

Bundesgesundheitsbl 2020 · 63:1460–1469
<https://doi.org/10.1007/s00103-020-03243-3>
Eingegangen: 4. Juni 2020
Angenommen: 9. Oktober 2020
Online publiziert: 12. November 2020
© Der/die Autor(en) 2020



Katharina Wahedi¹ · Louise Biddle¹ · Rosa Jahn¹ · Sandra Ziegler¹ ·
Steffen Kratochwill¹ · Susanne Pruskil² · Stefan Noest^{1,3} · Kayvan Bozorgmehr^{1,4}

¹ Sektion Health Equity Studies & Migration, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

² Gesundheitsamt Altona, Hansestadt Hamburg, Hamburg, Deutschland

³ Angewandte Gesundheits- und Pflegewissenschaften, Duale Hochschule Baden-Württemberg, Stuttgart, Deutschland

⁴ Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, Bielefeld, Deutschland

Medizinische Versorgung von Asylsuchenden in Erstaufnahmeeinrichtungen

Eine qualitative Bestandsaufnahme aus Versorgungsperspektive

Einleitung

Um in Deutschland einen Antrag auf Asyl bei den Außenstellen des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge stellen zu können, müssen Asylsuchende in den ihnen zugewiesenen Aufnahmeeinrichtungen verbleiben (§22 Asylgesetz, AsylG). Aufnahmeeinrichtungen, je nach Bundesland auch als „Erstaufnahmeeinrichtungen“ oder „Landeserstaufnahmeeinrichtungen“ bezeichnet, sind daher sowohl erste Anlaufstelle als auch temporäre Unterkunft für Asylsuchende. Da im Rahmen der kurzfristig stark gestiegenen Zahlen neu ankommender Asylsuchender in den Jahren 2015 und 2016 die Kapazitäten der vorhandenen Aufnahmeeinrichtungen (AE) bei Weitem nicht ausreichten, wurden an vielen Standorten „ad hoc“ neue Unterkünfte aufgebaut [1–3].

Während des Aufenthalts in den AE sind die jeweiligen Landesbehörden zuständig für die Bedarfe der Asylsuchenden, darunter fällt auch die Sicherstellung der medizinischen Versorgung. Deren Umfang wird durch §4 des „Asylbewerberleistungsgesetzes“ (AsylbLG) bestimmt: Bis auf Einzelfallentscheidungen (§6 AsylbLG) ist die medizinische Versorgung auf die Behandlung akuter

Erkrankungen und Schmerzzustände beschränkt. Die Versorgung der in den AE untergebrachten Asylsuchenden durch die Regelversorgung sicherzustellen, erweist sich als sehr herausfordernd. Zum einen erschweren verschiedene Barrieren, etwa eine mangelnde Kenntnis der Sprache und des deutschen Gesundheitssystems, den Asylsuchenden faktisch den Zugang. Zum anderen haben die geografisch nahe der AE gelegenen Praxen und Krankenhäuser häufig nicht die Kapazitäten, die Gesundheitsversorgung der Bewohner*innen zusätzlich zu übernehmen [4]. Daher wurden an vielen Standorten ärztliche Sprechstunden auf dem Gelände der AE eingerichtet [5]. Häufig entstanden solche Angebote aus dem akuten Bedarf heraus und sind daher von lokalen Akteur*innen und dem spezifischen Kontext der AE geprägt. Mangels bundes- oder landesweiter Vorgaben oder verbindlicher Standards haben sich inzwischen sehr unterschiedliche Versorgungsmodelle etabliert, über die vereinzelt in Form von „Gute-Praxis“-Modellen berichtet wurde, etwa in Hamburg [6, 7], Dresden [8] und Heidelberg [4], oder es wurden deskriptive Übersichtsarbeiten darüber veröffentlicht [9].

Die unterschiedlichen Versorgungsmodelle können einen wichtigen Einfluss auf die Qualität und den Zugang für Asylsuchende haben [5, 10]. Bereits eine im Sommer 2015 durchgeführte Studie zeigte, dass lokale Lösungen zwar situationsbedingt und temporär wertvolle Beiträge zur Versorgungssituation leisten können, jedoch für eine nachhaltige, bedarfsgerechte und evidenzbasierte Versorgung die Erarbeitung bundesweiter Standards geboten wäre [11]. Im Rahmen des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Forschungsvorhabens „RESPOND“ („Improving regional health system responses to the challenges of migration through tailored interventions for asylum-seekers and refugees“; www.respond-study.org) führten wir daher eine Studie mit den folgenden Zielen durch:

1. Qualitative Bestandsaufnahme der medizinischen Versorgung in verschiedenen Aufnahmeeinrichtungen in Deutschland, insbesondere der Entwicklung seit 2015,
2. Identifizierung von Barrieren und Herausforderungen zur Etablierung und Verstärkung nachhaltiger und bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen,