210212235/http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/ei2015/doc/eic2015_resultados.pdf (accessed on 8 December 2019).
4. Australian Bureau of Statistics. Australia's Population by Country of Birth. Available online: <https://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/Latestproducts/3412.0Main%20Features22017-18> (accessed on 8 December 2019).
5. Institute of Medicine (U.S.). *Race, Ethnicity, and Language Data: Standardization for Health Care Quality Improvement*; National Academies Press: Washington, DC, USA, 2009.
6. Solé-Auró, A.; Crimmins, E.M. Health of immigrants in European countries. *Int. Migr. Rev.* **2008**, *42*, 861–876. [CrossRef] [PubMed]
7. Rechel, B.; Mladovsky, P.; Ingleby, D.; Mackenbach, J.P.; McKee, M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet* **2013**, *381*, 1235–1245. [CrossRef]
8. Bhugra, D. Migration and mental health. *Acta Psychiatr. Scand.* **2004**, *109*, 243–258. [CrossRef] [PubMed]
9. Hudelson, P.; Dominice, D.M.; Perneger, T.; Durieux-Paillard, S.A. "Migrant friendly hospital" initiative in Geneva, Switzerland: Evaluation of the effects on staff knowledge and practices. *PLoS ONE* **2014**, *9*, e106758. [CrossRef] [PubMed]

10. Alidu, L.; Grunfeld, E. A systematic review of acculturation, obesity and health behaviours among migrants to high-income countries. *Psychol. Health* **2018**, *33*, 724–745. [[CrossRef](#)]
11. Razum, O.; Geiger, I.; Zeeb, H.; Ronellenfitsch, U. Health care for migrants. *Deutsches Ärzteblatt* **2004**, *101*, 2882–2887.
12. European Centre for Disease Prevention and Control. *Assessing the Burden of Key Infectious Diseases Affecting Migrant Populations in the EU/EEA*; ECDC Technical Report; ECDC: Stockholm, Sweden, 2014.
13. Hemminki, K. Immigrant health, our health. *Eur. J. Public Health* **2014**, *24*, 92–95. [[CrossRef](#)]
14. Führer, A. “Da muss sich jemand anders drum kümmern”—Die medizinische Versorgung von Asylsuchenden als Herausforderung für eine bio-psycho-soziale Medizin. *Gesundheitswesen* **2019**. [[CrossRef](#)]
15. Rosenkötter, N.; van Dongen, M.; Hellmeier, W.; Simon, K.; Dagnelie, P.C. The influence of migratory background and parental education on health care utilisation of children. *Eur. J. Pediatrics* **2012**, *171*, 1533–1540. [[CrossRef](#)]
16. Brzoska, P.; Razum, O. Mortality and morbidity patterns among immigrants residing in Germany. In *Migration, Health and Survival: International Perspectives*; Trovato, F., Ed.; Edward Elgar: Cheltenham, UK, 2017; pp. 214–233.
17. Brzoska, P. Disparities in health care outcomes between immigrants and the majority population in Germany: A trend analysis, 2006–2014. *PLoS ONE* **2018**, *13*, e0191732. [[CrossRef](#)]
18. Le Thi, T.G.; Heißenhuber, A.; Schneider, T.; Schulz, R.; Herr, C.E.W.; Nennstiel-Ratzel, U.; Hölscher, G. The impact of migration background on the health outcomes of preschool children: Linking a cross-sectional survey to the school entrance health examination database in Bavaria, Germany. *Gesundheitswesen* **2019**, *81*, e34–e42.
19. Robert Koch Institut. *Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003–2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland*; RKI: Berlin, Germany, 2008.
20. Knipper, M. Migrationshintergrund? Plädoyer für eine zeitgemäße Beachtung der sozialen und kulturellen Hintergründe von Kindergesundheit in Deutschland. In *Schwerpunktthema Migrantinnen und Migranten in der Pädiatrie*; Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte, e.V., Ed.; BVKJ: Köln, Germany, 2013; pp. 65–69.
21. Schenk, L.; Bau, A.-M.; Borde, T.; Butler, J.; Lampert, T.; Neuhauser, H.; Razum, O.; Weilandt, C. A basic set of indicators for mapping migrant status. Recommendations for epidemiological practice. *Bundesgesundheitsblatt* **2006**, *49*, 853–860. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
22. Oberwöhrmann, S.; Bettge, S.; Hermann, S. *Einheitliche Erfassung des Migrationshintergrundes bei den Einschulungsuntersuchungen*; Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin: Berlin, Germany, 2013.
23. Kemper, T. *Zur Landesspezifischen Erfassung des Migrationshintergrunds in der Schulstatistik-(k)ein Gemeinsamer Nenner in Sicht?* Schumpeter Discussion Papers: Wuppertal, Germany, 2016.
24. Nguyen, V.-K. *The Republic of Therapy: Triage and Sovereignty in West Africa’s Time of AIDS*; Duke University Press: Durham, NC, USA, 2010.
25. Bauer, S. Politik mit Kategorien: Zur Produktion von Differenz in Epidemiologie und Biomedizin. In *Gemachte Differenz: Kontinuitäten biologischer “Rasse“-Konzepte*; AG gegen Rassismus in den Lebenswissenschaften, Ed.; Unrast: Münster, Germany, 2009; pp. 278–301.
26. Mays, V.M.; Ponce, N.A.; Washington, D.L.; Cochran, S.D. Classification of race and ethnicity: Implications for public health. *Annu. Rev. Public Health* **2003**, *24*, 83–110. [[CrossRef](#)]
27. Statistisches Bundesamt. *Bevölkerung mit Migrationshintergrund—Ergebnisse des Mikrozensus 2017*; Statistisches Bundesamt: Berlin, Germany, 2017.
28. Führer, A.; Eichner, F. Statistics and sovereignty: The workings of biopower in epidemiology. *Glob. Health Action* **2015**, *8*, 28262. [[CrossRef](#)]
29. Foucault, M.; Senellart, M.; Ewald, F.; Fontana, A. *Security, Territory, Population: Lectures at the Collège de France, 1977–1978*; Palgrave Macmillan: Basingstoke, UK; New York, NY, USA, 2007.
30. Goffman, E. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*; Simon & Schuster: New York, NY, USA, 1986.
31. Hacking, I. Making up people. In *Reconstructing Individualism*; Heller, T., Sosna, M., Wellbery, D., Eds.; Stanford University Press: Stanford, CA, USA, 1986; pp. 161–171.
32. Foucault, M. The subject and power. *Crit. Inq.* **1982**, *8*, 777–795. [[CrossRef](#)]
33. Hacking, I. *Rewriting the Soul. Multiple Personality and the Sciences of Memory*; Princeton University Press: Princeton, NJ, USA, 1998.

34. Will, A.-K. 10 Jahre Migrationshintergrund in der Repräsentativstatistik: Ein Konzept auf dem Prüfstand. *Leviathan* **2016**, *44*, 9–35. [CrossRef]
35. Bollig, S.; Tervooren, A. The order of family as a preventive resource. Informal developmental diagnostic in pediatric and school entry check-ups using the example of exploring children’s television viewing. *J. Sociol. Educ. Social.* **2009**, *29*, 157–173.
36. Franze, M.; Gottschling, A.; Hoffmann, W. The “Dortmund Developmental Screening for Preschools” as the basis for developmental promotion in preschools in Mecklenburg-West Pomerania. First results of the pilot project “Children in Preschools” referring to the acceptance of DESK 3–6 by preschool teachers. *Bundesgesundheitsblatt* **2010**, *53*, 1290–1297.
37. Hespe-Jungesblut, K.; Jahn, N.; Bruns-Philipps, E.; Zühlke, C. Ärztliche Untersuchung vor Schulbeginn lohnt sich. *Pädiatrie Hautnah* **2013**, *25*, 41–46. [CrossRef]
38. Mossakowski, K.; Nickel, S.; Schäfer, I.; Süß, W.; Trojan, A.; Werner, S. Diagnosis of an urban quarter: Data and approaches for a quarter-oriented prevention programme in the public health sector. *Präv. Gesundheitsf.* **2007**, *2*, 82–89. [CrossRef]
39. Weßling, A. School entrance examination: Prospects for a data-based health promotion in school and community. *Gesundheitswesen* **2000**, *62*, 383–900. [CrossRef] [PubMed]
40. Kelle, H. Schuleingangsuntersuchungen im Spannungsfeld von Individualdiagnostik und Epidemiologie: Eine Praxisanalyse. *Diskurs Kindheits- und Jugendforschung* **2011**, *6*, 247–262.
41. Spannenkrebs, M.; Crispin, A.; Krämer, D. The new preschool examination in Baden-Württemberg: What determinants influence the school medical evaluation special need for language promotion in childhood development? *Gesundheitswesen* **2013**, *75*, 838–847. [PubMed]
42. Kelle, H. Bedeutungswandel der ärztlichen Schuleingangsuntersuchungen. *Grundschr. Aktuell* **2006**, *9*, 24–26.
43. Führer, A.; Wienke, A.; Tiller, D. Die Schuleingangsuntersuchung als subsidiäre Vorsorgeuntersuchung. *Präv. Gesundheitsf.* **2018**, *143*, 198–204. [CrossRef]
44. Führer, A.; Wienke, A.; Wiermann, S.; Gröger, C.; Tiller, D. Risk-based approach to school entry examinations in Germany—A validation study. *BMC Pediatrics* **2019**, *19*, 448. [CrossRef]
45. Böhm, A.; Ellsäßer, G.; Lüdecke, K. The Brandenburg social index: A tool for health and social reporting at regional and communal levels in the analysis of data of school beginners. *Gesundheitswesen* **2007**, *69*, 555–559. [CrossRef]
46. Robert Koch Institut. Impfkalender (Standardimpfungen) für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene 2018/2019. *Epidemiol. Bull.* **2018**, *34*, 338.
47. Arbeitsgruppe Standardisierung im KJÄD 2011/2012. Handreichung für die Schuleingangsuntersuchung in Sachsen-Anhalt. 2013. Available online: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKewj58qPAjdPmAhX2wsQBHUT1C-cQFjAAegQIARAC&url=https%3A%2F%2Fverbraucherschutz.sachsen-anhalt.de%2Ffileadmin%2FBibliothek%2FPolitik_und_Verwaltung%2FMS%2FLAV_Verbraucherschutz%2Fservice%2Fgbe%2Fberichte%2F2018_12_Handreichung_SEU_Auszug_ohne_SEBES.pdf&usq=AOvVaw0XAa0tUnih9uSGJCOK40Dd (accessed on 26 December 2019).
48. Razum, O.; Zeeb, H.; Meesmann, U.; Schenk, L.; Bredehorst, M.; Brzoska, P.; Dercks, T.; Glodny, S.; Menkhaus, S.; Salman, R.; et al. *Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes*; Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Berlin, Germany, 2008.
49. Mauz, E.; Lange, M.; Houben, R.; Hoffmann, R.; Allen, J.; Gößwald, A.; Hölling, H.; Lampert, T.; Lange, C.; Poethko-Müller, C.; et al. Cohort profile: KiGGS cohort longitudinal study on the health of children, adolescents and young adults in Germany. *Int. J. Epidemiol.* **2019**. [CrossRef]
50. Greenland, S.; Thomas, D.C. On the need for the rare disease assumption in case-control studies. *Am. J. Epidemiol.* **1982**, *116*, 547–553. [CrossRef]
51. Wasserstein, R.L.; Schirm, A.L.; Lazar, N.A. Moving to a world beyond “ $p < 0.05$ ”. *Am. Stat.* **2019**, *73*, 1–19.
52. Amrhein, V.; Greenland, S.; McShane, B. Scientists rise up against statistical significance. *Nature* **2019**, *567*, 305–307. [CrossRef] [PubMed]
53. AGENS. *Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS): Leitlinien und Empfehlungen*; AGENS: Köln, Germany, 2014.
54. Stich, P.; Mikolajczyk, R.; Krämer, A. Determinanten des Teilnahmeverhaltens bei Kindervorsorgeuntersuchungen (U1–U8): Eine gesundheitswissenschaftliche Analyse zur Gesundheitsversorgung im Kindesalter. *Präv. Gesundheitsf.* **2009**, *4*, 265–271. [CrossRef]

55. Schäfer, P.; Schöler, H.; Roos, J.; Grün-Nolz, P.; Engler-Thümmel, H. Einschulungsuntersuchung 2002 in Mannheim – Sprachentwicklungsstand bei Schulbeginn. *Gesundheitswesen* **2003**, *2003*, 676–682.
56. Zhou, Y.; Lengerke, T.; Walter, U.; Dreier, M. Migration background and childhood overweight in the Hannover Region in 2010–2014: A population-based secondary data analysis of school entry examinations. *Eur. J. Pediatrics* **2018**, *177*, 753–763. [[CrossRef](#)]
57. Achat, H.M.; Stubbs, J.M. Socio-economic and ethnic differences in the prevalence of overweight and obesity among school children. *J. Paediatrics Child Health* **2014**, *50*, E77–E84. [[CrossRef](#)]
58. Waters, E.; Ashbolt, R.; Gibbs, L.; Booth, M.; Magarey, A.; Gold, L.; Kai Lo, S.; Gibbons, K.; Green, J.; O'Connor, T.; et al. Double disadvantage: The influence of ethnicity over socioeconomic position on childhood overweight and obesity: Findings from an inner urban population of primary school children. *Int. J. Pediatric Obes.* **2008**, *3*, 196–204. [[CrossRef](#)]
59. El-Sayed, A.M.; Scarborough, P.; Galea, S. Ethnic inequalities in obesity among children and adults in the UK: A systematic review of the literature. *Obes. Rev.* **2011**, *12*, e516–e534. [[CrossRef](#)]
60. Abraído-Lanza, A.F.; Armbrister, A.N.; Flórez, K.R.; Aguirre, A.N. Toward a theory-driven model of acculturation in public health research. *Am. J. Public Health* **2006**, *96*, 1342–1346. [[CrossRef](#)]
61. Tanenbaum, M.L.; Commissariat, P.; Kupperman, E.; Baek, R.N.; Gonzalez, J.S. Acculturation. In *Encyclopedia of Behavioral Medicine*; Gellman, M.D., Turner, J.R., Eds.; Springer: New York, NY, USA, 2013; pp. 12–14.
62. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer. *Traumatisiert. Ausgegrenzt. Unterversorgt.: Versorgungsbericht zur Situation von Flüchtlingen und Folteropfern in den Bundesländern Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen*; Baff e.V.: Berlin, Germany, 2014.
63. Heeren, M.; Wittmann, L.; Ehlert, U.; Schnyder, U.; Maier, T.; Müller, J. Psychopathology and resident status—Comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labor migrants, and residents. *Compr. Psychiatry* **2014**, *55*, 818–825. [[CrossRef](#)]



© 2019 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

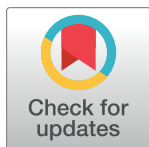
RESEARCH ARTICLE

Serious shortcomings in assessment and treatment of asylum seekers' mental health needs

Amand Führer^{1*}, Andreas Niedermaier¹, Vivian Kalfa², Rafael Mikolajczyk¹,
Andreas Wienke¹

1 Institute of Medical Epidemiology, Biometrics and Informatics, Martin-Luther-University Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Germany, **2** Psychosocial Centre for Refugees and Victims of Torture (PSZ), Halle (Saale), Germany

* amand.gabriel-fuehrer@uk-halle.de



Abstract

Background

The prevalence of psychological complaints is known to be very high in populations of asylum seekers. Despite this, data on the health care system's ability to adequately meet these high-risk populations' mental health needs are scarce. This article investigates how well the German outpatient health care system is able to detect and adequately treat them.

Methods

To this end, we combined data from a cross-sectional survey with billing data from the local social welfare office from the year 2015. Using descriptive statistics, the data of the cross-sectional study are used to quantify the psychological health care *needs* of asylum seekers while the secondary data analysis indicates the actual access to and extent of psychological *treatment*.

Results

In the cross-sectional study, 54% of patients were screened positive for symptoms of depression, 41% for symptoms of anxiety disorder and 18% for symptoms of Posttraumatic Stress Disorder. In total, 59% were screened positive for at least one of these three disorders. However, when contrasting these screening-based prevalences with the prevalences based on data from the health care system, a mismatch becomes apparent: According to the social welfare office's billing data, only 2.6% of asylum seekers received the diagnosis of depression, 1.4% were diagnosed with anxiety disorder and 2.9% with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). In combination, 4.9% were diagnosed with at least one of these three disorders. Overall, less than one tenth of asylum seekers with symptoms of depression, anxiety or PTSD received the corresponding diagnosis by the health care system. Among those who were diagnosed, about 45% received no treatment at all, while 38% were treated with drugs alone. Only 1% of all patients received psychotherapy.

OPEN ACCESS

Citation: Führer A, Niedermaier A, Kalfa V, Mikolajczyk R, Wienke A (2020) Serious shortcomings in assessment and treatment of asylum seekers' mental health needs. PLoS ONE 15(10): e0239211. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239211>

Editor: Stephan Doering, Medical University of Vienna, AUSTRIA

Received: April 7, 2020

Accepted: September 2, 2020

Published: October 7, 2020

Copyright: © 2020 Führer et al. This is an open access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Data Availability Statement: The data that support the findings of this study are available from the Social Security Office, City of Halle (Saale), Germany, but restrictions apply to the availability of these data, which were used under license for the current study, and so are not publicly available. Data are however available from the authors upon reasonable request and with permission of Social Security Office, City of Halle (Saale), Germany. Phone: +49 345 221-5417; e-mail: Soziales@halle.de.

Funding: AN received a dissertation scholarship by the Medical Dissertation Colloquium Halle (Saale) (HaPKoM) which enabled data collection and analysis of the billing data. The cross-sectional part of the study was supported by a grant from Rosa Luxemburg Foundation. The funders had no role in study design, data collection and analysis, decision to publish, or preparation of the manuscript.

Competing interests: The authors have declared that no competing interests exist.

Conclusions

Psychological complaints are very common among asylum seekers, yet only a small proportion of this population receives the corresponding diagnoses and treatment. While various factors can contribute to these shortcomings, there is an urgent need to systematically address this deficit and introduce measures to improve mental health care for this high-risk population.

Introduction

A vast number of studies show that psychological problems are highly prevalent in refugee populations all over the world [1–3] and also in Germany [4,5] (for an explanation of our terminology see Supplement 1). The reasons for this are manifold and well established: While many asylum seekers are victim to potentially traumatizing experiences in their countries of origin and suffer from adversity that made them leave their home in the first place [6,7], many experience further violence, abuse and insecurity during their flight [8,9]. Migration studies speak of pre- and peri-migratory stressors here [10,11].

However even after asylum seekers' arrival in Europe, their psychosocial situation remains burdensome. These post-migratory stressors include uncertainty concerning the outcome of asylum claims [12–14], poor living conditions in shelters with no privacy and often substandard housing [14–16], social marginalization and legally restricted possibilities for family reunion [11], economic hardships due to legal restrictions of access to the labor market and social benefits [17], and the experience of racism and violence [15,18,19].

Considering these facts, facilitating asylum seekers' access to adequate psychological care seems a common sense measure. Accordingly, attempts to facilitate access to care have been incorporated into international law: In 2011 the European Parliament urged its member states to “focus on the needs of vulnerable groups, including disadvantaged migrant groups” [20] while the EU's Directive 2013/33/EU explicitly specifies for migrants with chronic mental conditions that “Member States shall provide necessary medical or other assistance to applicants who have special reception needs, including appropriate mental health care where needed” [21]. The EU Directive 2013/33/EU was signed by the German government in 2013 and became national law in July 2015.

Subsequently, institutions such as the German National Academy of Sciences [22], the German Association of Psychosocial Centres for Refugees and Victims of Torture [23], and national guidelines [24] outlined in great detail means to achieve these aims. Still, scientific studies and reports of civil society alike regularly illustrate that asylum seekers' access to psychological care continues to be alarmingly underdeveloped. Many patients are only able to find treatment outside the regular health care sector, facilitated by NGOs and other members of civil society [25].

The extent of the presumed health care gap for psychological treatment is so far unknown. Therefore, the aim of this paper is to investigate the extent of this presumed gap. In doing so, we found substantial deficits both in diagnostics and guideline-adherent therapy of psychological complaints.

Materials and methods

Study population

After their arrival in Germany, asylum seekers are assigned to a federal state and its reception center, where they go through the first stages of their asylum procedure. Depending on their country of origin, they stay at the reception center until the asylum process is completed (this is usually the case for people from a country with a low probability of asylum approval), or they are transferred to a municipal shelter where they complete the remainder of the process [26]. During this time, they have a particular legal status: They are not allowed to work, their access to social benefits is very limited and often restricted to vouchers and/or benefits in kind, and they have no access to the statutory health insurance [13,27]. Instead, their medical needs ought to be covered by §§ 4 and 6 of the Asylum Seekers' Benefits Act (ASBA), which grants a high degree of discretionary power to the local social welfare office (*Sozialamt*) [28], the government agency responsible for the payment of welfare subsidies and for the provision for asylum seekers. As a result, in most municipalities the extent of medical services covered by the social welfare office is considerably smaller than for regularly insured patients [27]. After 15 months in Germany, asylum seekers usually become entitled to statutory health insurance, irrespective of their legal status. As of now, this period has been extended to 18 months.

The asylum seekers included in this study have already been transferred to the municipality's responsibility and mostly live in shelters. All of them are receiving benefits according to the ASBA and are still waiting for the approval of their asylum claim.

Study design

This analysis is based on two sources of data: a secondary data analysis of the local social welfare office's billing data concerning all asylum seekers registered in 2015 in the city of Halle (Saale), Germany, and a cross-sectional study involving a subpopulation of those asylum seekers. The data of the cross-sectional study are used to quantify the psychological health care *needs* of asylum seekers, while the secondary data analysis indicates access to and extent of psychological *treatment*.

