

Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades im Fach Public Health (Dr. PH)

AG Epidemiologie & International Public Health

Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld

**Flucht als soziale Determinante der Gesundheit.  
Ungleichheiten im Zugang zu gesundheitlicher Versorgung  
von neu ankommenden Geflüchteten**

Synopse zur kumulativen Dissertation

von Judith Wenner

Oktober 2021

**Erstbetreuer:** Prof. Dr. Oliver Razum

**Zweitbetreuer:** Prof. Dr. Kayvan Bozorgmehr

## Inhaltsverzeichnis

Publikationen.....	III
Abbildungsverzeichnis.....	IV
Abkürzungsverzeichnis.....	IV
1. Einleitung .....	1
2 Theoretische Überlegungen.....	3
2.1 Das Framework sozialer Determinanten der Gesundheit.....	3
2.2 Flucht als strukturelle Determinante gesundheitlicher Ungleichheit .....	7
3 Methodische Überlegungen .....	11
3.1 Methodische Herausforderungen .....	11
3.2 Zugangsmodelle zu gesundheitlicher Versorgung für Geflüchtete in Deutschland..	13
3.3 Natürliches Quasi-Experiment und Mixed-Methods-Design .....	18
3.4 Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung und ihre Determinanten .....	22
4 Empirische Umsetzung.....	26
4.1 Identifizierte Unterschiede in der Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung	26
4.2 Zusammenhang zwischen den identifizierten Unterschieden und den Zugangsmodellen.....	28
4.3 Unterschiede in der Inanspruchnahme und gesundheitliche Ungleichheit.....	31
5 Diskussion .....	33
6 Literatur.....	39
Danksagung .....	54

## Publikationen

Folgende Publikationen bilden die Grundlage dieser Dissertation:

### Mit Peer-Review

1. Wenner J, Rolke K, Breckenkamp J, Sauzet O, Bozorgmehr K, Razum O. Inequalities in realised access to healthcare among recently arrived refugees depending on local access model: study protocol for a quasi-experimental study. *BMJ Open*. 2019;9:e027357. **[Pub-A]**
2. Wenner J, Bozorgmehr K, Duwendag S, Rolke K, Razum O. Differences in realized access to healthcare among newly arrived refugees in Germany: results from a natural quasi-experiment. *BMC Public Health*. 2020;20:846. **[Pub-B]**
3. Rolke K, Wenner J, Razum O. Shaping access to health care for refugees on the local level in Germany – Mixed-methods analysis of official statistics and perspectives of gatekeepers. *Health Policy*. 2019;123:845–50. **[Pub-C]**
4. Rolke K, Wenner J, Razum O. Der Zugang zu gesundheitlicher Versorgung nach Einführung der elektronischen Gesundheitskarte: die Sicht geflüchteter Patient(inn)en. *Das Gesundheitswesen*. 2020. doi:10.1055/a-1205-1021. (online first) **[Pub-D]**
5. Wenner J, Razum O. Die gesundheitliche Versorgung Geflüchteter – von Gleichheit und Ungleichheit. In: Frewer A, Bergemann L, Hack C, Ulrich HG, editors. *Die kosmopolitische Klinik. Globalisierung und kultursensible Medizin. Jahrbuch Ethik in der Klinik*. Würzburg: Verlag Königshausen & Neumann; 2017. p. 75–92. **[Pub-E]**
6. Razum O, Wenner J. Social and health epidemiology of immigrants in Germany: past, present and future. *Public Health Reviews*. 2016;37:4. **[Pub-F]**

### Ohne Peer-Review

7. Razum O, Wenner J, Bozorgmehr K. Wenn Zufall über den Zugang zur Gesundheitsversorgung bestimmt: Geflüchtete in Deutschland. *Das Gesundheitswesen*. 2016;78:711–4. **[Pub-G]**
8. Razum O, Wenner J. Health of Migrants and Ethnic Minorities in Germany: Reflecting on Normative Agendas. In: Kuehlmeier K, Klingler C, Huxtable R, editors. *Ethical, Legal and Social Aspects of Healthcare for Migrants*. New York: Routledge; 2019. p. 21–32. **[Pub-H]**
9. Wenner J, Namer Y, Razum O. Migrants, Refugees, Asylum Seekers: Use and Misuse of Labels in Public Health Research. In: Krämer A, Fischer F, editors. *Refugee Migration and Health Challenges for Germany and Europe*. Springer International Publishing; 2019. p. 49–62. **[Pub-I]**

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Graphische Darstellung des SDH-Frameworks von Solar & Irwin

Abbildung 2: Eigene Darstellung der theoretischen Vorüberlegungen zu Flucht als sozialer Determinante der Gesundheit basierend auf Solar & Irwin

Abbildung 3: Übersicht zur Struktur des Promotionsvorhabens

Abbildung 4: Einordnung der empirischen Analysen in die theoretischen Überlegungen zu Flucht als sozialer Determinante der Gesundheit

## Abkürzungsverzeichnis

AsylbLG (a.F./n.F.)	Asylbewerberleistungsgesetz (alte Fassung/neue Fassung)
AsylG (a.F./n.F.)	Asylgesetz (alte Fassung/neue Fassung)
BHS-Modell	Behandlungsschein-Modell
BMHSU	Behavioral Model of Health Services Use
eGK-Modell	Elektronisches Gesundheitskarten-Modell
FlüAG	Flüchtlingsaufnahmegesetz
GFK	Abkommen über die Rechtstellung der Flüchtlinge/Genfer Flüchtlingskonvention
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
NRW	Nordrhein-Westfalen
SDH-Framework	Social Determinants of Health-Framework
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees/ Hochkommissar der Vereinten Nationen für Flüchtlinge

## 1. Einleitung

Die Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung hängt nicht nur vom individuell wahrgenommenen oder durch Professionelle festgestellten Bedarf ab – auch wenn dies das Ideal eines universellen [1] und bedarfsgerechten [2] Gesundheitssystems darstellt. Konzeptionelle Arbeiten in den Gesundheitswissenschaften konnten zahlreiche soziale und Gesundheitssystem-bezogene Faktoren identifizieren, die – unabhängig vom Bedarf – erheblichen Einfluss auf die Inanspruchnahme der gesundheitlichen Versorgung nehmen [3–5]. Der Analyse dieser Faktoren und der Reduktion ihres Einflusses widmet sich die gesundheitswissenschaftliche Forschung und Praxis aus verschiedenen Gründen. Auf der einen Seite besteht bei der Bedarfsplanung ein großes Interesse, die erwartete Inanspruchnahme möglichst realistisch einschätzen zu können [2, 5]. Auf der anderen Seite werfen diese Unterschiede Fragen zu gesundheitlichen Ungleichheiten auf, wenn ganze Gruppen der Bevölkerung bestimmte Versorgungsleistungen nicht in Anspruch nehmen (können) bzw. übermäßig in Anspruch nehmen, ohne dass sich diese Unterschiede durch unterschiedliche Bedarfe oder Bedürfnisse erklären ließen [6–10].

In vielen Ländern bestehen formale (d.h. gesetzliche) und informelle (d.h. weitere soziale oder institutionelle) Barrieren im Zugang zu und Anspruch auf gesundheitliche Versorgung, die sich insbesondere auf neu ankommende Geflüchtete beziehen [11, 12]. Das zentrale Anliegen dieser Arbeit ist es, die Bedeutung lokaler Versorgungsmodelle für den Zugang zu gesundheitlicher Versorgung – kurz Zugangsmodelle – von neu ankommenden Geflüchteten in Deutschland als nicht-bedarfsbezogene Determinante der Inanspruchnahme näher zu beleuchten und ihre Rolle bei der Vermittlung gesundheitlicher Ungleichheiten zu analysieren. Konkret will diese Arbeit folgende übergreifende Fragestellung beantworten: Inwiefern wird über die spezifisch für Geflüchtete in Deutschland etablierten Zugangsmodelle gesundheitliche Ungleichheit vermittelt? Daraus ergeben sich drei aufeinander aufbauende Teilfragestellungen – eine theoretische, eine methodische und eine empirische –, die im Folgenden unter Bezugnahme auf die im Rahmen der Dissertation veröffentlichten Studien beantwortet werden:

1) Inwiefern kann Flucht zu gesundheitlicher Ungleichheit beitragen und welche Rolle spielt dabei die gesundheitliche Versorgung? (theoretische Fragestellung)

2) Wie kann Flucht-bezogene gesundheitliche Ungleichheit, die über Versorgung vermittelt wird, methodisch als solche identifiziert werden? (methodische Fragestellung)

3) Welche Rolle spielen die spezifisch für Geflüchtete in Deutschland etablierten Zugangsmodelle zu gesundheitlicher Versorgung bei der Vermittlung gesundheitlicher Ungleichheit? (empirische Fragestellung)

Diese Synopse ist entlang der drei Teilfragestellungen strukturiert und gliedert sich in einen theoretischen, einen methodischen und einen empirischen Teil.

Den Ausgangspunkt der theoretischen, methodischen und empirischen Analysen bildet das Konzept sozialer Determinanten der Gesundheit (Englisch: *Social Determinants of Health/SDH*) [13]. Das SDH-Framework ist ein anerkannter Ansatz zur Deskription und empirischen Exploration gesundheitlicher Ungleichheit, der durch den Bericht der *WHO Commission on Social Determinants of Health* im Jahr 2008 an Popularität gewann [14]. Zentral im SDH-Framework ist die konzeptionelle Trennung und gleichzeitige Verknüpfung der strukturellen Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit und der intermediären Determinanten der Gesundheit (ebd.). Basierend auf diesem Ansatz kann Flucht als ein Teil der strukturellen Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit betrachtet werden (Kapitel 2). Flucht als strukturelle Determinante zu konzeptualisieren bedeutet, Flucht nicht als (individuellen) Risikofaktor für die Gesundheit Einzelner zu betrachten, wie es im Sinne der intermediären Determinanten der Gesundheit gemacht würde, sondern sie als ein auf der makrostrukturellen Ebene zu verortendes und politisch determiniertes Ereignis zu betrachten, das gesundheitliche Ungleichheiten zwischen sozialen Gruppen erklärt. Die gesundheitliche Versorgung hingegen bildet in diesem Verständnis eine intermediäre Determinante der Gesundheit, über die gesundheitliche Ungleichheit vermittelt wird.

Während das SDH-Framework einen plausiblen Zusammenhang zwischen Flucht und gesundheitlicher Ungleichheit auf theoretischer Ebene herstellt, fehlt ihm jedoch eine Spezifizierung des konkreten Kontextes, die für die empirische Forschung zu Migration und Gesundheit insgesamt unerlässlich erscheint [15, 16]. Für die erforderliche Spezifizierung und Methodenentwicklung kann – insbesondere auch für den Bezug zu Flucht bzw. Migration – auf die Lebensverlaufsforschung zurückgegriffen werden [15, 17–21]. Aus diesem Grund schließt sich an den theoretischen Teil dieser Synopse eine Erläuterung der methodischen Überlegungen an (Kapitel 3). Diese bildet die Grundlage der hier zusammengefassten

empirischen Studien. In diesem Zusammenhang wird auch die Relevanz der Zugangsmodelle für die Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung dargelegt. Im Anschluss werden die empirischen Ergebnisse der veröffentlichten Studien vor dem Hintergrund der theoretischen und methodischen Vorüberlegungen erläutert (Kapitel 4). Im letzten Kapitel werden die Ergebnisse der Teilfragestellungen verknüpft, um die übergreifende Fragestellung zu beantworten und abschließende Schlussfolgerungen für die Public Health Forschung und Praxis zu ziehen (Kapitel 5).

## **2 Theoretische Überlegungen**

Ziel der theoretischen Vorüberlegungen ist die Beantwortung der ersten Teilfragestellung, inwiefern Flucht zu gesundheitlicher Ungleichheit beitragen kann und welche Rolle dabei die gesundheitliche Versorgung spielt.

### **2.1 Das Framework sozialer Determinanten der Gesundheit**

Die Beschreibung, Erklärung und Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit ist ein zentrales Anliegen von Public Health [22–24]. Zu diesem Zwecke wird auf verschiedene Erklärungsansätze und Definitionen gesundheitlicher Ungleichheit zurückgegriffen. Vorausgesetzt wird dabei, dass Gesundheit ein normativ wünschenswerter und für die Menschen relevanter Zustand ist, der beschreibbar und vergleichbar ist [25–28]. Bei der Definition gesundheitlicher Ungleichheit wird in der Regel zunächst zwischen einem rein deskriptiven Verständnis von Ungleichheit – im Sinne von Unterschieden in der gesundheitlichen Lage (engl. *inequality* oder *difference*) – und einem normativen Verständnis von Ungleichheit – im Sinne einer moralisch abzulehnenden Ungerechtigkeit in der gesundheitlichen Lage (engl. *inequity* oder auch *inequality*) – unterschieden [29, 30]. Die Deskription von Ungleichheit im Sinne von Unterschieden löst keine Handlungsimperative aus und kann auch zunächst die Gründe für bestehende Unterschiede außer Acht lassen [31]. Die Betrachtung von Ungleichheit im Sinne von Ungerechtigkeit beginnt gleichermaßen mit einer Beschreibung bestehender Unterschiede, bedarf jedoch zusätzlich in der Regel eines Urteils über die Vermeidbarkeit, einer Analyse der Gründe für bestehende Unterschiede, der Abwägung zwischen verschiedenen gesellschaftlichen Zielen (neben Gesundheit) und mündet in einer Bewertung sowie in normativ abgeleiteten Handlungsempfehlungen zur Reduktion bestehender Ungleichheit [29, 31–34]. Für die Einordnung der moralischen Relevanz

bestehender Unterschiede wurden verschiedene theoretische Ansätze entwickelt [8, 35, 36]. Diese existieren parallel zueinander. Ein Verweis auf den verwendeten theoretischen Ansatz – und damit auf den gewählten Bewertungsmaßstab – wird forschungsethisch als geboten angesehen und kann die Transparenz des methodischen Vorgehens sowie der aus den Ergebnissen abgeleiteten Handlungsempfehlungen erhöhen [Pub-H].

Die theoretischen Vorüberlegungen dieser Arbeit basieren auf dem von Orielle Solar und Alec Irwin entwickelten Framework zu den sozialen Determinanten der Gesundheit (SDH-Framework) [13]. Das SDH-Framework stellt einen adäquaten, wenn auch eher auf die praxisrelevante Forschung oder politische Interventionen ausgerichteten (und weniger theoretisch elaborierten) Ansatz zur Analyse gesundheitlicher Ungleichheit dar [24]. Ausgehend vom SDH-Framework sind sowohl beschreibende Analysen als auch weiterführende Diskussionen zur Bewertung und Reduktion ungerechter Ungleichheit möglich [37].

Die sozialen Determinanten der Gesundheit stellen – zunächst ohne nähere konzeptionelle Bestimmung – die sozialen Bedingungen dar, in denen Menschen leben und arbeiten [13]. Deren Einbeziehen in die gesundheitswissenschaftliche Forschung beschränkt sich nicht auf die Verwendung des Frameworks von Solar und Irwin [38–42] und geht von der Idee mindestens bis zu den Anfängen der Sozialmedizin zurück [43]. Die Forschung zu den sozialen Determinanten der Gesundheit steht damit in der Tradition gesundheitlicher Ungleichheitsforschung, die Unterschiede in der natürlichen und sozialen Umwelt als ursächlich für die Entstehung gesundheitlicher Ungleichheit zwischen sozialen Gruppen anzusehen und den umgekehrten Fall (Unterschiede in der Gesundheit als Ursache für soziale Ungleichheit) für deutlich weniger relevant zu erachten [44]. Damit integriert die Forschung zu den sozialen Determinanten der Gesundheit sozialwissenschaftliche Erkenntnisse zu sozialer Ungleichheit mit sozialepidemiologischen Erkenntnissen zu gesundheitlichen Unterschieden [37, 45]. Das SDH-Framework schließt an diese Forschungstraditionen an, indem es die Ungleichheit zwischen sozialen Gruppen betrachtet und diese vor dem Hintergrund bestehender Machtgefälle, Ressourcenverteilungen, (struktureller bzw. institutioneller) Diskriminierung und des (politischen) Kontextes betrachtet [30, 32, 39, 42, 46]. Wenn im Folgenden von gesundheitlicher Ungleichheit (und nicht nur von Unterschieden) die Rede ist, wird eben jenes Verständnis von Ungleichheit zugrunde gelegt.

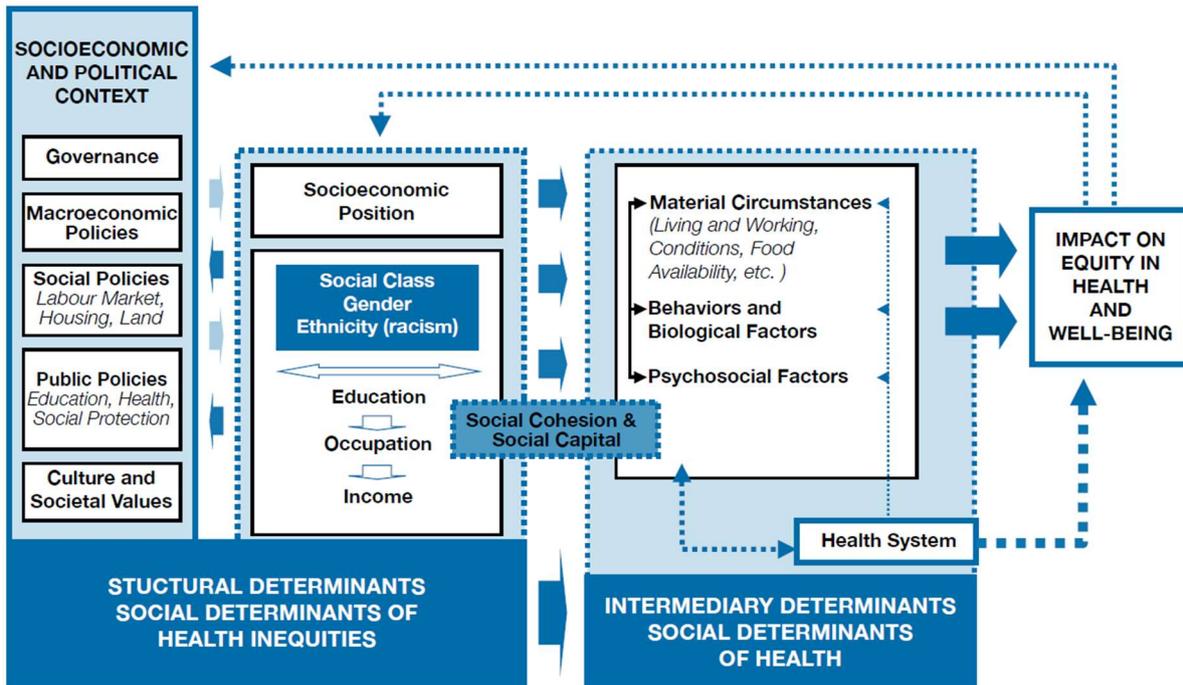


Abbildung 1: Graphische Darstellung des SDH-Frameworks von Solar & Irwin [13, S. 6]

Um der Vielschichtigkeit des Phänomens gesundheitlicher Ungleichheit in einem übersichtlichen Framework gerecht zu werden, wird im SDH-Framework eine Trennung zwischen den (strukturellen) sozialen Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit und den (intermediären) sozialen Determinanten der Gesundheit an sich vorgenommen (vgl. Abb. 1). Diese kleine semantische Unterscheidung ist von entscheidender Bedeutung für das Verständnis gesundheitlicher Ungleichheit [47] und charakterisiert das SDH-Framework von Solar und Irwin. Die strukturellen (sozialen) Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit umfassen in erster Linie den sozio-ökonomischen und politischen Kontext, der sich aus Faktoren, wie Governance-Strukturen, Wirtschafts-, Arbeitsmarkt-, Bildungs-, Gesundheits- und Sozialpolitik sowie dem Wirtschafts- und Wertesystem zusammensetzt. In der Forschung zu den sozialen Determinanten der Gesundheit bzw. zu gesundheitlicher Ungleichheit wird davon ausgegangen, dass die Gesamtheit dieses sozio-ökonomischen und politischen Kontextes zur Hierarchisierung und Strukturierung von Gesellschaften beiträgt und die soziale Position einzelner Individuen oder sozialer Gruppen bestimmt. Vermittelt wird der Zusammenhang zwischen dem makro-strukturellen Kontext und der sozialen Positionierung über verschiedene strukturierende Mechanismen [32, 38, 45, 48]. Solar und Irwin benennen vier zentrale strukturierende Mechanismen: Klasse (Besitzstruktur), Macht (politische

Einflussmöglichkeiten), Status (u.a. Bildung, soziale Vernetzung) und Diskriminierung (u.a. Rassismus, Sexismus) [13] – in Abbildung 1 in Form von kleinen Pfeilen dargestellt. Die daraus resultierende soziale Position wird von ihnen wiederum durch Indikatoren wie Einkommen, Bildung, Berufstätigkeit, Klasse, Geschlecht und Ethnizität (bzw. „race“) beschrieben [13, S. 36]. Im Gegensatz zur klassischen (gesundheitlichen) Ungleichheitsforschung werden damit nicht nur sozio-ökonomische Indikatoren, sondern weitere Indikatoren der sozialen Position berücksichtigt – auch solche mit einer spezifischen Relevanz für Migration und Flucht [49]. Die Erweiterung der gesundheitlichen Ungleichheitsforschung um weitere Indikatoren der sozialen Position stützt sich hierbei insbesondere auch auf die Erkenntnisse der Intersektionalitätsforschung [50–53].

