

Z'Flucht

Zeitschrift für Flucht- und Flüchtlingsforschung
German Journal of Forced Migration and Refugee Studies

Anna Christina Nowak
Alexander Krämer
Kerstin Schmidt [Hrsg.]

Sonderband

Flucht und Gesundheit

Facetten eines interdisziplinären Zugangs



Nomos

Z'Flucht

Zeitschrift für Flucht- und Flüchtlingsforschung
German Journal of Forced Migration and Refugee Studies

Anna Christina Nowak
Alexander Krämer
Kerstin Schmidt [Hrsg.]

Sonderband 1

Flucht und Gesundheit

Facetten eines interdisziplinären Zugangs



Nomos



Onlineversion
Nomos eLibrary

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-8487-6503-4 (Print)

ISBN 978-3-7489-0645-2 (ePDF)

1. Auflage 2021

© Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2021. Gesamtverantwortung für Druck und Herstellung bei der Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. Alle Rechte, auch die des Nachdrucks von Auszügen, der fotomechanischen Wiedergabe und der Übersetzung, vorbehalten. Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

Inhalt

Anna Christina Nowak, Kerstin Schmidt und Alexander Krämer
Facetten und Perspektiven der Gesundheitsversorgung von Menschen mit
Fluchtgeschichte: ein interdisziplinärer Zugang 7

Teil 1: Rechtliche und philosophische Annäherungen zum Recht auf Gesundheitsversorgung für Menschen mit Fluchtgeschichte

Constanze Janda
Existenzminimum, Gleichbehandlung, Menschenwürde: Rechtliche Anforderungen an
die Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden 31

Lena Frerichs
Asylbewerberleistungsgesetz und medizinisches Existenzminimum 51

Corinna Stöxen
Ein Verfahren zur Bestimmung des Mindestmaßes an Gesundheitsversorgung 69

Sylvia Agbih
Zum Gebrauch und normativen Gehalt der Begriffe Vulnerabilität und Bedürftigkeit im
Kontext der Gesundheitsversorgung geflüchteter Menschen 89

Thomas Schramme
Ist der eingeschränkte Anspruch auf gesundheitliche Versorgung von geflüchteten
Menschen eine diskriminierende Praxis? 107

Teil 2: Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Menschen mit Fluchtgeschichte – empirische Ergebnisse und gesundheitswissenschaftliche Reflexionen

Matthias Hans Belau, Ralf E. Ulrich
Einflussfaktoren auf die subjektive Gesundheit bei Asyl- und Schutzsuchenden in
Deutschland 125

Anna-Maria Thöle, Ulrike Kluge
Psychotherapeutisches Arbeiten mit Geflüchteten? – Eine Navigationshilfe für die
Praxis 143

Anne Kasper
Vulnerabilität von Frauen mit Fluchterfahrung in der Phase des Mutterwerdens 165

| | |
|---|-----|
| <i>Lea-Marie Gehrlein</i> Zur Bedeutung einer ressourcenorientierten Perspektive auf die Situation von unbegleiteten Minderjährigen in der Postmigrationsphase | 183 |
| <i>Anna Christina Nowak und Claudia Hornberg</i> Die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung von Geflüchteten in Deutschland – Erkenntnisse einer empirischen Analyse | 199 |
| <i>Vanessa Ohm, Miriam Knörnschild, Nora Gottlieb</i> Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) für Asylsuchende in Berlin: eine erste Bewertung | 219 |
| Short Bios AutorInnen | 238 |

Facetten und Perspektiven der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Fluchtgeschichte: ein interdisziplinärer Zugang

1. Einleitung

Das Ziel dieses Sammelbandes ist es, einen Beitrag zum wachsenden Feld der Fluchtforschung in Deutschland (Kleist 2015) zu leisten, das sich im Vergleich zu den etablierten angelsächsischen »refugee and forced migration studies« in der Vergangenheit nur auf wenige thematische Schwerpunkte fokussierte (s. Fiddian-Qasimiyeh et al. 2014 für einen Überblick über die Geschichte der Fluchtforschung in Großbritannien). So waren die Veränderungen der deutschen Flüchtlingspolitik zur Jahrtausendwende (Herbert 2001) sowie die Integration von Geflüchteten in den Arbeitsmarkt (Lüttinger 1996) und in andere gesellschaftliche Bereiche (Aumüller/Bretl 2008) für lange Zeit häufig adressierte begrenzte Fragestellungen im Zusammenhang mit Geflüchteten in Deutschland. Weniger Beachtung fanden dagegen die Integration von Menschen mit Fluchtgeschichte in die Gesundheitsversorgung und die damit verbundenen gesundheitlichen Bedarfe und Bedürfnisse.

Seit Mitte der 2010er Jahre entwickelt sich die deutsche Fluchtforschung zunehmend von einem »interdisziplinären Querschnittsthema« (Kleist et al. 2019: 7) zu einem institutionalisierten inter- und transdisziplinären Forschungsfeld. Wie eine rezente Metaanalyse der deutschen Fluchtforschung zeigt (Kleist et al. 2019: 17), steht in den meisten Studien jedoch weiterhin die Integration von Geflüchteten in die deutsche Gesellschaft im Mittelpunkt des Forschungsinteresses. Ein besonderes Augenmerk gilt dabei wirtschaftspolitischen Überlegungen zur Integration von Geflüchteten in den Arbeitsmarkt (siehe z.B. Bach et al. 2017; Struck 2019). Im Zusammenhang mit dem wirtschaftlichen Nutzen einiger qualifizierter und hochqualifizierter Geflüchteter als Arbeitskräfte wird auch die selektiver werdende Migrations- und Flüchtlingspolitik diskutiert. Wie Beine et al. (2015: 5) basierend auf einer systematischen Analyse der Entwicklung der Migrationspolitik in acht Ländern zeigen, bieten Einwanderungsgesetze in vielen Ländern des globalen Nordens (hoch)qualifizierten Migrantinnen und Migranten und internationalen Studierenden verschiedene Möglichkeiten der legalen Einreise und des

Aufenthalts, die geringer qualifizierten Arbeitsmigrantinnen und -migranten und Geflüchteten häufig verwehrt bleiben (Beine et al. 2015). Dieser Entwicklung folgend, stehen auch im Kontext der Integration von Menschen mit Fluchthistorie in die Gesellschaft des Ziellandes die Anforderungen des Arbeitsmarktes häufig im Vordergrund, während humanitäre Gründe für den Flüchtlingsschutz zunehmend aus dem Auge verloren werden (Schmidt 2020: 5).

