



Kurz-Stellungnahme, 15.10.2015

Zur Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden

Zusammenfassung

Der Schutz der Gesundheit aller in Deutschland lebenden Menschen ist oberstes Ziel der öffentlichen Gesundheitsversorgung – einschließlich der Menschen, die Deutschland um humanitären Schutz ersuchen (Asylsuchende). Die gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden stellt das deutsche Gesundheitssystem vor neue Aufgaben. Die Akademien identifizieren dabei folgende prioritäre Handlungsfelder: (I) Gesundheitliche Untersuchung und Versorgung in Erstaufnahmeeinrichtungen, (II) Versorgung und Behandlung von psychischen Erkrankungen und Traumata, (III) Deckung des Bedarfs an qualifiziertem Personal, (IV) Einbeziehung sprachlicher und kultureller Aspekte, (V) Verbesserung der Daten- und Forschungslage. Die Akademien favorisieren eine medizinische Versorgung in den Erstaufnahmeeinrichtungen durch spezialisierte Polikliniken. Diese sollten gekennzeichnet sein durch: kultur- und religionsensitive medizinische Expertise, (Fach-) Dolmetscher, Einbindung in die Gestaltung und Organisation von Erstaufnahmeeinrichtungen sowie Vernetzung mit Krankenhäusern, der Ärzteschaft vor Ort und Sozialträgern.

Hintergrund

Die Zahl der Asylsuchenden¹, die aufgrund kriegerischer Auseinandersetzungen und/oder Verfolgung² in ihren Herkunftsstaaten (hauptsächlich Syrien, Irak, Afghanistan, Eritrea, Westafrika) in Deutschland Schutz suchen, hat in den letzten Wochen stark zugenommen und wird voraussichtlich weiter steigen.³ Diese Personengruppe hat eine langfristige Bleibeperspektive. Hinzu kommen Personen aus den Westbalkanstaaten, die sich trotz geringer Aussichten auf Asylanerkennung einen gewissen Zeitraum in Deutschland aufhalten werden.

Die Aufnahme einer so großen Anzahl von Menschen in kurzer Zeit und ihre gesundheitliche Versorgung stellt das öffentliche Gesundheitssystem in Deutschland wie in Europa vor große Herausforderungen. Menschen, die in Deutschland Asyl suchen, kommen zumeist aus Ländern mit unzureichender Versorgung. Während der Flucht waren sie zusätzlich gesundheitlichen Belastungen und unzureichenden hygienischen Verhältnissen ausgesetzt.

¹ Der Begriff „Asylsuchende“ bezieht alle Personen mit ein, die in Deutschland um humanitären Schutz ersuchen. Wann immer in diesem Text von Menschen gesprochen wird, sind gleichberechtigt Frauen und Männer gemeint.

² Verfolgt aus Gründen der ethnischen Zugehörigkeit, Religion, Nationalität, politischen Überzeugung oder Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe.

³ Demgegenüber hat der Anteil von Asylsuchenden aus den Westbalkanstaaten abgenommen.

Dabei treffen die Versorgungsaufgaben insbesondere in Deutschland auf Public-Health-Strukturen, die auf das Ausmaß der akut auftretenden Situation nicht vorbereitet sind und darüber hinaus in den vergangenen Jahren Einsparungen und einen Personalrückgang hinnehmen mussten. Nur auf Grund des großen Engagements Vieler vor Ort ist es bislang möglich, Asylsuchenden innerhalb kürzester Zeit eine medizinische Versorgung anzubieten.

Als Reaktion auf diese Situation hat die Bundesregierung das Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz, welches zum 01.11.2015 in Kraft treten soll, beschlossen, das auch zahlreiche Aspekte der gesundheitlichen Versorgung aufgreift.

Ziel der Stellungnahme

Übergeordnetes Ziel der öffentlichen Gesundheitsversorgung in Deutschland ist der Schutz der Gesundheit aller in Deutschland lebenden Menschen. Grundlage hierfür ist ein barrierefreier Zugang zu einer adäquaten medizinischen Versorgung. Besonders schutzbedürftige Personengruppen⁴ und ihre spezifischen Bedürfnisse sollen dabei besonders berücksichtigt werden.

Diese Stellungnahme versucht, bestehende Probleme in der medizinischen Versorgung von Asylsuchenden sowie Ansätze für mögliche Antworten aufzuzeigen. Sie erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, nicht zuletzt, weil die tatsächliche Entwicklung der Situation aktuell nicht abzuschätzen ist.

Der Schwerpunkt der Stellungnahme liegt auf der gesundheitlichen Versorgung von Asylsuchenden vom Zeitpunkt ihrer Ankunft in Deutschland bis zur Entscheidung über ihren Status.

Eine andere Gruppe sind Personen, deren Asylgesuch abgelehnt wurde. Für sie sollte während des verbleibenden Aufenthaltes in Deutschland eine medizinische Basisversorgung sichergestellt und finanziert sein. Auch nichtregistrierten Asylsuchenden bzw. Menschen ohne Ausweispapiere sollte eine durch die öffentliche Hand finanzierte Akutversorgung zugänglich gemacht werden. Hierbei muss gewährleistet sein, dass den Hilfesuchenden aus einer Behandlung kein rechtlicher Nachteil erwächst.

Im Folgenden werden prioritäre Handlungsfelder für die gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden nach ihrer Ankunft in Deutschland genannt.⁵ Dabei basieren die nachfolgenden Aussagen auf Erfahrungswerten von befragten Expertinnen und Experten; bis dato gibt es nur wenige Studien zum Gesundheitsstatus, zu gesundheitlichen Bedürfnissen und den Erfolgsaussichten gesundheitlicher Maßnahmen. Bei alledem sollte berücksichtigt werden, dass die gesundheitliche Versorgung der Wohnbevölkerung nicht beeinträchtigt wird.

⁴ Artikel 21 der Richtlinie 2013/33/EU des Europäischen Parlaments und des Rates zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (vom 26. Juni 2013), fasst darunter Minderjährige, unbegleitete Minderjährige, Menschen mit Behinderungen, ältere Menschen, Schwangere, Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern, Opfer des Menschenhandels, Personen mit schweren körperlichen Erkrankungen, Personen mit psychischen Störungen, Personen die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben.

⁵ Hierbei können im Folgenden keine Aussagen zu Finanzierungsfragen und -optionen getroffen werden.

Prioritäre Handlungsfelder

(I) Gesundheitliche Untersuchung und Versorgung in Erstaufnahmeeinrichtungen

Asylsuchenden muss der Zugang zu einer adäquaten medizinischen Versorgung ermöglicht werden.⁶ Die Verantwortung für die Erstuntersuchung liegt bei den zuständigen Gesundheitsbehörden in den aufnehmenden Bundesländern (§62 Asylverfahrensgesetz (AsylVfG)). Der Untersuchungsumfang wird von den Bundesländern festgelegt, variiert jedoch zwischen Ländern. Die gesundheitliche Versorgung und Abrechnung von Leistungen nach der Erstuntersuchung erfolgt entsprechend dem Asylbewerberleistungsgesetz.

Mit dem Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz soll es ermöglicht werden, den Asylantrag innerhalb von sechs Monaten zu bearbeiten. Die mögliche Aufenthaltshöchstdauer in den Erstaufnahmeeinrichtungen wird auf sechs Monate verlängert.⁷ Folglich wird es mehr und größere Erstaufnahmeeinrichtungen geben. Vor diesem Hintergrund kommt diesen Einrichtungen eine noch stärkere Bedeutung auch hinsichtlich der gesundheitlichen Versorgung und des Infektionsschutzes zu.

Es ist zu erwarten, dass viele Asylsuchende anerkannt werden. Deshalb ist es für das Allgemeinwohl wichtig, diese Personen frühzeitig medizinisch gut zu versorgen; nicht zuletzt, um langfristige Gesundheitsschäden und Folgeerkrankungen zu vermeiden.

- **Dringlich und unabdingbar sind bundeseinheitliche Standards für die Erstuntersuchung und die Erfassung des Gesundheitsstatus**, welche auch ein Protokoll zur Diagnostik und Identifizierung von Infektionskrankheiten umfassen (inklusive solcher, die auf der Flucht oder in der Herkunftsregion erworben wurden).
- Darüber hinaus sollte ein **einheitliches Impfangebot** im Rahmen der Erstuntersuchung gewährleistet werden.⁸
- Die **Standardisierung** ist ebenso notwendig für die **Dokumentation** aller relevanten Gesundheits- und Therapiedaten – wenn möglich elektronisch unterstützt.
- **Akute und chronische Erkrankungen**, die bei der Erstuntersuchung festgestellt wurden, sollten überall in angemessenem Umfang **weiterversorgt** werden können.
- Eine **funktionierende Kommunikationskette** in den vertragsärztlichen Sektor und gegebenenfalls in Krankenhäuser hinein stellt sicher, dass Informationen über erfolgte Behandlungen oder Befunde weitergegeben werden können, um eine adäquate Weiterbehandlung zu gewährleisten und/oder Mehrfachbehandlungen zu verhindern. Die Entwicklung geeigneter **IT-Infrastrukturen** ist (zumindest für eine Basiserfassung) dringend geboten.

⁶ Siehe dazu auch Richtlinie 2013/33/EU des Europäischen Parlaments und des Rates, Artikel 19. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:180:0096:0116:DE:PDF> (Zugriff: 07.10.2015).

⁷ Personen aus sicheren Herkunftsstaaten müssen sich bis zum Abschluss ihres Verfahrens bzw. bis zur Beendigung ihres Aufenthalts in den Erstaufnahmeeinrichtungen aufhalten.

⁸ Siehe dazu auch http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/Ausgaben/41_15.pdf?blob=publicationFile (Zugriff: 14.10.2015).

- Um die Herausforderung der Erstuntersuchung zu bewältigen, ist eine **Koordination** und Abstimmung – unter staatlicher Verantwortung – zwischen allen an der Versorgung Beteiligten (zuständige Gesundheitsbehörden, ehrenamtlich Tätige, niedergelassene Ärzte bzw. Krankenhäuser) unabdingbar. Hilfreich – besonders mit Blick auf die Einbeziehung ehrenamtlich Tätiger – ist die Verschriftlichung von Abläufen, beispielsweise durch die Erstellung von Checklisten.
- Für die Arbeit in den Erstaufnahmeeinrichtungen sind Kenntnisse über die Diagnostik und Therapie von Erkrankungen aus den Herkunftsländern der Asylsuchenden erforderlich. **Medizinisches Personal** sollte entsprechend geschult werden.
- Die zuvor genannten Anforderungen könnten in einer **Poliklinik vor Ort** in geeigneter Weise erfüllt werden. Jede Erstaufnahmeeinrichtung sollte Zugang zu einer Poliklinik in öffentlicher Trägerschaft haben. Kennzeichen einer solchen Klinik sind:
 - Die medizinische Grundausstattung hinsichtlich Diagnostik und Therapie steht zur Verfügung.
 - Die medizinische Versorgung wird sichergestellt durch ein Stammteam von Allgemeinärzten, ergänzt um temporär anwesende Fachärzte und Gesundheitsfachkräfte.
 - (Medizinische Fach-)Dolmetscher stehen zur Verfügung, ebenso Finanzen für diese Leistungen.
 - Hinzu kommt die Unterstützung durch medizinisch ausgebildete Personen unter den Asylsuchenden im Rahmen einer Assistenz (siehe Punkt III).
 - Die Leitung erfolgt durch eine Person mit ausgewiesener Public-Health-Kompetenz. Aufgabe der Leitung ist die Koordination und Vernetzung nach außen: die Anbindung an Krankenhäuser mit entsprechendem diagnostischem Hintergrund (z.B. Universitätsklinik), die Vernetzung mit der Ärzteschaft vor Ort und die Kooperation mit anderen Einrichtungen (z.B. Sozialdienste). Schließlich ist die Leitung der Poliklinik in die strukturellen und konzeptionellen Planungen der Erstaufnahmeeinrichtungen sowie in laufende Entscheidungsprozesse einzubinden.
 - Mitarbeiter der Poliklinik zeichnen sich aus durch eine vertiefte Kenntnis von spezifischen Problemen der zu versorgenden Menschen (darunter typische Erkrankungen in den Herkunftsregionen, kulturelle und religiöse Sensibilität, Erfahrung im Umgang mit traumatisierten Menschen).
- Für **Frauen und Kinder** sollten zum Schutz vor möglicher körperlicher, sexueller und psychischer Gewalt **räumlich abgetrennte Bereiche** in Erstaufnahmeeinrichtungen eingerichtet werden.
- Um den Verwaltungsaufwand zu verringern und Kosten einzusparen, ist die **bundesweite Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte** für Asylsuchende sinnvoll. In einigen Bundesländern wird diese Maßnahme bereits umgesetzt.