Dem SDH-Framework zufolge beeinflussen die strukturellen (sozialen) Determinanten (vgl. linke Seite Abb. 1) wiederum die Verteilung der intermediären (sozialen) Determinanten der Gesundheit (vgl. rechte Seite Abb. 1). Als wichtige intermediäre Determinanten werden materielle, psycho-soziale, verhaltensbezogene und biologische Faktoren sowie das Gesundheitssystem identifiziert [13]. Dass das Gesundheitssystem im SDH-Framework explizit als intermediäre Determinante der Gesundheit mit aufgenommen wird, macht einerseits deutlich, dass die Ausgestaltung des Gesundheitssystems selbst als ein Produkt des makro-sozialen Kontextes betrachtet werden kann, andererseits aber auch, dass es durch seine Ausgestaltung zu einer vermittelnden Institution gesundheitlicher Ungleichheit werden kann [54, 55]. Das Gesundheitssystem ist zwar als eine von vielen intermediären Determinanten konzeptualisiert [13], rückt jedoch im Rahmen dieser Arbeit durch die Berücksichtigung der Zugangsmodelle zur gesundheitlichen Versorgung in den Vordergrund. Die Relevanz der weiteren intermediären Determinanten, insbesondere der materialistischen oder verhaltensbezogenen Erklärungswege, wird im SDH-Framework ebenfalls herausgestellt – sie steht aber nicht im Vordergrund dieser Arbeit.

Das Gesundheitssystem als intermediäre Determinante umfasst im Verständnis von Solar und Irwin mehr als nur die kurative Versorgung, sondern ebenfalls Prävention und Rehabilitation. Dabei wird angenommen, dass über das Gesundheitssystem vermittelte Ungleichheit aus der ungleichen Verfügbarkeit oder Möglichkeit zur Nutzung der Versorgungs-, Präventions- und Beratungsangebote bei gleichem Bedarf resultiert [13]. Dem liegt das verbreitete und bis zu Aristoteles [56] zurückgehende Verständnis zugrunde, dass die Ungleichbehandlung von

Menschen mit gleichen Bedarfen (horizontale Ungleichheit) und die fehlende Berücksichtigung spezifischer sich unterscheidender Bedarfe (vertikale Ungleichheit) gleichermaßen problematisch sind und vom Ideal der Gleichbehandlung abweichen [28, 35, 58, 59, Pub-E]. Darüber hinaus sind es vor allem die gesundheitlichen Folgen der für verschiedene soziale Gruppen bestehenden ungleichen Dauer, Schwere und Heilungschancen von Erkrankungen, die dem Gesundheitssystem und seiner Zugänglichkeit eine Bedeutung für gesundheitliche Ungleichheit verleihen [8, 40, 60–62, Pub-F].

Zusammengefasst zeigt das SDH-Framework, dass der Ursprung gesundheitlicher Ungleichheit in den strukturellen Determinanten liegt, die zu einer ungleichen Verteilung von intermediären Determinanten führen, die wiederum das Outcome des Frameworks – *Equity in health* – bestimmen [13].

## **2.2 Flucht als strukturelle Determinante gesundheitlicher Ungleichheit**

Das umfassende SDH-Framework stellt aus mehreren Gründen ein geeignetes Konzept dar, um den Zusammenhang zwischen Flucht, gesundheitlicher Versorgung und gesundheitlicher Ungleichheit zu konzeptualisieren: Erstens sind gesundheitliche Ungleichheiten im Sinne des SDH-Ansatzes auf soziale Ungleichheit im sozio-ökonomischen bzw. politischen Kontext zurückzuführen. Versteht man Flucht als politisch definiertes und reguliertes Ereignis, ist sie in diesem Kontext zu verorten, und bildet somit einen Teil des Entstehungszusammenhangs gesundheitlicher Ungleichheit [Pub-I, Pub-H]. Zweitens macht der SDH-Ansatz deutlich, dass sich soziale Ungleichheit nicht auf sozio-ökonomische Ungleichheit reduzieren lässt. Auch mit Merkmalen wie Geschlecht oder Herkunft – insbesondere über Mechanismen der Diskriminierung – sind soziale Ungleichheiten verknüpft und können daher relevant für gesundheitliche Ungleichheit sein. Für ein Verständnis von mit Flucht in Zusammenhang stehender gesundheitlicher Ungleichheit ist diese erweiterte Perspektive auf soziale und gesundheitliche Ungleichheit entscheidend. Drittens werden das Gesundheitssystem und die gesundheitliche Versorgung als intermediäre Determinanten oder vermittelnde Instanzen zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit explizit mitbetrachtet.

Aus diesen Überlegungen heraus lässt sich eine theoretische Verknüpfung zwischen Flucht als politisch definiertem und reguliertem Ereignis, welches dem makrostrukturellen Kontext zugeordnet wird, der sozialen Position Geflüchteter in Deutschland (insbesondere in

Verbindung mit ihrem jeweiligen Aufenthaltsstatus), der gesundheitlichen Versorgung als intermediärer Determinante und gesundheitlicher Ungleichheit herstellen (vgl. Abb. 2).

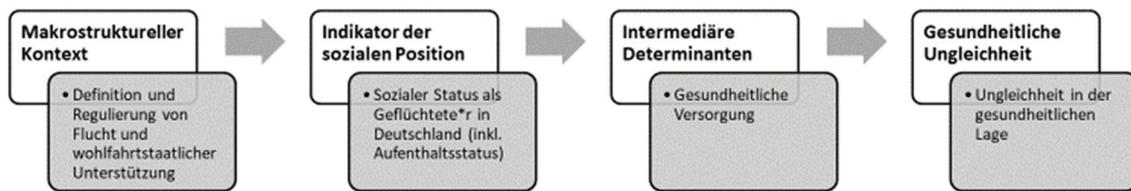


Abbildung 2: Eigene Darstellung der theoretischen Vorüberlegungen zu Flucht als sozialer Determinante der Gesundheit basierend auf Solar & Irwin

Diese Verknüpfung wird in Abbildung 2 graphisch dargestellt und im Folgenden erläutert: Solar und Irwin nehmen keinen direkten Bezug zu Flucht in ihrem Ansatz vor. In verschiedenen anderen Forschungsarbeiten wurde dieser Bezug jedoch bereits implizit oder explizit hergestellt [40, 62, 63], sodass sich neben den grundsätzlichen Überlegungen des SDH-Frameworks zu gesundheitlicher Ungleichheit auch an diese Vorarbeiten anknüpfen lässt.

Zunächst ist die Definition von Flucht – und damit auch die Abgrenzung von anderen Formen der Migration – in erster Linie das Ergebnis migrationspolitischer Entscheidungen und abhängig vom makro-politischen Kontext [Pub-I]. Angesichts der Vielfalt und Kontextabhängigkeit von Fluchtdefinitionen und -erfahrungen [64] bleiben viele Versuche einer konsistenten Bestimmung von Flucht über nationalstaatliche Grenzen und historische Zeit hinweg unbefriedigend [65–68] und in ihrer praktischen Anwendung willkürlich [69–71]. Die einflussreichste politische Definition von Flucht wird aus dem Abkommen über die Rechtstellung der Flüchtlinge (Genfer Flüchtlingskonvention/GFK) [72] und dem es aktualisierenden Protokolls [73] entnommen. Demzufolge sind Menschen auf der Flucht, wenn sie sich aufgrund „ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung“ (Artikel 1 GFK [74]) verfolgt fühlen und aus diesem Grund außerhalb des Landes aufhalten, dessen Staatsbürgerschaft sie besitzen bzw. sich dort nicht sicher fühlen oder aber staatenlos sind (ebd.). Die Flucht ist in dieser Definition an eine direkte Verfolgung geknüpft und würde Kriegsflüchtlinge nicht in jedem Fall miteinschließen. Alltagssprachlich und auch von Seiten des Hochkommissars der Vereinten Nationen für Flüchtlinge (UNHCR) wird diese Unterscheidung jedoch selten

vorgenommen, sodass auch Krieg als Fluchtgrund anerkannt wird [75–78]. Weitere Fluchtursachen – ökonomische (z.B. Armut), ökologische (z.B. Dürren) oder soziale (z.B. Zwangsumsiedelungen) Problemlagen – sind weitaus mehr umstritten [67, 79]. Zudem wird in der Regel politisch zwischen (anerkannten) Flüchtlingen und Personen unterschieden, die noch auf die Entscheidung warten (Asylsuchende bzw. Asylbewerber\*innen) [62, 67]. Jedes nationale Recht hat zudem jeweils eigene rechtliche Regelungen. So wird in Deutschland nicht nur zwischen Flüchtlingen und Asylsuchenden, sondern zusätzlich noch zwischen subsidiär Schutzberechtigten und Geduldeten unterschieden [80]. Wessen Fluchtgründe wo und wann anerkannt werden, ist sehr unterschiedlich und die konkrete Kategorisierung somit insbesondere das Ergebnis politischer oder sozialer Konstruktion [40, 81–84]. Außerdem handelt es sich dabei in der Regel eher um eine Zuschreibung als eine Selbstidentifikation [66, 85]. Gemein haben diese (wenn auch unterschiedlich bewerteten und subjektiv erlebten) Ursachen für Flucht, dass sie weitgehend politischer Natur sind und daher im makrostrukturellen Kontext verortet werden können [40].

Demnach ist Flucht eine Form der Migration, die sich aus der Zuschreibung im Ankunfts-kontext ergibt [Pub-I]. Der Übergang zwischen Flucht und anderen Formen der Migration kann aber so fließend sein [86], dass die politisch vorgenommene kategorische Trennung zwischen Flucht und Migration hier nicht aufrechterhalten werden soll. Um im Folgenden zunächst möglichst unspezifisch und losgelöst von der konkreten politischen Definition oder rechtlichen Ansprüchen über ‚Menschen nach der Flucht‘ sprechen zu können, wird in dieser Synopse der Sammelbegriff Geflüchtete verwendet. In Anlehnung an die verschiedenen oben genannten Situationen sind damit Menschen gemeint, die sich entweder selbst als Flüchtlinge, Asylsuchende, Schutzsuchende oder Vertriebene verstehen oder aber denen diese Kategorien nach der Ankunft in einem Drittstaat zugeschrieben werden [87, 88].

Aus dem migrationspolitisch und landesspezifisch definierten Schutz- oder Aufenthaltsstatus wiederum ergeben sich je nach internationaler und nationaler Rechtslage unterschiedliche soziale und politische Rechte. Diese betreffen die gewährte Aufenthaltsdauer, die Unterbringung, den Zugang zu Arbeit, Bildung, sozialer Absicherung und gesundheitlicher Versorgung [40, 62, 89–92]. Diese Merkmale werden im SDH-Framework dem strukturellen bzw. sozio-ökonomischen und politischen Kontext zugeordnet. Des Weiteren weisen Solar und Irwin an dieser Stelle auch dem Wirtschafts- und Wertesystem eine entscheidende Rolle

zu. Es bestimmt das Ausmaß wohlfahrtstaatlicher Unterstützung sowie die Möglichkeiten, sich in der Gesellschaft als Neuankömmling zu etablieren und sich sozial, politisch oder auch ökonomisch einzubringen [13]. Aus dieser formalen (d.h. gesetzlichen) Regulierung und den informellen (d.h. wertebezogenen) Strukturen ergeben sich mögliche soziale Positionen von Geflüchteten [93]. Diese wiederum beeinflussen maßgeblich die Verteilung der Risikofaktoren sowie der materiellen und psychosozialen Ressourcen auf der intermediären Ebene. Es schließt dabei insbesondere auch den Zugang zu gesundheitlicher Versorgung in Abhängigkeit von der jeweiligen sozialen Position (und insbesondere auch vom Aufenthaltsstatus) mit ein [11, 12, 94]. Flucht als strukturelle Determinante zu konzeptualisieren bedeutet daher, Flucht nicht als individuellen Risikofaktor und damit auf der Ebene der intermediären Determinanten zu verorten, sondern als ein soziales bzw. politisches Ereignis zu verstehen, dessen Hintergründe, Definition und politische Rahmung die soziale Position von Geflüchteten beeinflusst und – vermittelt über verschiedene intermediäre Determinanten – zu gesundheitlicher Ungleichheit führen kann. Ein solcher Fokus auf den makrostrukturellen Kontext löst sich damit bewusst von weit verbreiteten Ansätzen, die Zusammenhänge zwischen Migration bzw. Flucht und Gesundheit in erster Linie auf der Ebene des (individuellen) Verhaltens oder der kulturellen Prägungen verorten [93, 95].

Somit kann Flucht als strukturelle Determinante ursächlich für gesundheitliche Ungleichheit sein, während die gesundheitliche Versorgung selbst die vermittelnde intermediäre Determinante darstellen würde. Beispielhaft kann dies an der Versorgung chronischer Erkrankungen illustriert werden. Personen, die an chronischen Erkrankungen leiden, sind auf einen guten Zugang zu gesundheitlicher Versorgung angewiesen, um eine Verschlimmerung oder gefährliche Folgeerkrankungen zu vermeiden. Werden jedoch für Geflüchtete in einem Land die Kosten für notwendige Medikamente, Hilfs- oder Heilmittel zur Behandlung chronischer Erkrankungen nicht übernommen, würde dieser Umstand eine vergleichsweise hohe Rate schwerer Folgeerkrankungen oder vermeidbarer Hospitalisierungen im Vergleich zu nicht Geflüchteten erklären. Die Diskriminierung aufgrund des Status als Geflüchtete\*r ist an dieser Stelle die strukturelle Determinante, die wiederum vermittelt über den unterschiedlichen Zugang zu gesundheitlicher Versorgung (intermediäre Determinante), eine erhöhte Rate schwerer Verläufe chronischer Erkrankungen in dieser Gruppe der Bevölkerung erklärt. Barrieren im Zugang zu gesundheitlicher Versorgung können für alle Menschen

gesundheitliche Konsequenzen haben. Für wen jedoch Barrieren bestehen, ergibt sich aus der näheren Analyse der jeweiligen strukturellen Determinanten.

Im Sinne der eingangs formulierte Teilfragestellung 1 kann somit unter Rückgriff auf das SDH-Framework und die Konzeptualisierung von Flucht als strukturelle Determinante gesundheitlicher Ungleichheit ein theoretisch plausibler Zusammenhang zwischen Flucht, gesundheitlicher Versorgung und gesundheitlicher Ungleichheit im Ankunftskontext entwickelt werden (vgl. Abb. 2).

### **3 Methodische Überlegungen**

Mit dem Framework von Solar und Irwin kann, wie bis hierher argumentiert, ein zunächst theoretisch postulierter Zusammenhang zwischen Flucht und gesundheitlicher Ungleichheit konzeptualisiert werden. Zudem kann, dem SDH-Framework folgend, die Rolle des Gesundheitssystems als vermittelnde Institution in den Blick genommen werden. Dieser Abschnitt zielt nun auf die Beantwortung der methodischen Teilfragestellung ab, wie Flucht-bezogene gesundheitliche Ungleichheit, die über Versorgung vermittelt wird, als solche identifiziert werden kann.

#### **3.1 Methodische Herausforderungen**

Wie im theoretischen Teil dargelegt (vgl. Kapitel 2), stellt die gesundheitliche Versorgung lediglich eine mögliche intermediäre Determinante dar, über die gesundheitliche Ungleichheit vermittelt werden kann. Die spezifische Relevanz und Bedeutung dieser intermediären Determinante bei der Vermittlung Flucht-bezogener gesundheitlicher Ungleichheit muss daher zunächst identifiziert werden. Dafür kann auf die Forschungsperspektive der Lebensverlaufsforschung zurückgegriffen werden. Dort finden sich zwei wichtige Hinweise auf die Relevanz der gesundheitlichen Versorgung bei der Vermittlung gesundheitlicher Ungleichheit.

Die Lebensverlaufsforschung hat einen besonderen Fokus auf Zeit – sowohl historische als auch biographische Zeit – in der Analyse von Lebensverläufen, aber auch in Bezug auf die gesundheitliche Lage und gesundheitliche Ungleichheit [17, 18, 96, 97]. Aus dieser Perspektive kann Flucht als Transition oder kritische Periode verstanden werden, die aufgrund der räumlichen Mobilität mit einer Änderung des strukturellen Kontextes einhergeht [15, 62, 98–

100]. In der Lebensverlaufsforschung ergibt sich die Bedeutung kritischer Perioden aus der Annahme, dass nicht alle Lebensphasen in gleicher Weise relevant für die Entwicklung der Gesundheit und gesundheitlicher Ungleichheit sind [17, 96]. Kritische Perioden eines Lebensverlaufes müssen entsprechend besonders in den Blick genommen werden, um langfristige und potenziell irreversible Ungleichheit zu verstehen und zu vermeiden. Sozial kritische Perioden ergeben sich, wenn die kritische Phase im Lebensverlauf weitgehend sozial bzw. politisch definiert wird und mit einer erhöhten Abhängigkeit von wohlfahrtsstaatlicher Unterstützung – auch für die Finanzierung gesundheitlicher Versorgung – einhergeht [20]. Die Phase der Ankunft in einem anderen Land für Menschen auf der Flucht erfüllt diese Kriterien. Flucht stellt ein potenziell einschneidendes Lebensereignis bzw. eine Transition im Lebensverlauf dar [15, 62, 98, 99]. Vom Verlauf und der makrostrukturellen Rahmung der Flucht wiederum hängt ab, welche Form der wohlfahrtsstaatlichen Unterstützung Geflüchteten nach ihrer Ankunft zuteil wird [62, 89, 93]. Die Entwicklung oder Verstärkung von gesundheitlicher Ungleichheit hängt angesichts der bestehenden Barrieren in Bezug auf den Arbeitsmarktzugang, die Bildung und die soziale Teilhabe von der temporär gewährten wohlfahrtsstaatlichen Unterstützung ab [39, 54, 93, 101]. Die jeweils gewährten Ansprüche auf und Zugänge zu gesundheitlicher Versorgung stellen einen Aspekt dieser wohlfahrtsstaatlichen Unterstützung dar, dem – je nach gesundheitlichem Versorgungsbedarf – eine erhebliche Bedeutung für die Gesundheit und für gesundheitliche Ungleichheit zukommen kann [55, 89, 93, 102, 103]. Damit ist der erste Hinweis auf die Relevanz der gesundheitlichen Versorgung für die Entwicklung gesundheitlicher Ungleichheit im Konzept der (sozial) kritischen Perioden zu finden.