Mit Bakewell (2008) lässt sich daher auch für den deutschen Kontext argumentieren, dass Fluchtforschung in vielen Fällen policy-orientiert ist und oftmals primär die Perspektive des Ziellandes im Blick hat. Diese Erkenntnis beruht auf zwei Beobachtungen. Erstens haben sich bisher nur wenige Arbeiten theoretisch und konzeptuell mit den Ursachen und Folgen von Flucht beschäftigt. So wurden die von Castles (2003) aufgestellten Forderungen nach einer theoretischen und konzeptuellen Beschäftigung mit den Ursachen und Folgen von Zwangsmigration und der Hinweis auf die Notwendigkeit, Migration und Zwangsmigration im Kontext gesellschaftlicher Transformationsprozesse zu verstehen (Faist et al. 2018), bisher nur teilweise umgesetzt. Beispielsweise analysierte Zetter (2019), basierend auf entwicklungstheoretischen Ansätzen, das Zusammenspiel von strukturellen Faktoren und Interessen, das humanitärer Hilfe als Antwort auf Fluchtbewegungen unterliegt.

Zweitens werden die Perspektive der Geflüchteten selbst und die Erfahrungen der zivilgesellschaftlichen Akteurinnen und Akteure, die sich mit der Integration von Geflüchteten in verschiedene gesellschaftliche Bereiche beschäftigen, nur selten beleuchtet. Die wenigen existierenden Studien zeigen, dass dadurch die Heterogenität der Gruppe der Geflüchteten und die damit einhergehenden unterschiedlichen Bedürfnisse verschiedener geflüchteter Individuen häufig nicht berücksichtigt werden. So ergeben sich z.B. unterschiedliche Bedürfnisse für geflüchtete Frauen und Familien (Brücker et al. 2020; Faist 2020), minderjährige Geflüchtete (De Paiva Lareiro 2019) sowie ältere Geflüchtete (Al Ajlan 2019).

In einem Review von Bozorgmehr et al. (2016) zeigt sich zudem im Bereich der Gesundheit von Menschen mit Fluchtgeschichte deutlicher interdisziplinärer Forschungsbedarf an der Schnittstelle von Wissenschaft und Praxis. So wurden die gesundheitlichen Bedarfe und Bedürfnisse und die Gesundheitsversorgung von Menschen mit Fluchtgeschichte bisher nur wenig in den Blick genommen (Bozorgmehr et al. 2016). Auch in den policy-orientierten Forschungsansätzen zur Integration von Geflüchteten spielen die gesundheitlichen Folgen der Zwangsmigration und die subjektiv wahrgenommene Lebenswelt in den Zielländern bisher nur eine geringe Rolle. Die Integration in die Gesundheitsversorgung und ein damit verbundener besserer Gesundheitszustand erleichtern jedoch auch

die gesamtgesellschaftliche Integration (Razum et al. 2016). Um die Komplexität des Themenfeldes zu erfassen sind inter- und transdisziplinäre Forschungsansätze von besonderer Bedeutung.

Der vorliegende Sammelband greift die oben genannten Kritikpunkte auf und stellt die Gesundheit und die Gesundheitsversorgung von Menschen mit Fluchtgeschichte aus einer interdisziplinären Sicht in den Mittelpunkt der Betrachtung.

2. Inter- und transdisziplinäre Forschung im Themenfeld Flucht und Gesundheit

Inter- und transdisziplinäre Forschung hat sich mittlerweile etabliert und ist Teil des Forschungsalltags geworden. Trotzdem besteht noch eine große Diskrepanz zwischen der Verwendungshäufigkeit und der theoretischen Reflexion der Begrifflichkeiten, da die Termini nur wenig abgegrenzt und unterschiedlich verwendet werden (Jungert 2013: 1). Gängige, in der Literatur zu findende Begriffe sind Multidisziplinarität, Pluridisziplinarität, Crossdisziplinarität, Interdisziplinarität und Transdisziplinarität, wobei sich die verwendeten Definitionen an der Intensität der Zusammenarbeit orientieren. Während zum Beispiel bei Multidisziplinarität lediglich ein »*disziplinäres Nebeneinander auf demselben Themengebiet ohne (strukturierten) Austausch*« (Jungert 2013: 2) stattfindet, ist in der Pluridisziplinarität bereits ein Bestreben nach Zusammenarbeit vorhanden (Jantsch 1970: 411). Interdisziplinarität wird als eine Form des kooperativen, wissenschaftlichen Handelns beschrieben, bei dem über Disziplingrenzen hinweg gemeinsame Ziele verfolgt und Problemlösestrategien entwickelt werden (Balsiger 2005: 173). Transdisziplinarität ist in Abgrenzung dazu auf eine dauerhafte Kooperation angelegt, die zu einer Transformation disziplinärer Orientierungen führt und zur Lösung außerwissenschaftlicher Probleme beiträgt (Mittelstraß 2005: 19).

Sowohl inter- als auch transdisziplinäre Forschung versucht also Antworten zu finden sowohl auf wissenschaftsinterne als auch wissenschaftsexterne Herausforderungen (Jungert 2013). Zum einen verspricht die Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen einen »Erkenntnisgewinn« und eine »Horizontenerweiterung« (Jungert 2013: 10), die den »innerwissenschaftlichen Krisendiskurs« (Bogner 2010: 7), in dem disziplinäre Grenzen als Erkenntnisbarrieren begriffen werden, zu besänftigen vermögen. Zum anderen können für die Komplexität und Vielschichtigkeit bestimmter Problemlagen nur inter- und transdisziplinäre Antworten gefunden werden, denn die Problemlagen ergeben sich aus einer interdisziplinären Wirklichkeit (Balsiger 2005).

Hier setzt der vorliegende Sammelband an, denn das Themenfeld Flucht und Gesundheit hat viele Facetten und muss in seiner gesamten Komplexität abgebildet und verstanden werden. Nicht nur haben die Situation im Herkunftsland und die Auswirkungen der Fluchterfahrung entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit von Menschen mit Fluchtgeschichte. Auch spielen die Aufnahmesituation in den Zielländern und die damit verbundenen rechtlichen, kulturellen und sozialen Herausforderungen, die sich auf das Gesundheitssystem und die Gesundheitsversorgung beziehen, eine große Rolle für den Gesundheitszustand der Geflüchteten und die Entwicklung von Gesundheit und Krankheit (Zimmerman et al. 2011).

Zentral ist dabei die Frage des Zugangs zum Gesundheitsversorgungssystem. So ist beispielsweise in Deutschland durch die Vorgaben des Asylbewerberleistungsgesetzes in den ersten 18 Monaten nach Ankunft kein gleichberechtigter Versorgungszugang sichergestellt. Geflüchtete erhalten medizinische Versorgung lediglich bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen. Die Auslegung der gesetzlichen Rahmenbedingungen variiert von Bundesland zu Bundesland und von Kommune zu Kommune. Nach 18 Monaten ändern sich die gesetzlichen Rahmenbedingungen insofern, dass Menschen mit Fluchtgeschichte einen regulären Zugang zum Versorgungssystem erhalten, den sie aber oft aufgrund sprachlicher, kultureller oder systembezogener Barrieren nur eingeschränkt nutzen können. So fehlt es zum Beispiel an der Finanzierung von Sprachmittlern und Sprachmittlerinnen, um Versorgungsangebote uneingeschränkt nutzen zu können.