We restricted the analysis of treatment to the outpatient sector, since there is a consensus that patients with the conditions in question are to be treated as outpatients and that inpatient treatment in these cases signals shortcomings in the outpatient sector [29].

Cross-sectional survey

In August 2015, a sample of 214 respondents was randomly recruited out of 560 eligible asylum seekers in Halle (Saale), Germany. Participants were approached in their shelters by going from door to door. A week before the survey all eligible asylum seekers (or their parents or guardians in the case of minors) had already been informed about the study by a social worker who handed them a document explaining the study aims and matters of data protection and voluntariness in the asylum seekers' respective mother tongue. On the day of the survey, these issues were once again explained in the respondents' mother tongue by native-language study assistants. Then, they were asked to verbally give informed consent on their participation and fill in the questionnaire. (For participants under the age of 18 years (the age of consent in Germany), a parent or other guardian had to agree to the study participation as well.) Except for two people, who refused to participate due to time constraints, all approached eligible asylum seekers agreed to take part in the survey. To be included in the study, participants had to be at least 16 years of age and speak Arabic, Farsi, French, Hindi, or English. Participants anonymously filled in a questionnaire in their mother tongue that contained two psychometric

screening tools measuring symptoms of depression and anxiety (Hopkins-Symptom-Checklist 25, HSCL-25) [30], and symptoms of PTSD (fourth part of Harvard Trauma Questionnaire, HTQ) [31]. Both instruments have been shown to perform well in cross-cultural settings in earlier studies [32–34]. The HSCL-25 was analyzed separately for symptoms of depression and symptoms anxiety disorder, using a cut-off value of >1.75 for each score [35]. For the HTQ, values >2.5 were considered indicative of PTSD [36].

More information on methodic details can be found in [5].

Billing data

Billing data was gathered from the local social welfare office and digitalized. Hereby information on the billing physicians and their specialty, as well as diagnoses (as ICD-code), treatment procedures (as EBM-codes), prescribed medicines (as ATC-codes) and the costs for each were documented. The billing data covered the entire population of registered asylum seekers in Halle (Saale) during the year 2015 and also *included* those individuals sampled in the cross-sectional survey. To ensure comparability of the data sets, only asylum seekers of at least 16 years of age were included in the analysis of the billing data.

Since the screening tools employed in the cross-sectional study measure symptoms that might also occur in disorders other than depression, anxiety disorder and PTSD, we grouped the ICD-codes that could have been assigned by physicians according to the *phenomenology* of the diseases by taking into account if the respective diagnosis makes it likely that a patient would at some point in his or her history be screened positive with the tools we employed: In the following, the physicians' diagnosis of "depression" subsumes the ICD-codes F25.1, F31.3–6, F32, F33, F34, F38, F39, F92.0, "anxiety disorder" includes F40 and F41, and "PTSD" corresponds to F43.

The billing physician's specialty was documented using the physician's ID assigned by the [Association of Statutory Health Insurance Physicians](#) which includes information on a physician's specialty. Specialties were then grouped into broader categories: Different types of family doctors were included in one group and all specialties concerned with psychological complaints were categorized as "psychiatric specialist". The latter group includes the specialties "neurology and psychiatry", "psychiatry and psychotherapy", "forensic psychiatry", "psychosomatic medicine and psychotherapy", "medical psychotherapy", "psychological psychotherapy" and "pediatric psychotherapy".

In classifying the therapies offered to patients with diagnosed depression, anxiety disorder or PTSD, we distinguished between psychotherapy and verbal intervention (*Gesprächsintervention*), where verbal intervention refers to a consultation of at least 15 minutes with a physician who underwent training for mental basic care. While psychotherapy is offered only by the above-mentioned psychiatric specialists, verbal interventions can be conducted by any medical specialty.

Prescribed medicines were categorized according to their ATC-code. The following groups of codes on the four-digit level of the ATC-classification are potentially indicated for treating symptoms of depression, anxiety disorder or PTSD: N05AN, N05B, N05C, N06A, N06C. Medicines belonging to these groups are hereinafter referred to as "specific drugs".

Estimating the extent of the health care gap

We use the findings from the cross-sectional study to calculate the proportion of asylum seekers with psychological symptom-scores above the cut-off value. Since studies have shown that among the regularly insured population only about 50% of positively screened patients are later diagnosed with depression by their family doctor [37], it is likely that not all patients

screened positive would need therapy. Nevertheless, all of them show distinct symptoms that warrant further investigation. Therefore, we interpret this proportion as the percentage of asylum seekers that would need to be examined by a physician *at least once* in order to confirm or refute the results found in the screening.

We then compared this proportion derived from the cross-sectional study with the combined prevalence of diagnoses, refuted diagnoses, and diagnostic and therapeutic procedures related to depression, anxiety disorder or PTSD as gathered from the social welfare office's billing data. From this comparison we estimate how well the health care system is able to *detect* asylum seekers with psychological complaints.

In a second step, we investigated the kind of treatment that patients who were diagnosed with one of the three conditions received within the outpatient health care system. This serves to assess how well the health care system is able to *treat* asylum seekers with psychological disorders.

Statistical analysis

Descriptive statistics are reported as means and absolute and relative frequencies with their corresponding 95% confidence intervals.

Ethics

The cross-sectional part of the article underwent ethics clearance and was approved by the institutional review board of the Faculty of Medicine at Martin-Luther-University Halle-Wittenberg, Germany (Nr.: 2015–74).

The secondary data analysis performed as part of this study uses administrative data which fulfils all necessary requirements of the Federal data protection act of the Federal Republic of Germany. As the data is fully anonymous and did not involve any experiments, according to national guidelines (AGENS (2014): Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS): Leitlinien und Empfehlungen) no ethics clearance for this part of the investigation was necessary.

Results

A total of 4 107 people were registered as asylum seekers at the social welfare office in Halle (Saale), Germany in the year 2015, of whom 3 388 (83%) were above the age of 15 years. Those adult asylum seekers effected 12 944 billing documents in 2015. Median time of observation within the year 2015 was 113 days (min = 1, max = 365), which reflects that many asylum seekers went in and out of entitlement during the one-year observation period.

The comparison of the population sampled for the cross-sectional survey to the entire cohort of asylum seekers shows a slight over-representation of male and Syrian asylum seekers in the cross-sectional survey (due to language being a selection-criterion for the survey) as well as a higher proportion of married respondents. More details of the demographic properties of the study populations are shown in [Table 1](#).

Detection deficit

In the cross-sectional study, 54% of patients (n = 116; 95%-CI: 47.5%–60.9%) were screened positive for symptoms of depression, 41% (n = 87; 95%-CI: 34.1%–47.2%) for symptoms of anxiety disorder and 18% (n = 38; 95%-CI: 12.6%–22.9%) for symptoms of PTSD. Co-morbidity was high, so that in total 59% of all respondents (n = 127; 95%-CI: 52.8%–65.9%) showed symptoms of at least one of the three disorders.

Table 1. Demographic characteristics of the cross-sectional sample and the whole cohort of asylum seekers in 2015 in Halle (Saale), Germany.

		cross-sectional sample N = 214		whole population > 15yrs N = 4 107	
		n	%	n	%
Age [years]	16–24	60	28	1228	36.3
	25–34	100	46.7	1314	38.8
	35–44	27	12.6	546	16.1
	≥45	14	6.5	300	8.9
	missing	13	6.1	.	.
	average:	29.16	range: 16–65	29.9	range: 16–89
Gender	male	182	85	2625	77.5
	female	24	11.2	763	22.5
	missing	8	3.7	.	.
Marital status	married	92	43.0	825	24.4
	single	115	53.7	2366	69.8
	divorced	2	0.9	24	0.7
	widowed	2	0.9	9	0.3
	unknown	3	1.4	162	4.8
Country of origin	Syria	145	67.8	1581	46.7
	Afghanistan	28	13.1	269	7.9
	Benin	11	5.1	157	4.6
	Iran	10	4.7	161	4.8
	India	5	2.3	103	3.0
	Other	15	7.0	1116	32.9

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239211.t001>

When contrasting these estimates with the percentage of people diagnosed with psychological complaints within the health care system, a gap becomes apparent: Within the year 2015, only 2.6% (n = 105; 95%-CI: 2.1%–3.1%) of asylum seekers received a diagnosis of depression, of which most diagnoses (85%) were major depression (ICD-code F32), 9% were recurrent major depression (ICD-code F32) and 3% were schizoaffective disorders of the depressive type (F25.1).

1.4% (n = 58; 95%-CI: 1.1%–1.8%) of asylum seekers were diagnosed with anxiety disorder and 2.9% (n = 121; 95%-CI: 2.5%–3.5%) with PTSD. 4.9% (n = 201; 95%-CI: 4.3%–5.6%) were diagnosed with having at least one of the three disorders. Fig 1 illustrates the magnitude of the detection deficit.

Psychological care gap

A) Physicians' specialties. Of the 201 patients diagnosed with at least one of the three disorders, 39% (n = 79) were treated for the disease by their family doctor alone, while 43% (n = 87) received care from a psychiatric specialist (alone or in combination with the family doctor and/or other specialties), and 11.4% (n = 23) from specialties other than family medicine and psychiatry. The remaining 6% (n = 12) were treated either in a hospital's emergency department, or by a family doctor and another specialty in parallel.

B) Drug therapy. 85.5% (n = 171) of all patients with at least one psychological diagnosis received medication, while 48% (n = 96) received drugs specific for the respective psychological complaints. Among these, antidepressants were the most common group (83% of all prescribed specific drugs), followed by anxiolytic substances (10%) and hypnotics and sedatives

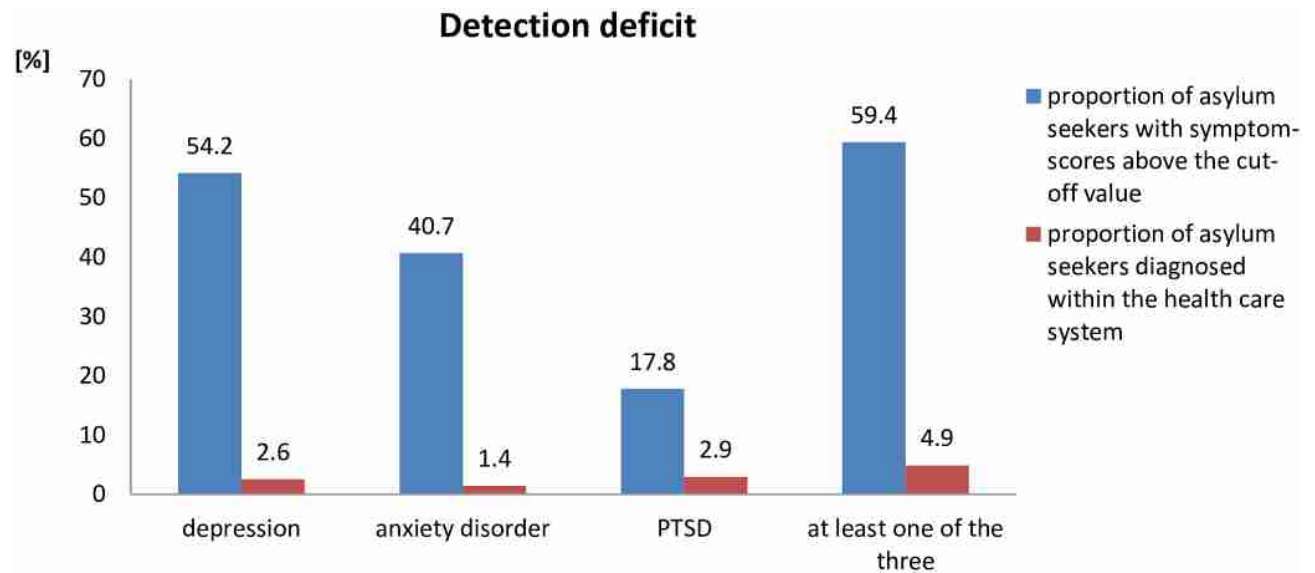


Fig 1. Comparison of the proportions of asylum seekers with psychological complaints in the cross-sectional study and in the outpatient health care system. The difference between the bars signals a detection deficit.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239211.g001>

(7%). 80% of the specific drugs were prescribed by a psychiatric specialist, 18% by a family doctor and 2% by other specialties.

C) Psychotherapy. Only two patients received psychotherapy (1% of all patients with a psychiatric diagnosis). A larger number of patients ($n = 33$, 16.4%) was treated with verbal intervention. These 33 patients received a total of 56 sessions of verbal intervention. 71% of the verbal interventions were performed by family doctors, 5% by psychiatric specialists and 23% by other specialties.

D) Treatment options summary. Drug therapy and psychotherapy are considered the two main pillars of psychological treatment. In our study population, 38% ($n = 76$) of patients were treated using drug therapy alone, while 6.5% ($n = 13$) received a verbal intervention. 9.5% ($n = 19$) were treated with a combination of drug therapy and verbal intervention. 45% ($n = 91$) received no therapy for their psychological complaints at all.

When stratifying the treatment options according to diagnosis, the percentage of untreated patients varied: Among asylum seekers diagnosed with depression, 28% received no treatment, while 38% and 47% respectively of patients with anxiety disorder and PTSD went without treatment. More details are shown in [Table 2](#).

Table 2. Treatment combinations stratified according to disease.

	Depression		Anxiety		PTSD		At least one diagnosis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Drug therapy only	53	50	23	41.8	47	38.8	76	37.8
Verbal intervention only	8	7.7	5	9.1	3	2.5	13	6.5
Psychotherapy only	0	0	0	0	1	0.8	1	0.5
Drug Therapy + Psychotherapy	0	0	0	0	0	0	0	0
Drug therapy + verbal intervention	14	13.5	5	9.1	12	9.9	19	9.3
Drug therapy + verbal intervention + psychotherapy	1	1.0	1	1.8	1	0.8	1	0.5
No specific treatment at all	29	27.9	21	38.2	57	47.1	91	45.3

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239211.t002>

Discussion

This article presents two main findings: First, based on screening tests, a much larger proportion of asylum seekers experiences symptoms of various mental health disorders than are formally diagnosed. Second, among those diagnosed within the health care system, many receive no treatment at all and only very few patients receive psychotherapy. Thus, we conclude a substantial deficit in addressing this population's mental health needs.

As outlined in the introduction, the high prevalence of psychological conditions among asylum seekers is well established in the literature [2–5,38] and estimated to be about five times the prevalence of the general population [39,40]. This article adds to the current state of knowledge by showing that the German health care system so far fails to adequately address this issue.

At first glance, one could argue that outpatient treatment for psychological complaints is generally problematic in Germany [41]. However, when comparing our findings to findings evaluating the situation for regularly insured patients with psychological complaints, it becomes apparent that the situation of asylum seekers is *exceptionally* dire: Whereas in regularly insured patients between 40% and 75% of e.g. patients with symptoms of depression receive the corresponding diagnosis in the health care system [40,42,43], in our study population this proportion was only around 5%. This might be explained by language barriers [4,10,44], socioculturally shaped presentations of symptoms unfamiliar to many physicians [2,4,45], or problems related to patients' irregular health insurance status [46]. Also, asylum seekers' problems with navigating through the health care system have been described as responsible for the observed low proportion of patients receiving mental health diagnoses [47].

Considering the high prevalence of psychological complaints in asylum seekers, the introduction of screening measures seems advisable. Indeed, the national guideline for depression recommends screening of high-risk populations [48], and the EU Directive 2013/33/EU explicitly demands the implementation of screening measures to identify "applicants with special reception needs" [21]. Our data strongly supports these demands and highlights the need for systematic implementation of procedures to early identify asylum seekers with psychological complaints and facilitate their referral to adequate care.

Yet not only the deficit in the identification of symptomatic asylum seekers is problematic; the treatment they receive once diagnosed seems to be insufficient as well. While virtually all regularly insured patients in Germany who suffer e.g. with depression receive either drug therapy, verbal intervention or both [40,49], in our cohort 28% of all patients with this diagnosis received no therapy at all. Furthermore, the comparably high proportion of depressed patients treated by drug therapy alone seems to be indicative of a deviation from medical guidelines, which discourage the use of antidepressant drugs as a first-line treatment for mild depression [48].

A somewhat surprising finding is the high proportion of patients treated by psychiatric specialists in contrast with the very low number of psychotherapies: Apparently, many psychiatric specialists abstain from offering guideline-adherent therapy and favor drug therapy over psychotherapy. While this might reflect a general tendency in the German health care system, where psychiatrists often focus on drug therapy and psychotherapies are delegated to other psychiatric specialists, other factors might be relevant as well. We propose that other reasons might be seen in difficulties with identifying the correct indication when symptom presentation differs from what is common in the physicians' culture [44,50]. Another factor might be that interpreters are not readily available within the German health care system, and even if they are available cost absorption for interpreters is difficult and time-consuming [10,51–53]. Additionally, many psychiatric specialists might not be familiar with the treatment of

complaints more common among asylum seekers, e.g. Posttraumatic Stress Disorder [8,54]. Also, the risk that the social welfare office might refuse to reimburse their costs might influence specialists and family doctors alike in the choice of treatment they offer to asylum seekers: It has been reported that up to 35% of applications for cost reimbursement for psychotherapy for asylum seekers are rejected [55], compared to only 1–3% in regularly insured patients [12].

In summary, asylum seekers' mental health seems to be caught in a vicious trap: First, many asylum seekers are exposed to multiple stressors and violations before, during and after their flight. Second, irrespective of their high risk for mental illness, medical guidelines and legal obligations, asylum seekers are rarely screened for mental problems and as a result often do not receive the health care system's due attention. Third, even if they are diagnosed with mental health problems, they often receive no treatment at all and if they receive treatment it is often substandard compared to regularly insured patients.

All three dimensions are man-made: Dangerous flight routes to Germany are largely a result of the EU's border policy [56,57] and many of the post-migratory stressors directly result from political decisions on the federal, state or district level [58], while the administrative barriers in asylum seekers' mental health care were explicitly intended when the ASBA was passed in 1993 [58,59].

Therefore, we think it justified to think of asylum seekers' exposure to substandard mental health care as a form of structural violence. First introduced by sociologist Johan Galtung [60], this term describes how "historically given (and often economically driven) processes and forces [...] conspire" [61] to cluster risk factors, morbidity and early death in some populations and not in others [62]. It highlights how social, political, economic and infrastructural factors can lead to bodily and psychological harm for particular groups of people, and further emphasizes that despite the efforts of individual agents to provide high-standard care, structural forces of exclusion are often difficult to overcome and thus should be the subject of concerted effort to change. Therefore, the pattern of undersupply that we show in our paper is more than a mere reflection of individual suffering—it highlights that there is a human rights issue at hand and that our society so far fails to live up to its promise of the "highest attainable standard of health" for all [63].

Limitations

There are a number of limitations that necessitate a cautious interpretation of our findings: First of all, our estimation of the proportions in the cross-sectional sample is based on screening tools, which are reported to have a specificity of between 73% and 93% [34,64] and might therefore overestimate the prevalence of asylum seekers with mental illness. Also, studies have shown that—among regularly insured patients—for instance, only about 50% of patients screened positively for depression are later found to be depressed by family doctors [37]. Various reasons for this finding are discussed in the literature, among them the possible underdiagnosis of psychological disorders by family doctors due to their recourse to information not included in diagnostic manuals [43,65]. When interpreting our findings, it is therefore important to keep the difference between screening-based findings and diagnoses derived by a physician or a psychologist in mind.

In addition, the cross-sectional sample was recruited based on language and included only asylum seekers who were living in municipal shelters at the time of the survey. This might introduce a bias for the comparison with the billing data, which covers the unselected population of all asylum seekers.

Secondly, both datasets (from the cross-sectional survey and the billing data) were anonymous. Therefore we could compare only the aggregated data and were not able to link both

datasets on the level of the individual patient. We are therefore unable to quantify how many of the individuals screened positive in the survey were detected by the health care system and which care they received.

Thirdly, the prevalence for depression estimated from the billing data might overestimate the true prevalence, since we counted all disorders as depression that might at some point give rise to symptoms of depression. Still, since the majority of diagnoses are major depressions we consider the potential for serious overestimation to be small.

Lastly, our analysis focused only on treatment within the health care system. The reason for this decision was twofold: First, since NGOs and other actors outside the health care system cannot bill the social welfare office for the treatments they offer, they do not appear in the secondary data available to us. Second, providing adequate medical care is the responsibility of the health care system and not of civil society. For this reason, excluding NGOs from our analysis was necessary in order to estimate the extent of the health care system's failure to provide psychological care for all who need it.

Conclusion

Psychological complaints are very common among asylum seekers. Still, only a small proportion of this population receives the corresponding diagnoses and treatment. While various factors can contribute to this gap, there is an urgent need to further assess this deficit and introduce measures to address it.

Supporting information

S1 File.
(DOCX)

Acknowledgments

The authors thank the two reviewers for their thoughtful and detailed comments and suggestions, and Karoline Wagner for language-editing the manuscript.

Author Contributions

Conceptualization: Amand Führer, Vivian Kalfa, Andreas Wienke.

Data curation: Amand Führer, Andreas Niedermaier.

Formal analysis: Amand Führer, Andreas Niedermaier, Andreas Wienke.

Funding acquisition: Amand Führer, Andreas Niedermaier.

Methodology: Amand Führer.

Project administration: Amand Führer.

Writing – original draft: Amand Führer.

Writing – review & editing: Andreas Niedermaier, Vivian Kalfa, Rafael Mikolajczyk, Andreas Wienke.