Nach Anerkennung des Asylgesuchs und/oder dem Verlassen der Erstaufnahmeeinrichtung könnte die medizinische Versorgung z.B. unterstützt durch regionale **Schwerpunktpraxen**

oder in spezifischen Sprechstunden und Ambulanzen erfolgen. Sie fungieren als Anlaufstelle für die medizinische Versorgung und sind kompetent in der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund.⁹ In die Arbeit der Praxen sind fachspezifische Dolmetscher eingebunden, deren Leistungen abgerechnet werden. Die Schwerpunktpraxen vernetzen sich mit den medizinischen Leistungserbringern in den Erstaufnahmeeinrichtungen (z.B. Polikliniken) und mit anderen (Fach-)Ärzten und Institutionen der sozialen Sicherung.

(II) Versorgung und Behandlung von psychischen Erkrankungen und Traumata

Psychische Erkrankungen und Traumata zu erkennen und zu behandeln, ist ein wichtiger Bestandteil der gesundheitlichen Versorgung von Asylsuchenden. Eine zielgruppengemäße und möglichst frühe psychologische/psychotherapeutische Behandlung dieser Erkrankungen ist Voraussetzung für die Integration der betroffenen Menschen.

In der Behandlung von traumatisierten Asylsuchenden besteht derzeit eine Versorgungslücke. Infolgedessen dürfte mittelfristig die Prävalenz an Trauma-Folgeerkrankungen wie Depressionen, Abhängigkeitserkrankungen und somatoformen Störungen in dieser Population zunehmen. Hinsichtlich der notwendigen Hilfen sollte zwischen der Diagnose psychischer Erkrankungen, ihrer Akutbehandlung und einer längerfristigen psychotherapeutischen Versorgung unterschieden werden.

- Das Personal in den **Erstaufnahmeeinrichtungen** sollte für die psychische Situation von Asylsuchenden **sensibilisiert** und mit geeigneten Screening-Instrumenten unterstützt werden.
- Gibt es Anzeichen für dringend behandlungsbedürftige Symptome, sollte zeitnah ein Erstgespräch mit einem Facharzt ermöglicht werden. In diesem Erstgespräch sollte gegebenenfalls geprüft werden, ob eine weitergehende Beratung und Behandlung nötig ist.
- Generell wichtig sind, soweit möglich: Ein **kultursensitiver Umgang** mit den Betroffenen sowie eine **fachkundige Übersetzung**.
- Aus der Gruppe der Asylsuchenden könnten **Multiplikatoren identifiziert und geschult** werden, die einen ähnlichen Erfahrungshintergrund und/oder eine ähnliche kulturelle Sozialisation mitbringen. Die Aufgabe solcher Multiplikatoren in den Erstaufnahmeeinrichtungen könnte es sein, erste Gesprächsmöglichkeiten in einem geschützten Rahmen anzubieten und Betroffene für die Chancen einer psychologischen Beratung und für psychotherapeutische Angebote zu sensibilisieren. Sie stehen in engem Kontakt mit den Verantwortlichen in den Erstaufnahmeeinrichtungen. Dieses Angebot darf aber kein Ersatz für eine psychotherapeutische Behandlung sein.
- Auf **Minderjährige** mit Traumatisierungen durch Kriegs- und Fluchterlebnisse ist besonders zu achten. Bei **unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen** kommt, neben