Der vorliegende Sammelband bringt Beiträge an der Schnittstelle von Wissenschaft und Praxis zum Zusammenhang von Flucht und Gesundheit zusammen. Er schließt damit an Diskussionen auf dem 4. Internationalen FlüGe-Symposium »Interdisciplinary Perspectives on Refugee Migration and Health« an, welches am 21. und 22. Februar 2019 im Zentrum für interdisziplinäre Forschung (ZiF) der Universität Bielefeld stattfand. Der Sammelband befasst sich insbesondere mit einer (mensen-)rechtlichen, ethischen und gesundheitswissenschaftlichen Analyse der aktuellen Versorgungssituation. Dieser kritische, reflexive Blick auf die Gesundheit und die Gesundheitsversorgung von Menschen mit Fluchtgeschichte kann zu einem besseren Verständnis der gesundheitlichen Versorgungssituation von Geflüchteten in Deutschland beitragen. Basierend auf diesen theoretisch-konzeptuellen Überlegungen und empirischen Erkenntnissen dieses Sammelbandes kann verdeutlicht werden, dass einerseits einige Mechanismen des Asylverfahrens, wie der eingeschränkte Zugang zum Gesundheitssystem in den ersten 18 Monaten, die Unterbringung von Menschen mit Fluchthistorie in Sammelunterkünften sowie die regional uneinheitlichen Umsetzungen des Asylbewerberleistungsgesetzes, den Gesundheitszustand von Geflüchteten verschlechtern können.

Andererseits ist das verallgemeinernde Verständnis von Menschen mit Fluchthistorie als einer vulnerablen Gruppe oft unzutreffend. Vielmehr besteht die Notwendigkeit, die unterschiedlichen gesundheitlichen Bedarfe und Bedürfnisse sowie die Ressourcen von verschiedenen Menschen und heterogenen Untergruppen mit Fluchtgeschichte stärker zu berücksichtigen, damit eine Integration in den Arbeits- und Bildungsmarkt sowie in andere gesellschaftliche Teilbereiche besser gelingen kann.

3. Theoretische Reflexionen der Begriffe Multi-, Inter- und Transdisziplinarität im Kontext des Forschungsprojektes FlüGe

Wie oben bereits gezeigt, ist in der Literatur ein breites Spektrum von Definitionen zu den Begriffen Multi-, Inter- und Transdisziplinarität zu finden. Im Rahmen dieser theoretischen Reflexion wollen wir uns mit diesen drei im deutschsprachigen Raum zu findenden Konzepten beschäftigen und sie voneinander abgrenzen, um wissenschaftsexterne und wissenschaftsinterne Herausforderungen im Themenfeld Flucht und Gesundheit zu verdeutlichen. Der Begriff *Multidisziplinarität* wird in der Literatur nicht einheitlich verwendet (Balsiger 2005: 151f.). Im Kern jedoch bedeutet multidisziplinäre Forschung, dass es zwar thematische Überschneidungen zwischen einzelnen Disziplinen gibt, diese Themen aber lediglich aus der je eigenen Perspektive erforscht werden, ohne zwangsläufig eine Kooperation anzustreben (Jungert 2013: 2). Heckhausen (1987: 139) geht einen Schritt weiter und definiert Multidisziplinarität als kooperative Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Disziplinen, im Zuge derer ein Gegenstandsbereich beleuchtet und abschließend »facettenartig« zusammengesetzt wird. Eine gemeinsame kohärente Aussage bleibt dabei aber Desiderat (Balsiger 2005: 153ff.)

Interdisziplinäre Zusammenarbeit geht über multidisziplinäres Arbeiten hinaus (Heckhausen, 1987: 129; Balsiger 2005: 171). Hier steht grundsätzlich das gemeinsame Arbeiten an einem Problem im Vordergrund (Jungert 2013: 4), auch wenn eine differenzierte Betrachtung der interdisziplinären Arbeitsweise erfolgen muss (Heckhausen 1972: 87ff.). So organisiert Schmidt (2005: 14ff) die interdisziplinäre Zusammenarbeit in unterschiedlichen Dimensionen. Dazu gehören die Dimension der Institution und Organisation, die Dimension des Zugangs und der Methoden, die Dimension des Wissens und der Erkenntnis, die Dimension der Gegenstände und Objektfelder sowie die Dimension der Bildung und Lernprozesse. Schmidt bleibt jedoch vage im Hinblick auf die Leistung interdisziplinärer

Zusammenarbeit. Vielmehr sollen seine Dimensionen der Operationalisierung und Reflexion interdisziplinärer Zusammenarbeit dienen.

Transdisziplinarität unterscheidet sich von Interdisziplinarität durch die Dauerhaftigkeit der Kooperation, die Transformation disziplinärer Orientierung und die Beschäftigung mit außerwissenschaftlichen Problemen (Jungert 2013: 7). So definiert Jürgen Mittelstraß (2005: 20) Transdisziplinarität als

»ein Forschungs- und Wissenschaftsprinzip (...), das überall dort wirksam wird, wo eine allein fachliche und disziplinäre Definition von Problemlagen und Problemlösungen nicht möglich ist bzw. über derartige Definitionen hinausgeführt wird.«

Sein Verständnis von Transdisziplinarität ist eng mit dem der Interdisziplinarität verknüpft, da jene in einem bestimmten Problemlösezusammenhang eine Einheit der wissenschaftlichen Relationalität forme (Mittelstraß 1987: 156). Dabei sei allerdings entscheidend, dass es sich stets um Mischformen von Transdisziplinarität und Disziplinarität handle, da disziplinäre Kompetenzen Voraussetzung für transdisziplinäres Arbeiten seien (Mittelstraß 2005: 20). Balsiger (2005: 185) sieht Transdisziplinarität als Antwortform auf außerwissenschaftliche und gesellschaftliche Problemstellungen, für die Lösungsansätze gefunden werden müssen.