References

1. Hadgkiss EJ, Renzaho AMN. The physical health status, service utilisation and barriers to accessing care for asylum seekers residing in the community: a systematic review of the literature. *Aust Health Rev.* 2014; 38: 142–159. <https://doi.org/10.1071/AH13113> PMID: 24679338

2. Gerritsen A, Bramsen I, Devillé W, van Willigen Loes HM, Hovens JE, van der Ploeg Henk M. Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006; 41: 18–26. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0003-5> PMID: 16341619
3. Claassen D, Ascoli M, Berhe T, Priebe S. Research on mental disorders and their care in immigrant populations: a review of publications from Germany, Italy and the UK. *Eur Psychiatry*. 2005; 20: 540–549. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.02.010> PMID: 15963698
4. Führer A, Eichner F, Stang A. Morbidity of asylum seekers in a medium-sized German city. *Eur J Epidemiol*. 2016; 31: 703–706. <https://doi.org/10.1007/s10654-016-0148-4> PMID: 27068422
5. Kaltenbach E, Härdtner E, Hermenau K, Schauer M, Elbert T. Efficient identification of mental health problems in refugees in Germany. The Refugee Health Screener. *European Journal of Psychotraumatology*. 2017; 8: 1389205. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1389205> PMID: 29163869
6. Mnookin S. Out of the shadows. Making Mental Health a Global Development Priority; 2016.
7. Naude W. The Determinants of Migration from Sub-Saharan African Countries. *Journal of African Economies*. 2010; 19: 330–356. <https://doi.org/10.1093/jae/ejq004>
8. Metzner F, Reher C, Kindler H, Pawils S. Psychotherapeutic treatment of accompanied and unaccompanied minor refugees and asylum seekers with trauma-related disorders in Germany. *Bundesgesundheitsblatt*. 2016; 59: 642–651. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2340-9> PMID: 27090242
9. Elbagir N, Razeq R, Platt A, Jones B. People for sale. Where Lives are Auctioned for \$ 400; 2017. <https://edition.cnn.com/2017/11/14/africa/libya-migrant-auctions/index.html>. Last accessed: 22.07.2020
10. Lindert J, Schouler-Ocak M, Heinz A, Priebe S. Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. *European Psychiatry*. 2008; 23: 14–20. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(08\)70057-9](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(08)70057-9) PMID: 18371575
11. Bhugra D. Migration and mental health. *Acta Psychiatr Scand*. 2004; 243–258. PMID: 15008797
12. Böttche M, Heeke C, Knaevelsrud C. Sequential traumatization, trauma-related disorders and psychotherapeutic approaches in war-traumatized adult refugees and asylum seekers in Germany. *Bundesgesundheitsblatt*. 2016; 59: 621–626. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2337-4> PMID: 27072498
13. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAiF e. V.). Traumatisiert. Ausgegrenzt. Unterversorgt. Versorgungsbericht zur Situation von Flüchtlingen und Folteropfern in den Bundesländern Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen; Februar 2014.
14. Binder-Fritz C, Rieder A. Gender, socioeconomic status, and ethnicity in the context of health and migration. *Bundesgesundheitsblatt*. 2014; 57: 1031–1037. <https://doi.org/10.1007/s00103-014-2009-1> PMID: 25085241
15. Razum O, Geiger I, Zeeb H, Ronellenfitsch U. Gesundheitsversorgung von Migranten. *Deutsches Ärzteblatt*. 2004; 101: 2882–2887.
16. European Centre for Disease Prevention and Control. Assessing the burden of key infectious diseases affecting migrant populations in the EU/EEA. ECDC TECHNICAL REPORT. Stockholm; 2014.
17. International Organization for Migration. International Migration, Health and Human Rights. Geneva; 2013.
18. Zeeb H, Razum O. Epidemiological research on migrant health in Germany. An overview. *Bundesgesundheitsblatt*. 2006; 49: 845–852. <https://doi.org/10.1007/s00103-006-0017-5> PMID: 16937322
19. Kalt A, Hossain M, Kiss L, Zimmerman C. Asylum Seekers, Violence and Health: A Systematic Review of Research in High-Income Host Countries. *American Journal of Public Health*. 2013; 103: e30–e42. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301136> PMID: 23327250
20. European Parliament. European Parliament resolution of 8 March 2011 on reducing health inequalities in the EU (2010/2089(INI)). Strassburg; 8. März 2011.
21. European Parliament. Directive 2013/33/EU. Official Journal of the European Union. 29.06.2013
22. Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina. Traumatisierte Flüchtlinge—schnelle Hilfe ist jetzt nötig. Halle (Saale): Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e.V.; 2018.
23. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAiF e. V.). Frühfeststellung und Versorgung traumatisierter Flüchtlinge. Konzepte und Modelle zur Umsetzung der EU-Richtlinien für besonders schutzbedürftige Asylsuchende. Berlin.
24. Machleidt W. Die 12 Sonnenberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen in Deutschland. *Der Nervenarzt*. 2002; 73: 1208–1212. <https://doi.org/10.1007/s00115-002-1460-7> PMID: 12599337
25. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAiF e. V.). Abgewiesen. Weitergeschickt. Vertröstet. Verloren im deutschen Gesundheitssystem.

- Versorgungsbericht zur Situation von Geflüchteten in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen. Berlin; 2016.
26. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Verteilung der Asylbewerber; 2020. <https://www.bamf.de/DE/Themen/AsylFluechtlingsschutz/AblaufAsylverfahrens/ablaufasylverfahrens-node.html>. Last accessed: 22.07.2020
 27. Bozorgmehr K, Razum O. Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013. *PLoS One*. 2015; 10: e0131483. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131483> PMID: 26201017
 28. Fehmel T. Entscheidungsspielräume im Sozialleistungsrecht—Konsequenzen für die Soziale Arbeit. *Zeitschrift für Sozialreform*. 2017; 63.
 29. Sundmacher L, Fischbach D, Schuettig W, Naumann C, Augustin U, Faisst C. Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study in Germany. *Health policy*. 2015; 119: 1415–1423. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.08.007> PMID: 26428441
 30. Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, Uhlenhuth EH, Covi L. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Syst Res*. 1974; 19: 1–15. <https://doi.org/10.1002/bs.3830190102> PMID: 4808738
 31. Mollica RF, Caspi-Yavin Y, Bollini P, Truong T, Tor S, Lavelle J. The Harvard Trauma Questionnaire. Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma and posttraumatic stress disorder in indochinese refugees. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1992; 180: 111–116. PMID: 1737972
 32. Kleijn WC, Hovens JE, Rodenburg JJ. Posttraumatic stress symptoms in refugees: assessments with the Harvard Trauma Questionnaire and the Hopkins symptom Checklist-25 in different languages. *Psychol Rep*. 2001; 88: 527–532. <https://doi.org/10.2466/pr0.2001.88.2.527> PMID: 11351903
 33. Hollifield M, Warner TD, Lian N, Krakow B, Jenkins JH, Kesler J, et al. Measuring Trauma and Health Status in Refugees. *JAMA*. 2002; 288: 611–621. <https://doi.org/10.1001/jama.288.5.611> PMID: 12150673
 34. Mollica RF, Wyshak G, de Marneffe D, Khuon F, Lavelle J. Indochinese Versions of Hopkins Symptom Checklist 25. A Screening Instrument for the Psychiatric Care of Refugees. *American Journal of Psychiatry*. 1987; 144: 497–500. <https://doi.org/10.1176/ajp.144.4.497> PMID: 3565621
 35. Heeren M, Wittmann L, Ehler U, Schnyder U, Maier T, Müller J. Psychopathology and resident status—comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labor migrants, and residents. *Compr Psychiatry*. 2014; 55: 818–825. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.02.003> PMID: 24636190
 36. Gerritsen A, Bramsen I, Devillé W, van Willigen Loes HM, Hovens Johannes E and van der Ploeg Henk M. Health and health care utilisation among asylum seekers and refugees in the Netherlands: design of a study. *BMC Public Health*. 2004; 7. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-4-7> PMID: 15070416
 37. Abholz H-H, Schmacke N. Patienten mit Traurigkeit und Depression—Prävalenz, Therapie und Versorgung in der Hausarztpraxis. In: Klauber J, Günster C, Gerste B, Robra B-P, Schmacke N, editors. *Versorgungs-Report 2013/2014*. Stuttgart: Schattauer; 2014. pp. 7–19.
 38. Douglas P, Cetron M, Spiegel P. Definitions matter: migrants, immigrants, asylum seekers and refugees. *J Travel Med*. 2019; 26. <https://doi.org/10.1093/jtm/taz005> PMID: 30753575
 39. Erhart M, Stillfried Dv. *Analyse regionaler Unterschiede in der Prävalenz und Versorgung depressiver Störungen auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten. Teil 1: Prävalenz*. Berlin; 2012.
 40. Gerste B, Roick C. Prävalenz und Inzidenz sowie Versorgung depressiver Erkrankungen in Deutschland. Eine Analyse auf Basis der in Routinedaten dokumentierten Depressionsdiagnosen. In: Klauber J, Günster C, Gerste B, Robra B-P, Schmacke N, editors. *Versorgungs-Report 2013/2014*. Stuttgart: Schattauer; 2014. pp. 21–54.
 41. Schneider F, Kratz S, Bermejo I, Menke R, Mulert C, Hegerl U, et al. Insufficient depression treatment in outpatient settings. *German Medical Science*. 2004; 2. PMID: 19675684
 42. Trautmann S, Beesdo-Baum K. The Treatment of Depression in Primary Care. *Dtsch Arztebl Int*. 2017; 114: 721–728. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0721> PMID: 29143731
 43. Sielk M, Altiner A, Janssen B, Becker N, Pilar de Pilars M, Abholz H. Prevalence and Diagnosis of Depression in Primary Care. *Psychiatr Prax*. 2009; 36: 169–174.
 44. Lindert J, Priebe S, Penka S, Napo F, Schouler-Ocak M, Heinz A. Mental Health Care for Migrants. *Psychother Psych Med*. 2008; 58: 123–129. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1067360> PMID: 18421651
 45. Karger A, Lindtner-Rudolph H, Mroczynski R, Ziem A, Joksimovic L. 'How strange is the patient to me?' Physicians' attitudes and expectations toward treating patients with a migration background. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. 2017; 280–296.

46. Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *The Lancet*. 2013; 381: 1235–1245. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62086-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62086-8) PMID: 23541058
47. Führer A, Eichner F. Verloren im Räderwerk. Eine interdisziplinäre Studie zur Gesundheit und medizinischen Versorgung von Asylsuchenden in Halle (Saale). Halle; 2015. <https://www.rosalux.de/publikation/id/8603/verloren-im-raederwerk?cHash=41e479b996cfcf15d5741a02ecb6e36d>. Last accessed: 22.07.2020
48. DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPTK et al. S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression. Langfassung Version 5. Berlin, Düsseldorf; 2015.
49. Bermejo I, Bachmann L, Kriston L, Härter M. Depression Treatment by Psychiatrists: Treatment Strategies and Experienced Barriers from Psychiatrists' Point of View. *Psychiat Prax*. 2008; 35: 392–398. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1067503> PMID: 18777462
50. Flores G. Culture and the patient-physician relationship: Achieving Cultural Competency in Health Care. *J Pediatr*. 2000; 136: 14–23. [https://doi.org/10.1016/s0022-3476\(00\)90043-x](https://doi.org/10.1016/s0022-3476(00)90043-x) PMID: 10636968
51. Bischoff A, Hudelson P. Communicating with foreign language-speaking patients: is access to professional interpreters enough?. *J Travel Med*. 2010; 17: 15–20. <https://doi.org/10.1111/j.1708-8305.2009.00314.x> PMID: 20074097
52. Bischoff A, Hudelson P. Access to Healthcare Interpreter Services: Where Are We and Where Do We Need to Go?. *IJERPH*. 2010; 7: 2838–2844. <https://doi.org/10.3390/ijerph7072838> PMID: 20717543
53. Flores G. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Medical Care Research and Review*. 2005; 62: 255–299. <https://doi.org/10.1177/1077558705275416> PMID: 15894705
54. Machleidt W, Behrens K, Ziegenbein M, Calliess IT. Integration of Immigrants into the Mental Health Care System in Germany. *Psychiatr Prax*. 2007; 34: 325–331. <https://doi.org/10.1055/s-2007-986192> PMID: 17922366
55. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAiF e. V.). Versorgungsbericht Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland. 4th ed. Berlin; 2018.
56. Hess S, Kasperek B, editors. Grenzregime. Diskurse, Praktiken, Institutionen in Europa. 2nd ed. Berlin, Hamburg: Assoziation A; 2010.
57. Abubakar I, Aldridge RW, Devakumar D, Orcutt M, Burns R, Barreto ML, et al. The UCL–Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. *Lancet*. 2018: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32114-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32114-7). PMID: 30528486
58. Schammann H. Wenn Variationen den Alltag bestimmen. Unterschiede lokaler Politikgestaltung in der Leistungsgewährung für Asylsuchende. *Z Vgl Polit Wiss*. 2015; 9: 161–182. <https://doi.org/10.1007/s12286-015-0267-4>
59. Bundesverfassungsgericht, Senat 1. BVerfG, Urteil des Ersten Senats vom 18. Juli 2012–1 BvL 10/10—Rn. (1–114), http://www.bverfg.de/e/ls20120718_1bvl001010.html.
60. Galtung J. Violence, Peace, and Peace Research. *Journal of Peace Research*. 1969; 6: 167–191. <https://doi.org/10.1177/002234336900600301>
61. Farmer P. Pathologies of power. Health, human rights, and the new war on the poor. Berkeley: University of California Press; 2003.
62. Krieger N. Epidemiology and the people's health. Theory and context. New York, Oxford: Oxford University Press; 2011.
63. United Nations. International Convention on Economic, Social, and Cultural Rights. Geneva; 1966.
64. Oruc L, Kapetanovic A, Pojskic N, Miley K, Forstbauer S, Mollica RF, et al. Screening for PTSD and depression in Bosnia and Herzegovina: validating the Harvard Trauma Questionnaire and the Hopkins Symptom Checklist. *International Journal of Culture and Mental Health*. 2008; 1: 105–116. <https://doi.org/10.1080/17542860802456620>
65. Sielk M, Abholz H-H. Why Do General Practitioners Characterize Other Patients as Depressive than Psychiatrists Do? *Z Allg Med*. 2005; 81: 486–490. <https://doi.org/10.1055/s-2005-872577>



Article

Sick and Tired—Sociodemographic and Psychosocial Characteristics of Asylum Seekers Awaiting an Appointment for Psychotherapy

Ulrich Trohl ^{1,*}, Karoline Wagner ¹, Vivian Kalfa ², Sarah Negash ¹, Andreas Wienke ¹  and Amand Führer ¹ 

¹ Institute for Medical Epidemiology, Biometrics and Informatics, Interdisciplinary Center for Health Sciences, Medical School of the Martin-Luther-University Halle-Wittenberg, 06112 Halle (Saale), Germany; karoline.wagner@uk-halle.de (K.W.); sarah.negash@uk-halle.de (S.N.); andreas.wienke@uk-halle.de (A.W.); amand-gabriel.fuehrer@uk-halle.de (A.F.)

² Psychosocial Centre for Refugees and Victims of Torture, 06108 Halle (Saale), Germany; kalfa@psz-sachsen-anhalt.de

* Correspondence: ulrich.trohl@uk-halle.de

Abstract: Background: An EU directive holds the EU member states responsible for implementing the provision of health care for asylum seekers. However, current literature indicates insufficient care for asylum seekers in the German health system. This article aims to characterize the situation of the client population on the waiting list of a psychosocial center (PSZ). Methods: We conducted a retrospective observational study based on client files in Halle (Saale), Germany. We included 437 adults who were on the PSZ waiting list between 2016 and 2019. Questionnaires that collected information on the clientele at two different times were analyzed. Results: The average waiting time for psychotherapy was 50 weeks. In total, 85.6% of the 188 respondents reported sleep disorders ($n = 161$), 65.4% of clients reported pain ($n = 123$) and 54.8% suicide attempts/suicidal thoughts ($n = 54$). In the 16-week waiting period in which the clients waited for an initial appointment with a psychologist, the residence status deteriorated in 21.3% ($n = 40$). Conclusion: Improving asylum seekers' access to the German health system is urgently needed in order to prevent unnecessary suffering in the future and to comply with EU law.

Keywords: asylum seekers; mental health; secondary data analysis; health care utilization



Citation: Trohl, U.; Wagner, K.; Kalfa, V.; Negash, S.; Wienke, A.; Führer, A. Sick and Tired—Sociodemographic and Psychosocial Characteristics of Asylum Seekers Awaiting an Appointment for Psychotherapy. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2021**, *18*, 11850. <https://doi.org/10.3390/ijerph182211850>

Academic Editors: Joanna Mazur and Raphael M. Herr

Received: 26 September 2021
Accepted: 8 November 2021
Published: 12 November 2021

Publisher's Note: MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Copyright: © 2021 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

1. Introduction

By the end of 2019, 79.5 million people had been forcibly displaced worldwide. They are fleeing war, persecution and human rights violations [1]. Accordingly, there has also been a considerable increase in immigration to Germany in recent years. Given the etiology of mental disorders, it is not surprising that the prevalence of mental illness among refugees is high [2,3]. In the literature on asylum seekers in Germany, a prevalence between 28–75% for depression, 45% for anxiety disorders and up to 41% for PTSD are described for different cohorts of asylum seekers [4,5]. A study with samples from facilities that accommodate asylum seekers at the beginning of their stay in Germany found an even higher prevalence [6].

Therefore, among refugees there are people whose mental illness creates severe suffering and makes psychotherapy urgently necessary. The therapeutic needs of these people differ from those of the general population and challenge the German health system to deal with language barriers and transcultural issues [7]. Accordingly, the health reports of the German Association of Psychosocial Centres for Refugees and Victims of Torture (*BaFF*) have been warning each year since 2014 that asylum seekers' care is inadequate [8].

In order to ensure adequate medical care for asylum seekers in their host countries, this issue was addressed in 2013 by Directive 2013/33/EU of the European Parliament and of the Council [9], which states in Article 19:

“Member States shall provide necessary medical or other assistance to applicants who have special reception needs, including appropriate mental health care where needed”.

In addition, it specifies that “Member States shall take into account the specific situation of vulnerable persons such as [. . .] persons with mental disorders and persons who have been subjected to torture, rape or other serious forms of psychological, physical or sexual violence, such as victims of female genital mutilation, in the national law implementing this Directive”. (Article 21).

In this context, the term “appropriate mental health care” does not only refer to an ethical ambition by the member states of a community of values, or to the professional ethics of caretakers and individual citizens: Beyond that, health is also a human right and as such “the basis for freedom, justice and peace, [. . .] the prevention of discrimination, oppression, avoidable suffering and harm” [10]. It also goes beyond financial aspects that make quick and effective first aid desirable for payers and authorities [11]. The EU raises this issue to a higher legal level and with the Directive 2013 created a legal basis that is binding for the member states.

1.1. Asylum Seekers’ Access to Health Care in Germany

Asylum seekers are at a substantially increased risk of mental health problems. Still, their access to medical care is subject to legal restrictions in Germany [11,12].

In the federal state of Saxony-Anhalt in particular, asylum seekers do not automatically receive an electronic health insurance card that would put them on an (almost) equal footing with patients with statutory health insurance covering around 88% of the German population. Instead, they must contact the local social services office in the event of illness. Upon application, this office can issue a treatment voucher that is only valid for a specific time period and for previously determined services [13]. The asylum seeker has to manage this process at a time of illness, which often complicates and lengthens the treatment process in addition to known barriers such as language difficulties, legal uncertainties and lack of mobility. The treating physicians, on the other hand, have to enter into a reimbursement process that differs from standard care and is less familiar to them [14,15]. Studies suggest that this intentional restriction of access to the health system is ultimately even more costly [16]. Superfluous bureaucracy has to be managed and the threat of chronification complicates treatments. Early, low-threshold and outpatient treatments of the acute illness are cheaper for the health care service than emergencies provoked by this restriction [11].

As a result of this situation, many asylum seekers have no access to timely and guideline-adherent mental health care. Previous research by our working group has shown that there is a substantial supply gap for asylum seekers in the outpatient sector [17]. As a result, they often have to resort to low-threshold emergency departments [18], which cannot provide the continuous long-term care mental disorders require. Further literature also shows that the German healthcare system has not sufficiently opened up to the needs of asylum seekers [19].

Therefore, many asylum seekers who receive no care from regular health care institutions seek help outside the health care system funded by health insurance and are treated by civil society organizations. Most prominent among these are the Psychosocial Centers for Refugees and Torture Victims, which exist in 38 cities in Germany and offer specialized services for transcultural psychotherapy with a focus on traumatized patients. One of these institutions is the Psychosocial Center for Migrants (PSZ) in Halle (Saale).

Hitherto, little is known about the medical histories of those who resort to treatment in the PSZ because they do not have access to treatment in the regular health care system.

1.2. Aim of the Study

Since presumably the PSZ is the only option for most asylum seekers with mental complaints, this study aims to further characterize the PSZ’s client population. We hereby aim to describe the demographics of this population, the length of the waiting time and the

PSZ's services that have been used. In addition, the psychopathologies and diagnoses as well as aggravating conditions of the clients on the one hand and their resources on the other hand are descriptively examined.

2. Materials and Methods

This study is based on a secondary data analysis of clients' charts. Since there are very few literatures on this particular study population and generating hypotheses concerning differences between subgroups would have been difficult, we hereby used an exploratory approach to describe the PSZ's client population.

2.1. Setting

The 'Psychosocial Center for Migrants in Saxony-Anhalt' is an institution run and financed by a non-profit company and is dedicated to provide psychosocial support and psychotherapy for refugees. It is an outpatient center and offers psychological counselling, psychotherapy, expert opinions and social counselling. These services are free of charge for the clients and are offered irrespective of their residence status. Psychotherapy is carried out with a focus on refugees who have survived persecution, violence and torture. In addition, cultural and linguistic backgrounds are given special consideration in this setting [8].