Der zweite Hinweis findet sich im Erklärungsmodell des gesundheitlichen Übergangs: Das Modell des gesundheitlichen Übergangs erklärt eine zeitweilige bessere Gesundheit von Migrant\*innen, die in wohlhabende Länder migrieren, mit den nach der Migration verbesserten Versorgungsmöglichkeiten (z.B. in den Bereichen Prävention und Behandlung von Infektionskrankheiten sowie bei der Versorgung Schwangerer) bei gleichzeitig nur verzögert auftretenden chronischen Erkrankungen. Die Auswirkungen einer verbesserten Versorgung zeigen sich schnell, während die Risikofaktoren, die im Ankunftscontext eine Zunahme chronischer Erkrankungen begünstigen, erst langfristig Auswirkungen zeigen [104–106]. Voraussetzung ist dabei jedoch implizit, dass die Versorgung im Ankunftscontext auch tatsächlich zugänglich ist und nicht durch Leistungsbeschränkungen oder Zugangsbarrieren

verwehrt wird. Im Umkehrschluss kann angenommen werden, dass wenn die entsprechenden Präventions- und Versorgungsmöglichkeiten nicht den allgemeinen und spezifischen Bedarfen von Migrant\*innen oder Geflüchteten entsprechen oder für sie nicht zugänglich sind, gesundheitliche Nachteile bestehen bleiben oder entstehen [Pub-E, Pub-F].

Während also unter Verweis auf diese Annahmen von einer grundsätzlichen Relevanz der gesundheitlichen Versorgung für Flucht-bezogene gesundheitliche Ungleichheit ausgegangen werden kann, haben die Erkenntnisse der Lebensverlaufsforschung in vielfältiger Weise die methodischen Probleme in der empirischen Analyse dieser Ungleichheit aufgezeigt. Insbesondere folgt aus einer Lebensverlaufsperspektive, dass ein Querschnittsvergleich der gesundheitlichen Lage zwischen Migrant\*innen bzw. Geflüchteten und Nicht-Migrant\*innen bzw. Nicht-Geflüchteten zur Analyse gesundheitlicher Ungleichheit aus verschiedenen Gründen häufig zu kurz greift [15, 21, 95, 104, 106–108]. Als wichtigste Gründe werden Verzerrungen durch Einflüsse aus der Zeit vor der Migration oder Flucht [21, 62, 109, 110], Auswahlprozesse und der gesundheitliche Übergang im Migrationsprozess [15, 106, 110], die Vielfalt innerhalb der Gruppe der Migrant\*innen, sich wandelnde Definitionen von Migrant\*innen, Geflüchteten, Asylsuchenden oder Menschen mit Migrationshintergrund [62, 94, 111, 112] sowie die strukturellen Determinanten der Gesundheit im Ankunfts-kontext [98, 113–116] angeführt. Die Kontrolle dieser verzerrenden Effekte erfordert aufwendige methodische Vorgehensweisen für die Erklärung und Analyse gesundheitlicher Ungleichheit im Kontext von Migrationsbewegungen [95]. Um diese methodischen Herausforderungen (auf)lösen zu können, wurde in den empirischen Teilstudien dieser Arbeit auf ein natürliches Quasi-Experiment (vgl. Kapitel 3.3) zurückgegriffen, das sich aus den unterschiedlichen Zugangsmodellen zu gesundheitlicher Versorgung für Geflüchtete in Deutschland ergab [Pub-A].

## **3.2 Zugangsmodelle zu gesundheitlicher Versorgung für Geflüchtete in Deutschland**

Nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) besteht ab der formalen Registrierung als Geflüchtete\*r in Deutschland ein Anspruch auf gesundheitliche Versorgung. Mit der Registrierung wird auch festgelegt, welches Bundesland für die Versorgung und Unterbringung zuständig ist [117]. Die Verteilung richtet sich nach einer jährlich aktualisierten Quotenregelung unter Berücksichtigung der Steuereinnahmen und der Bevölkerungszahl der

Länder (Königsteiner Schlüssel) sowie des Herkunftslandes der einreisenden Person (§ 45 Asylgesetz/AsylG neue Fassung/n.F. [118]). Im zuständigen Bundesland liegt dann die jeweilige Aufnahmeeinrichtung des Landes, in die sich Geflüchtete nach ihrer Ankunft begeben müssen. Das ihnen zugewiesene Bundesland ist für die gesundheitliche Versorgung zuständig – sowohl für die Organisation als auch für die Finanzierung [117]. Zum Zeitpunkt der empirischen Forschung erfolgte nach wenigen Wochen (in Ausnahmefällen bis zu sechs Monaten) die Zuteilung zu einer Kommune innerhalb des zuständigen Bundeslands (§ 47 AsylG alte Fassung/a.F. [119]). Seit August 2019 kann die Zuweisung auch erst nach bis zu 18 Monaten erfolgen (§ 47 AsylG n.F. [118]). Die Regelungen für die Zuweisung legt das jeweilige Bundesland fest. In Nordrhein-Westfalen (NRW) beispielsweise richtet sich die Zuweisung nach der Fläche und der Einwohnerzahl der Kommunen. Familien werden gemeinsam zugewiesen und in Ausnahmefällen kann ein spezifischer medizinischer Versorgungsbedarf berücksichtigt werden. Ansonsten erfolgt die Zuweisung zufällig (§ 3 Flüchtlingsaufnahmegesetz (FlüAG) [120]). Personen aus sogenannten sicheren Herkunftsländern oder mit schlechter Bleibeperspektive müssen in der Regel bis zum Ende des Asylverfahrens in den Aufnahmeeinrichtungen wohnen (§ 47 AsylG n.F. [118]), sodass eine späte oder gar keine Zuweisung zu einer Kommune erfolgt. Für alle anderen geht die Zuständigkeit für die gesundheitliche Versorgung mit der Zuweisung an die jeweilige Kommune über. In diesen ersten Monaten unterscheidet sich der Anspruch auf und Zugang zu gesundheitlicher Versorgung von der restlichen Bevölkerung Deutschlands. Diese ist zu rund 90% Mitglied der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), während Geflüchtete nach ihrer Ankunft zunächst von der Mitgliedschaft in der GKV ausgeschlossen sind. Ihr Anspruch auf gesundheitliche Versorgung ergibt sich stattdessen aus dem seit 1993 geltenden AsylbLG und ist – außer für minderjährige unbegleitete Geflüchtete – zu Beginn des Aufenthaltes im Vergleich zum Leistungskatalog der GKV eingeschränkt [91, 92, 121, 122]. § 4 AsylbLG gewährt Geflüchteten in dieser Zeit Anspruch auf Leistungen im akuten Krankheitsfall, bei Schmerzen, Schwangerschaft und Geburt und umfasst alle für gesetzlich Krankenversicherte empfohlenen Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen. Alle weiteren Versorgungsleistungen können gewährt werden, wenn sie im Einzelfall als unerlässlich angesehen werden (§6 AsylbLG [123]). Die Einführung des AsylbLG hat nicht nur zu Einschränkungen im Anspruch geführt, sondern durch den Ausschluss von der GKV auch ein paralleles Zugangs- und Abrechnungssystem geschaffen [122, 124, 125]. Zwischen 1993 und 2004 war der Zugang zu gesundheitlicher

Versorgung in allen Bundesländern über das Behandlungsschein-Modell (BHS-Modell) organisiert. Dieses Modell sieht vor, dass Geflüchtete vom jeweiligen lokalen Sozialamt quartalsweise Behandlungsscheine ausgestellt bekommen. Diese Behandlungsscheine – Papiere mit Angaben zum Namen, Geburtsdatum, Geschlecht und zur zuständigen Kommune – werden bei der Inanspruchnahme in der Praxis vorgelegt. Auf diese Weise wird das lokale Sozialamt als Kostenträger der Versorgungsleistungen meist für die Dauer des Quartals identifiziert. Wenn der Behandlungsschein in den Praxen verbleibt, ist für jede weitere Inanspruchnahme ein neuer Schein oder eine Überweisung erforderlich. Für zahnärztliche Leistungen wird ein eigener Schein ausgestellt. Weitere Scheine oder Überweisungen müssen vom Sozialamt genehmigt werden. Das Sozialamt prüft dabei insbesondere, ob die Leistung aufschiebbar ist. Die Prüfung wird unter anderem von Verwaltungspersonal in den lokalen Sozialämtern vorgenommen [122, 126–129]. Seit 2005 gibt es ein weiteres Zugangsmodell, das zuerst in Bremen entwickelt wurde, um das BHS-Modell zu ersetzen [130, 131]. Dafür hat Bremen eine Kooperation mit einer Krankenkasse begonnen, die ab dann in die Organisation des Zugangs zu gesundheitlicher Versorgung eingebunden wurde. Geflüchtete werden zwar nicht Mitglied der GKV, erhalten aber eine elektronische Gesundheitskarte (eGK), wie sie gesetzlich Versicherte nutzen. Die eGK ist für die Zeit des Aufenthaltes in der Kommune gültig und verbleibt bei den Patient\*innen. Sie ist maschinenlesbar und enthält die gleichen Informationen wie der Behandlungsschein, allerdings in digitaler Form. Ohne ein Einlesen ist nicht direkt ersichtlich, ob Patient\*innen neu ankommende Geflüchtete sind, da sich die Karten äußerlich – abgesehen von der auf der Rückseite nicht aufgedruckten europäischen Krankenversicherungskarte – nicht von Gesundheitskarten gesetzlich Versicherter unterscheiden. Für die Inanspruchnahme verschiedener Fachärzt\*innen ist zudem keine Überweisung oder ein neuer Schein erforderlich. Damit entfällt auch die Einzelfall- und Aufschiebbarkeitsprüfung in den meisten Fällen [126, 131–135]. Das eGK-Modell wurde im Jahr 2012 auch vom Bundesland Hamburg übernommen [133, 136]. Seitdem haben sich sieben weitere Bundesländer für die Einführung des eGK-Modells entschieden. In Berlin, Brandenburg, Thüringen und Schleswig-Holstein wird das eGK-Modell flächendeckend genutzt. In Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Niedersachsen bestehen beide Modelle auf Ebene der Kommunen parallel fort, da nur einzelne Kommunen das eGK-Modell eingeführt haben (Stand 2020: NRW: 22; Niedersachsen: 3; Rheinland-Pfalz: 3). Die Details der Implementierungen unterscheiden sich geringfügig zwischen den Bundesländern,

insbesondere in Bezug auf die Interpretation des Leistungsumfangs nach §§ 4 und 6 AsylbLG. Während Bremen und Hamburg die Leistungseinschränkungen weitgehend aufgehoben haben, werden diese in den restlichen Bundesländern aufrechterhalten. In den verbleibenden sieben Bundesländern wird ausschließlich das BHS-Modell genutzt [126, 132, 137–141]. Der Zugang zu gesundheitlicher Versorgung ist daher entscheidend vom jeweils zugewiesenen Bundesland abhängig und hat sich zudem in einzelnen Bundesländern und Kommunen in den letzten Jahren verändert [Pub-G].

Diese Regelungen zum Anspruch auf und Zugang zu gesundheitlicher Versorgung (sowohl im BHS- als auch im eGK-Modell) galten im Zeitraum der empirischen Forschung für die ersten 15 Monate; mittlerweile sind es 18 Monate (§2 AsylbLG a.F. und n.F. [123, 142]). Nach Ablauf dieser Zeit oder wenn Geflüchtete als Schutzsuchende anerkannt werden, enden die gesetzlichen Einschränkungen sowie die Gültigkeit der Zugangsmodelle und Geflüchtete können Mitglied der GKV werden. Für die zeitliche Begrenzung auf 15 bzw. 18 Monate gelten Ausnahmen, unter anderem, wenn eine Person sich aus Sicht der Behörden nicht ausreichend am Asylverfahren beteiligt, mit dem Ziel eingereist ist, in Deutschland Sozialleistungen zu beziehen oder in einem anderen EU-Land einen Schutzstatus erhält (§§ 1a und 2 AsylbLG a.F. und n.F. [123, 142]).

Im vergangenen Jahr 2019 wurden 142.509 Personen in Deutschland neu als Schutzsuchende registriert. Für sie galten somit die Einschränkungen im Leistungsanspruch. 42,5% von ihnen wurden auf Bundesländer verteilt, in denen ausschließlich das BHS-Modell genutzt wird. 18,9% hingegen nutzten nach ihrer Zuweisung das eGK-Modell. Die restlichen 38,7% wurden einem der drei Bundesländer zugewiesen, in denen beide Modelle genutzt wurden, sodass sie anteilig jeweils einer Kommune mit BHS- oder eGK-Modell zugewiesen wurden [143]. Davon entfielen allein auf NRW 23,8% aller Schutzsuchenden. Von ihnen wiederum nutzen ca. 20% das eGK-Modell [144].

Die hier zusammengefassten rechtlichen Regelungen zum Aufenthaltsstatus und den damit verbundenen Versorgungsansprüchen sowie Zugangsregelungen führen dazu, dass Geflüchtete im Asylverfahren nach ihrer Ankunft nicht die gleiche Absicherung im Krankheitsfall erhalten wie regulär krankenversicherte Personen. Sie sind rechtlich von der Mitgliedschaft in der GKV ausgeschlossen und die ihnen zustehenden Leistungen sind eingeschränkt. Gleichzeitig führt die Implementierung der Zugangsmodelle (eGK- und BHS-

Modell) dazu, dass sich dieser Ausschluss nicht in gleicher Weise auf alle neu ankommenden Geflüchteten auswirkt. Diese Ungleichbehandlung kann gesundheitliche Ungleichheit vermitteln. Das eGK-Modell entspricht in der Organisation des Zugangs weitgehend dem GKV-Zugang, sodass im Wesentlichen die rechtlichen Einschränkungen des Leistungsanspruchs als potenzielle Ursache von Ungleichheit bestehen bleiben. Für Geflüchtete, die das BHS-Modell nutzen, ergibt sich jedoch aus der spezifischen Organisation dieses Zugangsmodells – insbesondere durch die fehlende Einbindung der Krankenkasse, die Ausstellung der Papier-Scheine mit begrenzter Gültigkeit und die Prüfung der Aufschiebbarkeit – eine weitere mögliche Ursache von Ungleichheit.

Diese spezifischen Anspruchs- und Zugangsregelungen waren bereits Gegenstand einiger empirischer Studien. In einem regionalen Survey zeigte sich, dass Geflüchtete, die das eGK-Modell nutzen, ambulante Versorgung häufiger in Anspruch nahmen als Geflüchtete, die das BHS-Modell nutzen [145]. In einer weiteren Studie aus Deutschland wurden die mit der Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgungsleistungen verbundenen Ausgaben analysiert. Die entstandenen Versorgungsausgaben für Geflüchtete mit Leistungseinschränkungen waren höher als die Ausgaben von Geflüchteten ohne Leistungseinschränkungen [146]. Weitere Studien enthalten zumindest Hinweise auf die Auswirkungen des Zugangsmodells bzw. der rechtlichen Vorgaben auf die Inanspruchnahme. Die Vergleichsgruppen waren hier allerdings Geflüchtete im Vergleich zu nicht (neu ankommenden) geflüchteten Bevölkerungsgruppen. Letztere nahmen demnach häufiger fachärztliche Versorgung in Anspruch als neu ankommende Geflüchtete [147, 148]. Gleichzeitig waren jedoch die Chancen einer (vermeidbaren) Hospitalisierung [148, 149] und der berichtete ungedeckte Versorgungsbedarf [150] bei neu ankommenden Geflüchteten höher. Für die ambulante psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung sind die Ergebnisse uneindeutig [148, 150]. Des Weiteren zeigen Ergebnisse zweier Studien mit einem spezifischen Fokus auf die Perspektive der Leistungserbringer\*innen, dass auch in Deutschland die Unkenntnis einiger Ärzt\*innen über den rechtlichen Anspruch und die Nutzungsweise der Behandlungsscheine die Inanspruchnahme erschwerte [151, 152]. Dies deckt sich mit den Ergebnissen einer qualitativen Studie zur Perspektive geflüchteter Patient\*innen, die die Nutzung der Behandlungsscheine ebenfalls als zusätzliche Barriere erlebten [153–155] und mit einer quantitativen Studie, in der Geflüchtete von ungedecktem Versorgungsbedarf berichteten [156]. In einer vergleichenden quantitativen Analyse zur

gesundheitlichen Lage zwischen Geflüchteten, die unterschiedliche Zugangsmodelle nutzen, konnten keine Unterschiede in Indikatoren der physischen Gesundheit festgestellt werden. Geflüchtete in Kommunen mit BHS-Modell zeigten jedoch ein höheres Risiko für emotionalen Stress [157].

Diese Studien aus Deutschland sind meist in den letzten Jahren veröffentlicht worden. Noch im Jahr 2016 konnte in einem Review gezeigt werden, dass die Inanspruchnahme und Zugänglichkeit medizinischer Versorgung empirisch in Deutschland kaum analysiert wurde [158]. Auch die nach dem Review im Jahr 2016 veröffentlichten und hier zusammengefassten Studien enthalten keine umfassende Analyse der Zugangsmodelle und ihrer Auswirkungen auf die Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung oder auf gesundheitliche Ungleichheit, die in Zusammenhang mit der Nutzung der beiden Zugangsmodelle steht. Das im Rahmen dieser Arbeit entwickelte und im Folgenden näher erläuterte Mixed-Methods-Design – bestehend aus einem natürlichen Quasi-Experiment mit begleitenden qualitativen Interviews im gleichen Setting, der Nutzung von Routinedaten und der Wahl zweier Vergleichsgruppen, die sich im Wesentlichen nur in dem jeweils genutzten Zugangsmodell unterscheiden – stellte daher einen innovativen Forschungsansatz dar, der neue Erkenntnisse zur Bedeutung der Zugangsmodelle für gesundheitliche Ungleichheit zu generieren versprach.

### **3.3 Natürliches Quasi-Experiment und Mixed-Methods-Design**

Wie bereits dargelegt, stellen das komplexe Zusammenspiel zwischen Flucht und gesundheitlicher Ungleichheit sowie die Analyse der spezifischen Rolle der gesundheitlichen Versorgung die methodischen Herausforderungen dieser Arbeit dar. Im Falle der soeben erläuterten Zugangsmodelle für Geflüchtete bot sich nun eine ideale Möglichkeit zur Analyse ihrer Rolle bei der Vermittlung gesundheitlicher Ungleichheit an, die den Großteil der im Kapitel 3.1 erläuterten Herausforderungen zu lösen vermochte.

Anstatt Geflüchtete und nicht Geflüchtete zu vergleichen, was aufgrund der vielschichtigen Unterschiede zwischen diesen Gruppen vom Fokus auf das Zugangsmodell abgelenkt hätte, konnten innerhalb der Gruppe der Geflüchteten jene mit eGK- und jene mit BHS-Modell verglichen werden. Auf diese Weise würden zunächst nur Ungleichheiten im Zugang innerhalb der Gruppe der Geflüchteten analysiert werden. Da allerdings Geflüchtete mit eGK zumindest in Bezug auf die Zugangsregelungen GKV-Mitgliedern weitgehend gleichgestellt sind (vgl.