Tabelle 1: Definitiorische Abgrenzung der Begriffe Multidisziplinarität, Interdisziplinarität und Transdisziplinarität

| Multidisziplinarität | Interdisziplinarität | Transdisziplinarität |
|--|---|--|
| Thematische Überschneidungen zwischen unterschiedlichen Disziplinen, ohne dass eine (strukturierte) Forschungsk Kooperation angestrebt wird. | Gemeinsames überfachliches Arbeiten an einem Forschungsproblem, allerdings ist eine differenzierte Betrachtungsweise der interdisziplinären Zusammenarbeit notwendig. | Dauerhafte Kooperation, durch die es zu einer Transformation disziplinärer Orientierungen kommt, um Lösungen für außerwissenschaftliche Problemstellungen zu finden. |

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Balsiger (2005), Heckhausen (1972), Jungert (2013) und Mittelstraß (2005)

Im Forschungskolleg »FlüGe – Chancen und Herausforderungen globaler Flüchtlingsmigration für die Gesundheitsversorgung in Deutschland« wurden unterschiedliche inter- und transdisziplinäre Ansätze miteinander verbunden. Zwölf Promovierende aus den Bereichen Gesundheitswissenschaften, Rechtswissenschaften, Philosophie, Psychologie, Biologie und Theologie arbeiteten gemeinsam zum Problemfeld »Flucht und Gesundheit«. Dabei stand eine Bestandsaufnahme und Bewertung des Gesundheitszustandes und der Gesundheitsversorgung von

Menschen mit Fluchtgeschichte in Deutschland in allen Teilprojekten im Zentrum, um auf die gesellschaftlichen Herausforderungen, die sich durch die Fluchtbewegungen in den vergangenen Jahren in Deutschland ergeben haben, reagieren und passende Lösungsmöglichkeiten anbieten zu können. Gleichzeitig fand auch ein intensiver Austausch mit der Praxis statt. Bisher wurden zwar keine im eigentlichen Sinne partizipativen Forschungsprojekte durchgeführt, dennoch wurde die Expertise der Praxispartner und Praxispartnerinnen in die Forschungsvorhaben einbezogen. Dies erfolgte unter anderem bei der Organisation und Durchführung einer im Rahmen des Projektes angelegten interdisziplinären Querschnittsstudie, deren Ergebnisse mit Praxispartnerinnen und Praxispartnern diskutiert wurden. Hierin zeichnet sich in Anlehnung an Mittelstraß (2005) und Balsiger (2005) der transdisziplinäre Charakter des Projektes aus. Als Form der interdisziplinären Zusammenarbeit kam primär die zusammengesetzte Interdisziplinarität zum Einsatz (Heckhausen 1972), da unterschiedliche Disziplinen zu komplexen Problemlagen zusammenarbeiteten. Natürlich mussten trotz allem die Qualitätsansprüche der jeweiligen Disziplin und damit die Anforderungen an eine disziplinäre Promotion erfüllt werden, wodurch im Forschungsprozess die disziplinären Grenzen weitestgehend aufrechterhalten wurden. Gleichzeitig fand jedoch ein Austausch zwischen den einzelnen Disziplinen statt (wie auch aus einigen Beiträgen in diesem Sammelband hervorgeht). Dadurch konnten Promovierende (und ihre Betreuerinnen und Betreuer) einen Blick über den Tellerrand der eigenen Disziplin werfen und Lernprozesse angestoßen werden (Schmidt 2005).

Der vorliegende Sammelband versucht, die im Forschungskolleg gelebte Inter- und Transdisziplinarität aufzugreifen und weiterzuführen, und vereinigt externe Beiträge von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern aus dem Themenfeld Flucht und Gesundheit und von Promovierenden des FlüGe-Forschungskollegs. Dabei decken die Beiträge aus den Rechtswissenschaften, den Gesundheitswissenschaften, der Medizin, der Philosophie und der Psychologie im Sinne der Multidisziplinarität unterschiedliche thematische Facetten ab. Einige Beiträge (vgl. z.B. Stöxen, Agbih und Kasper in diesem Band) sind das Ergebnis konkreten interdisziplinären Zusammenarbeitens. Die Komplexität des Themenfeldes bedarf langfristig einer transdisziplinären Betrachtungsweise, einer dauerhaften Kooperation unterschiedlicher Disziplinen und der Verknüpfung von Wissenschaft und Praxis. Dieser Sammelband soll deshalb ein Anstoß sein, inter- und transdisziplinäre Ansätze im Themenfeld Flucht und Gesundheit stärker zu etablieren.

4. Wissenschaftsexterne Herausforderungen im Themenfeld Flucht und Gesundheit

Flucht und Migration verändern Gesellschaften und führen zu zahlreichen Herausforderungen im globalen und nationalen Kontext (Sprung 2010: 195). Aber welche konkreten wissenschaftsexternen Herausforderungen im Hinblick auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Menschen mit Fluchtgeschichte in Deutschland legen eine interdisziplinäre Betrachtungsweise konkret nahe?

Weltweit sind rund 71 Mio. Menschen auf der Flucht (UNHCR 2019). Insbesondere in den Jahren 2015 und 2016 ist die Zahl der Schutzsuchenden in Deutschland stark angestiegen. So kamen in diesen beiden Jahren rund 1,2 Mio. Menschen in die Bundesrepublik (BAMF 2020). Seit 2017 ist die Zahl rückläufig. Jedoch gehörte Deutschland auch 2018 noch zu den Hauptaufnahmeländern für Asylsuchende. Dadurch steht das soziale Sicherungssystem vor großen Herausforderungen, denn Menschen mit Fluchtgeschichte waren und sind einer Vielzahl von gesundheitlichen Stressoren ausgesetzt. Eine interdisziplinäre Betrachtungsweise ist notwendig, da Gesundheit im Sinne der Verfassung der WHO (1946: 1) »nicht nur als das Fehlen von Gesundheit und Krankheit« verstanden wird, sondern »ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens« ist. Gesundheit konstituiert sich also durch unterschiedliche Dimensionen. Sie ist ein komplexes Gefüge aus biologischen, sozialen, psychologischen, kulturellen und historischen Faktoren. Soziale und personale Ressourcen sind Schlüsseldeterminanten für die Entwicklung von Gesundheit und Krankheit (Clarke et al. 2019).

Um der Komplexität der Gesundheit von Menschen mit Fluchtgeschichte gerecht zu werden, müssen die von Clarke et al. (2019) genannten Faktoren integriert und berücksichtigt werden, um Gesundheitsdeterminanten umfassend abbilden zu können. Letztendlich ist dafür eine »radikale Interdisziplinarität« (Clarke et al. 2019: 2) notwendig, bei der eine praktische, methodische und konzeptuelle Integration sozialer, psychologischer und biologischer Aspekte erfolgt.

5. Wissenschaftsinterne Herausforderungen im Themenfeld Flucht und Gesundheit

Interdisziplinarität ist dann erforderlich, wenn sich Themenkomplexe dem »Zugriff einzelner Disziplinen entziehen« (Mittelstraß 2005: 19). Die interdisziplinäre Zusammenarbeit kann zu Erkenntnisgewinn und Horizonterweiterung führen, wenn die Grenzen der eigenen Disziplin erreicht sind (Jungert 2013: 10).

Wissenschaft ist in einer solchen Weise fachlich spezialisiert, dass sie schnell die komplexen lebensweltlichen Zusammenhänge aus dem Blick verlieren kann (Kaufmann 1987: 64). Historisch ähnliche Entwicklungen, fachgesellschaftliche Zusammenschlüsse, die Organisation von Fakultäten, methodische, begriffliche und theoretische Gemeinsamkeiten und ähnliche Berufsbilder können die Zusammenarbeit erleichtern (Kaufmann 1987: 67). Voigt (2013) arbeitet unterschiedliche Modelle der interdisziplinären Zusammenarbeit heraus. Zur Bearbeitung des Themenfeldes Flucht und Gesundheit scheint das sogenannte nicht-hierarchische Gegenstands-Kontakt-Modell am geeignetsten zu sein; es liegt auch diesem Sammelband zugrunde, um die unterschiedlichen Perspektiven des Wissenschaftsgebietes abzubilden. Dabei arbeiten unterschiedliche Disziplinen auf Augenhöhe zusammen, um ein umfassendes wissenschaftliches Verständnis zu erlangen (Voigt 2013: 40). Der Gegenstand »Flucht und Gesundheit« steht im Zentrum aller Beiträge und wird aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet, die dazu beitragen, der Komplexität Rechnung zu tragen (Voigt 2013: 40) (vgl. Abb. 1).

Abbildung 1: Interdisziplinäre Facetten des Sammelbandes



Quelle: Eigene Darstellung

Die Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Menschen mit Fluchtgeschichte sind vielschichtig. Empirische Ergebnisse können den aktuellen Handlungsbedarf darstellen. Gleichzeitig muss aber eine juristische und ethische Beurteilung erfolgen, um gesellschaftspolitische Entscheidungsprozesse anstoßen zu können. Im Rahmen dieses Sammelbandes wird versucht, das Themenfeld Flucht und Gesundheit möglichst umfassend darzustellen. Dabei liegt die wissenschaftsinterne interdisziplinäre Herausforderung auch darin, Themen für fachfremde Disziplinen in verständlicher Sprache aufzuarbeiten, um so (gemeinsame) Diskurse zu ermöglichen, was für die Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Menschen mit Fluchtgeschichte essentiell ist.

6. Zum Sammelband

Wie aus der internationalen Literatur bekannt, leiden Menschen mit Fluchtgeschichte häufig an Infektionskrankheiten, sowie chronischen und psychischen Erkrankungen (z.B. Yun et al. 2012; Bogic et al. 2015; Pavli/Maltezou 2017; Halgren/Wejse 2017). In Deutschland liegen bisher zu wenig systematisch erfasste Daten vor, um eine umfassende Beurteilung der gesundheitlichen Situation von Menschen mit Fluchtgeschichte zu ermöglichen. In vielen epidemiologischen Studien werden lediglich Prävalenz- und Inzidenzzahlen berechnet; soziodemographische Faktoren und Versorgungsaspekte bleiben aber weitgehend unberücksichtigt (Bozorgmehr et al. 2016). Das Problem dabei: Insbesondere die Entwicklung psychischer Erkrankungen ist maßgeblich durch Postmigrationsstressoren (mit-)geprägt (Steel et al. 2017; Bogic et al. 2015; Hou et al. 2020). Dabei ist der Zugang zum Versorgungssystem in Deutschland mit großen Herausforderungen verbunden. Dies trifft auf alle Versorgungsbereiche zu, wie die unterschiedlichen Beiträge in diesem Band verdeutlichen.

Neben sprachlichen und kulturellen Barrieren spielen auch rechtliche Rahmenbedingungen eine maßgebliche Rolle. In Deutschland wird der Zugang zum Versorgungssystem im EU-Vergleich sehr restriktiv gehandhabt (Norredam et al. 2006; Razum/Bozorgmehr 2016). Während zum Beispiel in der Schweiz oder in Norwegen registrierte Asylsuchende im Versorgungssystem der einheimischen Bevölkerung gleichgestellt sind, bekommen in Deutschland Menschen mit Fluchtgeschichte in den ersten 18 Monaten ihres Aufenthaltes nur ein abgespecktes Leistungsspektrum zur Verfügung gestellt (§ 4 AsylbLG). Laut dem Migrant Integration Policy Index (www.mipex.eu) belegt Deutschland mit einem mittelmäßigen Versorgungszugang nur den 22. Platz (von 38). Neben den rechtlichen

Barrieren, sind laut MIPEX unter anderem auch die fehlende Unterstützung von Migrantinnen und Migranten beim Zugang ins Versorgungssystem, sowie das systembedingte Fehlen von Informationsmaterial und kulturellen Mediatoren Gründe für das schlechte Abschneiden Deutschlands im internationalen Vergleich.

Der vorliegende Sammelband fasst deshalb aktuelle Forschungsergebnisse zu Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Menschen mit Fluchtgeschichte zusammen und gibt einen Überblick über die aktuelle Versorgungssituation in Deutschland. Er richtet sich an Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sowie an forschungsinteressierte Praktikerinnen und Praktiker, die an interdisziplinären Betrachtungsweisen der Versorgung von Menschen mit Fluchterfahrung interessiert sind. Es ist der erste Sammelband im deutschsprachigen Raum, der politische, juristische, ethische, gesundheitswissenschaftliche, epidemiologische, philosophische und psychologische Perspektiven vereint und einen aktuellen und praxisnahen Blick auf den Zusammenhang zwischen Flucht, Gesundheit und Versorgung wirft.

Durch den Nexus unterschiedlicher disziplinärer Betrachtungsweisen ergibt sich ein umfassendes Bild von der gesundheitlichen Versorgungssituation von Menschen mit Fluchtgeschichte. Der Sammelband leistet so einen Beitrag zu diesem in Deutschland noch sehr jungen Forschungsfeld, indem er verschiedene Facetten und Perspektiven des Themenkomplexes »Flucht und Gesundheit« zusammenbringt und interdisziplinär beleuchtet. Auf der einen Seite bietet er einen Überblick über aktuelle quantitative und qualitative Forschungsarbeiten zum Gesundheitszustand und der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Fluchtgeschichte. Auf der anderen Seite werden philosophische und rechtliche Diskussionen um die Frage nach einer gerechteren Gesundheitsversorgung aufgeworfen. Nur die Spiegelung der komplexen Realität in einer vielschichtigen gesundheitswissenschaftlichen, -politischen und gesellschaftlichen Debatte kann dabei helfen, die Versorgung von Menschen mit Fluchtgeschichte in Deutschland zu verbessern.

7. Zu den Beiträgen in diesem Sammelband

Ziel dieses Sammelbandes ist es, aus einer interdisziplinären Perspektive sowohl einen theoretischen als auch einen praxisorientierten Beitrag zu einem besseren Verständnis des Nexus zwischen Flucht und Gesundheit zu leisten. Im ersten Teil wird das Recht von Geflüchteten auf Gesundheitsversorgung analysiert, während der zweite Teil den Gesundheitszustand und die medizinische und psychothera-

peutische Versorgungssituation von Menschen mit Fluchtgeschichte in den Fokus rückt.

Der erste Teil bündelt in fünf Beiträgen theoretisch-konzeptuelle Überlegungen aus einer rechtswissenschaftlichen sowie einer philosophischen Perspektive. Dabei geht es in allen Beiträgen um den Zugang zum deutschen Gesundheitssystem, der nicht für alle Geflüchteten gleich ist. Dies liegt zum einen daran, dass Asylsuchende während der ersten 18 Monate ihres Aufenthalts nach § 4 AsylbLG nur ein Recht auf Behandlungen bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen haben. Erst nach 18 Monaten oder nach Abschluss des Asylverfahrens haben sie den gleichen Anspruch auf Gesundheitsleistungen wie die Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung. Zum anderen führt die uneinheitliche Implementation nationalstaatlicher und landesspezifischer Regelungen in deutschen Städten und Kommunen (Schammann 2017) zu unterschiedlichen Ansprüchen auf die gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten. Ebenso variieren das Engagement und die juristische Sachkenntnis der behandelnden Ärzte und Ärztinnen, was den Zugang zum Gesundheitssystem für einige Geflüchtete einfacher gestaltet als für andere (Razum et al. 2016). Es findet also eine Ungleichbehandlung im Hinblick auf den Zugang zum Gesundheitssystem nicht nur zwischen Geflüchteten und Mitgliedern der Aufnahmegesellschaft, sondern auch unter den Geflüchteten selbst statt. Oftmals werden diese Unterschiede von Geflüchteten, die meist in den sozialen Medien gut miteinander vernetzt sind und ihre Erfahrungen austauschen (Fiedler 2016), als Willkür wahrgenommen. Dies führt zu zusätzlichem psychologischen Stress und abnehmendem Vertrauen in das Gesundheitssystem und in das deutsche Rechtssystem im Allgemeinen.

Wie die Beiträge von Constanze Janda, Lena Frerichs und Corinna Stöxen in diesem Sammelband zeigen, ist die durch das Asylbewerberleistungsgesetz verursachte Ungleichheit in Hinblick auf die medizinische Versorgung von Menschen in Deutschland nur bedingt mit dem deutschen Verfassungsrecht vereinbar. So zeigt *Constanze Janda* auf, dass die Gleichheit der Menschenwürde immanent ist, und eine Ungleichbehandlung im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung von Menschen mit unterschiedlichem Aufenthaltsstatus dem im Grundgesetz verankerten Recht auf Menschenwürde widerspricht. Sie argumentiert für einen gleichberechtigten Zugang zum Versorgungssystem und beklagt eine »schematische Differenzierung« in der sozialrechtlichen Zugehörigkeit. Dabei nimmt sie sowohl Bezug auf das Verfassungsrecht als auch auf internationale Normen.

In Übereinstimmung mit der Erkenntnis von Janda argumentiert *Lena Frerichs*, dass insbesondere das fehlende Recht auf eine adäquate Behandlung von chronischen Krankheiten im Widerspruch zum im deutschen Grundrecht verankerten

Recht auf Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums steht. Daher sei eine Verfassungskonformität gewährleistende Korrektur des Asylbewerberleistungsgesetzes notwendig, da nicht davon auszugehen sei, dass der medizinische existenzsichernde Bedarf von Personen, die sich nur vorübergehend in Deutschland aufhalten, von anderen Leistungsbeziehern abweicht.

Corinna Stöxen schlägt ein Verfahren zur Ermittlung des gesundheitlichen Existenzminimums als Teil des menschenwürdigen Existenzminimums vor, das auf interdisziplinären Betrachtungen des Vulnerabilitätsbegriffs basiert. Zur Beurteilung einer ausreichenden Sicherstellung des gesundheitlichen Existenzminimums argumentiert sie, dass der Ursprung von Einflussfaktoren auf die gesundheitliche Vulnerabilität und die Folgen einer staatlichen Nichtleistung von Gesundheitsbedarfen bei der Entscheidung über die Leistungsgewährung mitbedacht werden müssen.

Die drei Beiträge verdeutlichen somit, dass der rechtliche Anspruch von geflüchteten Menschen auf Gesundheitsversorgung in vielen Fällen, nämlich insbesondere bei ungesichertem Aufenthaltsstatus und kurz nach der Ankunft in Deutschland, stark eingeschränkt ist. Dadurch ergibt sich im Asylbewerberleistungsgesetz, neben einer unzureichenden Wahrung des Menschenrechts auf Gesundheit (Bielefeldt 2016; Weilert 2018) auch ein Widerspruch zum deutschen Grundgesetz.

Die Beiträge von Sylvia Agbih und Thomas Schramme nähern sich dem Thema des Anspruchs von geflüchteten Menschen auf Gesundheitsversorgung aus einer philosophischen Perspektive. *Thomas Schramme* stellt die Frage nach sozialer Gerechtigkeit im Hinblick auf die Einschränkungen im Zugang zum Versorgungssystem. Er argumentiert, dass eine medizinische Grundversorgung von Geflüchteten aus menschenrechtlicher Perspektive geboten sei, problematisiert jedoch gleichzeitig die unklare Bedeutung des Menschenrechts auf Gesundheit. Aus seiner Sicht sei eine Ungleichbehandlung zwischen einem krankenversicherten Mitglied der deutschen Gesellschaft und einem Geflüchteten, der keine Beiträge in das deutsche Gesundheitssystem eingezahlt hat, nicht per se diskriminierend. Aus Gründen der historischen Verantwortung Deutschlands könne jedoch eine bestmögliche gesundheitliche Versorgung geflüchteter Menschen durchaus geboten sein.

Sylvia Agbih fokussiert die Konzepte »Vulnerabilität« und »Bedürftigkeit«. Sie unterzieht beide Begriffe einer kritischen Reflexion im Hinblick auf Menschen mit Fluchtgeschichte und zeichnet die Wechselbeziehungen von Vulnerabilität und Bedürftigkeit nach. Dabei wirbt sie für eine offene Diskussion der Begrifflichkeiten, um Stigmatisierungen zu vermeiden, zeigt gleichzeitig aber auch die

asymmetrische gesundheitliche Lage Geflüchteter auf, die durch das Asylverfahren und die damit verbundenen rechtlichen Einschränkungen noch verstärkt werden. Somit erhalten besonders vulnerable Menschen nur wenig Zugang zum Gesundheitssystem, insbesondere im Hinblick auf chronische und psychische Leiden. Außerdem hat die Unterbringungssituation in Gemeinschaftsunterkünften häufig einen negativen Einfluss auf den Zugang zum Gesundheitssystem und auf die Gesundheitsversorgung von Geflüchteten (Krämer et al. 2019). Wie Agbih in ihrem Beitrag argumentiert, erschwert die Unterbringung von Geflüchteten auf engstem Raum in Sammelunterkünften z.B. die Einhaltung der Schutzmaßnahmen zur Eindämmung des neuartigen Coronavirus (Sars-CoV-2) oder macht diese gar unmöglich. Darüber hinaus leiden Geflüchtete vor allem unter den Eigenschaften der Gemeinschaftsunterkunft als »totale Institution«, die Privatsphäre und Eigenständigkeit minimiert, was zu wachsender Unsicherheit und Verzweiflung unter Geflüchteten führt (Al Ajlan 2020).