2.2. Data Source and Collection

This analysis builds on secondary data from the PSZ Halle. It uses information from the clients' files routinely collected at two points in time at the beginning of the registration process: The first source of information is a registration form completed by the applicants themselves and serves to register the client. We analyzed the registration forms of 437 clients. The second source are records from the assessment interview. This is conducted by psychologists (and sometimes social workers) and includes a more detailed assessment of the client's needs. Here we analyzed the charts of 188 clients who got an appointment for the assessment interview within our observation period.

Data from the period of 1 January 2016 to 31 December 2019 were selected for evaluation since uniform questionnaires were used during this period. All questionnaires were originally available on paper and handwritten.

The data collection was carried out from August to November 2020. The medical records were located directly on site of the PSZ. The data were entered anonymized into a pretested entry form. Most variables were entered already in categorized form, while some variables were entered as text and categorized later on.

2.3. Inclusion and Exclusion Criteria

This study included all adult persons who indicated their need for the PSZ's support during the above-mentioned period by submitting a completed registration form.

2.4. Variables

In order to reflect the needs of clients, their current situation and their medical care, variables from the two above-mentioned questionnaires were analyzed.

The registration form provides an insight into the situation at the time of application. We were interested in demographic data and medical history such as acute symptoms, diagnoses, contacts with the health system and information on emergency situations. It also contains information on the residence status, particular concerns of the clients, the professional who referred them to the PSZ and whether they possess an electronic health insurance card.

The assessment interview is used to assess the specific needs. In most cases, this requires an interpreter. In this intercultural setting, these interpreters play a vitally important role. Ilkilic also highlights the ethical importance of interpreters [20]. The interview provides additional data on torture experiences, the professional's assessment of the urgency of the situation, previous contact to physicians, current medication and social support net-

work. The psychologists also document disorder-relevant psychopathological symptoms and once again collect information on residence status. In order to support clients with urgent concerns during waiting time, they are given contacts for further assistance. These contacts are also documented.

Since the registration form is mostly filled in by medical laypersons and there are several items in both questionnaires where text can be entered, the subsequent interpretation of the results requires a classification. We categorized these data in the following method:

1. When depression as such was reported as a 'reason for consultation', the term 'depression' was adopted. On the other hand, when symptoms of depression were listed (such as sadness, listlessness, anhedonia), we summarized this information as 'depressiveness'. Since they were lay data and differentiation was not possible in hindsight, the diagnosis of post-traumatic stress disorder (PTSD) and the less specific term 'trauma' were summarized as 'trauma'. The resulting categories of reasons for searching therapeutic help are later on presented as "complaints" at the time of the application.
2. The documented 'diagnoses' were encoded according to the ICD-10. If only the information 'depression' was given, this was recorded as F32.9 (=Depressive episode, unspecified). If diagnoses were stated with the German prefix 'V.a.', indicating a suspected diagnosis, this information was listed separately.
3. Since the majority of clients could not indicate a specific drug when asked about their prescribed 'medications', classification was carried out according to less detailed drug groups.
4. During the assessment interview, there was no explicit question about 'torture experiences'. However, if the clients reported such experiences unprompted, this was documented. In addition to the answer options yes and no, the psychologist was able to document the information about torture as 'unclear'.
5. In the course of the assessment interview, the psychologist specifically asked for 'disorder-relevant psychopathological symptoms'. In addition to less specific items, such as sleep disorders, pain, anxiety, restlessness and appetite disorders, clear psychiatric symptoms such as suicidal- and self-injuring behavior, aggressiveness, drug use and hallucinations were also explored. During the assessment interview, these topics are explored anamnesticly only, there is no standardized diagnostic at this point. We therefore report them below as "disorder-relevant psychopathological symptoms" and differentiate them from "diagnoses", which have been assigned by physicians prior to registration with the PSZ.
6. In order to assess the extent to which the 'residence status of the clients changed', we divided them into secure, precarious and at-risk status. When classifying, we considered legal aspects as well as the psychosocial stress associated with different statuses and their biographical implications from the asylum seeker's point of view. We classified residence permits (in German: *Aufenthaltserlaubnis*) as 'secure'. 'Precarious statuses' were temporary suspension of deportation (*Duldung*) and temporary residence permit for the time of the asylum request (*Aufenthaltsgestattung*). We defined a situation as 'at-risk' when a deportation was imminent, a title had expired or was rejected, a person was without residence status in Germany or had to live in church sanctuary. We compare these categories from the time of registration with those for the assessment interview on the level of the individual.
7. From our data, two 'waiting times' could be determined. Firstly, the waiting period from the registration to the assessment interview. Secondly, the waiting time from the assessment interview to the beginning of psychotherapy. In order to classify the waiting times, we compared them with the average waiting time for psychotherapy of clients with regular statutory health insurance in the state of Saxony-Anhalt.

2.5. Statistical Analysis

Two researchers independently categorized text information. These categories were then compared, and discrepancies discussed until consensus was reached. Then the resulting categories were analyzed alongside the other variables using descriptive statistics.

We report absolute and relative frequencies. For subgroup analyses, stratified analyses according to gender and country of origin were conducted. Since this study followed an exploratory approach, we followed established guidelines [21,22] and did not conduct significance tests for differences between subgroups.

All analyses were performed in SAS (Cary, North 219, CA, USA).

2.6. Ethical Considerations

Prior to data collection from the clients' charts, ethical approval was granted by the Ethics Committee of Martin-Luther-University Halle-Wittenberg (Protocol Code: 2020-068).

3. Results

In order to summarize the results, the demographic data and the situation of the clients at the time of registration are presented in the following. We then turn to the clients' situation during the assessment interview. Hereby, different denominators are used: Variables collected in the registration form are referenced to a total of 437 persons, whereas for variables originating from the assessment interview the denominator is 188 persons. Of those, 81 proceeded to receive psychotherapy within the observed period of time.

On average, there are 16 weeks between the time of registration and the assessment interview ("time until assessment"). Changes that occurred during this period are presented in the last section of the results. After assessment, the average waiting time until the commencement of therapy was 50 weeks.

3.1. Demography

This study included 437 registered clients of the PSZ (men: $n = 266$, 60.9%; women: $n = 171$, 39.1%). Clients came from 39 different countries, with Afghanistan ($n = 139$, 31.8%) being the most common country of origin, followed by Syria ($n = 56$, 12.8%), Iran ($n = 41$, 9.4%), Russia ($n = 22$, 5.0%) and Somalia ($n = 20$, 4.6%). For seven people (1.8%) there was no information on the country of origin. The age distribution was roughly the same as the distribution of asylum seekers in Germany by age group in 2020. The median age was 30.7 years (min: 18 years, max: 61 years). The most common language was Persian/Farsi/Dari ($n = 183$, 41.9%) followed by English ($n = 83$, 19.0%), German ($n = 75$, 17.2%) and Arabic ($n = 71$, 16.3%). In 82.4% of cases, an interpreter was deemed to be required for psychotherapy. In total, 223 people (51.0%) lived in Halle. The remaining applicants resided in smaller district towns in the state of Saxony-Anhalt.

The demographic data on age and country of origin in the study population largely correspond to the distribution in the general refugee population in Germany and Europe [23]. However, the group of Syrian asylum seekers is proportionally underrepresented. This could be due to the fact that Syrian refugees receive a positive asylum decision more quickly and are thus entitled to regular health care.

More information on demography is given in Table 1.

3.2. Situation at the Time of Application

A total of 437 client files were available to evaluate the situation at the time of the application.

Complaints

As the main complaint, most clients specified insomnia ($n = 225$, 51.5%). Anxiety ($n = 143$, 32.7%), trauma/PTSD ($n = 84$, 19.2%) and headaches ($n = 81$, 18.5%) were other complaints that were frequently stated. Multiple answers could be given in this category.

Table 1. Demographic characteristics of the study population.

	Characteristic	<i>n</i> = 437	%
Gender	Female	171	39.1
	Male	266	60.9
Country of origin	Afghanistan	139	31.8
	Syria	56	12.8
	Iran	41	9.4
	Russia	22	5.0
	Somalia	20	4.6
	Iraq	18	4.1
	Chechnya	15	3.4
	Guinea Bissau	14	3.2
	Benin	13	3.0
	Burkina Faso	11	2.5
	Turkey	9	2.1
	Mali	8	1.8
	Kosovo	7	1.6
	Nigeria	7	1.6
	Unknown	8	1.8
Others	49	11.2	
Age group in years	18–19	43	9.8
	20 ≤ 24	98	22.4
	25 ≤ 29	99	22.7
	30 ≤ 34	67	15.3
	35 ≤ 39	52	12
	40 ≤ 44	31	7.1
	45 ≤ 49	20	4.6
	50 ≤ 54	13	3.0
	55 ≤ 60	12	2.8
	>60	2	0.5
		mean = 30.7 years	
Spoken languages	Persian/Farsi/Dari	183	41.9
	English	83	19.0
	German	75	17.2
	Arabic	71	16.3
	French	42	9.6
	Russian	42	9.6
	Pashto	37	8.5
	Kurdish/Sorani	37	8.5
	Somali	21	4.8
	Turkish	18	4.1
	Chechen	15	3.4
	Albanian	7	1.6
	Tigrinya	6	1.4
Others	58	13.27	
Interpreter needed	Yes	360	82.4
	No	77	17.6

In total, 47.4% of clients considered their complaints to be an emergency ($n = 207$). As a rationale for this emergency, suicidal ideations or attempted suicide or self-injury ($n = 81$, 39.1%) are cited often. Other common reasons were acute stress situations ($n = 28$, 13.5%), threatening deportation ($n = 21$, 10.1%) and social indications ($n = 20$, 9.7%).

When stratifying the complaints and their treatment's urgency according to gender and country of origin, no relevant differences between subgroups were found.

More details are given in Tables 2 and 3.

Table 2. Absolute and relative frequencies of mentioned complaints.

Complaints	<i>n</i> = 437	%
Insomnia	225	51.5
Anxiety	143	32.7
Trauma/PTSD *	84	19.2
Headache	81	18.5
Depression	69	15.8
Suicidal ideation	67	15.3
Nightmares	65	14.9
Depressiveness	55	12.6
Sadness	47	10.8
Stress	45	10.3
Pondering	44	10.1
Pain	42	9.5
Others	36	8.3
Reduced concentration	33	7.6
Unrest	32	7.3
No specific information	32	7.3
Aggressiveness	26	6.0
Social retreat	24	5.5
Memory problems	24	5.5
Reduced appetite	22	5.0
Flashbacks	21	4.8
Self-injury	20	4.6
Exhaustion	19	4.4
Panic	17	3.9
No statement	16	3.7
Dissociation	14	3.2
Worry	13	3.0
Affect lability	11	2.5
Fainting attacks	10	2.3
Stomach discomfort	10	2.3
Consumption of drugs	9	2.1

* Post-traumatic Stress Disorder.

Table 3. Emergencies specified on the registration form.

		<i>n</i> = 437	%
Emergency specified?	Yes	207	47.4
	No	230	52.6
		<i>n</i> = 207	%
Specified emergencies	Suicidal ideation/Attempted suicide/Self-injury	81	39.1
	Other acute stress situations	28	13.5
	Threatened with/Imminent deportation	21	10.1
	Social indication	20	9.7
	chronic condition	16	7.7
	Exacerbation	8	3.9
	Severe disease/poor acute condition	6	2.9
	Follow-up therapy	5	2.4
	Pain	3	1.5
	Court order for treatment	1	0.5
	No statement	18	8.7

Diagnoses

Asked about previously diagnosed diseases, clients reported primarily post-traumatic stress disorder (44.7% of those stating a response and 14.4% of the total cohort). Overall, 64.5% (or 20.8%, respectively) of the applicants had a disease in the category 'reaction to severe stress, and adjustment disorder'. In total, 34.7% (or 11.1%) reported illnesses in the 'depressive episode' category.

More details are given in Table S1.

Treatments

A total of 190 clients indicated on their application form that they were already receiving medical treatment (43.5%). Of those, 30.6% ($n = 58$), reported contacts with outpatient psychiatric practitioners, such as the outpatient department of psychiatric hospitals, psychotherapists, outpatient neurologists and psychiatrists. Overall, 63 people said they were treated by a general practitioner or internist (33.2%). Other specialties were mentioned less frequently in this context ($n = 27$, 14.3%). Inpatient psychiatry stays were reported 5 times (2.6%). In total, 48 applicants did not specify their contacts to the health care system further (25.3%).

Residency status

In total, 41.0% of the 437 applicants had a temporary residence permit for the time of the asylum request ($n = 179$). A total of 123 (28.2%) persons indicated that they had a temporary suspension of deportation. In total, 90 clients (20.6%) reported that they currently had a residence permit. A total of 32 applicants did not provide any information (7.3%). Among the applicants were also persons who were threatened with deportation because their application was rejected, their residence permit had expired or they were in church sanctuary ($n = 10$, 2.3%). More details are given in Table 4.

Table 4. Residence status at the time of registration and the initial assessment interview.

	Registration		Assessment Interview	
	$n = 437$	%	$n = 188$	%
Temporary residence permit (<i>Gestattung</i>)	179	41.0	57	30.3
Temporary suspension of deportation (<i>Duldung</i>)	123	28.2	57	30.3
Residence permit (<i>Aufenthaltserlaubnis</i>)	90	20.6	25	13.3
No data	32	7.3	49	26.1
Other	13	3.0		
Rejected application	3	0.7		
Without residential status	3	0.7		
Permit expired	2	0.5		
Dublin returnees	2	0.5		
Threatened with deportation/ Imminent deportation	1	0.2		
EU migrant	1	0.2		
Church sanctuary	1	0.2		

Reason for consultation

In addition to the diagnosis of mental disorders and psychotherapy, the PSZ also provides expert opinions and social counselling. The requirement for psychotherapy was the most common motive that led to a consultation with the PSZ ($n = 345$, 79.0%). In 97 cases, a diagnostic order was requested (22.2%). About one-fifth of applicants needed expert opinions ($n = 94$, 21.5%) or social counselling ($n = 91$, 20.8%).

Electronic health insurance card

An electronic health insurance card greatly facilitates asylum seekers' access to the health system, and allows doctors to charge for the treatment with less administrative effort. Almost half of the clients did not have an electronic health insurance card when registering with the PSZ ($n = 214$, 49%).

Referring Institutions

On 212 registration forms there was information on who had initiated or supported the client's registration with the PSZ. In total, 64 applications were not submitted by

an institution, but by a private person or by the clients themselves (30.2%). A total of 148 registration forms named institutions as the referring party. Non-statutory welfare organizations ($n = 25$, 11.8%), group living quarters ($n = 17$, 8.0%), reception centers for immigrants ($n = 11$, 5.2%) and public authorities ($n = 10$, 4.7%), such as youth welfare offices, prisons or administrative districts were often mentioned. Hospitals also referred their patients to the PSZ ($n = 11$, 5.2%), some of them even coming directly from a psychiatric ward ($n = 3$, 1.4%).

3.3. Situation at Assessment Interview

The assessment interviews took place on average 16 weeks after application (min: 0 weeks, max: 175 weeks). Of initially 437 applicants, 188 were seen for the assessment interview while 210 of the applicants could not be reached or stated that they do not need the PSZ's services any more. In 39 cases, registration forms of assessed clients could not be found.

Torture

Overall, 23 clients explicitly reported experiences of torture without being prompted (12.2%). A total of 20 clients (10.6%) explicitly reported they had not experienced torture. No information concerning torture was documented in 90 files (47.9%) or the subject of torture was not addressed by the client in the interview and this point was documented as 'not specified' ($n = 55$, 29.3%). In 77.2% of cases, therefore, we cannot identify any information.

Assessment of urgency

After the interview, the psychologist noted whether this case needed to be treated 'urgently' or 'soon' or whether it was classified as having an 'average' level of urgency.

Overall, 17.6% of the cases to be investigated were classified as 'urgently' by the psychologist ($n = 33$). A total of 30.3% of the cases were classified as requiring treatment 'soon' ($n = 57$). In total, 52 cases were handled as 'average' (27.7%). No data were given in 46 (24.5%) cases.

When stratifying the psychologists' assessment of urgency according to patients' gender, women tended to be classified as 'urgent' more often than men (24.4% vs. 12.3%).

Stratification for country of origin at the time of the assessment interview showed no relevant differences between subgroups.

On an individual basis, patients' assessment of their condition's urgency was later confirmed by psychologists' classification as 'urgent' or 'soon' in 24.7% ($n = 22$) and 31.5% ($n = 28$) of the self-professed emergency cases.

The average waiting time from the assessment interview to the start of therapy was 50 weeks. Clients classified as "urgent" had to wait an average of 42 weeks. In contrast, clients who were classified as "soon" in need of treatment had to wait an average of 52 weeks and clients who were classified as "average" urgently had to wait an average of 63 weeks.

Medications

Overall, 99 out of 188 clients mentioned regular medication intake in the interview. Analgesics were most commonly mentioned ($n = 31$, 31.3%), followed by antidepressants ($n = 28$, 28.3%), hypnotics ($n = 20$, 20.2%), neuroleptics ($n = 10$, 10.1%), and proton-pump inhibitors ($n = 7$, 7.1%).

Anticonvulsants ($n = 3$, 3.0%) and benzodiazepines ($n = 2$, 2.0%) were prescribed less frequently. Rarely prescribed medications were summed up as 'other' ($n = 12$, 12.1%). Overall, 20 clients were unable to give a specific indication of which medications they were taking.

Disorder-relevant psychopathological symptoms

In total, 85.6% of respondents reported sleep disorders ($n = 161$). These included nightmares as well as disorders of initiating and maintaining sleep. More than half of clients

reported pain ($n = 123, 65.4\%$), anxiety ($n = 118, 62.8\%$), and suicide attempts/suicidal thoughts ($n = 103, 54.8\%$). Restlessness, appetite disorders and aggressiveness were each reported by more than one-third of clients. In total, 31 clients reported use of illegal substances (16.5%), 29 hallucinations (15.4%) and 21 self-injuring behavior (11.3%).

Residence status

After a waiting period of an average of 16 weeks, the clients were asked again about their residency status in the assessment interview.

Of the remaining 188 clients, 57 persons reported that they currently have a 'temporary residence permit' or a 'temporary suspension of deportation' (30.3% each). In total, 13.3% had a 'residence permit' ($n = 25$). We do not have any data for 49 clients (26.1%). More details are given in Table 4.

Social support

In total, 74 clients said they fled with their family (39.4%) while 80 people (42.6%) said they were in Germany without companions.

When asked about social support, most of the clients who provided information mentioned family ($n = 53, 28.2\%$) or friends and acquaintances ($n = 50, 26.6\%$). Volunteers ($n = 12, 6.4\%$), religious communities ($n = 3, 1.6\%$) or educational institutions ($n = 5, 2.7\%$) were mentioned substantially less often. A large proportion of respondents did not provide any information ($n = 76, 39.4\%$).

Contacts

In order to provide support to clients with very urgent concerns during the sometimes very long waiting time, they were either referred directly or were provided with contacts of other agencies for the meantime. These contacts were documented on the assessment sheet. Of the 71 contacts that had been recommended, 31 were in counselling centers (41.9%). Doctors and psychologists ($n = 26, 35.1\%$), clinics ($n = 19, 25.7\%$), and the outpatient department of psychiatric hospitals ($n = 7, 9.5\%$), were recommended as well. Reference was also made to special social counselling ($n = 7, 9.5\%$) or meeting places ($n = 5, 6.8\%$).

3.4. Changes during the Time until Assessment

Treatments

Our analysis showed that 14 out of 188 (7.5%) clients had a hospital stay between registration and assessment interview. 76 (40.0%) of the clients had at least one physician contact during the waiting period. On the other hand, this indicates that 60% of clients did not have professional medical support during the 16-week time period between application and interview despite having reported mostly severe complaints at the beginning of the waiting period.

Change in residence status

In 28.2% of the observed people, the residence status did not change during the time until assessment ($n = 53$). 21.3% of the clients experienced a deterioration in their residence status while waiting for an assessment interview ($n = 40$). Six clients (3.2%) improved their residence status, while we did not have sufficient data for 89 clients (47.3%). Table 5 gives an overview.

Table 5. Change in residence status in the time between registration and assessment interview.

	$n = 188$	%
Improvement	6	3.2
Constancy	53	28.2
Deterioration	40	21.3
No Data	89	47.3

4. Discussion

In 2013, the EU set binding minimal standards for the health care of asylum seekers under Directive 2013/33/EU. All member states of the EU are required to implement the care of vulnerable patient groups into their national law. Previous literature indicates that the requirements of this directive have not been sufficiently met by German law [24] and that there is a gap in the health care system for asylum seekers as compared to the general population [17].

Before this background, the aim of this study was to map the situation of asylum seekers with psychological complaints in Saxony-Anhalt who do not receive treatment within the regular health system but resort to psychosocial services offered by civil society. Our results show that the PSZ's clientele present mostly with a high level of suffering and a scant support structure.

Building on these findings, in the following we will discuss the most important determinants of asylum seekers' mental health and access to psychotherapy in the context of the literature and then draw some conclusions for changes to be implemented in the German health care system.

Post-migration stress and resilience

Achieving a residence permit is uncertain and can take a long time. Especially with a temporary suspension of deportation, asylum seekers live in a state of legal limbo, which threatens their well-being. If asylum seekers' asylum claims are rejected, this represents an additional, existential threat that leads to massive stress [25–27]. As our data show, 21% of the PSZ's clients are subjected to this kind of stressor, while they are still waiting for the assessment interview.

The relationship between mental disorders and post-migration stress is frequently described in the literature [24,26,27]. It is known that post-migration stressors, alone or in combination with previous traumatic stress, often lead to depressive symptoms [28]. Heeren et al. show in their work how residence status contributes to psychopathology [25]. Thus, the deterioration of residence status seen in our data is an additional stressor that threatens to lead to a further aggravation in the mental health of the clients.

Further, concerns about family members who were left behind present a challenge to the mental health of refugees [29,30]. In our data, the high level of post-migration stressors reported by clients waiting for psychotherapy combined with a lack of resilience-supporting resources thus highlight the need for measures to shorten the time until assessment and waiting for therapy, and to support clients while waiting.

Current literature recognizes resilience as the "ability to maintain one's orientation towards existential purposes despite enduring adversities and stressful events" [31]. This ability is closely tied to psychological resources. Family and social contacts are particularly important resources for refugees [32–35]. However, the majority of PSZ clients fled alone. If helpful social support has been reported at all, it was mostly by family or friends and acquaintances. Professional or institutional bodies are rarely mentioned. Sundvall et al. make it clear in their work that combating social exclusion is an essential aspect of promoting mental health: Refugees need support in maintaining or restoring close social networks in order to maintain their well-being and mental health [36]. The reported lack of resources, in turn, represents another source of post-migration stress.

Health insurance card

While the literature describes the handout of Health Insurance Cards immediately after asylum seekers' arrival as an important step for improving their access to health care [37], less than half of all clients in our study population had such a card. This low number is due to the fact that the government of Saxony-Anhalt has decided against introducing such a health card for refugees. Bozorgmehr and Razum discuss the effects of restricting access to health care in this manner has on both the clients themselves and the health system. They suggest that restrictions on access to the health system ultimately entail higher costs than unrestricted access [11]. A focus on primary health care for asylum

seekers would therefore lower the overall cost of health care [38]. In addition, the symbolic meaning of such a card, which guarantees people constant and unrestricted access to the health system, should be taken into account [39].

Therefore, withholding such a card and the associated discrimination constitutes a further source of stress for refugees [40].

Gottlieb et al. concluded that removing barriers to health care for asylum seekers would not merely benefit asylum seekers themselves. Administrative burdens and ethical tensions would be reduced and financial transparency increased. At the same time, the costs for outpatient health care would be reduced [16].

Handing out a health card to asylum seekers would therefore help them to participate in the German health system on more equal terms and reduce insecurities and the associated stress. The treating physicians, on the other hand, would not have to initiate a separate reimbursement process, which means additional work with unfamiliar processes [14,15].

Navigation in the health system

In our study population, only one-third of clients have a family doctor or internist at the time of registration, and only 31% have had contact with outpatient psychiatric support during the time until assessment. These findings refer to asylum seekers' problems with navigating the German health care system as it is already described in the literature: Previous studies have shown that asylum seekers face considerable barriers in accessing routine care, mostly due to their insurance status and the bureaucracy it entails [41], but also due to a lack of interpreter services in most sectors of the German health system [42] and discrimination by health personnel [39]. Additionally, the absence of systematic efforts to familiarize asylum seekers with the particularities of the German health system influences their health care utilization and contributes to patterns of utilization which are dysfunctional within the German health system (such as consulting hospital's outpatient departments for primary health care) [3].

Taking into consideration that refugees tend to receive little specialized treatment and are often not or incorrectly diagnosed [3,18,43], Kaltenbach et al. demand that physicians and mental health specialists work together to ensure the best possible treatment in a timely manner [43]. In the German health system, general practitioners provide a junction where the clients' health information from different specialties comes together and is holistically assessed. They undertake coordinative and referring tasks and make a significant contribution to the quality of care in the German health system. Lacking this support, asylum seekers often do not receive coordinated and therefore no high-quality care [18,44]. This could explain why in our study population despite the high number of doctor visits, there is still a high level of suffering at the time of the assessment interview, as we can see from the subsection 'Psychopathologies' above.

Legal restrictions in conflict with the EU directive

The EU directive clearly demands that the specific situation of vulnerable groups of persons should be taken into account. As expected, our data show that the PSZ's clientele is mostly composed of seriously mentally ill individuals with high levels of suffering and psychological stress. The urgency of the treatment is rated as high by both clients and professionals. However, instead of being able to rely on important resources such as social support and structural security, low-threshold access to the health system or secure residence status, these are either missing or denied.

Especially the legal framework responsible for this situation deserves special mention here: Instead of implementing inclusive strategies that take into account the vulnerabilities of asylum seekers (as required by the EU), the government provides a health policy framework that asylum seekers and professionals within the health care sector perceive as arduous, bureaucratically inefficient and incapacitating [41] and that excludes them from standard care [13].

What does it take?

In a time of illness, psychosocial stress and a lack of resources to deal with this situation, mentally ill asylum seekers need quick and well-organized support.

Almost 20 years ago, Machleidt and colleagues tried to provide treatment impulses for the psychiatric and psychotherapeutic care of migrants [7,45]. These proposals are still relevant today and we can underline their demands against the background of our results.

Few of the suggestions made at that time have been implemented, while those which have been implemented have proven to be successful, when evaluated: For example, our working group was able to identify good usability and high usefulness of the 'Health Booklet for Asylum Seekers' [42]. Furthermore, Machleidt et al. called for improved access to regular health care through low-threshold, culturally sensitive and competent therapy approaches, in which employees with migration background and psychologically trained specialist interpreters are included. In addition, they emphasized the importance of expanding the cooperation between health care with general practitioners, social services and social associations, such as non-statutory welfare organizations. They also highlighted the targeted intercultural training of service providers and therapists [7,45]. Unfortunately, most of these demands have not been established on a grand scale within the German health care system, even though some hospitals—mostly in metropolitan areas—offer transcultural care, but are often restricted to regularly ensured patients [46].

The PSZs on the other hand, as non-governmental service providers, have specialized in working with asylum seekers for years and implemented these requirements into their working routine. Their work expressly includes interdisciplinary collaboration between psychologists, social workers and other professions and underlines the importance of networking with other actors from the health sector and interpreters [8]. Interculturally trained psychologists and therapists who specialize in the therapy of severely traumatized patients are indispensable for meeting the challenge of providing good patient care. These clinics are often underfunded and lack the resources to meet the huge demand. As a result, asylum seekers have to wait much longer for psychotherapy than patients who are cared for in the regular health system.

Limitations

This study entails a number of limitations that curtail its generalizability. First, it is based on the clients' charts of one institution. While other PSZs are known to work under similar conditions and face similar challenges [8], health care infrastructure and administrative requirements differ from federal state to federal state in Germany, so that we cannot easily generalize our findings to other parts of Germany. In addition, our sample is rather small, especially the sample of clients for whom we could assess both registration form and assessment interview. Therefore, many subgroup analyses that would have been interesting were not possible or yielded no results.

In addition to those limitations concerning generalizability, the fact that our analysis was built on secondary data should be noted: Complaints, diagnoses and symptoms—to name a few—are derived either from clients' self-assessment or from anamnesis. The quality of this information is therefore uncertain.

5. Conclusions

Our data show that asylum seekers wait substantially longer for psychotherapy than other patients. Two conclusions must therefore be drawn: In the short term, existing civil society services should be strengthened through better government funding. In the long term, the regular health system should increasingly open up to the needs of asylum seekers, which would entail changes on the level of social legislation, medical training and interdisciplinary cooperation.

Supplementary Materials: The following are available online at <https://www.mdpi.com/article/10.3390/ijerph182211850/s1>. Table S1: Diagnoses encoded according to the ICD-10.

Author Contributions: Conceptualization, U.T., K.W., V.K., S.N. and A.F.; Data curation, U.T. and K.W.; Formal analysis, U.T.; Methodology, U.T., A.W. and A.F.; Project administration, A.F.; Supervision, A.W. and A.F.; Writing—original draft, U.T.; Writing—review and editing, U.T., K.W., V.K., S.N., A.W. and A.F. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: A.F. and A.W. were supported by a Roux grant of the Medical Faculty of Martin-Luther-University Halle-Wittenberg (FKZ 31/29).

Institutional Review Board Statement: The study was approved by the Ethics Committee of the Medical School of the Martin-Luther-University Halle-Wittenberg (protocol code 2020-068, date of approval: 12.05.2020).

Informed Consent Statement: Not applicable.

Data Availability Statement: Data for this research were used under license and are therefore not publicly available. Data are, however, available from the authors upon reasonable request and with permission of the PSZ Halle, Germany.

Acknowledgments: The authors would like to thank the employees of the PSZ for the cooperation and access to the data. In addition, we would like to thank Sophia Schmuck for her support with data collection.

Conflicts of Interest: V.K. is an employee at the PSZ. The other authors do not indicate any conflict of interest. The funders had no role in the design of the study; in the collection, analyses, or interpretation of data; in the writing of the manuscript, or in the decision to publish the results.

References

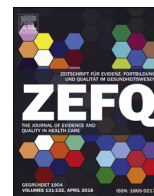
1. United Nations High Commissioner for Refugees UNHCR Global Trends. 2019. Available online: <https://www.unhcr.org/statistics/unhcrstats/5ee200e37/unhcr-global-trends-2019.html> (accessed on 26 April 2021).
2. Fazel, M.; Wheeler, J.; Danesh, J. Prevalence of Serious Mental Disorder in 7000 Refugees Resettled in Western Countries: A Systematic Review. *Lancet* **2005**, *365*, 1309–1314. [[CrossRef](#)]
3. Führer, A.; Eichner, F.; Stang, A. Morbidity of Asylum Seekers in a Medium-Sized German City. *Eur. J. Epidemiol.* **2016**, *31*, 703–706. [[CrossRef](#)]
4. Biddle, L.; Menold, N.; Bentner, M.; Nöst, S.; Jahn, R.; Ziegler, S.; Bozorgmehr, K. Health Monitoring among Asylum Seekers and Refugees: A State-Wide, Cross-Sectional, Population-Based Study in Germany. *Emerg. Themes Epidemiol.* **2019**, *16*, 3. [[CrossRef](#)]
5. Greinacher, A.; Derezza-Greeven, C.; Herzog, W.; Nikendei, C. Secondary Traumatization in First Responders: A Systematic Review. *Eur. J. Psychotraumatol.* **2019**, *10*, 1562840. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
6. Belz, M.; Belz, M.; Özkan, I.; Graef-Calliess, I.T. Posttraumatic Stress Disorder and Comorbid Depression among Refugees: Assessment of a Sample from a German Refugee Reception Center. *Transcult Psychiatry* **2017**, *54*, 595–610. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
7. Machleidt, W. Die 12 Sonnenberger Leitlinien Zur Psychiatrisch-Psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen in Deutschland. *Der Nervenarzt* **2002**, *73*, 1208–1212. [[CrossRef](#)]
8. Baron, J.; Flory, L. *Versorgungsbericht—Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland*; BAfF-Zentren: Berlin, Germany, 2020.
9. Directive 2013/33/EU of the European Parliament and of the Council of 26 June 2013 Laying down Standards for the Reception of Applicants for International Protection. 21. Available online: <https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2013/33/oj> (accessed on 26 April 2021).
10. Knipper, M. Migration, Public Health and Human Rights. *Int. J. Public Health* **2016**, *61*, 993–994. [[CrossRef](#)]
11. Bozorgmehr, K.; Razum, O. Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013. *PLoS ONE* **2015**, *10*, e0131483. [[CrossRef](#)]
12. Kalt, A.; Hossain, M.; Kiss, L.; Zimmerman, C. Asylum Seekers, Violence and Health: A Systematic Review of Research in High-Income Host Countries. *Am. J. Public Health* **2013**, *103*, e30–e42. [[CrossRef](#)]
13. § 4 AsylbLG—Einzelnorm. Available online: https://www.gesetze-im-internet.de/asylblg/_4.html (accessed on 18 April 2021).
14. Mewes, R.; Kowarsch, L.; Reinacher, H.; Nater, U.M. [Obstacles and Opportunities for the Psychotherapeutic Treatment of Asylum Seekers]. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* **2016**, *66*, 361–368. [[CrossRef](#)]
15. Führer, A. “Someone else has to take care of that”—Asylum-seekers’ Health Care as a Challenge for Biopsychosocial Medicine. *Gesundheitswesen* **2020**, *82*, 151–156. [[CrossRef](#)]
16. Gottlieb, N.; Ohm, V.; Knörnschild, M. The Electronic Health Insurance Card for Asylum-Seekers in Berlin: Effects on the Local Health System. *Int. J. Health Policy Manag.* **2021**, *x(x)*, 1–9. [[CrossRef](#)]
17. Führer, A.; Niedermaier, A.; Kalfa, V.; Mikolajczyk, R.; Wienke, A. Serious Shortcomings in Assessment and Treatment of Asylum Seekers’ Mental Health Needs. *PLoS ONE* **2020**, *15*, e0239211. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
18. Niedermaier, A.; Freiberg, A.; Tiller, D.; Wienke, A.; Führer, A. Outpatient Health Care Utilization and Health Expenditures of Asylum Seekers in Halle (Saale), Germany—An Analysis of Claims Data. *BMC Health Serv. Res.* **2020**, *20*, 961. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

19. Nikendei, C.; Kindermann, D.; Brandenburg-Ceynowa, H.; Derreza-Greeven, C.; Zeyher, V.; Junne, F.; Friederich, H.-C.; Bozorgmehr, K. Asylum Seekers' Mental Health and Treatment Utilization in a Three Months Follow-up Study after Transfer from a State Registration-and Reception-Center in Germany. *Health Policy* **2019**, *123*, 864–872. [CrossRef] [PubMed]
20. Ilkilic, I. *Deutscher Ethikrat Migration und Gesundheit kulturelle Vielfalt als Herausforderung für die medizinische Versorgung; Tagungs-dokumentation*; Deutscher Ethikrat: Berlin, Germany, 2010; ISBN 978-3-941957-15-2.
21. Amrhein, V.; Greenland, S.; McShane, B. Scientists Rise up against Statistical Significance. *Nature* **2019**, *567*, 305–307. [CrossRef] [PubMed]
22. Wasserstein, R.L.; Lazar, N.A. The ASA Statement on p-Values: Context, Process, and Purpose. *Am. Stat.* **2016**, *70*, 129–133. [CrossRef]
23. Statistics on Migration to Europe. Available online: https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/statistics-migration-europe_en (accessed on 26 April 2021).
24. Bozorgmehr, K.; Dieterich, A.; Offe, J. UN Concerned about the Right to Health for Migrants in Germany. *Lancet* **2019**, *393*, 1202–1203. [CrossRef]
25. Heeren, M.; Wittmann, L.; Ehlert, U.; Schnyder, U.; Maier, T.; Müller, J. Psychopathology and Resident Status—Comparing Asylum Seekers, Refugees, Illegal Migrants, Labor Migrants, and Residents. *Compr. Psychiatry* **2014**, *55*, 818–825. [CrossRef] [PubMed]
26. Hanewald, B.; Gieseck, J.; Vogelbusch, O.; Markus, I.; Gallhofer, B.; Knipper, M. Asylum Law and Mental Health: An Interdisciplinary Analysis of the Coaction of Medical and Legal Aspects. *Psychiatr. Prax.* **2015**, *43*, 165–171. [CrossRef]
27. Winkler, J.G.; Brandl, E.J.; Bretz, H.J.; Heinz, A.; Schouler-Ocak, M. The Influence of Residence Status on Psychiatric Symptom Load of Asylum Seekers in Germany. *Psychiatr. Prax.* **2019**, *46*, 191–199. [CrossRef]
28. Fenta, H.; Hyman, I.; Noh, S. Determinants of Depression among Ethiopian Immigrants and Refugees in Toronto. *J. Nerv. Ment. Dis.* **2004**, *192*, 363–372. [CrossRef] [PubMed]
29. Fogden, G.; Berle, D.; Steel, Z. The Impact of Family Separation and Worry About Family on Psychological Adjustment in Refugees Resettled in Australia. *J. Trauma. Stress* **2020**, *33*, 894–907. [CrossRef]
30. Porter, M.; Haslam, N. Predisplacement and Postdisplacement Factors Associated With Mental Health of Refugees and Internally Displaced Persons A Meta-Analysis. *JAMA* **2005**, *294*, 602–612. [CrossRef] [PubMed]
31. Sisto, A.; Vicinanza, F.; Campanozzi, L.L.; Ricci, G.; Tartaglini, D.; Tambone, V. Towards a Transversal Definition of Psychological Resilience: A Literature Review. *Medicina (Kaunas)* **2019**, *55*, 745. [CrossRef] [PubMed]
32. Nam, B.; Kim, J.Y.; DeVylder, J.E.; Song, A. Family Functioning, Resilience, and Depression among North Korean Refugees. *Psychiatry Res.* **2016**, *245*, 451–457. [CrossRef]
33. Rousseau, C.; Frounfelker, R.L. Mental Health Needs and Services for Migrants: An Overview for Primary Care Providers. *J. Travel Med.* **2019**, *26*, tay150. [CrossRef]
34. Melamed, S.; Chernet, A.; Labhardt, N.D.; Probst-Hensch, N.; Pfeiffer, C. Social Resilience and Mental Health Among Eritrean Asylum-Seekers in Switzerland. *Qual. Health Res.* **2019**, *29*, 222–236. [CrossRef]
35. Abdul-Al, R. Sources of Stress in the Practice of Psychiatry: Perspective from the Arab World. *BJPsych. Int.* **2019**, *16*, 58–59. [CrossRef]
36. Sundvall, M.; Titelman, D.; DeMarinis, V.; Borisova, L.; Çetrez, Ö. Safe but Isolated—An Interview Study with Iraqi Refugees in Sweden about Social Networks, Social Support, and Mental Health. *Int. J. Soc. Psychiatry* **2020**, *67*, 351–359. [CrossRef]
37. Epping, B. Medizinische Versorgung von Flüchtlingen: Teure Hürden. *Z. Orthop. Unf.* **2017**, *155*, 129–134. [CrossRef]
38. Anderson, M.; Albalá, S.; Patel, N.; Lloyd, J.; Mossialos, E. *Building the Economic Case for Primary Health Care: A Scoping Review*; WHO: Geneva, Switzerland, 2018.
39. Scott, P. Black African Asylum Seekers' Experiences of Health Care Access in an Eastern German State. *Int. J. Migr. Health Soc. Care* **2014**, *10*, 134–147. [CrossRef]
40. Schunck, R.; Reiss, K.; Razum, O. Pathways between Perceived Discrimination and Health among Immigrants: Evidence from a Large National Panel Survey in Germany. *Ethn. Health* **2015**, *20*, 493–510. [CrossRef]
41. Spura, A.; Kleinke, M.; Robra, B.-P.; Ladebeck, N. How do asylum seekers experience access to medical care? *Bundesgesundheitsblatt Gesundheits. Gesundh.* **2017**, *60*, 462–470. [CrossRef] [PubMed]
42. Führer, A.; Korn, M.; Brzoska, P. The usability of information material for refugees. An exemplary evaluation of Saxony-Anhalt's "Health Booklet for Asylum Seekers". *Z. Evid. Fortbild Qual. Gesundheitswes.* **2020**, *158–159*, 1–9. [CrossRef] [PubMed]
43. Kaltenbach, E.; Schauer, M.; Hermenau, K.; Elbert, T.; Schalinski, I. Course of Mental Health in Refugees—A One Year Panel Survey. *Front. Psychiatry* **2018**, *9*, 352. [CrossRef] [PubMed]
44. Satinsky, E.; Fuhr, D.C.; Woodward, A.; Sondorp, E.; Roberts, B. Mental Health Care Utilisation and Access among Refugees and Asylum Seekers in Europe: A Systematic Review. *Health Policy* **2019**, *123*, 851–863. [CrossRef]
45. Assion, H.-J. (Ed.) *Migration und seelische Gesundheit: Mit 22 Tabellen; [wissenschaftliche Tagung, ... die im Mai 2003 im Ruhrcongress Bochum von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ruhr-Universität Bochum ausgerichtet wurde]*; Springer-Medizin-Verl: Berlin/Heidelberg, Germany, 2005; ISBN 978-3-540-20218-9.
46. Agorastos, A.; Aichberger, M.C.; Aichinger, C.; Assion, H.-J.; Bajbouj, M.; Basu, H.; Demiralay, C.; Härter, M.; Mösko, M.O.; Ohls, I. *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und Psychische Gesundheit*; Machleidt, W., Kluge, U., Sieberer, M.G., Heinz, A., Eds.; 2. Auflage; Elsevier: München, Germany, 2018; ISBN 978-3-437-24571-8.



Contents lists available at ScienceDirect

Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ)

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/zefq>

Evidenz in der Gesundheitsversorgung / Evidence in Health Care

Die Usability von Informationsmaterial für Geflüchtete. Eine exemplarische Evaluation des „Gesundheitsheftes für Asylbewerber“ in Sachsen-Anhalt

The usability of information material for refugees. An exemplary evaluation of Saxony-Anhalt's "Health Booklet for Asylum Seekers"

Amand Führer^{a,*,1}, Marie Korn^{a,1}, Patrick Brzoska^b

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

^b Lehrstuhl für Versorgungsforschung, Fakultät für Gesundheit, Universität Witten/Herdecke, Witten, Deutschland

ARTIKEL INFO

Artikel-Historie:

Eingegangen: 30. Mai 2020
 Revision eingegangen: 9. September 2020
 Akzeptiert: 15. September 2020
 Online gestellt: 22. November 2020

Schlüsselwörter:

Asylsuchende
 Geflüchtete
 Sprachbarriere
 Informationsmaterial
 Gesundheitsheft

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund und Zielstellung: Als Reaktion auf die Zuwanderung nach Deutschland im Jahr 2015 wurden viele gesundheitsbezogene Informationshefte, Übersetzungshilfen etc. erarbeitet. Bisher wurde ihre Akzeptanz und wahrgenommene Nützlichkeit für den medizinischen Alltag jedoch nicht evaluiert. Diese Lücke soll die vorliegende Arbeit exemplarisch anhand einer Evaluation des seit 2017 in Sachsen-Anhalt eingesetzten „Gesundheitsheftes für Asylbewerber“ verkleinern.