Kapitel 3.2), kann zugleich auf Ungleichheiten zwischen Geflüchteten mit BHS-Modell und regulär gesetzlich Krankenversicherten geschlossen werden. Geflüchtete in Kommunen mit eGK-Modell stellen somit eine Vergleichsgruppe dar, die sich kaum von Geflüchteten in Kommunen mit BHS-Modell unterscheidet (u.a. in Bezug auf die Herkunftsländer, die Fluchterfahrungen, die Herausforderungen der Ankunft), aber dennoch den Zugang über die eGK nutzen kann. Auf diese Weise verlieren verzerrende Effekte des Vergleiches zwischen Geflüchteten und nicht Geflüchteten an Relevanz und eine spezifische Analyse zur Rolle der Zugangsmodelle war möglich.

Die (weitgehend) zufällige Verteilung Geflüchteter innerhalb der Bundesländer ermöglichte es zudem, als Studiendesign ein natürliches Quasi-Experiment zu realisieren – d.h. ein natürliches Experiment mit einer quasi-randomisierten Zuweisung zu den Vergleichsgruppen, bei dem die Zuweisung von den Forschenden nicht beeinflusst wird [159–161]. Geflüchtete werden nach ihrer Ankunft nicht nur einer Kommune, sondern damit gleichzeitig auch einem Zugangsmodell zugewiesen. Sie selbst haben also keinen Einfluss darauf, welches Modell sie nutzen, sodass Verzerrungen durch die Auswahlprozesse ausgeschlossen werden konnten. Aufgrund der quasi-randomisierten Zuweisung konnte außerdem davon ausgegangen werden, dass die Einflüsse aus der Zeit vor der Flucht sowie die Vielfalt innerhalb der Gruppe der Geflüchteten eine ebenfalls zufällige Verteilung annahmen. Auch der Einfluss weiterer sozialer Faktoren (Alter, Geschlecht, sozio-ökonomischer Status) konnte durch das natürliche Quasi-Experiment minimiert werden.

Für die Vergleichsanalyse boten sich die drei Bundesländer an, in denen die Kommunen über die Implementierung des Modelles entscheiden (NRW, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz). NRW eignete sich besonders für diese Vergleichsstudie, da sich – im Unterschied zu Niedersachsen und Rheinland-Pfalz – in NRW eine ausreichende Anzahl der Kommunen für den Umstieg auf das eGK-Modell entschieden hatte (> 20). Auf diese Weise konnten innerhalb der gleichen landesrechtlichen Vorgaben die Inanspruchnahmen von Geflüchteten mit BHS- und eGK-Modell verglichen werden.

Das letztendlich entwickelte methodische Vorgehen dieser Arbeit folgte einem interaktiven und komplementären Mixed-Methods-Design (QUANT+qual) mit einer quantitativen Analyse und ergänzenden qualitativen Teilstudien [162] (vgl. Abb. 3). Die Datenbasis für die quantitativen Analysen bildeten Routinedaten der Sozialämter und zuständigen

Krankenkassen in sechs eingeschlossenen Kommunen. Sie ermöglichten eine umfassende Analyse der tatsächlichen Inanspruchnahme der gesundheitlichen Versorgung aller Geflüchteten, die den Kommunen im Studienzeitraum zugewiesen wurden. Damit konnte eine umfassende Erfassung der tatsächlichen Nutzung gesundheitlicher Versorgung gewährleistet werden. Zudem konnte eine aufwendige Primärdatenerhebung vermieden werden. Die Nutzung von Routinedaten weist außerdem einen Vorteil gegenüber einer Befragung auf, da Verzerrungen aufgrund unterschiedlicher Teilnahmebereitschaft, bestehender Sprachbarrieren oder eines Recall-Bias ausgeschlossen werden können [163, 164]. Angesichts des Vorhandenseins von zugänglichen Routinedaten konnte deren Nutzung auch im Sinne des Datenschutzprinzips der Datenminimierung [165] und des forschungsethischen Prinzips der Vermeidung von „over-researching“ [166] zunächst als geboten angesehen werden.

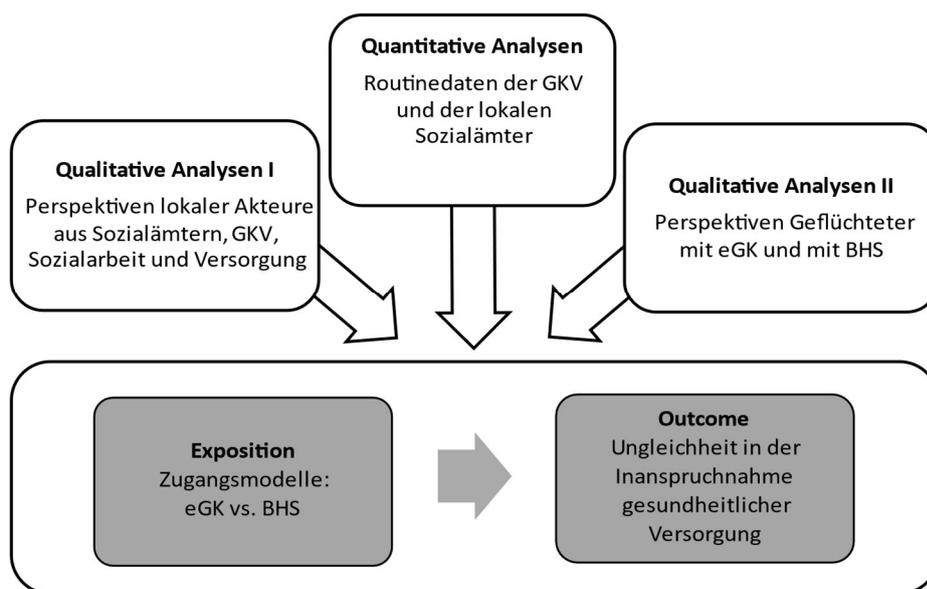


Abbildung 3: Übersicht zur Struktur des Promotionsvorhabens

Die ausschließliche Nutzung vorhandener Routinedaten für die quantitative Analyse führte jedoch gleichzeitig dazu, dass Ungleichheiten in der Inanspruchnahme als Outcome der Analyse untersucht wurden und nicht Ungleichheit in der gesundheitlichen Lage. Es ist jedoch anzunehmen, dass eine erschwerte, verzögerte oder unterlassene Inanspruchnahme Folgen für die gesundheitliche Lage hat. Diese Folgen wurden zwar in der quantitativen Teilstudie

nicht direkt abgedeckt und können jedoch basierend auf den theoretischen Vorüberlegungen angenommen werden (vgl. Kapitel 2.1).

Insbesondere bei natürlichen Experimenten und Routinedaten-Analysen, bei denen den Forschenden eine geringe Einflussnahme auf den Ablauf des Forschungsprozesses gegeben ist, ist eine unterstützende qualitative Studie ein wichtiges Qualitätsmerkmal [159]. Des Weiteren lässt die ausschließliche Nutzung von Routinedaten die Perspektive der „Beforschten“ außer Acht. Vor allem Personen in prekären oder vulnerablen Situationen, deren Perspektiven gesellschaftlich marginalisiert oder ignoriert werden, können schnell zu Forschungsobjekten degradiert werden, statt als Subjekte und handelnde Akteure wahrgenommen zu werden [107, 167, 168]. Aus diesen Gründen wurden parallel zur quantitativen Analyse zwei qualitative Teilstudien realisiert (vgl. Abb. 3). Dazu wurden in vier der sechs beteiligten Kommunen – und zusätzlich zur Reduktion von Selektionseffekten auch in einer Kommune, die nicht bereit war, ihre Routinedaten zur Verfügung zu stellen – qualitative Interviews mit verschiedenen Akteuren der gesundheitlichen Versorgung (Angestellte in den kommunalen Sozialämtern und der GKV, Sozialarbeiter\*innen, niedergelassene Ärzt\*innen) sowie mit Geflüchteten geführt. Ihre Wahrnehmungen der Zugangsmodelle und der Versorgungssituation konnte somit zumindest exemplarisch bzw. explorativ mitberücksichtigt werden. Teilweise konnte in den Interviews auch auf die angenommenen gesundheitlichen Folgen einer verspäteten oder unterlassenen Inanspruchnahme eingegangen werden. Doch auch im qualitativen Teil lag der Fokus auf der Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung und der Rolle der Zugangsmodelle und nicht auf der gesundheitlichen Lage. In der Teilstudie mit Geflüchteten wurde zudem noch ein Zeitvergleich (vor und nach Wegfall des eingeschränkten Leistungsanspruchs nach 15 Monaten) einbezogen, um mögliche längerfristige Auswirkungen der jeweils genutzten Modelle berücksichtigen zu können. Die qualitativen Interviews haben den Befragten insgesamt großen Spielraum gegeben, um ihre Wahrnehmung des Versorgungszugangs zu erläutern. Ein partizipativer Forschungsansatz war jedoch nicht gegeben, da Fragestellung, Methodik und Auswertung ausschließlich von den beteiligten Wissenschaftler\*innen festgelegt bzw. realisiert wurden.

Das gesamte Vorhaben wurde der Ethik-Kommission der Universität Bielefeld zur Begutachtung vorgelegt. Dafür wurde eine ausführliche Beschreibung der einzelnen

Teilbestandteile verfasst und eingereicht (Antrag 2017-099 vom 10.05.2017). Die Ethik-Kommission und die Datenschutzbeauftragte der Universität Bielefeld haben das Vorhaben für unbedenklich erklärt. Alle interviewten Personen wurden vorher ausführlich über die Studie informiert und haben freiwillig daran teilgenommen. Die quantitativen Daten wurden in anonymer Form von den jeweiligen Datenhalter\*innen übermittelt. Sowohl die qualitativen als auch die quantitativen Ergebnisse wurden den Kooperationspartner\*innen in den sechs Kommunen zur Verfügung gestellt.

### 3.4 Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung und ihre Determinanten

Das gewählte Design und die einbezogenen (quantitativen und qualitativen) Daten ermöglichen es, die Bedeutung der Zugangsmodelle (=Exposition) für die Entstehung von Ungleichheiten in der Inanspruchnahme (=Outcome) zu explorieren. Vor dem Hintergrund der theoretischen Überlegungen (vgl. Kapitel 2 sowie Abb. 2) wurde somit ein Aspekt der angenommenen Verbindung zwischen Flucht als Element des makrostrukturellen Kontextes und gesundheitlicher Ungleichheit empirisch betrachtet (vgl. Abb. 4).

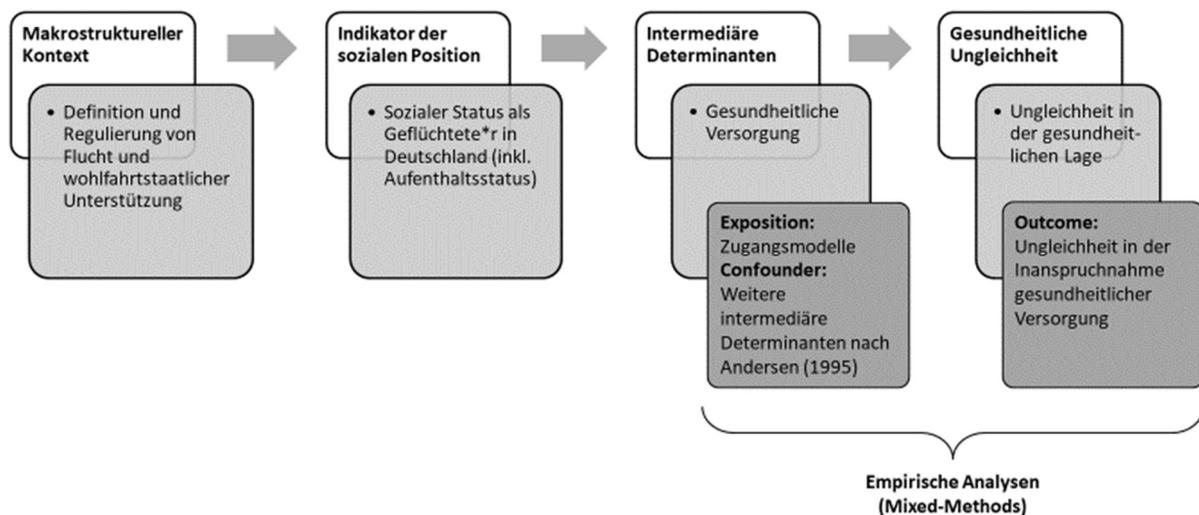


Abbildung 4: Einordnung der empirischen Analysen in die theoretischen Überlegungen zu Flucht als sozialer Determinante der Gesundheit

Um jedoch die spezifische Bedeutung der Zugangsmodelle für die Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung analysieren zu können, ist ein besseres Verständnis des Inanspruchnahmeprozesses und seiner Determinanten erforderlich. Im Sinne des SDH-

Frameworks kann zunächst grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass Ungleichheit sich dann zeigt, wenn die Inanspruchnahme nicht primär vom Bedarf, sondern von den strukturellen Determinanten beeinflusst wird [13]. Gleicher Bedarf schlägt sich dann nicht in gleicher Inanspruchnahme wieder (horizontale Ungleichheit); und ungleicher Bedarf nicht in einer dem ungleichen Bedarf entsprechenden ungleichen Inanspruchnahme (vertikale Ungleichheit) [28, 57, 58, 169]. Es kann außerdem davon ausgegangen werden, dass eine nicht bedarfsgerechte Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung Auswirkungen auf die Häufigkeit, die Schwere, den Verlauf und die sozialen Folgen von Erkrankungen hat, die zu gesundheitlicher Ungleichheit führt oder diese verstärkt [39, 59–61, 169]. Somit würden Unterschiede in der Inanspruchnahme eine gesundheitliche Ungleichheit darstellen, falls sie nicht auf unterschiedliche Bedarfe der Betroffenen zurückzuführen sind.

Ein besseres Verständnis der Determinanten der Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung liefert das von Ronald M. Andersen entwickelte *Behavioral Model of Health Services Use (BMHSU)* [3, 170]. Das BMHSU postuliert ebenfalls den Bedarf (*need*) als eine wichtige Determinante der Inanspruchnahme, systematisiert jedoch sehr viel konkreter als das SDH-Framework die weiteren möglichen Determinanten, die zu einer ungleichen Inanspruchnahme trotz gleicher Bedarfe beitragen und so gesundheitliche Ungleichheit vermitteln können. Anspruchs- und Zugangsregelungen – zu denen auch die Zugangsmodelle zu rechnen sind – spielen hierbei eine wichtige Rolle (ebd.). Andersen und seine Kolleg\*innen arbeiten jedoch auch weitere Determinanten heraus, die als mögliche Confounder der empirischen Analysen dieser Arbeit identifiziert und berücksichtigt wurden. Die verschiedenen im Laufe der Zeit überarbeiteten Varianten des BMHSU unterscheiden jeweils zwischen *predisposing characteristics* und *enabling resources* als die wichtigen Determinanten einer ungleichen Inanspruchnahme. *Predisposing characteristics* umfassen auf der individuellen Ebene die soziale Position und damit in Zusammenhang stehende Überzeugungen zu Gesundheit (*health beliefs*). Auf der kontextuellen Ebene sind dies vor allem die sozialen, demographischen und Bedürfnis-Strukturen des betrachteten Kontextes. Die *enabling resources* sind dagegen die direkt mit der Ausgestaltung des Gesundheitssystems in Verbindung stehenden Determinanten und umfassen auf der kontextuellen Ebene Policy-, Organisations- und Finanzierungsaspekte des Gesundheitssystems. Hierzu zählen auch jene Regelungen zum Zugang zu gesundheitlicher Versorgung, die in Form der Zugangsmodelle (eGK vs. BHS) in den empirischen Teil dieser Arbeit als Exposition eingeflossen sind. Auf der

individuellen Ebene sind *enabling resources* die Möglichkeiten, Versorgung zu nutzen (geographische Erreichbarkeit, Wissen über die jeweiligen Angebote) und zu finanzieren [3, 102, 170–172].

Nach Andersen kann die tatsächliche Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung (*realized access*) durch Unterschiede in diesen Determinanten (*predisposing characteristics, enabling resources, need*) erklärt werden [3]. Die Inanspruchnahme bzw. der realisierte Zugang kann entweder auf individueller Ebene als jeweils individuelle Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung oder aber als Inanspruchnahmeverhalten von sozial oder räumlich definierten Gruppen modelliert werden [5]. Letzteres wurde auch bereits zur systematischen Analyse der Determinanten der Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung von neu ankommenden Geflüchteten angewendet [173]. Die Ergebnisse dieser und auch weiterer in verschiedenen Kontexten realisierten Studien führen zu einem sehr differenzierten Bild der Determinanten der Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung bei neu ankommenden Geflüchteten. Die Ergebnisse hängen dabei sehr von der Definition der Zielpopulation (Personen im Asylverfahren, anerkannte Flüchtlinge, Personen ohne legalen Status, Schutzsuchende in Camp-Settings), dem betrachteten Zeitraum (direkt nach der Ankunft, innerhalb der ersten 5 Jahre, etc.) und den betrachteten Herkunfts- bzw. Zielländern, der analysierten Versorgungssektoren (Primärversorgung, psychiatrische Versorgung, Geburtshilfe, Notfallversorgung, Hospitalisierung), den gewählten Perspektiven (Befragungen von Geflüchteten oder Leistungserbringer\*innen, Auswertung von Routinedaten, etc.) und der Ausgestaltung der Versorgung für neu ankommende Geflüchtete (z.B. verpflichtende Untersuchungen, Zugang zur Regelversorgung, out-of-pocket expenses) ab [173, 174, 183–185, 175–182]. Verallgemeinernde Aussagen zur Inanspruchnahme lassen sich aus diesen Ergebnissen nicht ableiten. Es zeigen sich jedoch neben einigen kontextübergreifend relevanten *predisposing characteristics* (sozio-ökonomischer Status, Alter, Geschlecht) häufig betrachtete und für relevant befundene *enabling resources*. Diese können grob in zwei Themenbereiche aufgeteilt werden [186]: formaler Zugang („access“) und Qualität („quality“). Der formale Zugang umfasst den rechtlichen Anspruch auf Versorgung, deren Bezahlbarkeit, Informationsmöglichkeiten und die tatsächliche Zugänglichkeit. Das Fehlen eines rechtlichen Anspruchs auf gesundheitliche Versorgung oder die verwehrte Aufnahme in ein Versorgungsprogramm (z.B. eine Krankenversicherung) sowie hohe Kosten oder bürokratischer Aufwand für basale oder auch spezialisierte Versorgung (inkl. Medikamente,

Krankenhausaufenthalte) werden in unterschiedlichen Kontexten als Barrieren beschrieben [173, 187, 196–200, 188–195]. Auch wenn die Zugangsmodelle ein Spezifikum der Versorgung Geflüchteter in Deutschland sind, so zeigen diese Ergebnisse dennoch, dass ähnliche Regulierungen in anderen Ankunftskontexten Einfluss auf die Inanspruchnahme nehmen [198–200]. Des Weiteren kommen mehrere Studien zu dem Ergebnis, dass fehlende Informationen und Informationsmöglichkeiten zu den rechtlichen Ansprüchen bzw. fehlende Informiertheit der Versorger\*innen über bestehende Ansprüche die Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung erschweren [201–205]. Teilweise werden infrastrukturelle Hürden der tatsächlichen Erreichbarkeit der Versorgung thematisiert [206, 207].

Die Dimension Qualität umfasst die *Responsiveness* des Versorgungssystems und des versorgenden Personals (unter Berücksichtigung der Aspekte Sprache, Diversität und Diskriminierung) in Bezug auf die Bedarfe und Bedürfnisse der Patient\*innen [186]. Es zeigt sich in sehr verschiedenen regionalen Kontexten, dass die Versorgung neu ankommender Geflüchteter in vielen Fällen von Sprachbarrieren, fehlender Sprachmittlung, fehlender Rücksichtnahme auf die Bedürfnisse der Patient\*innen und diskriminierenden Praktiken erschwert wird [155, 205, 208–214]. Es wird zudem deutlich, dass eine Kombination all dieser Barrieren die tatsächlichen Möglichkeiten, Versorgung zu nutzen, einschränkt und so zu einer ungleichen Inanspruchnahme beiträgt [175, 207, 215–219]. Allerdings existieren auch bereits evaluierte Ansätze, um diese Barrieren (vor allem im Bereich der Primärversorgung) zu überwinden [185].

Zusammengefasst kann unter Rückgriff auf das SDH-Framework und die Konkretisierungen durch das BMHSU zum einen gezeigt werden, dass die Unterschiede in der Inanspruchnahme der gesundheitlichen Versorgung gesundheitliche Ungleichheit kennzeichnen, sobald sie nicht auf unterschiedliche Bedarfe zurückzuführen sind. Daher wurde die Inanspruchnahme als Outcome der empirischen Analysen gesetzt – auch wenn hiermit nur mittelbar gesundheitliche Ungleichheit analysiert werden konnte. Zum anderen enthält das BMHSU die Regelungen zum Anspruch auf und Zugang zu gesundheitlicher Versorgung als Determinanten der Inanspruchnahme. Die Zugangsmodelle als wichtige Aspekte des Zugangs zu gesundheitlicher Versorgung für neu ankommende Geflüchtete in Deutschland bilden daher die Exposition der empirischen Analysen. Auch wenn die weiteren *predisposing characteristics* und *enabling resources* des BMHSU nicht von primärem Interesse für die hier bearbeitete

Fragestellung sind, musste ihr Einfluss als Confounder in einem empirischen Messmodell diskutiert und kontrolliert werden.

Im Sinne der eingangs formulierten Teilfragestellung 2 erscheint es somit möglich, Ungleichheiten in der Inanspruchnahme zu identifizieren, die über die Zugangsmodelle zur gesundheitlichen Versorgung vermittelt werden. Die jeweilige Nutzung der Zugangsmodelle, die Geflüchteten vorgeschrieben wird, ist wiederum das Ergebnis politischer Entscheidungen im Kontext von Fluchtbewegungen nach Deutschland und kann daher den strukturellen Determinanten zugeordnet werden. Das gewählte Mixed-Methods-Design und das darin eingebettete natürliche Quasi-Experiment scheinen zudem grundsätzlich geeignet, um die Relevanz der Zugangsmodelle empirisch zu analysieren. Vorhandene Evidenz aus anderen Ländern konnte zudem bereits die Relevanz des formalen Zugangs zu gesundheitlicher Versorgung als Determinante einer nicht-bedarfsgerechten Inanspruchnahme identifizieren.

## **4 Empirische Umsetzung**

Ziel dieses Kapitels ist es, auf der Basis der empirischen Forschungsergebnisse die eingangs formulierte dritte (empirische) Teilfrage zur Rolle der spezifisch für Geflüchtete etablierten Zugangsmodelle bei der Vermittlung gesundheitlicher Ungleichheit zu beantworten. Den Ausgangspunkt der Diskussion sowie die Einordnung der empirischen Ergebnisse bilden die bisher erläuterten theoretischen und methodischen Überlegungen.

Auf der Grundlage der empirischen Forschungsarbeiten ist daher zu klären, ob sich erstens Unterschiede in der tatsächlichen Inanspruchnahme zeigen lassen, ob sich zweitens diese Unterschiede plausibel mit dem Zugangsmodell in Verbindung bringen lassen und ob sich dann drittens – im Sinne der dritten (empirischen) Teilfragestellung – klären lässt, inwiefern die Zugangsmodelle gesundheitliche Ungleichheit vermitteln.

### **4.1 Identifizierte Unterschiede in der Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung**

In den empirischen Analysen zeigten sich für zwei Versorgungsbereiche Unterschiede in der Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung zwischen Kommunen mit eGK-Modell und Kommunen mit BHS: Der erste Unterschied war bei der fachärztlichen Versorgung festzustellen. Während die Inanspruchnahme-Raten in Kommunen mit eGK den erwarteten

Werten entsprachen, die aus der Standardbevölkerung der weitgehend gesetzlich Krankenversicherten – kurz: Standardraten – entnommen waren, nahmen in Kommunen mit BHS-Modell mehr Personen pro Quartal mindestens einmal fachärztliche Versorgung in Anspruch als aufgrund der Standardraten erwartet werden konnte [Pub-B]. In der einzigen bisher vorliegenden empirischen Studie, die ebenfalls direkt die ambulante Inanspruchnahme zwischen Geflüchteten mit BHS- und eGK-Modell vergleicht, zeigte sich im Gegensatz zu der quantitativen Analyse dieser Arbeit, dass die Inanspruchnahme in Kommunen mit eGK höher war als in Kommunen mit BHS [145] – allerdings immer noch geringer im Vergleich zu gesetzlich Versicherten [147]. Methodisch unterscheidet sich die Studie jedoch deutlich von der quantitativen Analyse dieser Arbeit, da ein anderes Studiendesign und andere Outcome-Indikatoren verwendet wurden. Im letztendlichen Ergebnis stimmen jedoch beide Analysen überein: Die Inanspruchnahme ambulanter Versorgung in Kommunen mit eGK-Modell entspricht tendenziell der Inanspruchnahme regulär Versicherter, während sie in Kommunen mit BHS-Modell stärker davon abweicht. Der zweite Unterschied war in der Notfallversorgung zu beobachten. Hier glichen sich die Inanspruchnahme-Raten in Kommunen mit eGK-Modell den Standardraten (d.h. den Inanspruchnahme-Raten in der Standardbevölkerung) an und lagen damit unterhalb der Inanspruchnahme-Raten in Kommunen mit BHS-Modell. Pro Quartal und Person waren somit in Kommunen mit BHS-Modell mehr Notfallbehandlungen zu verzeichnen als in Kommunen mit eGK-Modell. Das Ergebnis spricht für eine Verschiebung der Versorgung in den Notfallsektor. Hierzu liegen keine weiteren Studiendaten zum Vergleich vor [Pub-B]. Für ambulant-sensitive Krankenhauseinweisungen – das dritte untersuchte Outcome in der quantitativen Teilstudie – konnten keine signifikanten Unterschiede ermittelt werden. Möglicherweise war dies auf die geringe Fallzahl und den Ausschluss einer der sechs Kommunen aufgrund unvollständiger Dokumentation zurückzuführen [Pub-B]. Die quantitative Teilstudie konnte somit für die Indikatoren der ambulanten Versorgung (fachärztliche Inanspruchnahme und Notfallversorgung) Unterschiede in der Inanspruchnahme identifizieren [Pub-B].

Die qualitativen Ergebnisse decken sich an dieser Stelle mit den quantitativen Ergebnissen. Sowohl Geflüchtete als auch niedergelassene Ärzt\*innen und Sozialarbeiter\*innen bestätigten die Herausforderungen der ambulanten Versorgung im BHS-Modell. Nicht immer lagen gültige Behandlungsscheine vor und die Genehmigung durch das Sozialamt konnte die Inanspruchnahme verzögern. Dies galt insbesondere für chronisch Erkrankte mit einem meist

höheren Versorgungsbedarf. Die qualitativen Ergebnisse zeigten zudem auf, dass das jeweils individuelle Engagement auf der lokalen Ebene von entscheidender Bedeutung war [Pub-C; Pub-D].

Die zu Beginn dieses Abschnitts (4.1) erläuterten Unterschiede in der quantitativen Analyse der Inanspruchnahme zwischen den beiden Modellen waren nicht sehr groß [Pub-B]. Die qualitativen Interviews mit lokalen Akteur\*innen in den Kommunen bieten auch hier eine mögliche Erklärung für den eher geringen Unterschied: Die eingeschlossenen Kommunen mit BHS-Modell bemühten sich um eine möglichst nutzer\*innenfreundliche Ausgestaltung des BHS-Modells. Sie verschickten die Behandlungsscheine per Post und stellten relativ unbürokratisch neue Behandlungsscheine aus – auch im gleichen Quartal. Es standen zudem Personen für die Vermittlung von Behandlungsterminen und für die Erläuterung des Zugangsmodells zur Verfügung. Auf diese Weise konnten bestehende Probleme des BHS-Modells reduziert werden. Nicht in allen Kommunen in NRW und darüber hinaus ist das BHS-Modell jedoch in dieser Weise implementiert worden [Pub-C]. Der Unterschied zwischen den Inanspruchnahme-Raten wurde daher in der quantitativen Teilstudie möglicherweise durch einen Selektionsbias auf Ebene der Kommunen unterschätzt, da nur solche Kommunen eingeschlossen wurden, die das BHS-Modell zu Gunsten der Nutzer\*innen auslegten. Umso relevanter erscheinen Unterschiede zum Beispiel in der Inanspruchnahme der Notfallversorgung, die trotz dieser Maßnahmen bestehen blieben. Wichtige Bereiche der ambulanten Versorgung, in denen ebenfalls Zugangsbarrieren im BHS-Modell vermutet wurden (z.B. die psychotherapeutische und präventiv-gynäkologische bzw. -zahnärztliche Versorgung), konnten zudem nicht berücksichtigt werden [Pub-A].

Insgesamt können sowohl die quantitativen als auch die qualitativen Ergebnisse als Bestätigung dafür angesehen werden, dass relevante Unterschiede in der Inanspruchnahme zwischen Kommunen mit eGK-Modell und Kommunen mit BHS-Modell bestehen.

## **4.2 Zusammenhang zwischen den identifizierten Unterschieden und den Zugangsmodellen**

Es stellt sich nun die weiterführende Frage, ob sich die gefundenen Unterschiede in den Routinedaten plausibel mit dem jeweiligen implementierten Zugangsmodell in Verbindung bringen lassen. Für eine Diskussion dieser Fragestellung müssen in erster Linie die Methodik

des quantitativen Studiendesigns kritisch reflektiert und zweitens die Ergebnisse der qualitativen Analysen berücksichtigt werden.

Durch die zufällige Zuweisung im natürlichen Experiment erfolgte eine Quasi-Randomisierung der Geflüchteten [Pub-A], sodass von einer ebenfalls weitgehend zufälligen Verteilung wichtiger Confounder auf individueller Ebene – in der Systematisierung von Andersen *predisposing characteristics, enabling resources* und *need* [3] – ausgegangen werden kann. Im Unterschied zum tatsächlichen (nicht-natürlichen) Experiment ist jedoch im natürlichen Experiment keine vollständige Kontrolle der Randomisierung oder Intervention möglich, sodass der kausale Zusammenhang zwischen der Exposition bzw. Intervention und dem Outcome für jedes natürliche Experiment spezifisch und sorgfältig diskutiert werden muss [159, 161]. Für Alter und Geschlecht konnte das Ergebnis der zufälligen Verteilung überprüft werden. Es zeigten sich nur sehr leichte Abweichungen, die zudem durch die vorgenommenen Alters- und Geschlechtsstandardisierungen ausgeglichen werden konnten [Pub-B]. Der Stichprobenumfang lag im Durchschnitt bei 7.920 Personen, die sich weitgehend gleich auf beide Zugangsmodelle verteilten. Der im Rahmen der Fallzahlkalkulation ermittelte notwendige Umfang wurde damit erreicht und vorhandene Unterschiede sollten damit auch tatsächlich zu entdecken sein [Pub-A]. Der auf bundesdeutscher Ebene zu betrachtende strukturelle Rahmen – insbesondere die gesetzlichen Regelungen zum Anspruch auf gesundheitliche Versorgung und die strukturellen *predisposing characteristics* oder *enabling resources* – unterschied sich nicht zwischen den Kommunen mit eGK- und BHS-Modell. Die gefundenen Unterschiede können daher gut begründet auf Unterschiede auf Ebene der Kommunen zurückgeführt werden. Die Kommunen können sich jedoch in mehr als nur in dem jeweils implementierten Zugangsmodell unterscheiden, zum Beispiel in der Versorgungsinfrastruktur. Das Zugangsmodell stellt jedoch einen zentralen Aspekt der Versorgung auf kommunaler Ebene dar, sodass zumindest von einem Einfluss auf den tatsächlichen Zugang zur Versorgung ausgegangen werden kann.

Ein weiteres Argument dafür, dass die identifizierten Unterschiede auf die Zugangsmodelle zurückzuführen sind, liefert die Tatsache, dass sich mit der Annäherung der Zugangsmodelle an die Zugangsbedingungen der Standardbevölkerung (gesetzlich Versicherte) die Inanspruchnahme-Raten ebenfalls an jene der Standardbevölkerung annäherten. Wie unter 4.1 erläutert, zeigt die Analyse der Routinedaten, dass die Inanspruchnahme-Raten in

Kommunen mit BHS-Modell jeweils deutlich stärker von den Inanspruchnahme-Raten der gesetzlich Versicherten abweichen, als die der Kommunen mit eGK-Modell [Pub-B]. Dies bestätigt die Erwartung, dass der Zugang über die eGK eine bessere Annäherung an die Versorgungssituation gesetzlich Versicherter darstellt. Nichtsdestotrotz zeigten sich auch im eGK-Modell noch Unterschiede im Vergleich zur Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung der gesetzlich Versicherten. Dies spiegelt sich in den – wenn auch sehr geringen – Abweichungen der Inanspruchnahme-Raten in den Kommunen mit eGK von den Standardraten wider [Pub-B]. Hierfür sind viele Erklärungen möglich. In den qualitativen Ergebnissen wurden als mögliche Erklärungen von den Interviewten wiederholt die rechtlichen Einschränkungen des Leistungsanspruchs sowie sprachliche Barrieren und fehlende Informiertheit über die Zugangs- und Versorgungsmöglichkeiten (sowohl auf Seiten der Geflüchteten als auch auf Seiten der an der Versorgung beteiligten Akteure) thematisiert [Pub-C; Pub-D].

Es bleibt jedoch bei ausschließlicher Betrachtung der quantitativen Ergebnisse eine kleine Unsicherheit in Bezug auf die ursächliche Bedeutung des Modells aufgrund der fehlenden Kontrolle der Randomisierung im natürlichen Experiment und aufgrund der möglichen weiteren Unterschiede zwischen den Kommunen bestehen. Die gleichzeitige Betrachtung der qualitativen Ergebnisse ist daher erforderlich. Das Vorhandensein geringer, aber dennoch relevanter Unterschiede in der Inanspruchnahme zwischen den Vergleichsgruppen mit eGK- und BHS-Modell wurde auch in den qualitativen Teilstudien thematisiert. Im Allgemeinen berichteten Geflüchtete und an der Versorgung beteiligte Akteur\*innen von einem zufriedenstellenden Zugang zu notwendiger gesundheitlicher Versorgung in allen Kommunen [Pub-C; Pub-D]. Dies entspricht den in den Routinedaten identifizierten relevanten, aber insgesamt eher geringfügigen Unterschieden in den Inanspruchnahme-Raten. Einschränkungen ergeben sich laut der qualitativen Studien in erster Linie, wenn (Weiter-) Behandlungen im BHS-Modell abgelehnt wurden. Aus den Interviews mit lokalen Akteur\*innen ist zu entnehmen, dass die Inanspruchnahme fachärztlicher Versorgung – insbesondere der Besuch verschiedener Fachärzt\*innen im gleichen Quartal – im BHS-Modell erschwert werden konnte, da hierfür zunächst ein neuer Behandlungsschein oder eine neue Überweisung erforderlich wurde. Dies verzögerte die Behandlung und konnte abschreckend wirken [Pub-C]. Auch die interviewten Leistungserbringer\*innen machten auf praktische Probleme in der Nutzung der Behandlungsscheine aufmerksam. Zusätzlicher Arbeitsaufwand

bei der Abrechnung und Aufklärung erforderte zusätzliches Engagement von Seiten der behandelnden Ärzt\*innen, das nicht alle aufbringen konnten oder wollten [Pub-C]. Nicht zuletzt stellen diese Berichte von lokalen Akteur\*innen und Geflüchteten einen plausiblen Hinweis dafür dar, dass es immer wieder zu Verschiebungen in den Notfallsektor kommen kann, wenn sich die praktischen Herausforderungen des BHS-Modells nicht in einer angemessenen Zeit lösen lassen. Für die Inanspruchnahme der Notfallversorgung ist kein Behandlungsschein notwendig, sodass die in der quantitativen Analyse etwas höher liegenden Notfallraten in Kommunen mit BHS-Modell vor dem Hintergrund der qualitativen Ergebnisse plausibel erscheinen. Ob es auch zu Verschiebungen der Inanspruchnahme in andere Bereiche der Versorgung gekommen ist (z.B. von notwendiger psychotherapeutischer Versorgung, die nicht in Anspruch genommen werden konnte, zu anderen Facharzttrichtungen), kann mit den vorhandenen Daten nicht geklärt werden. Auch ob es zu Verschleppungen gekommen ist, die zu vermeidbaren Krankenhausaufenthalten führten, lässt sich auf der Grundlage der vorliegenden Analysen nicht abschließend feststellen.

Insgesamt decken sich diese Ergebnisse zur Bedeutung der Zugangsmodelle mit bisherigen Annahmen und Erkenntnissen aus anderen Forschungsarbeiten aus Deutschland. Darin wird das BHS-Modell ebenfalls als Zugangsbarriere identifiziert, während das eGK-Modell zumindest einen Teil der Zugangsprobleme zu lösen verspricht [145, 147, 152, 153, 155]. Internationale Evidenz bestätigt zudem, dass die Aufnahme von neu ankommenden Geflüchteten in die regulären Versorgungsprogramme Zugangsbarrieren reduzieren kann [198, 200, 220].

### **4.3 Unterschiede in der Inanspruchnahme und gesundheitliche Ungleichheit**

Da nun wie unter 4.1 gezeigt, von Unterschieden zwischen den Vergleichsgruppen in der Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung ausgegangen werden kann und außerdem, wie unter 4.2 gezeigt, diese zumindest teilweise mit dem Zugangsmodell in Verbindung gebracht werden können, lohnt sich nun eine übergreifende Diskussion der dritten Teilfragestellung nach der Relevanz der identifizierten Unterschiede für gesundheitliche Ungleichheit.