⁹ Zur gesundheitlichen Versorgung von Migranten siehe auch das Positionspapier des bundesweiten Arbeitskreises Migration und öffentliche Gesundheit.

http://www.bundesregierung.de/Webs/Breg/DE/Bundesregierung/BeauftragteFuerIntegration/weitereschwerpunkte/gesundheitsundsoziales/_node.html (Zugriff: 07.10.2015).

dem Verlust der Heimat und den körperlichen und psychischen Belastungen durch die Flucht, auch der Verlust der Eltern und anderer Angehöriger hinzu.

- Psychotherapien sind in vielen Herkunftsländern oft kaum etabliert und/oder stigmatisiert. Dieser Aspekt und der unterschiedliche Umgang mit psychischen Belastungen in den Herkunftskulturen spielen für die **Wahl der Behandlungsformen** eine entscheidende Rolle (Gruppen-, Einzeltherapie etc.). Hiesige Therapieangebote sollten dies berücksichtigen.
- Erstaufnahmeeinrichtungen sollten **räumlich und organisatorisch so gestaltet** sein, dass sie zum Erhalt der Gesundheit der Asylsuchenden beitragen. Hierzu gehören auch Bewegungs- und Sportmöglichkeiten. Um ihre Handlungskompetenz zu erhalten sowie das Selbstwertgefühl und die Selbstwirksamkeit zu stärken, sollten Asylsuchende in geregelte Tagesabläufe eingebunden werden. Förderlich ist auch die Teilnahme an regelmäßigen Bildungs- und Spracherwerbsangeboten, z.B. über das Internet.

(III) Deckung des Bedarfs an qualifiziertem Personal

Zur gesundheitlichen Versorgung von Asylsuchenden wird medizinisches Personal mit spezifischen Kenntnissen benötigt:

- In den Erstaufnahmeeinrichtungen spielt der **Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD)** eine herausgehobene Rolle. Besonders wichtig sind Personen mit Public-Health-Kompetenzen. Um die Aufgaben zu bewältigen, muss der ÖGD personell und finanziell gestärkt und ausgebaut werden.
- **Unter den Asylsuchenden** befinden sich Menschen mit **Kenntnissen** und Erfahrungen **im Gesundheitswesen** (Ärzte, Psychotherapeuten und Gesundheitsfachkräfte), deren Kompetenz von hohem Wert ist. Es ist daher wünschenswert, diese Personen zeitnah, freiwillig und in geeigneter Form in die Versorgung zu integrieren (z.B. medizinische Assistenz, Dolmetscher). Gegebenenfalls sollten konkrete Tätigkeitsbereiche durch die medizinisch Verantwortlichen der Einrichtungen definiert werden.
- Aus demografischer Sicht ist es wünschenswert, dass Asylsuchende mit benötigten Qualifikationen zügig **Zugang zum Arbeitsmarkt** erhalten, nicht zuletzt, weil ein hoher Bedarf an Personal in den Gesundheitsberufen besteht.
- Die gesundheitliche Versorgung der Asylsuchenden wird durch viele hochmotivierte und kompetente Freiwillige unterstützt. Das **zivilgesellschaftliche Engagement und private Initiativen** sollten gefördert, gestärkt und anerkannt werden. Gesetzliche Rahmenbedingungen können helfen, Freiwilligenarbeit besser zu etablieren und zu ermöglichen (z.B. Freistellungen durch den Arbeitgeber, Klärung des Versicherungsschutzes, Erstattung laufender Kosten). Um ehrenamtliche Tätigkeiten aufrechterhalten zu können, müssen Möglichkeiten für einen Erfahrungsaustausch und fachkundige Begleitung (z.B. durch Sozialarbeiter) zugänglich sein. Ehrenamtlich Tätige, die zuständigen staatlichen Stellen und hauptamtliche Mitarbeiter in den Einrichtungen müssen in engem Kontakt stehen.

(IV) Einbeziehung sprachlicher und kultureller Aspekte

Die Überwindung von Sprachbarrieren und eine Sensibilisierung für kulturspezifische Besonderheiten stellt eine besondere Herausforderung dar.

- Es ist nötig, die Sprachkenntnisse des **medizinischen Personals zu erweitern** bzw. **auf medizinisches Personal mit Sprachkenntnissen** zurückzugreifen. Englisch spielt als Brückensprache eine große Rolle. Auch Ärzte, Psychotherapeuten und Gesundheitsfachkräfte unter den Asylsuchenden können bei der Bewältigung der Aufgaben hilfreich sein (siehe Punkt III).
- Soweit eben möglich sollten kultur- und religionssensitive Übersetzer eingesetzt werden, die im medizinischen Bereich geschult sind.
- Hilfreich wären **Informationstexte über Erkrankungen und ihre Therapien in verschiedenen Sprachen** an unterschiedlichen Anlaufpunkten, wie z.B. Arztpraxen oder Ämtern. Derzeit besonders nachgefragte Sprachen sind Arabisch, Dari, Farsi, Französisch, Hindi, Paschtun, Portugiesisch und Tigrinya. Weil das Internet für Asylsuchende eine wichtige Informationsquelle darstellt, sollten mehrsprachige Gesundheitsinformationen auch im Internet rasch ausgebaut werden.
- Im Umgang mit Asylsuchenden muss eine kultur- und religionssensitive Pflege und Versorgung bedacht und umgesetzt werden. Dies sollte dem **medizinischen Personal** durch entsprechende **Schulung** näher gebracht werden.

(V) Verbesserung der Daten- und Forschungslage

Um die gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden zu verbessern, sind **konkrete und möglichst umfassende Kenntnisse des tatsächlichen Gesundheitsstatus** notwendig. Neben akuten Erkrankungen umfasst dies auch chronische Erkrankungen, Beschwerden, Traumatisierungen, Folgeerkrankungen sowie Sozial- und Umweltfaktoren.

In diesem Bereich ist die aktuelle Daten- und Forschungslage unzureichend, so dass z.B. eine fundierte Kostenabschätzung schwer möglich ist. Erforderlich sind daher die Erhebung der Gesundheitsdaten und der Aufbau ausreichender Forschungskapazitäten.

Zu den wichtigsten Forschungsaspekten gehören:

- **Aufbau eines für die Forschung nutzbaren Routinedaten-Systems**, in dem erbrachte Leistungen für Asylsuchende (anonymisiert) erfasst und bundesweit zusammengeführt werden.
- **Integration** der Gruppe der Asylsuchenden **in die Primärdatenquellen zur Gesundheit der Bevölkerung** in Deutschland, wie beispielsweise das Gesundheits-Monitoring des Robert Koch-Instituts.
- **Beobachtung des Gesundheitszustands** von Asylsuchenden über mehrere Jahre, um den gesundheitlichen Bedarf und die Versorgung der länger oder dauerhaft in Deutschland verweilenden Asylsuchenden in der Integrationsphase zu ermitteln (**Kohortenstudien**).

- **Verstärkte Einbeziehung von Personen mit Migrationshintergrund** in das Gesundheits-Monitoring, um differenzierte Analysen ihres Gesundheitsstatus zu ermöglichen.
- **Ausbau und Unterstützung von Netzwerken** zwischen den unterschiedlichen Akteuren in Wissenschaft und Forschung sowie der Praxis.
- **Zügige Initiierung** von Forschung: zur Qualitätssicherung in den Bereichen psychotherapeutische Behandlung, zur Nutzung von Therapieangeboten, zur Stärkung der Gesundheitskompetenz, zur Wirkung von Präventionsmaßnahmen und zu sozialen und wirtschaftlichen Auswirkungen.
- **Stärkung der Forschung, Aus- und Weiterbildung** in den Bereichen **Public Health und Global Health**.¹⁰ Flucht und Migration großer Bevölkerungsgruppen sind ein immer wieder auftretendes Phänomen. Unter Aspekten von Public und Global Health müssen einzelne Themen systematisch erfasst werden – das Ausmaß von Fluchtbewegungen, Fluchtursachen, Prävention von Flucht und die Bewältigung ihrer Folgen.

Aus den gewonnenen Erkenntnissen lassen sich **evidenzbasierte Public-Health-Empfehlungen** und Interventionen ableiten sowie die Wirksamkeit von Maßnahmen evaluieren und gegebenenfalls anpassen. Durch interdisziplinäre Forschungsstrukturen lassen sich zusätzlich wirksame Ansätze für Integrationsvorhaben ableiten. Schließlich macht es eine gute Datenbasis möglich, die gesundheitliche Situation von Asylsuchenden realistisch zu beschreiben.

Methoden

Diese Kurz-Stellungnahme wurde am 14. Oktober 2015 von den Präsidenten der beteiligten Akademien, Prof. Dr. Jörg Hacker (Leopoldina), Prof. Dr. Reinhard F. Hüttl (acatech) und Prof. Dr. Dr. Hanns Hatt (Akademienunion) verabschiedet. Die Akademien danken den unten genannten Personen sowie zahlreichen Mitgliedern ihrer Präsidien für konstruktive Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge; sie wurden soweit möglich in der endgültigen Fassung berücksichtigt. An der Erarbeitung der Stellungnahme haben mitgewirkt:

- Professor Dr. Detlev Ganten, Sprecher der Wissenschaftlichen Kommission Gesundheit der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina, Stiftung Charité Berlin
- Professor Dr. Heyo K. Kroemer, Sprecher des Vorstands, Vorstand Forschung und Lehre/ Dekan Universitätsmedizin Göttingen
- Professor Dr. Christine Langenfeld, Institut für öffentliches Recht, Georg-August-Universität Göttingen, Vorsitzende des Sachverständigenrates deutscher Stiftungen für Integration und Migration
- Professor Dr. Rainer Müller, Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen

¹⁰ Siehe hierzu die Stellungnahme „Public Health in Deutschland – Strukturen, Entwicklungen und globale Herausforderungen“ von der Leopoldina, acatech – Deutsche Akademie der Technikwissenschaften und der Union der deutschen Akademien der Wissenschaften.

http://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2015_Public_Health_LF_DE.pdf (Zugriff: 30.9.2015).

- Professor Dr. Bernt-Peter Robra, Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie, Medizinische Fakultät, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
- Ramazan Salman, Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.
- Professor Dr. Peter Scriba, Ludwig-Maximilians-Universität München
- Professor Dr. Lothar H. Wieler, Präsident Robert Koch-Institut

Zur Vorbereitung der Stellungnahme wurden weiterhin Expertengespräche mit den folgenden Personen bzw. Institutionen geführt:

- PD Dr. Walter Bruchhausen, Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, RWTH Aachen
- Dr. Andreas Gilsdorf, Robert Koch-Institut
- Dr. Ute Teichert, Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen Düsseldorf
- Dr. Thomas Ziese, Robert Koch-Institut
- Medinetz Halle/S.

An der Erarbeitung der Stellungnahme beteiligte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Abteilung Wissenschaft – Politik – Gesellschaft der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina:

- Dr. Kathrin Happe, stellv. Leiterin der Abteilung
- Dr. Alexandra Schulz, Referentin
- Dr. Stefanie Westermann, Referentin
- Elmar König, Leiter der Abteilung

Ansprechpartnerinnen:

Dr. Kathrin Happe, stellv. Leiterin der Abteilung Wissenschaft – Politik – Gesellschaft
Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina

Tel: +49 (0)345 472 39-867

kathrin.happe@leopoldina.org

Caroline Wichmann, Leiterin der Abteilung Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina

Tel: +49 (0)345 472 39-800

presse@leopoldina.org