Methoden: Ein explanatorisches sequenzielles Mixed-Methods-Design: In einer fragebogenbasierten Querschnittstudie wurde anhand der Systems Usability Scale (SUS) die Usability des Gesundheitsheftes erfasst. Eingeschlossen wurden 41 Ärztinnen und Ärzte, 7 MTAs, 19 Geflüchtete und 30 andere Akteure/Akteurinnen. Die quantitativen Ergebnisse wurden in 35 Leitfadeninterviews mit Vertreter/-innen der genannten Interessengruppen und zwei Fokusgruppen weiter vertieft.

Ergebnisse: Die meisten Hausärztinnen/-ärzte kannten das Gesundheitsheft nicht und hatten es noch nie eingesetzt, wollen es aber in Zukunft nutzen. In der SUS wurde die Usability von 65% der Befragten als hoch eingeschätzt, der mediane Score lag in allen Interessengruppen oberhalb des Schwellenwertes einer hohen Usability. Die Befragten erklärten die wahrgenommene Nützlichkeit vor allem damit, dass es die Versorgung verbessere, den Patient/-innen helfe, das Gesundheitssystem und ihre Erkrankung besser zu verstehen, die Patientenautonomie stärke und zudem symbolischen Charakter als ein Signal für die interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems habe.

Diskussion: Die Befragten der verschiedenen Interessengruppen nehmen das Gesundheitsheft als vorwiegend hilfreiches Instrument wahr und gehen davon aus, dass durch seinen Einsatz einige der in der Versorgung auftretenden Probleme gelindert werden könnten.

ARTICLE INFO

Article History:

Received: 30 May 2020
 Received in revised form:
 9 September 2020
 Accepted: 15 September 2020
 Available online: 22 November 2020

Keywords:

Asylum seekers

ABSTRACT

Background and Aims: In response to the large number of asylum seekers coming to Germany since 2015, lots of informational materials, translation aids, leaflets, etc. have been developed. However, hardly any of these materials have been evaluated with respect to their acceptance and usability in clinical practice. The aim of the present study was to exemplarily evaluate the 'Health Booklet for Asylum Seekers' that has been in use in Saxony-Anhalt since 2017.

Methods: A cross-sectional survey was combined with qualitative interviews in an explanatory sequential mixed methods design. The survey included general practitioners (n=41), nursing staff (n=7), refugees (n=19) and other stakeholders (n=30); the Systems Usability Scale (SUS)

* Korrespondenzadresse. Amand Führer. Institut für Medizinische Epidemiologie, Biometrie und Informatik. Profizentrum Gesundheitswissenschaften. Magdeburger Straße 8, 06112 Halle (Saale), Deutschland.

E-mail: amand-gabriel.fuhrer@uk-halle.de (A. Führer).

¹ Die Autor/-innen teilen sich die Erstautorschaft.

Refugees
Language barrier
Information materials
Health booklet

was used to assess the usability of the booklet. The qualitative part of the study involved 35 interviews with the above-mentioned participants and two focus group discussions with physicians and refugees; the aim was to better understand the different actors' perception of usability.

Results: Most general practitioners did not know the booklet and had never used it before, but were eager to make use of it in the future. Overall, the booklet was rated as highly usable by 65 % of all respondents, while the median score in the SUS was above the threshold value for good usability. Respondents explained that the booklet improved patient care, helped patients to better understand the health care system and their health issues, increased patient autonomy and has symbolic value as an expression of diversity management.

Discussion: The different stakeholders predominantly perceived the health booklet to be a useful tool and assumed that its application in clinical practice would help alleviate some of the practical problems in providing medical care for asylum seekers.

Einleitung

Geflüchtete¹ im Gesundheitssystem

Migration stellt das Gesundheitssystem vor die Herausforderung, sich den Bedarfen von Patient/-innen mit Migrationshintergrund zu öffnen und sicherzustellen, dass diese gut in die bestehenden Versorgungsstrukturen integriert bzw. die bestehenden Strukturen an die Bedarfe und Bedürfnisse einer zunehmend heterogenen Bevölkerung angepasst werden [1].

Trotz Bemühungen, dieser Herausforderung gerecht zu werden, zeigen sich im deutschen Gesundheitssystem in dieser Hinsicht vielfach noch Defizite [2,3]. Dies ist insbesondere bei Geflüchteten zu Beginn ihres Aufenthaltes in Deutschland der Fall, da hier einerseits durch die Anhäufung gesundheitlicher Probleme vor und während der Flucht oft ein hoher Bedarf an medizinischer Versorgung besteht. Andererseits gestaltet sich der Zugang zu medizinischer Versorgung oft schwierig: So sind Geflüchtete in Deutschland während der Dauer des Asylverfahrens aus dem Sozialsystem ausgegliedert und ihre Leistungen in einem separaten Gesetz, dem Asylbewerberleistungsgesetz, geregelt [4]. Dieses Gesetz räumt den Sozialämtern als zuständigen Kostenträgern einen großen Spielraum ein, für welche medizinischen Leistungen sie die Kosten übernehmen [5]. Da die jeweiligen Sozialämter diesen Spielraum sehr unterschiedlich nutzen [6], unterscheidet sich die Qualität der medizinischen Versorgung, die Asylsuchenden zugänglich ist, regional stark [7]. Hinzu kommt, dass einige Bundesländer Asylsuchenden als Versicherungsdokument eine elektronische Gesundheitskarte ausstellen, während andere mit sog. Behandlungsscheinen arbeiten, die Asylsuchende im Krankheitsfall oder quartalsweise bei dem Sozialamt beantragen müssen [8]. In der Folge ist es für Ärztinnen und Ärzte sowie die Patient/-innen und ihre Unterstützer/-innen häufig schwierig, einen Überblick über die Leistungsansprüche und die Mechanismen zur Inanspruchnahme medizinischer Versorgung zu erhalten [9–11].

Hinzu kommt, dass die Patient/-innen zu Beginn ihres Aufenthaltes in Deutschland in der Regel noch kein Deutsch sprechen und mit den Hilfs- und Unterstützungsstrukturen nicht vertraut sind [12,13]. Dies führt häufig dazu, dass die Navigation von Geflüchteten im Gesundheitssystem in Schleifen verläuft und sehr viele Kontakte mit dem Gesundheitssystem nötig sind, bis sie die richtige Anlaufstelle finden [11,14].

¹ Im Folgenden verwenden wir den Begriff „Geflüchtete“ als Oberbegriff für Menschen, die nach Deutschland geflohen sind. Damit umfasst der Begriff verschiedene Aufenthaltsstatus. Sofern die Differenzierung nach Aufenthaltsstatus inhaltlich relevant wird, sprechen wir von „Asylsuchenden“ um Menschen zu bezeichnen, die sich aktuell noch im Asylverfahren befinden oder eine Duldung haben.

Informationsmaterial für Geflüchtete

Als Reaktion auf diese Probleme wurden insbesondere seit Sommer 2015 verschiedene Arten von Informationsmaterial für Geflüchtete erstellt: Verschiedene Nichtregierungsorganisationen stellten mehrsprachige Anamnesebögen zur Verfügung [15,16], während illustrierte Vorlagen zum Erklären verschiedener Gesundheitsthemen in der medizinischen Presse vorgestellt wurden und dadurch breitere Bekanntheit erlangten [17].

Darüber hinaus wurden von verschiedenen Akteur/-innen Vorlagen für Gesundheitshefte erarbeitet, welche Geflüchtete strukturiert über das Gesundheitssystem und ihre Rechte als Patient/-innen aufklären, Befunde bündeln und die Kommunikation erleichtern sollen. In der Folge erschien ein „Gesundheitsheft für minderjährige Flüchtlinge“ in Bremen, Hamburg und Baden-Württemberg [18,19], ein „Medizinisches Gesundheitsheft“ des Landkreises Spree-Neiße [20] und ein „Persönliches Gesundheitsheft für Asylsuchende“ in Nordbaden [21], sowie ein „Gesundheitsheft für Asylbewerber“ in Sachsen-Anhalt [22].

Letzteres wurde im Jahr 2016 von der NGO Medinetz Halle/Saale e. V. in neun Sprachen (Albanisch, Arabisch, Englisch, Französisch, Persisch, Portugiesisch, Serbisch, Somali, Tigrinya) entwickelt und dann seit Herbst 2017 eingesetzt. Das Gesundheitsheft wurde über die Integrationskoordinator/-innen der Kommunen sowie im Rahmen der Erstaufnahmuntersuchung in der Zentralen Anlaufstelle des Landes verteilt.

Dieses Gesundheitsheft hat zwei Zielstellungen: Einerseits soll es Geflüchtete über das deutsche Gesundheitssystem, seinen Aufbau und seine verschiedenen Anlaufstellen informieren, und sie über ihre Rechte als Patient/-innen aufklären. Andererseits soll es durch die Möglichkeit der Bündelung von Befunden und die Dokumentation bereits erfolgter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen Informationsverluste minimieren, die oftmals zu Beginn des Asylverfahrens durch häufige Ortswechsel entstehen. Dadurch zielt es übergeordnet darauf ab, die Kontinuität der medizinischen Versorgung von Geflüchteten zu erhöhen.

Um dies zu erreichen, beinhaltet das Gesundheitsheft die folgenden Komponenten: einen deutschsprachigen Informationstext für Ärztinnen und Ärzte, in dem dieses das Gesundheitsheft erklärt wird und sie auf in der Versorgung von Geflüchteten nützliche Informationsquellen hingewiesen werden; einen Informationstext zum deutschen Gesundheitssystem für die Patient/-innen in ihrer jeweiligen Muttersprache; ein zweisprachiger Anamnesebogen für Vorerkrankungen; ein zweisprachiger Anamnesebogen für akute Beschwerden; Vordrucke für einen Kurzarztbrief zur Dokumentation der Versorgung; eine Terminliste zur Dokumentation, zu welchen Anlaufstellen die Patient/-innen bereits Kontakt hatten. Zudem bietet das Gesundheitsheft die Möglichkeit, Entlassungsbriefe, Epikrisen etc. abzuheften.

Zielstellung

Bisher liegt unseres Wissens für keines der genannten Instrumente eine strukturierte Evaluation der Nützlichkeit und Einsetzbarkeit im Alltag vor. Anhand des „Gesundheitsheftes für Asylbewerber“ untersucht diese Arbeit daher exemplarisch, wie relevante Akteurinnen und Akteure die Usability – d.h. die Nützlichkeit im Einsatz zu einen bestimmten Zweck [23,24] – von Gesundheitsheften in der medizinischen Versorgung von Geflüchteten wahrnehmen.

Dabei geht diese Arbeit insbesondere den folgenden Fragen nach:

1. Wie schätzen Ärztinnen und Ärzte, medizinisches Personal, Geflüchtete und andere Akteur/-innen die Usability des Gesundheitsheftes in einem standardisierten Messverfahren ein?
2. Welche Aspekte des Gesundheitsheftes werden zur Beurteilung der alltagspraktischen Nützlichkeit von den genannten Interessengruppen als besonders wichtig erachtet?
3. An welchen Stellen sehen sie Probleme und Unzulänglichkeiten im Einsatz des Gesundheitsheftes?

Methodik

Diesen Fragen wurde in einem explanatorischen sequentiellen *mixed methods*-Design [25,26] nachgegangen, bei dem die Erkenntnisse aus einer quantitativen fragebogenbasierten Querschnittserhebung in einem sich daran anschließenden interviewbasierten Studienteil zwecks eines besseren und nuancierteren Verständnisses vertieft wurden. Das Studiendesign ist in [Abbildung 1](#) veranschaulicht.

Fragebogenbasierte Querschnittserhebung

Sampling

Für die Querschnittserhebung der Usability wurden zwei verschiedene Samples rekrutiert: Einerseits wurde durch die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt eine zufällige Stichprobe von 20% (n=300) der in Sachsen-Anhalt niedergelassenen Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte sowie hausärztlich tätigen Internist/-innen gezogen. Die ausgewählten Ärztinnen und Ärzte wurden im September 2018 postalisch kontaktiert, wobei dem Brief neben dem Fragebogen auch ein Exemplar des Gesundheitsheftes beilag, sowie ein freigemachter Rückumschlag.

Zusätzlich wurden die für den qualitativen Studienteil (Leitfadeninterviews und Fokusgruppen, s. u.) rekrutierten Teilnehmer/-innen ebenfalls gebeten, den Fragebogen auszufüllen; ggf. in einer in ihre Muttersprache übersetzten Version. Diejenigen Teilnehmer/-innen, die dem nachgekommen sind, sind daher sowohl im quantitativen als auch im qualitativen Studienteil eingeschlossen.

Fragebogen

Der Fragebogen erfasste die Bekanntheit des Gesundheitsheftes, den praktischen Umgang mit dem Gesundheitsheft und seine prozessuale Einbindung in den Praxisalltag und quantifizierte mittels *Systems Usability Scale* (SUS) [23] die Usability.

Die SUS ist ein Instrument zur Erfassung der Usability von Dienstleistungen und Produkten, einschließlich Informations- und Schulungsmaterial, welches seit seiner Einführung 1996 breite Anwendung gefunden hat und kosteneffizient die standardisierte Messung der Usability ermöglicht [27]. Sie besteht aus zehn Items, in denen jeweils eine Aussage über die Usability des Gesundheitsheftes angeboten wird, zu der die Befragten das Ausmaß ihrer

Zustimmung (auf einer fünfstufigen Skala zwischen starker Ablehnung und starker Zustimmung) angeben.

Statistische Auswertung

Zur Quantifizierung der Usability wurden die SUS aller Teilnehmer/-innen zusammen analysiert.

Dafür wurden die Daten nach den oben genannten Interessengruppen stratifiziert und deskriptiv ausgewertet. Der Score der SUS wurde dabei gemäß der gängigen Vorgehensweise als die Summe der Einzelitems berechnet und mit 2,5 multipliziert [23,27], sodass für den Gesamtscore Werte zwischen 0 und 100 erreicht werden können. Resultierende Scores über 68 wurden als hohe Usability gewertet [28]. Berichtet werden für die einzelnen Subgruppen die medianen Scores sowie der zugehörige Interquartilsabstand (IQR). Aufgrund des explorativen Charakters der vorliegenden Untersuchung fanden keine statistischen Tests Anwendung [29].

Die statistische Analyse erfolgte unter Verwendung von SAS® (Version 9.4, Cary, NC, USA).

Die Studie wurde von der Ethikkommission der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg positiv begutachtet (Bearbeitungs-Nr.: 2018-90).

Leitfadeninterviews und Fokusgruppen

Sampling

Zwischen September und November 2018 wurden 35 Leitfadeninterviews mit Ärzt/-innen, medizinischem Personal, Geflüchteten und anderen Akteur/-innen (in dieser Gruppe sind alle in die Versorgung eingebundenen medizinischen Laien zusammengefasst, neben hauptberuflichen und ehrenamtlichen Sozialarbeiter/-innen waren dies vier Angestellte von Behörden sowie eine Person aus der Leitungsebene einer NGO) durchgeführt. Insgesamt wurden 49 Personen in Einzel- (n=23) und Gruppeninterviews befragt (26 Befragte in 12 Gruppen von 2 bis 5 Personen). Befragte wurden initial mittels *purposive sampling* [30] rekrutiert, wobei die Absicht leitend war, Vertreter/-innen aller in die medizinische Versorgung von Geflüchteten eingebundenen Interessengruppen einzuschließen [31]. Der Zugang zu potentiellen Teilnehmer/-innen erfolgte hierbei über die Integrationskoordinator/-innen der Landkreise sowie die Sozialarbeiter/-innen verschiedener Gemeinschaftsunterkünfte für Geflüchtete. Nach den ersten Interviews wurden dann persönliche Kontakte der Befragten im Sinne eines *Schneeball-Samplings* [30] zur Rekrutierung weiterer Teilnehmer/-innen genutzt. Dieses Vorgehen wurde gewählt, da insbesondere Geflüchtete, aber auch Ärztinnen und Ärzte, oft nur schwer für die Teilnahme an Studien zu gewinnen sind [32] und das Schneeball-Sampling sich zur Rekrutierung derartiger Gruppen bewährt hat [30,33]. Die Interviews wurden bis zur Stichprobensättigung geführt. Diese wurde angenommen, als weitere Interviews keine neuen Erkenntnisse mehr hervorbrachten.

Ergänzend wurden zwei Fokusgruppen (eine bestehend aus Ärzt/-innen (n=4) und eine mit arabischsprachigen Geflüchteten (n=7)) durchgeführt [34]. In die Fokusgruppen wurden Personen eingeschlossen, die im Rahmen der oben geschilderten Rekrutierung bereits bekannt waren, mit denen jedoch noch kein Interview geführt worden war.

Interviews und Fokusgruppen

Ziel der Interviews war, die Erfahrungen der Befragten mit dem Gesundheitsheft zu erheben, bzw. im Fall von Teilnehmer/-innen ohne Nutzungserfahrung ihren ersten Eindruck und eine Einschätzung des von ihnen erwarteten potentiellen Nutzens abzufragen sowie von ihnen als Praxisexpert/-innen formulierte zusätzliche Bedarfe zu ermitteln, während die Fokusgruppen die Wahrnehmung des Gesundheitsheftes sowie dessen Handhabung durch Erstnutzende während der Gruppeninteraktion erfassen sollten.

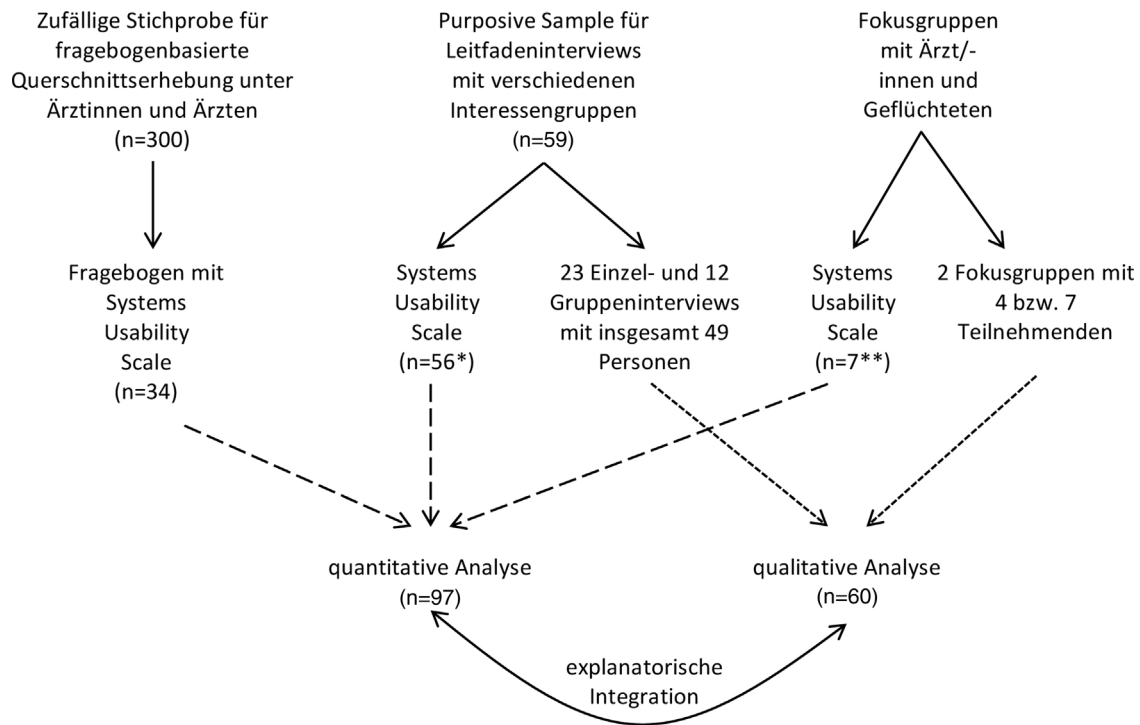


Abbildung 1. Übersicht über das Studiendesign

* 10 Teilnehmer/-innen haben einem Leitfadeninterview nicht zugestimmt, aber eine SUS ausgefüllt, während drei Teilnehmer/-innen keine SUS ausgefüllt haben, aber an einem Leitfadeninterview teilgenommen haben.

** 4 Teilnehmer/-innen haben an der Fokusgruppe teilgenommen, aber den SUS nicht beantwortet.

Die Interviews wurden entweder in deutscher Sprache, unter Verwendung von Englisch als gemeinsame oder Relais-Sprache oder von einem Forscherin-Dolmetscher-Tandem durchgeführt; die Fokusgruppen wurden auf Deutsch geführt.

Sowohl die Interviews als auch die Fokusgruppen wurden mittels digitalem Audiogerät aufgezeichnet und anschließend wörtlich transkribiert [35], wobei die Daten anonymisiert wurden.

Qualitative Datenanalyse

Die Transkripte der Interviews und Fokusgruppen wurden anhand qualitativer Inhaltsanalyse und mittels inhaltlicher Strukturierung nach Mayring [36] ausgewertet. Mit Hilfe der Analysesoftware MAXQDA® (Version 2018.2, Berlin, Deutschland) wurde dabei ein Kategoriensystem basierend auf im Zuge der Datenerhebung erlangten Erkenntnissen und theoretischen Annahmen entwickelt. Da die qualitative Inhaltsanalyse nicht nur theorie-, sondern auch datengeleitet erfolgen soll, wurde vor der Hauptanalyse eine Probecodierung durchgeführt. Dazu wurden die entwickelten Haupt- und Unterkategorien zunächst auf eine Auswahl von Transkripten bis zur Sättigung innerhalb der einzelnen Subgruppe angewendet und entsprechend überarbeitet, um so die Adäquatheit des Kodierschemas (im Sinne der Vollständigkeit und jeweiligen Exklusivität der Kategorien) sicherzustellen, bevor dieses auf den gesamten Datensatz angewendet wurde [37]. Anschließend wurde das extrahierte Material gemäß Mayrings Vorgaben zur zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Unter- und Hauptkategorie analysiert und interpretiert [38].

Explanatorische Integration beider Studienteile

Nach paralleler Auswertung wurden die Ergebnisse des qualitativen und quantitativen Studienteils narrativ zusammengeführt. Der quantitative Studienteil soll dabei die globale Einschätzung der Usability quantifizieren, während der qualitative Studienteil die

verschiedenen Dimensionen der Usability differenzierter beleuchtet und helfen soll, die Gründe für die Einschätzung der Usability zu verstehen.

Ergebnisse

Zusammensetzung der Studienpopulationen

Die Rücklaufquote der postalischen Umfrage betrug 11% (n = 34). Gemeinsam mit den im Rahmen der Leitfadeninterviews und Fokusgruppen erhobenen quantitativen Daten lagen SUS von 41 Ärzt/-innen, sieben Krankenpfleger/-innen bzw. MTAs, 19 Geflüchteten und 30 anderen Akteur/-innen vor.

Im qualitativen Studienteil eingeschlossen wurden 11 Ärztinnen und Ärzte, 12 Krankenpfleger/-innen bzw. MTAs, 19 Geflüchtete und 18 andere Akteur/-innen.

Eine Übersicht über die Befragten gibt [Tabelle 1](#).

Quantifizierung der Usability mittels SUS

Von den postalisch befragten Ärzt/-innen (n = 34) kannten zwei (6%) das Gesundheitsheft zum Erhebungszeitpunkt bereits, während nur eine/r (3%) angab, es bereits genutzt zu haben. Im Gegensatz dazu planten fast alle (88% von insgesamt 41) befragten Ärztinnen und Ärzte, das Gesundheitsheft in Zukunft zu verwenden.

In der Einschätzung der Usability des Gesundheitsheftes zeigten sich Unterschiede zwischen den verschiedenen Interessengruppen: Während das Gesundheitsheft bei den anderen Akteur/-innen und Geflüchteten im Median einen Score von 82,5 (IQR: 67,5–90) bzw. 80 (IQR: 70–87,5) erreichte, wurde das Gesundheitsheft von Ärzt/-innen und medizinischem Assistenzpersonal niedriger bewertet (72,5 (IQR: 58,75–86,25) bzw. 70 (IQR: 42,5–72,5)). Über alle Interessengruppen hinweg lag der mediane Score bei 77,5

Tabelle 1
Charakteristika der Studienteilnehmer/-innen.

Subgruppe	Differenzierungs-kriterium	Charakteristika	Qualitativer Studienteil n	Quantitativer Studienteil n
Ärztinnen/ Ärzte	Spezialisierung	Allgemeinarzt/-ärztin	3	36
		Assistenzarzt/-ärztin	3	0
		Facharzt/-ärztin in Niederlassung	3	2
		Gesundheitsamt	2	3
Medizinisches Fachpersonal	Funktion	Pflegepersonal	5	3
		MTAs	5	2
		Krankenhaus-Management	2	2
Geflüchtete	Muttersprache	Arabisch	14	14
		Farsi	3	3
		Kurdisch	2	2
	Art der Unterkunft	Gemeinschaftsunterkunft	9	9
Private Unterkunft		10	10	
Andere Akteur/-innen	Tätigkeitsfeld	Mikrolevel (individuell)	11	
		Mesolevel (organisatorisch)	7	
Gesamt			60	97

Punkten (IQR: 62,5–87,5). **Abbildung 2** stellt die Ergebnisse der SUS in den verschiedenen Interessengruppen gegenüber.

Insgesamt lag die mediane Usability in allen Interessengruppen und gruppenübergreifend über dem Schwellenwert für eine hohe Usability (SUS \geq 68/100). 65% (n=63) aller Befragten bewerteten die Usability mit Werten über 68 Score-Punkten.

Dabei ist die Einschätzung der Usability unabhängig davon, ob den Befragten das Gesundheitsheft zum Befragungszeitpunkt bekannt war (Median: 77,5 (IQR: 67,5–85,0)) oder nicht (Median: 75 (IQR: 60,0–87,5)), während sie von denjenigen Befragten deutlich höher eingeschätzt wurde, die das Gesundheitsheft bereits genutzt hatten (82,5 (IQR: 70,0 – 90,0) vs. 75 (IQR: 65,0 – 85,0)).

Qualitative Einschätzung der Usability

In Interviews und Fokusgruppen wurde die Usability des Gesundheitsheftes ähnlich wie im quantitativen Studienteil als hoch eingeschätzt.

In der qualitativen Auswertung zeigte sich dabei, dass für die Befragten der verschiedenen Interessengruppen sieben Aspekte des Gesundheitsheftes im Vordergrund für die positive Einschätzung standen, welche im Folgenden mit jeweils einem illustrierenden Ankerbeispiel kurz dargestellt werden.

Zunächst nannten Befragte aller Interessengruppen die **Erleichterung der sprachlichen Kommunikation** in der Behandlungssituation als Stärke des Gesundheitsheftes. Sie betonten, dass der Einsatz des Gesundheitsheftes es Patient/-innen erleichtere, ihre Beschwerden und Vorerkrankungen zu kommunizieren und Ärzt/-innen dabei helfe, sich einen ersten anamnestischen Überblick zu verschaffen.

„[Den Abschnitt zur aktuellen Symptomatik] hatte ich einmal ausgefüllt mit einem Bewohner von mir [...] und dann hat ein Arzt das tatsächlich benutzt. [Und der Arzt] hat dann eben danach feststellen können, was der Kollege hatte. Und davor war er beim Arzt und der hat eben gesagt ‚Nein ich weiß nicht was der hat, der kann nicht mit mir reden. Ich kann nicht, ich brauch einen Übersetzer.‘ Also es war auf jeden Fall schon ein Erfolgserlebnis, auf jeden Fall.“ (Sozialarbeiter einer Gemeinschaftsunterkunft)

Zudem berichteten befragte Ärztinnen und Ärzte, medizinisches Fachpersonal und andere Akteur/-innen, dass das Gesundheitsheft die **Kommunikation innerhalb des Gesundheitssystems** verbessere, indem es ihnen durch die Bündelung von Befunden an einem Ort einen schnellen und vollständigen Überblick über relevante

Informationen ermögliche. Durch die Dokumentation der Erkrankungsverläufe werde zudem Informationsverlusten vorgebeugt und die Nachvollziehbarkeit bisheriger Verläufe insbesondere bei langwierigen und komplexen Behandlungsverfahren verbessert. Dadurch könne Mehrfachdiagnostik verhindert und eine zeitnahe Fortsetzung laufender Therapien z. B. nach einem Umzug auf Grundlage der angegebenen Vorerkrankungen und der Vollständigkeit der gesammelten Informationen gebahnt werden:

„Was typisch ist, [ist] dass als erste Stelle oft die Notaufnahme gewählt wird und dann sich unter Umständen ein Krankenhausaufenthalt, den man nicht so richtig nachvollziehen kann, anschließt. Und dann kriegt man manchmal nicht mal den Brief[...]. Na das Gesundheitsheft wäre die Lösung. [...] Also, dass das Krankenhaus den Leuten einen Entlassungsbefund da reinlegt, weil die meisten Krankenhäuser geben ja heute schon auch zum Zeitpunkt der Entlassung den Brief mit. Das würden die machen und wir würden das auch machen [...], sodass sich daraus so eine richtige Akte aufbauen könnte. Und das wäre eigentlich super.“ (Allgemeinmediziner)

Ein weiterer Aspekt war laut befragten Geflüchteten und anderen Akteur/-innen der **Schutz der Privatsphäre**: Geflüchtete sind im Alltag oft auf Sprachmittler/-innen aus ihrem persönlichen Umfeld angewiesen, da nur selten professionelle (und daher auch schweigepflichtige) Dolmetscher/-innen zur Verfügung stehen. Das Gesundheitsheft könne hier helfen, die Vertraulichkeit der ärztlichen Konsultation zu schützen:

„Ich halte die Hefte eben auch [für] gut, weil es ein bisschen die Würde des Menschen noch stärkt. Das heißt, ich muss nicht mit einem Sprachmittler meine [...] Probleme irgendwie erklären, sondern ich kann es selber ankreuzen und das sehen nur ich und der Arzt.“ (Sozialarbeiterin einer Gemeinschaftsunterkunft)

Dadurch könne das Gesundheitsheft Geflüchteten zudem mehr Eigenständigkeit in ihrer gesundheitsbezogenen Entscheidungsfindung geben und ihre **Patientenautonomie stärken**.

„Die afghanische Familie, die kürzlich kam, da spricht die Tochter gut Englisch und die managt dann alles [...]. Man muss ja nicht immer über die Kinder gehen. Es sollen ja die Eltern auch selber mit sich und für sich sorgen. Ja, von daher ist das [Gesundheitsheft] schon gut.“ (Sozialarbeiterin in einer Gemeinschaftsunterkunft)

Hinzu kam aus Sicht von Geflüchteten und anderen Akteur/-innen, dass die Bereitstellung muttersprachlicher Erläuterungen

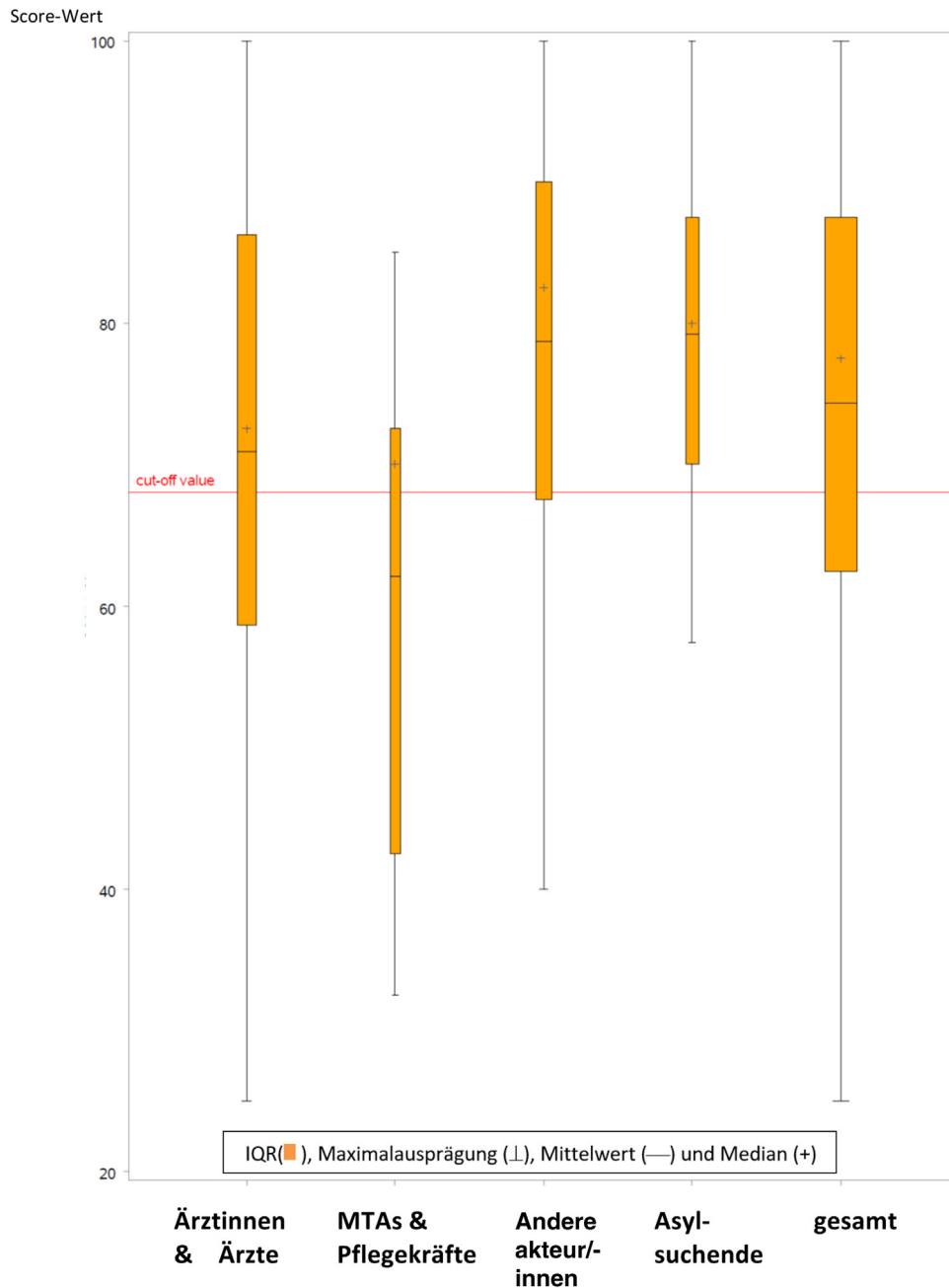


Abbildung 2. Einschätzung der Usability des Gesundheitsheftes nach befragten Interessengruppen. In allen Gruppen liegt der Median oberhalb des Schwellenwertes für eine hohe Usability.

zum deutschen Gesundheitssystem Patient/-innen mit grundlegenden Prinzipien wie dem Recht auf freie Arztwahl und der Vertraulichkeit von Arzt-Patienten-Gesprächen vertraut mache und erkläre, welche Anlaufstellen des Gesundheitssystems für welche Anliegen zuständig sind. Darin sahen die Befragten den Vorteil, dass Geflüchtete auf diese Weise die **Funktionsmechanismen des Gesundheitssystems besser verstehen** und schneller Zugang zu benötigten Behandlungen bekämen.

„Es gibt [im Gesundheitsheft] auf alle Fälle auch mehr Informationen als die Informationen, die [ich bisher kannte]. Es gibt auch ausreichend Informationen [dar]über, wie man zum Arzt geht und wie [man] die Gesundheitsversicherung auch beantragen [kann] [...]. Das sind auch gute Informationen für jeden Asylbewerber oder jeden Mensch.“ (Geflüchteter)

Die durch das Gesundheitsheft ermöglichte Bündelung von Befunden wurde von Befragten aller Interessengruppen als wichtige Funktion hervorgehoben, da diese den Patient/-innen erleichtere, den **Überblick über die eigene Erkrankung** und ihre Behandlung zu behalten und damit potentiell die Adhärenz steigern.

„[...]Weil das was sie [...] an Befunden von den Ärzten oder vom Krankenhaus bekommen, das geht verloren, weil wahrscheinlich auch nicht gewusst wird, was da steht. Ist das wichtig? Ist das nicht wichtig? [...] wie ist das einzuordnen? Wo ist das abzuheften?“ (Sozialarbeiter einer Beratungsstelle)

Ein letzter von anderen Akteur/-innen genannter Punkt betraf den **symbolischen Charakter** des Gesundheitsheftes: Indem es explizit die Berücksichtigung von Geflüchteten als Patient/-innen mit speziellen Bedürfnissen adressiert, mache es deutlich, dass ihre

Versorgung vom Gesundheitssystem als Aufgabe ernst genommen wird und bringe Wertschätzung zum Ausdruck.

„Aber so kann man schon mal signalisieren, wir sind jetzt irgendwie auch darauf eingestellt, dass [...] wir uns irgendwie verstehen. Ja, also es hat dann nochmal so eine andere, symbolischere Ebene, dass man irgendein Informationsmaterial auch für so eine Sprache hat, die in Sachsen-Anhalt dann nicht so oft vorkommt.“ (Sozialarbeiter einer NGO)

Probleme und Mängel des Gesundheitsheftes

Insbesondere in der Fokusgruppe mit Ärzt/-innen zeigten sich einige der Teilnehmer/-innen skeptisch, ob die im Gesundheitsheft enthaltenen mehrsprachigen Anamnesebögen im Alltag nützlich seien. Dabei wurde vor allem bemängelt, dass der Anamnesebogen zur aktuellen Symptomatik einerseits zu wenige Informationen abfrage und für eine angemessene Differentialdiagnostik nicht ausreiche. Andererseits biete er aber den Patient/-innen sehr viele Antwortoptionen an und führe daher u. U. in die Irre, wenn Patient/-innen zu viele Beschwerden ankreuzen, ohne dass das Instrument eine Hierarchisierung der Beschwerden ermöglicht.

„Nein, also Anamnesebogen zwei schafft kein Sprechstundengespräch hinzukriegen. Und ja, da kriegt man zwar Hinweise, warum der jetzt kommt, aber das ... Also jetzt mal so der Klassiker: Da kommt jemand wegen Kopfschmerzen und hat eigentlich aber eben eine psychisch-emotionale Belastungssituation. Dann steht hier Kopfschmerzen, aber man braucht ein Gespräch, um irgendwo hinzukommen, worum es eigentlich geht.“ (Allgemeinmediziner)

Zudem äußerten mehrere der befragten anderen Akteur/-innen, Ärztinnen und Ärzte sowie medizinischen Fachangestellten Bedenken, dass das (textbasierte) Format des Gesundheitsheftes für Teile der Zielgruppe, deren Literalität eingeschränkt ist, nicht zugänglich sei.

Außerdem wiesen Befragte aller Interessengruppen darauf hin, dass das Gesundheitsheft zwar eine nützliche Ressource innerhalb der aktuellen Versorgungssituation darstelle, die strukturellen Probleme in der medizinischen Versorgung von Geflüchteten dadurch aber nicht ursächlich gelöst würden: Die Wirkung des Gesundheitsheftes sei darauf beschränkt, innerhalb der bestehenden strukturellen Zusammenhänge die Anbindung und Versorgung von Geflüchteten zu verbessern. Daran, dass die sozialrechtliche Sonderstellung von Asylsuchenden und die „Krankenscheinbürokratie“ [39] zu Unsicherheiten und Problemen in der Versorgung führen, könne das Gesundheitsheft nichts ändern.

Diskussion

Mit dieser exemplarischen Evaluation des „Gesundheitsheftes für Asylbewerber“ konnten wir zeigen, dass auf eine Verbesserung der Kommunikation und Informationsübermittlung in der Versorgung von Geflüchteten abzielende Materialien von vielen in die Versorgung dieser Patientengruppe involvierten Akteur/-innen sowie den Geflüchteten selbst gewünscht sind und eine Bereitschaft zur Nutzung mehrsprachiger Hilfsmittel besteht.

Gleichzeitig zeigte sich, dass die Verteilung des Gesundheitsheftes nur unzureichend funktioniert und die Mehrzahl der Ärztinnen und Ärzte das Gesundheitsheft zum Zeitpunkt der Befragung nicht kannte und noch nie eingesetzt hatte. Wir schlussfolgern daraus, dass der überwiegende Teil der Geflüchteten Sachsen-Anhalts keinen Zugang zu dem Gesundheitsheft hat und es daher nicht einsetzen kann. Dies mindert jenseits des individuellen Einsatzes den Nutzen des Gesundheitsheftes insbesondere in Bezug auf die o. g. beabsichtigten Ziele stark und wirft die Frage auf, wie

sichergestellt werden kann, dass nützliche Materialien ihre Zielgruppen erreichen.

In Bezug auf Geflüchtete, werden für dieses Problem verschiedene Lösungsansätze diskutiert: So stellen Philippi et al. [12] mehrere Bereiche fest, in denen Geflüchtete Wissensdefizite in Bezug auf Gesundheitsthemen und Fragen der medizinischen Versorgung angeben und empfehlen, diese Themen in Integrations- und Sprachkursen zu behandeln. Dies könnte ein Ansatz sein, das Gesundheitsheft in der Zielgruppe einzuführen. Problematisch dabei ist, dass auf diese Weise nur Geflüchtete erreicht werden können, die Zugang zu Sprach- und Integrationskursen haben, Geflüchtete mit Duldung oder schlechter Bleibeperspektive dabei aber regelhaft nicht erreicht würden.

Arbeiten zur Erstaufnahmeuntersuchung nach § 62 Asylgesetz zeigen hingegen, dass diese rechtlich vorgeschriebene medizinische Untersuchung nahezu alle Asylsuchenden erfasst und in der Regel in den ersten Tagen nach der Ankunft in Deutschland durchgeführt wird [40]. Aus unserer Sicht wäre daher der konsequente Einsatz des Gesundheitsheftes (und vergleichbarer Materialien) im Rahmen der Erstaufnahmeuntersuchung sowohl geeignet, das Gesundheitsheft flächendeckend der Zielgruppe zugänglich zu machen, als auch die in der Literatur beschriebenen Probleme der Erstaufnahmeuntersuchung – v. a. den Verlust der dort erhobenen Befunde und die damit einhergehende Unterbrechung der Behandlungskontinuität [41,42] – zu beheben bzw. zu mindern.