Im Sinne des BMHSUs [3], des SDH-Frameworks [13] und der Public Health-Forschung zur gesundheitlichen Ungleichheit [28, 55, 57, 58] ist der Bedarf der einzig akzeptable Grund für

Unterschiede in der Inanspruchnahme. Gleiche Bedarfe sollten zu gleicher Inanspruchnahme führen. Unterschiedlicher – oder auch ein spezifischer – Bedarf sollte sich in unterschiedlicher Inanspruchnahme äußern. Die quasi-randomisierte Zuweisung zu einer Kommune [Pub-A], die zusätzliche Kontrolle der Alters- und Geschlechtsverteilung für die quantitativen Analysen [Pub-B] sowie die ergänzend berücksichtigten Perspektiven der lokalen Akteur\*innen [Pub-C] und geflüchteten Patient\*innen [Pub-D] sprechen dafür, dass die Unterschiede in der Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung im hier untersuchten Anwendungsfall nicht auf Unterschiede im Bedarf zurückzuführen sind und damit eine horizontale Ungleichheit – gleiche Bedarfe werden nicht gleich berücksichtigt – darstellen. Des Weiteren deuten die qualitativen Ergebnisse darauf hin, dass insbesondere Personen mit hohem Versorgungsbedarf (z.B. chronisch Erkrankte) im BHS-Modell einen schlechteren Zugang zu gesundheitlicher Versorgung erhalten [Pub-D]. Hoher Bedarf würde dann mit einem geringeren Versorgungsniveau einhergehen und damit eine zusätzliche vertikale Ungleichheit – ungleiche Bedarfe werden nicht spezifisch berücksichtigt – in der Inanspruchnahme darstellen. Die Annäherung der Inanspruchnahme-Raten in Kommunen mit eGK an die Inanspruchnahme-Raten der gesetzlich Versicherten und die vergleichsweise bessere Versorgung chronisch Erkrankter zeigt zudem auf, dass mit einem Umstieg auf das eGK-Modell die Ungleichheit tatsächlich reduziert werden könnte. Die regelmäßige Anpassung der gesetzlichen Regelungen (z.B. die Dauer ihrer Gültigkeit) und die Abhängigkeit der eGK-Einführung von politischen Mehrheitsverhältnissen zeigt zudem die Änderbarkeit und Kontingenz der jeweils genutzten Zugangsmodelle auf [126, 127, 132]. Der Ursprung der bestehenden Ungleichheit in der Inanspruchnahme ist also weitgehend auf politische Entscheidungen und Rahmenbedingungen zur Versorgung neu ankommender Geflüchteter zurückzuführen. Im Sinne des SDH-Frameworks sind die Ungleichheiten damit auf die strukturellen Determinanten zurückzuführen und können begründet als gesundheitliche Ungleichheit im Sinne ungerechter Unterschiede (*inequity*) bezeichnet werden. Die Ungleichheit ergibt sich daraus, dass Geflüchtete, die als Ergebnis der zufälligen Zuweisung das BHS-Modell nutzen, im Zugang zu gesundheitlicher Versorgung benachteiligt werden. Die empirischen Teilstudien konnten insbesondere aufzeigen, dass eine Benachteiligung im Zugang zu fachärztlicher Versorgung bestand, sich eine erhöhte Inanspruchnahme der Notfallversorgung zeigte und chronisch Erkrankte vor besondere Herausforderungen gestellt wurden. Diese Benachteiligungen bestanden sowohl im Vergleich zu Geflüchteten, die das

eGK-Modell nutzen, als auch im Vergleich zu regulär gesetzlich Versicherten [Pub-B, Pub-C, Pub-D]. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass zumindest ein Teil der Ungleichheit in der Inanspruchnahme über die Zugangsmodelle vermittelt wird. In Bezug auf die eingangs formulierten (empirische) Teilfragestellung 3 lässt sich somit festhalten, dass die spezifisch für Geflüchtete in Deutschland etablierten Zugangsmodelle einen Aspekt der Vermittlung gesundheitlicher Ungleichheit darstellen.

Die empirischen Teilstudien beziehen sich dabei allerdings auf Ungleichheiten in der Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung. Ob sich aus diesen Unterschieden konkrete Folgen für die gesundheitliche Lage ergeben, stand nicht im Fokus der empirischen Analysen. Die grundsätzliche Relevanz der gesundheitlichen Versorgung für den Verlauf sowie die Prävention chronischer und akuter Erkrankungen wird jedoch sowohl von den Interviewten der qualitativen Teilstudien [Pub-C; Pub-D] als auch in der Literatur zu gesundheitlicher Ungleichheit meist vorausgesetzt [8, 39, 59–61]. Das SDH-Framework (vgl. Kapitel 2.1), das Erklärungsmodell des gesundheitlichen Übergangs aus der Lebensverlaufsforchung sowie das Konzept sozial kritischer Perioden (vgl. Kapitel 3.1) bilden zudem theoretische Erklärungsansätze, die die Bedeutung der gesundheitlichen Versorgung für die Vermittlung gesundheitlicher Ungleichheit nach der Flucht bzw. Migration plausibilisieren [20, 104, 221]. Direkte empirische Anhaltspunkte für das konkrete Ausmaß der über die Zugangsmodelle vermittelten Ungleichheit in der gesundheitlichen Lage liefern die empirischen Teilstudien jedoch nicht.

## **5 Diskussion**

Übergeordnetes Ziel dieser Arbeit war es, die Relevanz der spezifisch für Geflüchtete in Deutschland etablierten Zugangsmodelle bei der Vermittlung gesundheitlicher Ungleichheit zu analysieren. Auf der Grundlage der hier zusammengestellten theoretischen, methodischen und empirischen Analysen zeigt sich die grundsätzliche Relevanz der Zugangsmodelle für gesundheitliche Ungleichheiten. Die Nutzung unterschiedlicher Zugangsmodelle geht mit einer jeweils unterschiedlichen Inanspruchnahme einher. Die im eGK-Modell geringere Inanspruchnahme von Notfallambulanzen, die Erleichterungen für chronisch Erkrankte und die Vereinfachungen für Leistungserbringer\*innen in der ambulanten Versorgung bestärken die Annahme, dass sich konkrete gesundheitliche und organisatorische Vorteile aus dem eGK-Modell ergeben. Ein mit dem eGK-Modell vergleichbarer Zugang kann im BHS-Modell nur mit

mehr Aufwand und individuellem Engagement erreicht werden. Unterschiede bestehen auch im Vergleich zu gesetzlich Versicherten. Die Unterschiede fallen jedoch für Nutzer\*innen des eGK-Modells geringer aus als für Nutzer\*innen des BHS-Modells. Da sowohl die Unterschiede zwischen den Modellen als auch die Unterschiede im Vergleich zu gesetzlich Versicherten nicht allein auf Unterschiede im Bedarf zurückzuführen sind, sondern auf die spezifischen politischen Rahmenbedingungen zum Zugang zu gesundheitlicher Versorgung für neu ankommenden Geflüchtete, können diese Unterschiede als Ungleichheiten bezeichnet werden. Es zeigen sich also Ungleichheiten in der Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung in Abhängigkeit vom jeweils genutzten Zugangsmodell. Damit konnte ein empirischer Anwendungsfall für Flucht als eine (strukturelle) soziale Determinante gesundheitlicher Ungleichheit identifiziert werden, bei dem die gesundheitliche Versorgung als vermittelnde intermediäre Determinante wirkt.

Mit der hier vorgelegten Arbeit liegt erstmals ein umfassender Vergleich der Zugangsmodelle für neu ankommende Geflüchtete vor, der sowohl neue empirische Erkenntnisse liefert als auch eine ausführliche Betrachtung der damit verbundenen gesundheitlichen Ungleichheit vornimmt. Der gewählte Mixed-Methods-Ansatz und das darin eingebettete natürliche Quasi-Experiment ermöglichen eine spezifische Betrachtung der Relevanz der Zugangsmodelle für die Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung. Auf diese Weise kann der Einfluss des (beschränkten) Leistungsanspruchs vom Einfluss der Zugangsmodelle abgegrenzt werden.

Durch die Nutzung von Routinedaten konnte zudem eine große und für die Kommunen unverzerrte Stichprobe der geflüchteten Nutzer\*innen der beiden Zugangsmodelle generiert werden. Zudem bot die Vielfalt der in den qualitativen Teilstudien berücksichtigten Perspektiven einen detaillierten Vergleich der Vor- und Nachteile der Modelle und lieferte zudem Hinweise zur Plausibilisierung der quantitativen Ergebnisse. Bedingung dafür war, dass die quantitativen und qualitativen Daten weitgehend in den gleichen Kommunen erhoben wurden und dass das methodische Vorgehen aller Teilstudien eng aufeinander abgestimmt war.

Mit dem Fokus auf Flucht als strukturelle Determinante und nicht (nur) als persönliches Schicksal konnte strukturelle Diskriminierung neu ankommender Geflüchteter als Ursache gesundheitlicher Ungleichheit in den Vordergrund gerückt werden. Nicht nur in Deutschland, sondern in vielen weiteren Ländern, erhalten neu ankommende Geflüchtete nicht den

gleichen Zugang zu gesundheitlicher Versorgung wie andere Migrant\*innen oder Staatsbürger\*innen [12]. Angesichts der weltweit stetig wachsenden Zahl Geflüchteter sind damit zunehmend mehr Menschen von einer gleichberechtigten und bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung ausgeschlossen [222]. Die hier für Deutschland aufgezeigten Auswirkungen auf die Inanspruchnahme und gesundheitliche Ungleichheit sind daher auch über den nationalen Kontext hinaus relevant.

Die konkreten Ergebnisse stehen im Einklang mit bereits vorliegenden Erkenntnissen qualitativer und quantitativer Studien zum Vorteil des eGK-Modells im Vergleich zum BHS-Modell. Die Ergebnisse gehen jedoch darüber hinaus. Die einzige quantitative Studie, die einen direkten Vergleich der Inanspruchnahme im BHS- und eGK-Modell vornimmt [145], vergleicht lediglich die Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung. Sie nimmt aber weder die Nutzung der Notfallambulanzen noch die stationäre Versorgung in den Blick. Bisherigen qualitativen Studien fehlte das vergleichende Element. Erfahrungen mit der Nutzung des BHS-Modells konnten daher bisher nicht mit Erfahrungen bei der Nutzung des eGK-Modells verglichen werden [153, 155]. Auch wurde in keiner der bisherigen qualitativen Studien eine Nachbefragung nach Ablauf der Leistungseinschränkungen bei einem Aufenthalt von mehr als 15 Monaten vorgenommen. Die qualitativen Teilstudien dieser Arbeit berücksichtigen beide Vergleiche, sodass die gefundenen Unterschiede – insbesondere die Vorteile für chronisch Erkrankte und die Erleichterungen für Leistungserbringer\*innen – aufgrund dieser Herangehensweise mit sehr viel größerer Gewissheit auch tatsächlich den Zugangsmodellen zugeordnet werden können.

Trotz der Bedeutung der hier zusammengefassten Ergebnisse sollen die Grenzen des gewählten Ansatzes nicht unerwähnt bleiben. Das SDH-Framework stellt eine strukturalistische Perspektive dar. Da Ungleichheit zwischen sozialen Gruppen gedacht wird, bleibt wenig Spielraum für die Analyse des individuellen Erlebens, Handelns oder der individuellen Einflussnahme innerhalb des strukturellen Rahmens. Der SDH-Ansatz ist daher nicht geeignet, um die Vielfalt innerhalb sozialer Gruppen abzubilden. Auch der Begriff ‚Determinanten‘ suggeriert eine weitgehende Starrheit des strukturellen Kontextes. Der individuelle Handlungsspielraum und die Möglichkeiten der Einflussnahme – sowohl der individuellen geflüchteten Personen als auch der lokalen Akteur\*innen und politischen Entscheidungsträger\*innen – spiegelt sich in Analysen nur bedingt wider. Eine Erweiterung

der Forschungsperspektive, zum Beispiel unter Berücksichtigung von „agency“ als kontrastierendem Element zu „structure“, wie es in der Lebensverlaufsforschung üblich ist, könnte zur Lösung dieses Problems beitragen [107].

Der Fokus auf die gesundheitliche Versorgung und die Zugangsmodelle führt dazu, dass Ungleichheiten in der gesundheitlichen Lage sowie viele weitere intermediäre Determinanten ausgeblendet und lediglich ein sehr kleiner Ausschnitt des SDH-Frameworks, des Versorgungssystems und möglicher Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit berücksichtigt werden können. Sowohl der globale Kontext, in dem Menschen fliehen (müssen), als auch die Versorgung vor und auf der Flucht bleiben unberücksichtigt. Angesichts dieser Spezifizierungen und Begrenzungen für die empirische Forschung kann hier auch keine umfassende normative Bewertung der gesundheitlichen Versorgung Geflüchteter unter Berücksichtigung gesamtgesellschaftlicher Ziele und globaler Gerechtigkeitsvorstellungen erfolgen. Eine solche Bewertung erfordert eine sehr viel umfassendere Diskussion von *health equity* und (sozialer) Gerechtigkeit, die über das konkrete Ziel dieser Arbeit hinausgegangen wäre.

Aus den Ergebnissen dieser Arbeit können weiterführende Erkenntnisse für die Public Health-Forschung gewonnen werden. In Bezug auf den konkreten Forschungsgegenstand, d.h. die Zugangsmodelle, kann die Public Health Forschung aufbauend auf diesen Ergebnissen die direkten gesundheitlichen Folgen – und nicht nur die Folgen für die Inanspruchnahme – in den Blick nehmen und mögliche Ungleichheiten in der gesundheitlichen Lage der Betroffenen quantifizieren und thematisieren. Dabei sollten auch die hier etwas vernachlässigten Versorgungsbereiche – stationäre Versorgung, Prävention, Geburtshilfe und psychotherapeutische Versorgung – explizit berücksichtigt werden. Eine gleichzeitige Betrachtung der Ungleichheit in der Inanspruchnahme und sich daraus ergebender Ungleichheit in der gesundheitlichen Lage ist bisher nicht vorgenommen worden und würde die hier begonnene Analyse der Zugangsmodelle vervollständigen.

Aus methodischer Sicht hat sich der Mixed-Methods-Ansatz, d.h. die Nutzung vorhandener Routinedaten in Kombination mit den qualitativen Interviewanalysen bewährt. Die jeweiligen Stärken und Schwächen der kombinierten Methoden gleichen sich dadurch teilweise aus, sodass dieser Ansatz für die Public Health Forschung auch über das Thema der gesundheitlichen Versorgung von Geflüchteten hinaus Anwendung finden kann. Gleiches gilt

auch für das Studiendesign des natürlichen Experiments, das angesichts der Herausforderungen ‚echter‘ Experimente in Public Health ebenfalls zukunftsweisend ist. Insgesamt würde die Stärkung partizipativer Elemente mit der entsprechenden Reflexivität und Finanzierung eine interessante Erweiterung des Mixed-Methods-Ansatzes darstellen [167, 168].

Vor dem Hintergrund der theoretisch-konzeptionellen Ergebnisse dieser Arbeit erscheint es zudem relevant, die gesundheitliche Versorgung als eine vermittelnde intermediäre Determinante gesundheitlicher Ungleichheit in den Blick zu nehmen – insbesondere dann, wenn Teile der Bevölkerung vom regulären Zugang zu gesundheitlicher Versorgung ausgeschlossen sind. Dies kann sowohl das Verständnis für die Entstehung gesundheitlicher Ungleichheit erweitern als auch Ansatzpunkte für ihre Reduktion bieten. Die Wahl des SDH-Frameworks als Rahmung erweist sich zudem als besonders geeignet für Public Health Forschung, die darauf abzielt, im Anschluss an die empirische Forschung (politische) Interventionen zu entwickeln und Veränderungen anzuregen, die auf struktureller bzw. System-Ebene ansetzen.

Die in dieser Arbeit zusammengefassten Erkenntnisse liefern zudem einige Schlussfolgerungen für die Public Health Praxis, insbesondere im Bereich der Versorgung von Geflüchteten. Die Bundesländer und Kommunen stehen weiterhin vor der Wahl, das eGK-Modell einzuführen oder am BHS-Modell festzuhalten. Die empirischen Erkenntnisse dieser Arbeit sprechen dafür, dass eine Einführung des eGK-Modells die Ungleichheiten im Zugang zu gesundheitlicher Versorgung reduzieren kann. Es zeigt sich außerdem, dass auch unabhängig vom Zugangsmodell lokale Akteur\*innen in den Kommunen durch zusätzliches Engagement zur Verbesserung des Zugangs zu gesundheitlicher Versorgung beitragen können. Wichtige unterstützende Maßnahmen sind die Finanzierung von Sprachmittlung, die Unterstützung bei der Terminvereinbarung, im Fall von BHS-Modell die flexible Ausgabe von Behandlungsscheinen und die sorgfältige Informationsweitergabe bezüglich der Versorgungsangebote und der tatsächlichen Ansprüche. Begrenzt bleibt dieser Handlungsspielraum durch den eingeschränkten Leistungsanspruch des AsylbLG. Nur eine Änderung des AsylbLGs kann hierüber vermittelte gesundheitliche Ungleichheit beseitigen. Die Änderung des AsylbLGs im Jahr 2019, die den Ausschluss neu ankommender Geflüchteter

von der GKV bestätigt und von 15 auf 18 Monaten verlängerten hat, stellt in dieser Hinsicht eine verpasste Chance dar.

Neben der spezifischen Relevanz der Ergebnisse für den deutschen Kontext sprechen die Ergebnisse auch im Allgemeinen dafür, Geflüchteten frühzeitig einen regulären Zugang zu gesundheitlicher Versorgung zu ermöglichen. Fehlversorgung und Verschiebung in den Notfallsektor, wie in den empirischen Teilstudien beobachtet, lassen sich so auch in anderen Kontexten gegebenenfalls reduzieren. Damit kann einerseits unmittelbar Ungleichheit in der Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung reduziert werden und andererseits mittelbar auch zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit beigetragen werden, sofern diese über die Versorgung vermittelt wird.

## 6 Literatur

1. World Health Organisation. The World Health Report. Health System Financing. The path to universal coverage. World Health Organization. 2010. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70496/1/WHO\\_IER\\_WHR\\_10.1\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70496/1/WHO_IER_WHR_10.1_eng.pdf). Accessed 28 Aug 2020.
2. SVR - Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III. Über, -Unter- und Fehlversorgung. Gutachten 2000/2001. 2001. [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2000-2001/Kurzf-de-01.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2000-2001/Kurzf-de-01.pdf). Accessed 28 Aug 2020.
3. Andersen RM. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care : Does it Matter? *Journal of Health and Social Behavior*. 1995;36:1–10.
4. Levesque J-F, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*. 2013;12:18–26.
5. Lengerke T von, Gohl D, Babitsch B. Re-revisiting the Behavioral Model of Health Care Utilization by Andersen: A Review on Theoretical Advances and Perspectives. In: Janssen C, Swart E, Lengerke T von, editors. *Health Care Utilization in Germany. Theory, Methodology, and Results*. New York: Springer; 2014. p. 11–28.
6. Sen A. Why Health Equity? In: Anand S, Peter F, Sen A, editors. *Public Health, Ethics, and Equity*. Oxford: Oxford University Press; 2004. p. 93–106.
7. Daniels N. Justice, health, and healthcare. *Am J Bioeth*. 2001;1:2–16.
8. Whitehead M. *The Concepts and Principles of Equity and Health*. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe; 1991.
9. Taylor K. Asylum seekers, refugees, and the politics of access to health care: a UK perspective. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*. 2009;59:765–72.
10. Wild V. Universal Access to Health Care for Migrants: Applying Cosmopolitanism to the Domestic Realm. *Public Health Ethics*. 2015;8:162–72.
11. Norredam M, Mygind A, Krasnik A. Access to health care for asylum seekers in the European Union—a comparative study of country policies. *European Journal of Public Health*. 2006;16:285–9.
12. International Organization for Migration (IOM) Regional Office Brussels. Migration Health Division (MHD). Summary Report on the MIPEX Health Strand and Country Reports. Geneva: International Organization for Migration (IOM); 2016.
13. Solar O, Irwin A. *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization; 2010.
14. Commission on the social determinants of health. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report*. Geneva: World Health Organization; 2008.
15. Spallek J, Zeeb H, Razum O. What do we have to know from migrants' past exposures to

- understand their health status? A life course approach. *Emerging themes in epidemiology*. 2011;8:6–13.
16. Gee GC, Walsemann KM, Brondolo E. A life course perspective on how racism may be related to health inequities. *American Journal of Public Health*. 2012;102:967–74.
  17. Ben-Shlomo Y, Kuh D. A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *International Journal of Epidemiology*. 2002;31:285–93.
  18. Elder GH, Johnson MK, Crosnoe R. The Emergence and Development of Life Course Theory. In: Mortimer JT, Shanaha MJ, editors. *Handbook of the Life Course*. Boston: Springer; 2003. p. 3–19.
  19. Mayer KU. Whose lives? How history, societies, and institutions define and shape life courses. *Research in Human Development*. 2004;1:161–87.
  20. Bartley M, Blane D, Montgomery S. Health and the life course: why safety nets matter. *BMJ : British Medical Journal*. 1997;314:1194–6.
  21. Razum O. Migration, Mortalität und der Healthy-migrant-Effekt. In: Richter M, Hurrelmann K, editors. *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2009. p. 267–82.
  22. Rosenbrock R. Gesundheit und Gerechtigkeit in Deutschland. *Gesundheitswesen*. 2007;69:647–52.
  23. Holland S. *Public Health Ethics (2nd edition)*. Cambridge: Polity; 2015.
  24. Valles SA. *Philosophy of Population Health. Philosophy for a New Public Health Era*. New York: Routledge; 2018.
  25. Sen A. Why health equity? *Health Economics*. 2002;11:659–66.
  26. Lenk C. Normative und deskriptive Gesundheitsbegriffe. In: Schröder-Bäck P, Kuhn J, editors. *Ethik in den Gesundheitswissenschaften*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa; 2016. p. 34–42.
  27. Rauprich O. Gesundheitsgerechtigkeit : Zur Theorie von Norman Daniels. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. 2009;52:519–26.
  28. Starfield B. Improving equity in health: A research agenda. *International Journal of Health Services*. 2001;31:545–66.
  29. Labonté R, Frank J, Di Ruggiero E. Introduction. In: Green J, Labonté R, editors. *Critical Perspectives in Public Health*. London/New York: Routledge; 2008.
  30. McCartney G, Popham F, McMaster R, Cumbers A. Defining health and health inequalities. *Public Health*. 2019;172:22–30.
  31. Buyx AM. Wie gleich kann Gesundheit sein? Ethische und gerechtigkeitstheoretische Aspekte gesundheitlicher Ungleichheiten. *Gesundheitswesen*. 2010;72:48–53.
  32. Kawachi I, Subramanian S, Almeida-Filho N. A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2002;56:647–52.
  33. Reidpath DD, Allotey P. Measuring global health inequity. *International journal for equity in health*. 2007;6:16.