Die sechs Beiträge des zweiten Teils dieses Sammelbands veranschaulichen diese Erkenntnisse beispielhaft anhand von Fallstudien mit unterschiedlichen thematischen Schwerpunkten und basierend auf quantitativen, qualitativen oder mixed-methods Ansätzen. In den Beiträgen werden die aufgeworfenen ethischen und juristischen Fragen um aktuelle Forschungsergebnisse über den Gesundheitszustand und die medizinische und psychotherapeutische Versorgungssituation von Menschen mit Fluchtgeschichte ergänzt.

Matthias Hans Belau und Ralf E. Ulrich analysieren in ihrer quantitativen Studie, welche Faktoren die subjektiv wahrgenommene Gesundheit von Menschen mit Fluchtgeschichte in Deutschland beeinflussen. Sie zeigen, dass auf der einen Seite persönliche Faktoren dabei eine große Rolle spielen. So nehmen über 30-Jährige, Menschen mit geringerem Bildungsstand, und Personen mit unsicherem Aufenthaltsstatus ihre Gesundheit mehrheitlich als mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht wahr. Auch gesundheitliche Beschwerden, insbesondere körperliche Schmerzen, eine eingeschränkte körperliche Funktionsfähigkeit, muskuloskeletale und psychische Erkrankungen führen zu einer negativen Beurteilung des eigenen Gesundheitszustandes. Soziale Unterstützung dagegen kann dazu beitragen den Gesundheitszustand zu verbessern. Diese differenzierte Analyse deutet darauf hin, dass insbesondere der Ausschluss der Behandlung chronischer und psychischer Erkrankungen im Asylbewerberleistungsgesetz schwerwiegende Langzeitfolgen für die Gesundheit geflüchteter Menschen haben kann. Im Zusammenspiel mit anderen belastenden Faktoren während des Asylverfahrens, wie der Unterbringungssituation und der unsicheren Zukunftsperspektive (Bozorgmehr

et al. 2016) können sich dadurch auch Hindernisse bei der Integration in den Arbeits- bzw. Bildungsmarkt von anerkannten Flüchtlingen ergeben.

Die psychotherapeutische Versorgungssituation von Menschen mit Fluchtgeschichte wird im Beitrag von *Anna-Maria Thöle und Ulrike Kluge* analysiert. Die Autorinnen geben zunächst einen praxisbezogenen Gesamtüberblick an der Schnittstelle zwischen Praxis und Forschung. Dabei greifen sie eigene Forschungsergebnisse aus Interviews mit niedergelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten auf, verknüpfen diese mit aktueller Literatur und stellen Versorgungsherausforderungen dar. Daraus entwerfen die Autorinnen danach eine Handreichung für Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die mit Menschen mit Fluchthistorie arbeiten. Sie zeigen auf, dass auch im Falle der psychotherapeutischen Versorgung von geflüchteten Menschen eine differenzierte Herangehensweise notwendig ist. Diese sollte außer der Fluchthistorie und ggf. einem »geteilten kulturellen Kontext« als potenziell verbindenden Elementen auch Diversitätsfaktoren wie Geschlecht, Alter und Bildungsgrad berücksichtigen.

Die Beiträge von Anne Kasper und Lea-Marie Gehrlein beschäftigen sich mit zwei Gruppen von Geflüchteten, die in der akademischen Literatur häufig als besonders vulnerabel dargestellt werden: unbegleitete Minderjährige (Gilliéron/Jurt 2017) und Frauen in der Phase des Mutterwerdens (Ernst et al. 2017). Beide Beiträge nutzen das Konzept Vulnerabilität in unterschiedlicher Art und Weise. In *Anne Kaspers* Beitrag wird deutlich, wie widrige Lebensumstände vor, während und nach der Flucht zu einer größeren Vulnerabilität von schwangeren Frauen, Wöchnerinnen und Neugeborenen beitragen und das Risiko auf physische und psychische Erkrankungen erhöhen. Wie die Autorin darlegt, tragen auch strukturelle Faktoren im Aufnahmeland, wie z.B. Sprachbarrieren oder eine mangelnde Sensibilität kulturellen und religiösen Gewohnheiten gegenüber, zu dieser erhöhten Vulnerabilität bei. Aus ihren Erkenntnissen leitet sie Handlungsempfehlungen für die Versorgungspraxis ab.

Lea-Marie Gehrleins Beitrag hingegen zeigt, wie die Zuschreibung von Vulnerabilität für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge das Risiko einer Stigmatisierung und Infantilisierung in der psychosozialen Betreuung in den Aufnahmeländern birgt. Ein Literaturüberblick macht deutlich, dass existierende Ressourcen und Schutzfaktoren, über die viele unbegleitete minderjährige Flüchtlinge trotz ihrer Gewalterfahrungen verfügen, häufig nicht beachtet werden. Daraus folgert die Autorin, dass der ausschließliche Fokus auf Risikofaktoren im Umgang mit unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen unberücksichtigt lässt, dass viele von ihnen sich ein neues Leben aufgebaut haben und/oder ihre Zukunft aktiv planen.

Sie schlägt daher sowohl in akademischen Debatten als auch in der Praxis einen stärkeren Fokus auf die Resilienz von geflüchteten Minderjährigen vor.

Zwei Beiträge beleuchten den Zugang von Menschen mit Fluchthistorie zum Gesundheitssystem in Deutschland. *Anna Christina Nowak und Claudia Hornberg* analysieren den Zugang ins Versorgungssystem von Menschen mit Fluchtgeschichte im Hinblick auf die Verfügbarkeit, Erreichbarkeit, Organisation, Finanzierbarkeit und Akzeptanz. Dazu werden die Daten einer Querschnittsstudie deskriptiv ausgewertet. Es kann gezeigt werden, dass die befragten Geflüchteten gesundheitliche Dienstleistungen ebenso häufig in Anspruch nehmen wie die deutsche Bevölkerung. Dennoch gaben ein Fünftel an, dass ihre Versorgungsbedarfe nicht erfüllt wurden. Die Daten lassen darauf schließen, dass das Versorgungssystem teilweise unzureichend auf die gesundheitlichen Bedarfe und Bedürfnisse von Geflüchteten vorbereitet ist. Die Gründe hierfür können vielfältig sein und schließen sprachliche, informationsbezogene und finanzielle Barrieren mit ein.

Vanessa Ohm, Miriam Knörnschild und Nora Gottlieb beschäftigen sich mit der Frage, ob die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte, die zum Zeitpunkt ihrer Studie in einigen Bundesländern den Behandlungsschein ersetzt hatte, aus ökonomischen und praktischen Gründen flächendeckend sinnvoll ist. Basierend auf einer Kostenanalyse und qualitativen Interviews mit medizinischem Personal und Asylsuchenden stellen die Autorinnen fest, dass bei gleichen oder geringeren Kosten die elektronische Gesundheitskarte vielerlei Vorteile bietet, wie vereinfachte Arbeitsabläufe, finanzielle Transparenz sowie mehr Autonomie und Gleichstellung in der Nutzung von medizinischen Leistungen.

8. Ausblick

Geflüchtete leiden häufiger unter schwerwiegenderen gesundheitlichen Problemen als die Bevölkerung in den Aufnahmeländern (Bozorgmehr et al. 2016). Ihre Gesundheitsversorgung stellt eine große Herausforderung dar (Krämer/Fischer 2019), insbesondere weil durch sprachliche Barrieren und kulturelle Unterschiede die Kommunikation zwischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Gesundheitssystem und Patientinnen und Patienten erschwert wird. Geflüchtete, die sich erst kurze Zeit im Zielland aufhalten, hatten nicht die Möglichkeit, in eine Krankenversicherung einzuzahlen, um deren Leistungen in Anspruch zu nehmen. Deshalb müssen die Regierungen der Zielländer den gesetzlichen Anspruch von Geflüchteten auf Gesundheitsversorgung definieren (Hiam et al. 2019) und weitere An-

gebote wie Dolmetscherdienste oder Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Zugewanderten bereitstellen (Mladovsky et al. 2012).

Der Zusammenhang zwischen Flucht und Gesundheit hat somit viele Facetten im Hinblick auf die Auswirkungen von Fluchterfahrungen auf die Gesundheit von Menschen sowie im Hinblick auf die rechtlichen und kulturellen Herausforderungen bei der gesundheitlichen Versorgung von Geflüchteten in den Zielländern. Zentral für ein holistisches empirisches Verständnis des Nexus zwischen Flucht und Gesundheit ist die Einbeziehung der Perspektiven verschiedener Akteurinnen und Akteure wie Vertreterinnen und Vertreter der Exekutive und der Legislative, Beschäftigten im Gesundheitswesen und (ehrenamtlichen) Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern, sowie die sensible Wahrnehmung der Situation der Geflüchteten selbst.

Die Beiträge im vorliegenden Sammelband zeigen diese Vielschichtigkeit des Zusammenhangs zwischen Flucht und Gesundheit und einige der damit verbundenen Herausforderungen aus verschiedenen Perspektiven auf. Sie illustrieren beispielhaft, wie heterogen die Population der geflüchteten Menschen in Deutschland ist, und wie unterschiedlich demzufolge die Bedarfe und Bedürfnisse, die an die Gesundheitsversorgung gestellt werden, sind. Somit veranschaulichen sie die Annahme, dass eine wachsende Diversität oder »Superdiversität« (Vertovec 2007) in Gesellschaften zu sich verändernden Bedarfen und Bedürfnissen in der Gesundheitsversorgung führt (Phillimore et al. 2019). Weitere theoretisch-konzeptuelle und empirische Studien sind nötig, um diese dynamischen Entwicklungen konkreter erfassen und adäquat in der Praxis berücksichtigen zu können. Generell erscheint es notwendig, die Dichotomie zwischen Menschen mit und ohne Fluchthintergrund aufzubrechen und individuelle Bedarfe und Bedürfnisse sowie Ressourcen stärker in den Fokus zu rücken.

Literatur

- Al Ajlan, Ahmad (2020), The Asylum Procedure in Germany. Desperation and Uncertainty as Risk Factors for Violence Among Young Adult Asylum Seekers in Collective Accommodations, *Journal of interpersonal violence*.
- Al Ajlan, Ahmad (2019), Older Refugees in Germany. What Are the Reasons for the Difficulties in Language-learning? *Journal of Refugee Studies*, fez056.
- Aumüller, Jutta/Bretl, Carolin (2008), Die kommunale Integration von Flüchtlingen in Deutschland. *Lokale Gesellschaften und Flüchtlinge: Förderung von sozialer Integration*, Berlin.

- Bach, Stefan, et al. (2017), Investitionen in die Integration der Flüchtlinge lohnen sich, *DIW-Wochenbericht*, 84 (3), 47–58.
- Balsiger, Philipp W. (2005), *Transdisziplinarität. Systematisch-vergleichende Untersuchung disziplinübergreifender Wissenschaftspraxis*, München.
- Bakewell, Oliver (2008), Research Beyond the Categories. The Importance of Policy Irrelevant Research into Forced Migration, *Journal of Refugee Studies*, 21 (4), 432–453.
- Beine, Michel, et al. (2015), Measuring Immigration Policies. Preliminary Evidence from IMPALA, *CESifo Economic Studies*, 61 (3–4), 527–559.
- Bielefeldt, Heiner (2016), Der Menschenrechtsansatz im Gesundheitswesen. Einige Grundsatzüberlegungen, in: Frewer, Andreas/Bielefeldt, Heiner (Hrsg.), *Das Menschenrecht auf Gesundheit. Normative Grundlagen und aktuelle Diskurse*, Bielefeld, 19–56.
- Bogic, Marija/Njoku, Anthony/Priebe, Stefan, 2015, Long-term Mental Health of War Refugees. A Systematic Literature Review, *BMC International Health and Human Rights*, 15, 29.
- Bogner, Alexander/Kastenhofer, Karen/Togersen, Helge (2010), Inter- und Transdisziplinarität – Zur Einleitung in eine anhaltend aktuelle Debatte, in: Bogner, Alexander/Kastenhofer, Karen/Togersen, Helge (Hrsg.), *Inter- und Transdisziplinarität im Wandel? Neue Perspektiven auf problemorientierte Forschung und Politikberatung*, Baden-Baden, 7–22.
- Bozorgmehr, Kayvan, et al. (2016), Systematische Übersicht und »Mapping« empirischer Studien des Gesundheitszustandes und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990–2014), *Bundesgesundheitsblatt*, 59, 599–620.
- Brücker, Herbert/Gundacker, Lidwina/Kalkum, Dorina (2020), Geflüchtete Frauen und Familien. Der Weg nach Deutschland und ihre ökonomische und soziale Teilhabe nach Ankunft, *IAB-Forschungsbericht*, Nr. 09/2020, Nürnberg.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF), (2019), Aktuelle Zahlen, Ausgabe Dezember 2019, https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Statistik/AsylinZahlen/aktuelle-zahlen-dezember-2019.pdf?__blob=publicationFile&v=3, 13.1.2020.
- Castles, Stephen (2003), Towards a Sociology of Forced Migration and Social Transformation, *Sociology*, 37 (1), 13–34.
- Clarke, Brendan/Ghiara, Virginia/Russo Federica (2019), Time to Care: Why the Humanities and the Social Sciences Belong in the Science of Health, *BMJ Open*, 9, e030286