Die Notwendigkeit, Geflüchteten den Zugang zu benötigten Informationen zu Gesundheitsthemen niedrigschwellig und systematisch zu ermöglichen, besteht aus unserer Sicht umso dringlicher, da die Notwendigkeit derartiger Interventionen schon seit vielen Jahren in der Literatur diskutiert wird: So zeigen Umfragen unter Asylsuchenden, dass diese Sprachprobleme als Zugangsbarriere erleben und die durch Informationsdefizite erschwerte Orientierung zwischen den verschiedenen Anlaufstellen des Gesundheitssystems die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung erschwert [11,39]. Entsprechend benennen Geflüchtete selbst ebenso wie Ärztinnen und Ärzte Informationen zum Aufbau des Gesundheitssystems und Fragen von Kostenübernahme und Zuzahlungspflicht als zentrale Bereiche, in denen die medizinische Versorgung von Geflüchteten durch ungedeckte Informationsbedarfe erschwert wird [12]. Sprachprobleme werden ebenfalls in mehreren Publikationen aus dem deutschsprachigen Raum als Hindernis benannt [13,43–45], wobei Ärztinnen und Ärzte vor allem die Patient/-innen in der Pflicht sehen, eine Lösung dafür zu finden [2,46]. Die internationale Literatur kommt zu ähnlichen Schlüssen und konstatiert für die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund einen dringenden Bedarf an strukturierter muttersprachlicher Information [1,47–50].

Vor diesem Hintergrund überrascht es nicht, dass das Gesundheitsheft von den befragten Gruppen begrüßt und ihm das Potential zugeschrieben wird, den Arbeitsalltag zu erleichtern bzw. die Versorgungssituation zu verbessern.

Gleichzeitig wurde in den Interviews und Fokusgruppen auch Kritik an dem Gesundheitsheft formuliert. Im Zentrum steht dabei, dass das Gesundheitsheft keine technische Lösung für strukturelle Probleme in der Versorgung von Geflüchteten sein kann. Dies deckt sich mit einer Reihe von Arbeiten, die betonen, dass Sprachbarrieren im klinischen Kontext durch die routinemäßige Bereitstellung professioneller Dolmetscher/-innen beseitigt werden müssen [51,52], während manuelle Übersetzungshilfen und Piktogramme oder Übersetzungssoftware nicht den Anforderungen an die Kommunikation im Arzt-Patienten-Kontakt genügen. Ebenso wenig kann das Gesundheitsheft die strukturellen Benachteiligungen ausgleichen, denen Geflüchtete und insbesondere Asylsuchende in Deutschland ausgesetzt sind. So wird in mehreren Arbeiten und Stellungnahmen zur medizinischen Versorgung von Asylsuchenden in Deutschland gefordert, die

Leistungsansprüche Asylsuchender an die Standards in der Versorgung GKV-Versicherter anzupassen [7]. Im Zuge dessen wird u. a. darauf verwiesen, dass dies durch eine einheitliche, an der aktuellen Rechtsprechung orientierte Einschränkung des Ermessens der Sozialämter [53] oder die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte nach dem Vorbild Bremens erreicht werden könnte [4,53].

Für beide wichtige Aspekte in der Versorgung von Geflüchteten bzw. Asylsuchenden kann das Gesundheitsheft keinen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungssituation leisten.

Limitationen der Studie

Diese Studie hat jedoch einige Limitationen: Erstens war sie nicht darauf ausgelegt, klinische oder kostenbezogene Effekte des Gesundheitsheftes zu erfassen, da dies erst möglich ist, nachdem das Gesundheitsheft breitere Anwendung gefunden hat. Es lassen sich daher aus unserer Analyse der Usability nur bedingt Schlussfolgerungen über die medizinischen Auswirkungen des Gesundheitsheftes im klinischen Alltag ableiten.

Hinzu kommt, dass in der Rekrutierung der Teilnehmer/-innen von einem Selektionsbias auszugehen ist, da (sowohl in der fragebogenbasierten Querschnittsbefragung als auch in Interviews und Fokusgruppen) die Teilnahmebereitschaft unter am Thema interessierten Akteur/-innen höher gewesen sein wird als unter jenen, die kein oder wenig Interesse am Thema zeigen.

Schlussfolgerung

Geflüchtete sowie die anderen in die medizinische Versorgung von Geflüchteten involvierten Gruppen nehmen das Gesundheitsheft mit einzelnen Einschränkungen als vorwiegend hilfreiches Instrument wahr und gehen davon aus, dass sich durch seinen Einsatz einige der in der Versorgung auftretenden Probleme lindern ließen.

Damit dieses Potential ausgeschöpft werden kann, ist jedoch eine flächendeckende und systematische Ausgabe des Gesundheitsheftes an die Zielgruppe notwendig, welche am ehesten durch die Integration des Gesundheitsheftes in den Ablauf der medizinischen Erstaufnahmeuntersuchung sichergestellt werden kann.

Damit Sprachbarrieren und durch den Rechtsstatus der Patient/-innen verursachte Probleme behoben werden, braucht es jedoch strukturellere Maßnahmen, die über die Einführung eines Gesundheitsheftes hinausgehen.

Interessenkonflikt

Amand Führer ist Mitglied des Vereins Medinetz Halle/Saale e. V., von dem das evaluierte Gesundheitsheft entwickelt wurde. Marie Korn und Patrick Brzoska geben an, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Autorenschaft

Amand Führer: Konzeptualisierung, Methodik, graphische Umsetzung, Manuskripterstellung. Marie Korn: Konzeptualisierung, Methodik, Datenerhebung, Datenkuration, Analyse, Manuskripterstellung. Patrick Brzoska: Konzeptualisierung, Methodik, Manuskriptbearbeitung.

Literatur

- [1] Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *The Lancet* 2013;381(9873):1235–45, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62086-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62086-8).
- [2] Führer A. "Da muss sich jemand anders drum kümmern" - Die medizinische Versorgung von Asylsuchenden als Herausforderung für eine bio-psycho-soziale Medizin. *Gesundheitswesen* 2020;82(2):151–6, <http://dx.doi.org/10.1055/a-1026-6190>.
- [3] United Nations, Economic and Social Council. Concluding observations on the sixth periodic report of Germany. Geneva; 2018. E/C.12/DEU/CO/6.
- [4] Epping B. Medizinische Versorgung von Flüchtlingen: teure Hürden. *Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie* 2017;155(2):129–34.
- [5] Fehmel T. Entscheidungsspielräume im Sozialleistungsrecht – Konsequenzen für die Soziale Arbeit. *Zeitschrift für Sozialreform* 2017;63(4), <http://dx.doi.org/10.1515/zsr-2017-0023>.
- [6] Schammann H. Wenn Variationen den Alltag bestimmen. Unterschiede lokaler Politikgestaltung in der Leistungsgewährung für Asylsuchende. *Z Vgl Polit Wiss* 2015;9(3):161–82, <http://dx.doi.org/10.1007/s12286-015-0267-4>.
- [7] Razum O, Wenner J, Bozorgmehr K. Wenn Zufall über den Zugang zur Gesundheitsversorgung bestimmt: Geflüchtete in Deutschland. *Gesundheitswesen* 2016;78(11):711–4, <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-116231>.
- [8] Frisch J. Zwischen Humanität und Bürokratie. *Berliner Ärzteblatt* 2015;(6):14–20.
- [9] Fritz A. Gesundheit für Flüchtlinge: Eine unbestimmte, unübersichtliche und umstrittene Gesundheitsversorgung in Deutschland. *Zeitschrift für medizinische Ethik* 2018;64(1):15–31.
- [10] Scott P. Black African asylum seekers' experiences of health care access in an eastern German state. *International Journal of Migration, Health and Social Care* 2014;10(3):134–47, <http://dx.doi.org/10.1108/IJMHS-11-2013-0043>.
- [11] Führer A, Eichner F. Verloren im Räderwerk: Eine interdisziplinäre Studie zur Gesundheit und medizinischen Versorgung von Asylsuchenden in Halle (Saale). Halle; 2015.
- [12] Philippini M, Melchert P, Renaud D. Welche gesundheitsbezogenen Informationen brauchen Geflüchtete? *Präv Gesundheitsf* 2018;12:7, <http://dx.doi.org/10.1007/s11553-018-0642-5>.
- [13] Horn A, Vogt D, Messer M, Schaeffer D. Health Literacy von Menschen mit Migrationshintergrund in der Patientenberatung stärken: Ergebnisse einer qualitativen Evaluation. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2015;58(6):577–83, <http://dx.doi.org/10.1007/s00103-015-2147-0>.
- [14] Green G, Davison C, Bradby H, Krause K, Mejías FM, Alex G. Pathways to care: how superdiversity shapes the need for navigational assistance. *Social Health Illn* 2014;36(8):1205–19 [Stand: 27.09.2015]. Verfügbar unter: 25040675.
- [15] Verein für bildgestützte Sprachförderung und Kommunikation e. V. Anamnesebogen; 2020. Verfügbar unter: <http://www.medibild.de/hauptseiten/Materialien.html>.
- [16] Armut und Gesundheit e. V. Anamnesebögen in verschiedenen Sprachen; 2020. Verfügbar unter: <https://www.armut-gesundheit.de/gefluechtete/>.
- [17] Köhler K. Ausländische Patienten im Wartezimmer. *Ärzteblatt Sachsen* 2015;(1):29.
- [18] Landesärztekammer Baden-Württemberg. Gesundheitsheft für minderjährige Flüchtlinge: Landesärztekammer Baden-Württemberg; Februar 2016 [Stand: 06.06.2018]. Verfügbar unter: www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/65med-versorgung-fluechtlinge/01_informationen_der_aerztlichen-koerperschaften/gesundheitsheft/gesundheitsheft-bw.pdf.
- [19] Redaktion Deutsches Ärzteblatt. Neues Gesundheitsheft für minderjährige Flüchtlinge in Baden-Württemberg; 2016. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/65834/Neues-Gesundheitsheft-fuer-minderjaehrige-Fluechtlinge-in-Baden-Wuerttemberg>.
- [20] Landkreis Spree-Neiße. Medizinisches Gesundheitsheft; 2016 [Stand: 06.06.2018]. Verfügbar unter: https://www.lkspn.de/media/file/formulare/buero_landrat/2016/gesundheitsheft2016.pdf.
- [21] Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg. Das persönliche Gesundheitsheft für Asylsuchende; 2020. Verfügbar unter: https://www.google.com/url?sa=t&rc=t=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKewiF9f30_KHoAhUG4aQKHcF1AigQFjAAegQIBRAB&url=https%3A%2F2Fwww.gesundheitsheft.info%2Fdownloads%2FHandbuch.Einfuehrung.Gesundheitsheft.pdf%3Fpts%3D1529507342667&usq=AOVvaw0ZwTsbPRDDyglRtpTB4cc.
- [22] Führer A. „Gesundheitsheft für Asylbewerber“ in Sachsen-Anhalt eingeführt. *Ärzteblatt Sachsen-Anhalt* 2018; (1). Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt-sachsen-anhalt.de/ausgabe/neues-aus-dem-kammerbereich/452-neues-aus-dem-kammerbereich-0102-2018/2063-gesundheitsheft-fuer-asylbewerber-in-sachsen-anhalt-eingefuehrt.html>.
- [23] Brooke J. SUS – A quick and dirty usability scale. In: Jordan PW, editor. *Usability evaluation in Hrsg. industry*. London: Taylor, Francis; 1996. S. 4–7.
- [24] Rosenzweig E. *Successful user experience: Strategies and roadmaps. First edition*. Waltham: MA: Morgan Kaufmann; 2015 [Stand: 06.06.2018].
- [25] Fetters MD, Curry LA, Creswell JW. Achieving integration in mixed methods designs—principles and practices. *Health Serv Res* 2013;48(6 Pt 2):2134–56, <http://dx.doi.org/10.1111/1475-6773.12117>.
- [26] Mengshoel AM. Mixed methods research—so far easier said than done? *Man Ther* 2012;17(4):373–5, <http://dx.doi.org/10.1016/j.math.2012.02.006>.
- [27] Bangor A, Kortum PT, Miller JT. An Empirical Evaluation of the System Usability Scale. *International Journal of Human-Computer Interaction* 2008;24(6):574–94, <http://dx.doi.org/10.1080/10447310802205776>.
- [28] US Department of Health and Human Services. System Usability Scale (SUS); 2020. Verfügbar unter: <https://www.usability.gov/how-to-and-tools/methods/system-usability-scale.html>.
- [29] Amrhein V, Greenland S, McShane B. Scientists rise up against statistical significance. *Nature* 2019;567(7748):305–7, <http://dx.doi.org/10.1038/d41586-019-00857-9>.

- [30] Bernard HR. *Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative Methods*. 5. Aufl. Walnut Creek: Altamira Press; 2011 [Stand: 18.12.2014].
- [31] Martyn Hammersley and Paul Atkinson. *Ethnography: Principles in Practice*, Third Edition. London and New York: Routledge; 2007 [Stand: 13.05.2015].
- [32] Reiss K, Dragano N, Ellert U, Fricke J, Greiser KH, Keil T, et al. Comparing sampling strategies to recruit migrants for an epidemiological study. Results from a German feasibility study. *Eur J Public Health* 2014;24(5), 721–6 [Stand: 27.09.2015]. Verfügbar unter: 24872519.
- [33] Rockcliffe L, Chorley AJ, Marlow LAV, Forster AS. It's hard to reach the "hard-to-reach": the challenges of recruiting people who do not access preventative healthcare services into interview studies. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2018;13(1):1479582, <http://dx.doi.org/10.1080/17482631.2018.1479582>.
- [34] Morgan DL. *Focus groups as qualitative research*. 2. [Nachdr.]. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publ; 2009 (Qualitative research methods series; Bd. 16).
- [35] Flick U. *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung Originalausgabe, vollständig überarbeitete und erweiterte Neuausgabe, 7. Auflage*. Reinbek bei Hamburg: rowohlt's enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag 2016 (Rororo Rowohlt's Enzyklopädie; Bd.55694).
- [36] Mayring P. *Qualitative Datenanalyse In: Flick U Hrsg. Qualitative Forschung: Ein Handbuch. Orig. -Ausg., 9. Aufl.* Reinbek bei Hamburg: Rowohlt; 2012. S. 468–75. (Rororo; vol. 5562 8).
- [37] Schreier M. *Qualitative Content Analysis*. In: Flick U, Hrsg. *The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis*. 1 Oliver's Yard, 55 City Road. London EC1Y 1SP United Kingdom: SAGE Publications Ltd; 2014. S. 170–83.
- [38] Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. 10., neu ausgestattete Aufl., Dr. nach Typoskr. Weinheim: Beltz 2008 (Beltz Pädagogik). Verfügbar unter: <http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?id=3109755&prov=M&dok.var=1&dok.ext=htm>.
- [39] Spura A, Kleinke M, Robra B-P, Ladebeck N. Wie erleben Asylsuchende den Zugang zu medizinischer Versorgung? *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2017, <http://dx.doi.org/10.1007/s00103-017-2525-x>.
- [40] Heer IM. Integrierende Versorgung von Flüchtlingen. *Notfall Rettungsmed* 2016;19(5):332–8, <http://dx.doi.org/10.1007/s10049-016-0163-8>.
- [41] Klein P. Asylbewerber und ihre Versorgungssituation. *Internist (Berl)* 2016;57(5):402–8.
- [42] Tinnemann P, Gundlach F, Nitschke H, Bunte A, Teichert U. Medizinische Versorgung von Flüchtlingen durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst: Allzeit bereit – nur wie lange noch? *Gesundheitswesen* 2016;78(4):195–9.
- [43] Claassen D, Ascoli M, Berhe T, Priebe S. Research on mental disorders and their care in immigrant populations: a review of publications from Germany, Italy and the UK. *Eur Psychiatry* 2005;20(8):540–9 [Stand: 27.09.2015]. Verfügbar unter: 15963698.
- [44] Frank L, Yesil-Jürgens R, Razum O, Bozorgmehr K, Schenk L, Gilsdorf A, et al. Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2017;2(1):24–47, <http://dx.doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-005>.
- [45] Lindert J, Priebe S, Penka S, Napo F, Schouler-Ocak M, Heinz A. Versorgung psychisch kranker Patienten mit Migrationshintergrund. *Psychother Psych Med* 2008;58(03/04):123–9, <http://dx.doi.org/10.1055/s-2008-1067360>.
- [46] Karger A, Lindtner-Rudolph H, Mroczynski R, Ziem A, Joksimovic L. „Wie fremd ist mir der Patient?“. Erfahrungen Einstellungen und Erwartungen von Ärztinnen und Ärzten bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 2017;(63):280–96.
- [47] Lindert J, Schouler-Ocak M, Heinz A, Priebe S. Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. *European Psychiatry* 2008;23:14–20, [http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(08\)70057-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(08)70057-9).
- [48] O'Donnell CA, Higgins M, Chauhan R, Mullen K. "They think we're OK and we know we're not: A qualitative study of asylum seekers' access, knowledge and views to health care in the UK. *BMC Health Serv Res* 2007;7:75 [Stand: 23.02.2015]. Verfügbar unter: 17537258.
- [49] Hargreaves S, Friedland JS, Gothard P, Saxena S, Millington H, Eliahoo J, et al. Impact on and use of health services by international migrants: questionnaire survey of inner city London A&E attenders. *BMC Health Serv Res* 2006;6, 153 [Stand: 26.09.2015]. Verfügbar unter: 17134491.
- [50] Abubakar I, Aldridge RW, Devakumar D, Orcutt M, Burns R, Barreto ML, et al. The UCL–Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. *Lancet* 2018, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32114-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32114-7).
- [51] Bischoff A, Hudelson P. Access to Healthcare Interpreter Services: Where Are We and Where Do We Need to Go? *IJERPH* 2010;7(7):2838–44, <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph7072838>.
- [52] Flores G. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Medical Care Research and Review* 2005;62(3):255–99.
- [53] Kluth W. Die Gesundheitsversorgung von Migranten: Ein systematischer problemorientierter Überblick. *Zeitschrift für medizinische Ethik* 2018;64(1):5–14.

Selbständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe. Ich habe die Regeln der guten wissenschaftlichen Praxis eingehalten und alle verwendeten Quellen und Hilfsmittel als solche kenntlich gemacht.

Halle (Saale), 16.10.2021, Amand Führer

Erklärung über frühere Habilitationsversuche

Ich erkläre, dass ich keine früheren Habilitationsversuche unternommen habe, an keiner anderen Hochschule eine Habilitation begonnen habe und diese Arbeit ausschließlich an der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg eingereicht habe.

Halle (Saale), 16.10.2021, Amand Führer

Wissenschaftlicher Lebenslauf
Dr. med. Amand Führer, M.A.

Persönliche Daten: geboren am 31.01.1988

Akademische Ausbildung

- 2007-2014** *Studium der Humanmedizin* an der Universität Halle
- 2014** *Ärztliche Approbation*
- 2016** *Promotion zum Dr. med.* am Institut für Medizinische Epidemiologie, Biometrie und Informatik, Martin-Luther-Universität Halle
Thema der Dissertation: „Verbal Autopsy und Mortalität erwachsener Frauen in West Wolega/ Äthiopien“
- 2015-2017** *Master of Arts* Sozial- und Kulturanthropologie am Seminar für Ethnologie, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Thema der Masterarbeit: „Ethnographische Perspektiven auf die medizinische Versorgung von Asylbewerbern als Herausforderung für eine bio-psycho-soziale Medizin.“
- seit 2018** Ausbildung zum Gesprächspsychotherapeuten (nebenberuflich)

Akademische Berufspraxis

- 2016-2017** Beratungsarzt im Fachbereich Gesundheit der Stadt Halle (Saale) mit Arbeitsschwerpunkt Migration
- 2017** Assistenzarzt, Kardiologie, Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara, Halle (Saale)
- seit 2018** Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Medizinische Epidemiologie, Biometrie und Informatik, Martin-Luther-Universität Halle
- seit 2019** Leiter der Arbeitsgruppe „Sozialepidemiologie“ am Institut für Medizinische Epidemiologie, Biometrie und Informatik, Martin-Luther-Universität Halle

Danksagung

Paul Feyerabend hat festgestellt, Wissenschaftler hätten „mehr Geld, mehr Autorität, und mehr Sexappeal, als sie verdienen“. Mein übergeordneter Dank gilt allen, die mich von Zeit zu Zeit glauben lassen, er hätte damit unrecht.

Zudem möchte ich den Menschen danken, die das IMEBI für mich zu einem produktiven und bereichernden Arbeitsumfeld machen: Prof. Mikolajczyk für seine Unterstützung meiner Interessen in Forschung und Lehre; apl. Prof. Wienke für seine Geduld gegenüber meiner methodischen Neugier und seine praktische und moralische Unterstützung in der Durchführung meiner ersten Studien; meinen Kolleginnen und Kollegen, die in Pausengesprächen, gemeinsamer Lehre und fachlichen Diskussionen die Stunden vor dem Computer auflockern; und den technischen Mitarbeiter/-innen des Instituts sowie den studentischen Hilfskräften meiner Arbeitsgruppe, Karoline Wagner und Sophia Schmuck, die in den Endprodukten wissenschaftlichen Arbeitens oft unsichtbar bleiben, für deren Gelingen aber grundlegend wichtig sind.

Außerdem möchte ich den Doktorandinnen, Doktoranden und Master-Studentinnen danken, an deren Arbeiten ich beteiligt war bzw. bin und deren Überlegungen und Erkenntnisse meinem eigenen Nachdenken immer wieder Impulse geben.

Darüber hinaus danke ich meinen außeruniversitären Kooperationspartner/-innen vom Psychosozialen Zentrum für Migrantinnen und Migranten in Sachsen-Anhalt und den Gesundheitsämtern in Halle und im Saalekreis, sowie dem Team um Prof. Brzoska an der Uni Witten für die bereichernde Zusammenarbeit.

Jenseits der Wissenschaft gilt mein besonderer Dank Emma, Elisa und Amina, die über die wunderbare Fähigkeit verfügen, die Wichtigkeit abgelehnter Fördermittelanträge zu relativieren und Anreize schaffen, die Lukubration zu begrenzen.

Thessaloniki, 16.08.2021