34. Ruger JP. Ethics of the social determinants of health. *Lancet*. 2004;364:1092–7.
35. Daniels N. *Just health. Meeting health needs fairly*. Cambridge: Cambridge University Press; 2008.
36. Powers M, Faden R. *Social justice : the moral foundations of public health and health policy*. Oxford: Oxford University Press; 2008.
37. Venkatapuram S. Global Justice and the Social Determinants of Health. *Ethics and International Affairs*. 2010;24:119–30.
38. Wilkinson RG, Marmot M. *Social determinants of health: the solid facts*. Copenhagen: WHO Europe; 2003.
39. Beckfield J, Krieger N. Epi + demos + cracy: Linking political systems and priorities to the magnitude of health inequities – evidence, gaps, and a research agenda. *Epidemiologic Reviews*. 2009;31:152–77.
40. Castaneda H, Holmes SM, Madrigal DS, Young ME, Beyeler N, Quesada J. Immigration as a social determinant of health. *Annu Rev Public Health*. 2015;36:375–92.
41. Krieger N. A glossary for social epidemiology. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2001;55:693–700.
42. Graham H, Kelly MP. *Health inequalities: concepts, frameworks and policy*. London: NHS Health Development Agency; 2004.
43. Ackerknecht EH. Rudolf Virchow und die Sozialmedizin. *Sudhoffs Archiv*. 1975;59:247–53.
44. Marmot MG. *Social Causes of Social Inequalities in Health*. In: *Public Health, Ethics, and Equity*. Oxford: Oxford University Press; 2004. p. 37–62.
45. Putnam S, Galea S. Epidemiology and the macrosocial determinants of health. *Journal of Public Health Policy*. 2008;29:275–89.
46. Krieger N. Discrimination and Health Inequities. *International Journal of Health Services*. 2014;44:643–710.
47. Graham H. Die Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheit und die Bedeutung sozialer Determinanten: Unterschiedliche Definitionsansätze und ihre politischen Konjunkturen. In: Bauer U, Bittlingmayer UH, Richter M, editors. *Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*. Wiesbaden; 2008. p. 455–79.
48. Mackenbach JP, Kunst AE. Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: An overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Social Science and Medicine*. 1997;44:757–71.
49. Ingleby D. Ethnicity, Migration and the ‘Social Determinants of Health’ Agenda. *Psychosocial Intervention*. 2012;21:331–41.
50. Degele N, Winker G. *Intersektionalität: Zur Analyse sozialer Ungleichheiten*. Bielefeld: transcript Verlag; 2009.
51. Hankivsky O, Reid C, Cormier R, Varcoe C, Clark N, Benoit C, et al. Exploring the promises of intersectionality for advancing women’s health research. *International journal for equity in health*. 2010;9:1–15.
52. Sen G, Iyer A, Mukherjee C. *A Methodology to Analyse the Intersections of Social*

- Inequalities in Health. *Journal of Human Development and Capabilities*. 2009;10:397–415.
53. Viruell-Fuentes EA, Miranda PY, Abdulrahim S. More than culture: Structural racism, intersectionality theory, and immigrant health. *Social Science and Medicine*. 2012;75:2099–106.
54. O’Donnell CA, Burns N, Mair FS, Dowrick C, Clissmann C, van den Muijsenbergh M, et al. Reducing the health care burden for marginalised migrants: The potential role for primary care in Europe. *Health Policy*. 2016;120:495–508.
55. WHO Regional Office for Europe. How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010.
56. Aristoteles. *Nikomachische Ethik. Fünftes Buch*. Übersetzt und herausgegeben von Ursula Wolf. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2018.
57. Culyer AJ. Equity – some theory and its policy implications. *Journal of Medical Ethics*. 2001;:275–83.
58. Oliver A, Mossialos E. Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2004;58:655–8.
59. Mielck A. *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Bern: Huber; 2000.
60. Wendt C. Einflussfaktoren von Gesundheitssystemen auf Gesundheit und gesundheitliche Ungleichheit. In: Richter M, Hurrelmann K, editors. *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2016. p. 211–26.
61. Chase LE, Cleveland J, Beatson J, Rousseau C. The gap between entitlement and access to healthcare. *Social science & medicine (1982)*. 2017;182:52–9.
62. Zimmerman C, Kiss L, Hossain M. Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making. *PLoS Medicine*. 2011;8:e1001034.
63. Davies A, Basten A, Frattini C. *Migration : A social determinant of the health of migrants*. Geneva: International Organization for Migration (IOM), Migration Health Department; 2009.
64. Malkki LH. Speechless Emissaries: Refugees, Humanitarianism, and Dehistoricization. *Cultural Anthropology*. 1996;11:377–404.
65. Treibel A. *Migration in modernen Gesellschaften: soziale Folgen von Einwanderung, Gastarbeit und Flucht (4. Aufl.)*. Weinheim/München: Juventa; 2008.
66. Niedrig H, Seukwa LH. Die Ordnung des Diskurses in der Flüchtlingskonstruktion: Eine postkoloniale Re-Lektüre. *Diskurs Kindheits- und Jugendforschung*. 2010;5:181–93.
67. Castles S. The International Politics of Forced Migration. *Development*. 2003;46:11–20.
68. Berthold T. *In erster Linie Kinder. Flüchtlingskinder in Deutschland*. Köln: Deutsches Komitee für UNICEF; 2014.
69. Scott P, Odukoya D, Unger H von. The Classification of “ Migrants ” as a Discursive Practice in Public Health . A Sociology of Knowledge Approach. WZB Discussion Paper. 2014;SP III.
70. Unger H von, Odukoya D, Scott P. Kategorisierung als diskursive Praktik: Die Erfindung der „Ausländer-Tuberkulose“. In: Bosancic S, Keller R, editors. *Perspektiven*

wissenssoziologischer Diskursforschung. Wiesbaden: Springer; 2016.

71. Scott P, Unger H von. Questioning Categorisation Practices: 'Migrants' and 'Ethnic Groups' in Public Health Classification(s). In: Kühlmeyer K, Klinger C, Huxtable R, editors. Ethical, Legal and Social Aspects of Healthcare for Migrants. Perspectives from the UK and Germany. London: Routledge; 2018. p. 147–61.
72. United Nations General Assembly. Convention relating to the Status of Refugees. Reg. No. 2545. UNTS 189, p. 137. Geneva; 1951.
73. United Nations General Assembly. Protocol relating to the Status of Refugees. Reg. No. 8791. UNTS 606, p. 267. New York; 1967.
74. Deutscher Bundestag. Gesetz betreffend das Abkommen vom 28. Juli 1951 über die Rechtstellung der Flüchtlinge. BGBGI 1953 II, S. 559. Bonn.
75. Angenendt S. Kinder auf der Flucht. Opladen: Leske+Buderich; 2000.
76. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). Protecting Refugees: questions and answers. 2002.  
<http://www.unhcr.org/publications/brochures/3b779dfe2/protecting-refugees-questions-answers.html>. Accessed 2 Sep 2020.
77. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). Global Trends: Forced displacement in 2015. Geneva; 2016.
78. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). UNHCR viewpoint: 'Refugee' or 'migrant' – Which is right? 2016.  
<http://www.unhcr.org/news/latest/2016/7/55df0e556/unhcr-viewpoint-refugee-migrant-right.html>. Accessed 2 Sep 2020.
79. Bade KJ. Zur Karriere und Funktion abschätziger Begriffe in der deutschen Asylpolitik. Aus Politik und Zeitgeschichte. 2015;65:3–8.
80. Bundesministerium des Innern. Migration und Integration. Aufenthaltsrecht, Migrations- und Integrationspolitik in Deutschland. Berlin; 2014.
81. Malkki LH. Refugees and Exile: From 'Refugee Studies' to the National Order of Things. Annual Review of Anthropology. 1995;24:493–523.
82. European Commission. EU 'Safe Countries of Origin'-List. [https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/what-we-do/policies/european-agenda-migration/background-information/docs/2\\_eu\\_safe\\_countries\\_of\\_origin\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/what-we-do/policies/european-agenda-migration/background-information/docs/2_eu_safe_countries_of_origin_en.pdf). Accessed 9 Sep 2020.
83. Zetter R. Labelling refugees: Forming and transforming a bureaucratic identity. Journal of Refugee Studies. 1991;4:39–62.
84. Zetter R. More labels, fewer refugees: Remaking the refugee label in an era of globalization. Journal of Refugee Studies. 2007;20:172–92.
85. Arendt H. We Refugees. In: Robinson M, editor. Altogether Elsewhere. Writers on Exile. Boston; London: Faber & Faber; 1994. p. 110–9.
86. Feller E. Refugees are not migrants. Refugee Survey Quarterly. 2005;24:27–35.
87. Jöris L. Wider den Begriff „Flüchtling“: zu den Hintergründen eines scheinbar neutralen Begriffs. Diskussionspapier. Halle (Saale): Heinrich-Böll-Stiftung Sachsen-Anhalt; 2015.

88. Kothen A. Sagt man jetzt Flüchtlinge oder Geflüchtete? ProAsyl. 2016. <https://www.proasyl.de/hintergrund/sagt-man-jetzt-fluechtlinge-oder-gefluechtete/>. Accessed 9 Sep 2020.
89. Mohr K. Stratifizierte Rechte und soziale Exklusion von Migranten im Wohlfahrtsstaat. *Zeitschrift für Soziologie*. 2005;34:383–98.
90. Müller A. Die Organisation der Aufnahme und Unterbringung von Asylbewerbern in Deutschland. Fokus-Studie der deutschen nationalen Kontaktstelle für das Europäische Migrationsnetzwerk (EMN) im Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Working Paper 55. 2013.
91. Eichenhofer E. Gesundheitsleistungen für Flüchtlinge. *ZAR*. 2013;33:169–75.
92. Classen G. Sozialleistungen für MigrantInnen und Flüchtlinge. Karlsruhe: Loeper Literatur, Pro Asyl; 2008.
93. Castañeda H, Holmes SM, Madrigal DS, Young M-ED, Beyeler N, Quesada J. Immigration as a Social Determinant of Health. *Annual Review of Public Health*. 2015;36:375–92.
94. Hannigan A, O'Donnell P, O'Keefe M, MacFarlane A. How do variations in definitions of “migrant” and their application influence the access of migrants to health care services? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016.
95. Agyemang C. Comfy zone hypotheses in migrant health research: time for a paradigm shift. *Public Health*. 2019;172:108–15.
96. Bartley M. *Health Inequalities. An introduction to concepts, theories and methods*. 2nd edition. Cambridge: Polity; 2016.
97. Kuh D, Ben-Shlomo Y, Lynch J, Hallqvist J, Power C. Life Course Epidemiology. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2003;57:778–83.
98. Schenk L. Migration und Gesundheit - Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. *International Journal of Public Health*. 2007;52:87–96.
99. Wingers M, de Valk H, Windzio M, Aybek C. The Sociological Life Course Approach and Research on Migration and Integration. In: Wingers M, de Valk H, Windzio M, Aybek C, editors. *A Life-Course Perspective on Migration and Integration*. Heidelberg/London/New York: Springer; 2011. p. 1–26.
100. Kley S. Explaining the stages of migration within a life-course framework. *European Sociological Review*. 2011;27:469–86.
101. Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. The social basis of inequalities in health. In: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, editors. *Challenging Inequities in Health*. Oxford: Oxford University Press; 2001.
102. Davidson PL, Andersen RM, Wyn R, Brown ER. A Framework for Evaluating Safety-Net and other Community-Level Factors on Access for Low-Income Populations. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*. 2004;41:21–38.
103. Siddiqi A, Zuberi D, Nguyen QC. The role of health insurance in explaining immigrant versus non-immigrant disparities in access to health care: Comparing the United States to Canada. *Social Science and Medicine*. 2009;69:1452–9.
104. Spallek J, Zeeb H, Razum O. Life Course Epidemiology: A Conceptual Model for the

- Study of Migration and Health. In: Schenker M, Castaneda X, Rodriguez-Lainz A, editors. Migration and Health: A Research Methods Handbook. Oakland: UC Press; 2014. p. 38–55.
105. Razum O. Migration, Mortalität und der Healthy-migrant-Effekt<sup>1</sup>. In: Richter M, Hurrelmann K, editors. Gesundheitliche Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2009. p. 267–82.
106. Razum O, Twardella D. Time travel with Oliver Twist - Towards an explanation for a paradoxically low mortality among recent immigrants. *Tropical Medicine and International Health*. 2002;7:4–10.
107. Gong F, Xu J, Fujishiro K, Takeuchi DT. A life course perspective on migration and mental health among Asian immigrants: The role of human agency. *Social Science and Medicine*. 2011;73:1618–26.
108. Norredam M, Agyemang C, Hoejbjerg Hansen OK, Petersen JH, Byberg S, Krasnik A, et al. Duration of residence and disease occurrence among refugees and family reunited immigrants: Test of the ‘healthy migrant effect’ hypothesis. *Tropical Medicine and International Health*. 2014;19:958–67.
109. Razum O, Twardella D. Time travel with Oliver Twist - towards an explanation for a paradoxically low mortality among recent immigrants. *Tropical Medicine and International Health*. 2002;7:4–10.
110. Spallek J, Razum O. Migration und Gesundheit. In: Richter M, Hurrelmann K, editors. *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Springer; 2016. p. 153–66.
111. Mulinari S, Bredstrom A, Merlo J. Questioning the discriminatory accuracy of broad migrant categories in public health: self-rated health in Sweden. *European journal of public health*. 2015;25:911–7.
112. Schenk L, Bau AM, Borde T, Butler J, Lampert T, Neuhauser H, et al. Mindestindikatoren zur Erfassung des Migrationsstatus : Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. 2006;49:853–60.
113. Norredam M, Mygind A, Krasnik A. Access to health care for asylum seekers in the European Union- A comparative study of country policies. *European Journal of Public Health*. 2006;16:285–9.
114. Malmusi D. Immigrants’ health and health inequality by type of integration policies in European countries. *European Journal of Public Health*. 2015;25:293–9.
115. Rommel A, Saß AC, Born S, Ellert U. Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und die Bedeutung des sozioökonomischen Status. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. 2015;:1–10.
116. Schunck R, Reiss K, Razum O. Pathways between perceived discrimination and health among immigrants: evidence from a large national panel survey in Germany. *Ethnicity & Health*. 2014;20:693–722.
117. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF). Ablauf des deutschen Asylverfahrens. Ein Überblick über die einzelnen Verfahrensschritte und rechtlichen Grundlagen (2. aktualisierte Fassung). Nürnberg; 2019.  
<https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/AsylFluechtlingsschutz/Asylverfahren/das->

deutsche-asylverfahren.pdf?\_\_blob=publicationFile&v=12. Accessed 18 Sep 2020.

118. Deutscher Bundestag. Asylgesetz in der seit dem 21.08.2019 geltenden Fassung, geändert durch das 2. Gesetz zur besseren Durchsetzung der Ausreisepflicht vom 15.08.2019. BGBl. 2019 I, S. 1294 (neue Fassung). 2019.
119. Deutscher Bundestag. Asylgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. September 2008 (BGBl. I S. 1798), zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 4. August 2019 (BGBl. I S. 1131). Gültig bis 20.08.2019 (alte Fassung).
120. Landtag Nordrhein-Westfalen. Gesetz über die Zuweisung und Aufnahme ausländischer Flüchtlinge (Flüchtlingsaufnahmegesetz - FlüAG) vom 28. Februar 2003. Düsseldorf; 2003.
121. Janda C. Quo vadis, AsylbLG? Möglichkeiten der Neugestaltung der existenzsichernden Leistungen für Personen mit vorübergehendem Aufenthalt nach dem Urteil des BVerfG. ZAR. 2013;33:175–81.
122. 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.
123. Deutscher Bundestag. Asylbewerberleistungsgesetz in der seit dem 21.08.2019 geltenden Fassung, geändert durch das 2. Gesetz zur besseren Durchsetzung der Ausreisepflicht vom 15.08.2019. BGBl. 2019 I, S. 1294 (neue Fassung).
124. Pross C. Third Class Medicine: Health Care for Refugees in Germany. Health Hum Rights. 1998;3:40–53.
125. Lindner K. Die gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden in Deutschland. Migration und Soziale Arbeit. 2015;8:81–8.
126. Wächter-Raquet M. Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende und Flüchtlinge. Der Umsetzungsstand im Überblick der Bundesländer. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung; 2016.
127. Bozorgmehr K, Razum O. Negotiating access to health care for asylum seekers in Germany. In: Health diplomacy: spotlight on refugees and migrants. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019. p. 163–70.
128. Bundesärztekammer. Beschlussprotokoll des 17. Deutschen Ärztetages. 27. bis 30. Mai 2014 in Düsseldorf. 2014.  
[http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/117DAETBeschlussprotokoll20140613.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/117DAETBeschlussprotokoll20140613.pdf). Accessed 18 Sep 2020.
129. Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO). Versorgung von nicht regulär krankenversicherten Patienten mit Migrationshintergrund. Deutsches Ärzteblatt. 2013;110:A899-903.
130. Jung F. Das Bremer Modell - Gesundheitsversorgung Asylsuchender. Bremen: Gesundheitsamt der Freien Hansestadt Bremen; 2011.
131. Mohammadzadeh Z, Jung F, Lelgemann M. Gesundheit für Flüchtlinge – das Bremer Modell. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2016;59:561–9.
132. Günther W, Kurrek D, Töller AE. Ein starker Fall für die Parteidifferenztheorie : Die Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende in den Bundesländern. Z Politikwiss.

2019;29:361–392.

133. Burmester F. Medizinische Versorgung der Leistungsberechtigten nach §§ 4 und 6 AsylbLG über eine Krankenkasse. Public Health Forum. 2015;23:106–8.

134. Wächter-Raquet M. Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende und Flüchtlinge. Der Umsetzungsstand im Überblick der Bundesländer. Stand Mai 2016. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung; 2016.

135. Schammann H, Kühn B. Kommunale Flüchtlingspolitik in Deutschland. Friedrich-Ebert-Stiftung. 2017. <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/12763.pdf>. Accessed 18 Sep 2020.

136. Behörde für Arbeit Soziales Familie und Integration der Freien und Hansestadt Hamburg. Gesundheitsversorgung Ausländer. Best Practice Beispiele aus Hamburg. Bericht der Fachtagung am 8. Dezember 2014 in der Landesvertretung Hamburg in Berlin. Hamburg; 2014.

137. Ministerium für Arbeit Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Gesundheitskarte. 2020. <https://www.mags.nrw/gesundheitskarte-fuer-fluechtlinge>. Accessed 20 Oct 2020.

138. Rat der Stadt Delmenhorst. Aktuelle Sachlage zur Einführung der Gesundheitskarte für Asylbewerber/innen. Vorlage - 16/29/017/BV-R. 2016. <http://www.sitzungsdienst-delmenhorst.de/bi/vo020.asp?VOLFDNR=8262#searchword>. Accessed 20 Oct 2020.

139. Landkreis Cuxhaven. Elektronische Gesundheitskarte für Flüchtlinge. <https://www.landkreis-cuxhaven.de/Elektronische-Gesundheitskarte-für-Flüchtlinge.php?object=tx,1779.33.1&ModID=10&FID=567.1259.1&La=1&ort=>. Accessed 20 Oct 2020.

140. Kommune Burgwedel. Elektronische Gesundheitskarte für Flüchtlinge. <https://www.hannover.de/Leben-in-der-Region-Hannover/Bürger-Service/Behördenführer/Migration-und-Asyl/Flüchtlingsangelegenheiten/Elektronische-Gesundheitskarte-für-Flüchtlinge-Burgwedel>. Accessed 20 Oct 2020.

141. Ministerium für Soziales Arbeit Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz. Elektronische Gesundheitskarte für Flüchtlinge in Rheinland-Pfalz. <https://msagd.rlp.de/de/unsere-themen/gesundheit-und-pflege/gesundheitliche-versorgung/gesundheitliche-versorgung-von-asylbewerbern/elektronische-gesundheitskarte-fuer-fluechtlinge/>. Accessed 20 Oct 2020.

142. Deutscher Bundestag. Asylbewerberleistungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. August 1997 (BGBl. I S. 2022), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 13. August 2019 (BGBl. I S. 1290). Gültig bis 20.08.2019 (alte Fassung).

143. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF). Aktuelle Zahlen. Ausgaben Dezember 2019. 2019. [https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Statistik/AsylinZahlen/aktuelle-zahlen-dezember-2019.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=3](https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Statistik/AsylinZahlen/aktuelle-zahlen-dezember-2019.pdf?__blob=publicationFile&v=3). Accessed 18 Sep 2020.

144. Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen. Empfängerinnen und Empfänger von Asylbewerberleistungen in Nordrhein-Westfalen 2010 bis 2017 (unpublished). Düsseldorf; 2018.

145. 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. International Journal of

Environmental Research and Public Health. 2018;15:856.

146. 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.

147. Jäger P, Claassen K, Ott N, Brand A. Does the Electronic Health Card for Asylum Seekers Lead to an Excessive Use of the Health System? Results of a Survey in Two Municipalities of the German Ruhr Area. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2019;16:1178.

148. Bauhoff S, Gopffarth D. Asylum-seekers in Germany differ from regularly insured in their morbidity, utilizations and costs of care. PloS ONE. 2018;13:e0197881.

149. Lichtl C, Lutz T, Szecsenyi J, Bozorgmehr K. Differences in the prevalence of hospitalizations and utilization of emergency outpatient services for ambulatory care sensitive conditions between asylum-seeking children and children of the general population: A cross-sectional medical records study. BMC Health Services Research. 2017;17:1–9.

150. Schneider C, Joos S, Bozorgmehr K. Disparities in health and access to healthcare between asylum seekers and residents in Germany: a population-based cross-sectional feasibility study. BMJ Open. 2015;5.

151. Fölsch UR, Hasenfuß G, Spies HF, Wesiack W, Faulbaum F. Flucht und Migration: Eine Herausforderung für die Medizin in Deutschland. Internist. 2016;57:822–30.

152. Führer A. „Da muss sich jemand anders kümmern“ – Die medizinische Versorgung von Asylsuchenden als Herausforderung für eine bio-psycho-soziale Medizin. Das Gesundheitswesen. 2020;82:151–6.

153. Spura A, Kleinke M, Robra B-P, Ladebeck N. Wie erleben Asylsuchende den Zugang zu medizinischer Versorgung? Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2017;60:462–70.

154. Behrensen B, Groß V. Auf dem Weg in ein 'normales Leben'? Eine Analyse der gesundheitlichen Situation von Asylsuchenden in der Region Osnabrück. 2004. <http://lagerhesepe.blogspot.eu/files/2004/06/SPuKRegionalanalyse-GesundheitlicheSituationVonAsylsuchenden.pdf>. Accessed 20 Oct 2020.

155. 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;10:134–47.

156. Bozorgmehr K, Schneider C, Joos S. Equity in access to health care among asylum seekers in Germany: evidence from an exploratory population-based cross-sectional study. BMC Health Services Research. 2015;15:502.

157. Jaschke P, Kosyakova Y. Does facilitated access to the health system improve asylum-seekers' health outcomes? Evidence from a quasi-experiment. IAB Discussionpaper. 2019;2019.

158. Bozorgmehr K, Mohsenpour A, Saure D, Stock C, Loerbroks A, Joos S, et al. Systematische Übersicht und „Mapping“ empirischer Studien des Gesundheitszustands und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990–2014). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2016;59:599–

620.

159. Craig P, Katikireddi SV, Leyland A, Popham F. Natural Experiments: An Overview of Methods, Approaches, and Contributions to Public Health Intervention Research. *Annual Review of Public Health*. 2017;38:39–56.
160. Campbell DT, Stanley JC. *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Research*. Boston: Houghton Mifflin Company; 1963.
161. Dawson A, Sim J. The nature and ethics of natural experiments. *Journal of Medical Ethics*. 2015;41:848–53.
162. Schoonenboom J, Johnson RB. How to Construct a Mixed Methods Research Design. *Kolner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*. 2017;69:107–31.
163. Schenk L, Ellert U, Neuhauser H. Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland: Methodische Aspekte im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. 2007;50:590–9.
164. Gabriel P, Kaczorowski J, Berry N. Recruitment of Refugees for Health Research: A Qualitative Study to Add Refugees' Perspectives. *International journal of environmental research and public health*. 2017;14.
165. Europäisches Parlament und Rat der Europäischen Union. Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG. 2016.
166. Clark-Kazak C. Ethical Considerations: Research with People in Situations of Forced Migration. *Refuge*. 2017;33:11–7.
167. Von Unger H. Ethische Reflexivität in der Fluchtforschung. Erfahrungen aus einem soziologischen Lehrforschungsprojekt. *Forum: Qualitative Sozialforschung / Forum: Social Research*. 2018;19:1–26.
168. Bloom T. Asylum seekers: subjects or objects of research? *The American journal of bioethics : AJOB*. 2010;10:59–60.
169. Rauprich O. Gesundheitliche Ungleichheit als Problem der sozialen Gerechtigkeit. In: Strech D, Marckmann G, editors. *Public Health Ethik*. Berlin: Lit Verlag; 2010.
170. Andersen RM. Behavioral Model of Families' Use of Health Services. Research Series No. 25. Chicago: Center for Health Administration Studies. University of Chicago; 1968.
171. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health services research*. 1974;9:208–20.
172. Andersen RM, Davidson P, Baumeister S. Improving Access to Care. In: Kominski E, editor. *Changing the U.S. Health Care System: Key Issues in Health Services, Policy and Management*. San Francisco: Josse-Bass; 2014. p. 33–67.
173. Laban CJ, Gernaat HBPE, Komproe IH, Jong JTVM. Prevalence and predictors of health service use among Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2007;42:837–44.
174. Bradby H, Humphris R, Newall D, Phillimore J. Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for refugees and asylum seekers in the European

Region. 2015. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/289246/WHO-HEN-Report-A5-2-Refugees\\_FINAL.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/289246/WHO-HEN-Report-A5-2-Refugees_FINAL.pdf?ua=1). Accessed 18 Sep 2020.

175. 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. *Australian health review : a publication of the Australian Hospital Association*. 2014;38:142–59.

176. Gerritsen AAM, Bramsen I, Deville 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 Public Health*. 2006;16:394–9.

177. Saunders NR, Gill PJ, Holder L, Vigod S, Kurdyak P, Gandhi S, et al. Use of the emergency department as a first point of contact for mental health care by immigrant youth in Canada. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*. 2018;190:E1183–91.

178. Maier T, Schmidt M, Mueller J. Mental health and healthcare utilization in adult asylum seekers. *Swiss medical weekly*. 2010;140:w13110.

179. Durbin A, Lin E, Moineddin R, Steele LS, Glazier RH. Use of mental health care for nonpsychotic conditions by immigrants in different admission classes and by refugees in Ontario, Canada. *Open Medicine*. 2014;8:e136-46.

180. Yun K, Fuentes-Afflick E, Curry LA, Krumholz HM, Desai MM. Parental immigration status is associated with children's health care utilization. *Maternal and child health journal*. 2013;17:1913–21.

181. Barghadouch A, Kristiansen M, Jervelund SS, Hjern A, Montgomery E, Norredam M. Refugee children have fewer contacts to psychiatric healthcare services: an analysis of a subset of refugee children compared to Danish-born peers. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2016;51:1125–36.

182. Toar M, O'Brien KK, Fahey T. Comparison of self-reported health & healthcare utilisation between asylum seekers and refugees. *BMC public health*. 2009;9:214.

183. Feldmann CT, Bensing JM, de Ruijter A, Boeije HR. Afghan refugees and their general practitioners in The Netherlands: to trust or not to trust? *Sociology of health & illness*. 2007;29:515–35.

184. Spike EA, Smith MM, Harris MF. Access to primary health care services by community-based asylum seekers. *The Medical journal of Australia*. 2011;195:188–91.

185. Joshi C, Russell G, Cheng I-H, Kay M, Pottie K, Alston M, et al. A narrative synthesis of the impact of primary health care delivery models for refugees in resettlement countries on access, quality and coordination. *International journal for equity in health*. 2013;12:88.

186. Thiel de Bocanegra H, Carter-Pokras O, Ingleby JD, Pottie K, Tchangalova N, Allen SI, et al. Addressing refugee health through evidence-based policies. *Annals of epidemiology*. 2018;28:411–9.

187. Fleischman Y, Willen SS, Davidovitch N, Mor Z. Migration as a social determinant of health for irregular migrants. *Social science & medicine (1982)*. 2015;147:89–97.

188. Elsouhag D, Arnetz B, Jamil H, Lumley MA, Broadbridge CL, Arnetz J. Factors Associated with Healthcare Utilization Among Arab Immigrants and Iraqi Refugees. *Journal of immigrant*

and minority health. 2015;17:1305–12.

189. Elwell D, Junker S, Sillau S, Aagaard E. Refugees in Denver and their perceptions of their health and health care. *Journal of health care for the poor and underserved*. 2014;25:128–41.

190. El Arab R, Sagbakken M. Healthcare services for Syrian refugees in Jordan: a systematic review. *European Journal of Public Health*. 2018;28:1079–87.

191. Al-Rousan T, Schwabkey Z, Jirmanus L, Nelson BD. Health needs and priorities of Syrian refugees in camps and urban settings in Jordan. *Eastern Mediterranean health journal*. 2018;24:243–53.

192. Dator W, Abunab H, Dao-Ayen N. Health challenges and access to health care among Syrian refugees in Jordan. *Eastern Mediterranean health journal*. 2018;24:680–6.

193. Chuah FLH, Tan ST, Yeo J, Legido-Quigley H. The health needs and access barriers among refugees and asylum-seekers in Malaysia: a qualitative study. *International journal for equity in health*. 2018;17:120.

194. Doocy S, Lyles E, Robertson T, Akhu-Zaheya L, Oweis A, Burnham G. Prevalence and care-seeking for chronic diseases among Syrian refugees in Jordan. *BMC public health*. 2015;15:1097.

195. Gottlieb N, Weinstein T, Mink J, Ghebrezghiabher HM, Sultan Z, Reichlin R. Applying a community-based participatory research approach to improve access to healthcare for Eritrean asylum-seekers in Israel: a pilot study. *Israel journal of health policy research*. 2017;6:61.

196. Mewes R, Kowarsch L, Reinacher H, Nater UM. Obstacles and Opportunities for the Psychotherapeutic Treatment of Asylum Seekers. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*. 2016;66:361–8.

197. McMurray J, Breward K, Breward M, Alder R, Arya N. Integrated primary care improves access to healthcare for newly arrived refugees in Canada. *Journal of immigrant and minority health*. 2014;16:576–85.

198. Bakewell F, Addleman S, Dickinson G, Thiruganasambandamoorthy V. Use of the emergency department by refugees under the Interim Federal Health Program: A health records review. *PloS one*. 2018;13:e0197282.

199. 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. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*. 2017;108:e435–e441.

200. Steele LS, Lemieux-Charles L, Clark JP, Glazier RH. The impact of policy changes on the health of recent immigrants and refugees in the inner city. A qualitative study of service providers’ perspectives. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*. 2002;93:118–22.

201. Ruiz-Casares M, Cleveland J, Oulhote Y, Dunkley-Hickin C, Rousseau C. Knowledge of Healthcare Coverage for Refugee Claimants. *PloS one*. 2016;11:e0146798.

202. Farley R, Askew D, Kay M. Caring for refugees in general practice: perspectives from the coalface. *Australian journal of primary health*. 2014;20:85–91.

203. Wangdahl J, Lytsy P, Martensson L, Westerling R. Poor health and refraining from seeking healthcare are associated with comprehensive health literacy among refugees. *International journal of public health*. 2018;63:409–19.
204. Torun P, Mucaz Karaaslan M, Sandikli B, Acar C, Shurtleff E, Dhrolia S, et al. Health and health care access for Syrian refugees living in Istanbul. *International journal of public health*. 2018;63:601–8.
205. Führer A, Eichner F. Verloren im Räderwerk. Eine interdisziplinäre Studie zur Gesundheit und medizinischen Versorgung von Asylsuchenden in Halle (Saale). 2015. <https://medinetz-halle.org/wp-content/uploads/2015/12/Verloren-im-Räderwerk.pdf>. Accessed 22 Sep 2020.
206. Ay M, Arcos Gonzalez P, Castro Delgado R. The Perceived Barriers of Access to Health Care Among a Group of Non-camp Syrian Refugees in Jordan. *International Journal of Health Services : Planning, Administration, Evaluation*. 2016;46:566–89.
207. Cheng I-H, Vasi S, Wahidi S, Russell G. Rites of passage: improving refugee access to general practice services. *Australian Family Physician*. 2015;44:503–7.
208. Gurnah K, Khoshnood K, Bradley E, Yuan C. Lost in translation. Reproductive Health Care Experiences of Somali Bantu Women in Hartford, Connecticut. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2011;56:340–6.
209. Higginbottom GMA, Safipour J, Mumtaz Z, Chiu Y, Paton P, Pillay J. 'I have to do what I believe'. *BMC pregnancy and childbirth*. 2013;13:51.
210. Bhatia R, Wallace P. Experiences of refugees and asylum seekers in general practice: a qualitative study. *BMC family practice*. 2007;8:48.
211. Floyd A, Sakellariou D. Healthcare access for refugee women with limited literacy: layers of disadvantage. *International journal for equity in health*. 2017;16:195.
212. Kay M, Wijayanayaka S, Cook H, Hollingworth S. Understanding quality use of medicines in refugee communities in Australian primary care: a qualitative study. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*. 2016;66:e397--409.
213. van Loenen T, van den Muijsenbergh M, Hofmeester M, Dowrick C, van Ginneken N, Mechili EA, et al. Primary care for refugees and newly arrived migrants in Europe: a qualitative study on health needs, barriers and wishes. *European Journal of Public Health*. 2018;28:82–7.
214. Cheng I-H, Drillich A, Schattner P. Refugee experiences of general practice in countries of resettlement: a literature review. *British Journal of General Practice*. 2015;65:e171–6.
215. Asgary R, Segar N. Barriers to health care access among refugee asylum seekers. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2011;22:506–22.
216. Mangrio E, Sjogren Forss K. Refugees' experiences of healthcare in the host country: a scoping review. *BMC Health Services Research*. 2017;17:814.
217. Sheikh-Mohammed M, Macintyre CR, Wood NJ, Leask J, Isaacs D. Barriers to access to health care for newly resettled sub-Saharan refugees in Australia. *The Medical Journal of Australia*. 2006;185:594–7.
218. Vermette D, Shetgiri R, Al Zuheiri H, Flores G. Healthcare Access for Iraqi Refugee

Children in Texas: Persistent Barriers, Potential Solutions, and Policy Implications. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2015;17:1526–36.

219. Mirza M, Heinemann AW. Service needs and service gaps among refugees with disabilities resettled in the United States. *Disability and rehabilitation*. 2012;34:542–52.

220. Antonipillai V, Baumann A, Hunter A, Wahoush O, O’Shea T. Impacts of the Interim Federal Health Program reforms. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*. 2017;108:e435–41.

221. Spallek J, Reeske A, Zeeb H, Razum O. Models of migration and health. In: Thomas F, editor. *Handbook of Migration and Health*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing; 2016.

222. UNHCR. Global trends: forced displacement in 2019. 2020;:1–84.  
<https://www.unhcr.org/5ee200e37.pdf>. Accessed 12 Dec 2020.

## Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei all denjenigen bedanken, die mich während der Bearbeitung meiner Dissertation unterstützt haben.

Mein besonderer Dank gilt meinem Erstbetreuer Oliver Razum für seine wunderbare Unterstützung, den für mich so wichtigen fachlichen Austausch und das große Vertrauen in meine Fähigkeiten. Für die enorme fachliche Bereicherung und seine bereitwillige Begleitung meines Forschungsprozesses bin ich auch meinem Zweitbetreuer Kayvan Bozorgmehr sehr dankbar.

Von ganzem Herzen möchte ich mich außerdem bei meinen Koautor\*innen – Odile Sauzet, Jürgen Breckenkamp, Yudit Namer, Stella Duwendag – und meinen weiteren ehemaligen Kolleg\*innen an der Universität Bielefeld für die freundschaftliche Unterstützung, die fachlichen Anregungen und vor allem für die unglaublich schöne gemeinsame Zeit bedanken. Insbesondere danke ich Kristin Rolke, Hürrem-Tezcan-Güntekin und Nurcan Akbulut für drei fantastische Jahre gemeinsamer Projektarbeit beziehungsweise Bürogemeinschaft und für die vielen geselligen Kaffee-Pausen. Mein außerordentlicher Dank gilt auch den Mitarbeiter\*innen des Dekanats und meinen Kolleg\*innen im Promotionsstudiengang der Fakultät für Gesundheitswissenschaften.

Bedanken möchte ich mich aber auch bei meinen Freund\*innen und meiner Familie für das Interesse an meiner Arbeit und die liebevolle Unterstützung in so vielfältiger Weise. Besonderer Dank geht hierbei an Isabelle Werthmann für ihre wertvollen Hinweise und an Mani Yousefpour Lazardjani für viele spannende Diskussionen, seine Liebe und seine unendliche Geduld.

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier nach ISO 9706