

GESUNDHEITSVERSORGUNG VON GEFLÜCHTETEN

Zu gesicherten Daten kommen

Den vielfältigen Aktivitäten zur gesundheitlichen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden steht ein Mangel an Daten gegenüber, der dringend behoben werden muss.

Datenlücke: Nur wenig ist bekannt über den allgemeinen Gesundheitszustand der Asylbewerber in Deutschland.



Foto: gpa

Bei der gesundheitlichen Versorgung der unerwartet großen Zahl von Flüchtlingen erbringen der Öffentliche Gesundheitsdienst, Nichtregierungsorganisationen und freiwillige Helfer/-innen große Leistungen. Über die Gesundheit der neu zuziehenden Flüchtlinge und Asylsuchenden in Deutschland gibt es aber noch wenig belastbare Informationen (1). „Daten für Taten“ – das ist ein zentrales Anliegen der Gesundheitsberichterstattung (GBE), der aber solche Daten bislang weitgehend fehlen. In nahezu allen Bereichen der Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden spielen Daten eine zentrale Rolle, etwa um besondere Versorgungsbedarfe oder -lücken aufzudecken und Verbesserungen einleiten zu können.

Strukturell lassen sich drei Bereiche aufzeigen, in denen Daten benötigt oder weitergeleitet werden. Neben der GBE im engeren Sinne gehören dazu die Sentinel-Surveillance zur schnellen Identifikation von Gesundheitsproblemen

auf Bevölkerungsebene sowie die Sicherstellung der Kontinuität der gesundheitlichen Versorgung durch geeignete Datenübermittlung. Diese drei Bereiche werden im Folgenden kurz beschrieben.

Ein adäquates Bild vom Gesundheitszustand zeichnen

Aufgabe der am Robert Koch-Institut (RKI) angesiedelten Bundes-GBE ist es, ein adäquates Bild vom Gesundheitszustand der Bevölkerung oder einzelner Gruppen zu zeichnen. Zu diesem Bild gehören neben dem Gesundheitszustand als solchem auch das Gesundheitsverhalten, besondere Gesundheitsrisiken, die Versorgungssituation sowie Unterschiede zu anderen Gruppen. Zudem lassen sich Veränderungen über die Zeit oder aber aufgrund von präventiven Interventionen abbilden und somit eine Evidenzbasis schaffen. Die GBE stützt sich zum einen auf die Auswertung von Routine- oder Registerdaten. Diese können von vornherein (auch) für diesen Zweck erhoben worden sein,

wie etwa Daten der Krebsregister. Oft aber wurden sie ursprünglich zu einem anderen Zweck erhoben, wie etwa Verwaltungs- oder Abrechnungsdaten (Sekundärdatenanalyse). Bei der Auswertung von Registerdaten für die GBE lassen sich, je nach Datenquelle, auch Unterschiede in Gesundheit und gesundheitlichem Versorgungsbedarf auf der Ebene von Städten oder Kreisen aufzeigen. Eine solche hohe „Auflösung“ ist erforderlich, um beispielsweise die lokal unterschiedlichen sozialen und gesundheitlichen Erfordernisse der Asylsuchenden zu erkennen (2). Zum anderen nutzt die Gesundheitsberichterstattung die im Rahmen des RKI-Gesundheitsmonitoring (3) gezielt durchgeführten Surveys wie etwa den Deutschen Erwachsenen-Gesundheits-Survey (DEGS) (4) oder die Kinder- und Jugendgesundheitsstudie (KiGGS). Je nach Stichprobendesign lässt sich hier eine geografische Auflösung bis hin zur Ebene der Bundesländer realisieren, jedoch nicht bis hinunter auf die Stadt-/Kreisebene.

Während Menschen mit Migrationshintergrund in das Gesundheitsmonitoring gezielt mit eingeschlossen werden (beispielsweise Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in den KiGGS), ist die Gruppe der Asylsuchenden und Flüchtlinge im Monitoring bislang kaum berücksichtigt (5; 6). Über den Gesundheitszustand der Asylsuchenden und Flüchtlinge in Deutschland gibt es daher zurzeit keine umfassenden repräsentativen Angaben.

Vorhandene Daten werden nicht zusammengeführt

Die vorliegenden Informationen kommen aus Fallserien, deren Repräsentativität bezüglich Zielgruppe und Zeitraum hinterfragt werden muss. Auch die akademische Forschung vermag bisher kein umfassendes Bild des Gesundheitszustands von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland zu

zeichnen, wie aktuelle systematische Übersichtsarbeiten zeigen (7). Eine gesetzliche Grundlage für das Sammeln und Weitergeben von Daten aus dieser Bevölkerungsgruppe bietet das Infektionsschutzgesetz (IfSG). Bei den an das RKI übermittelten Fällen von Infektionskrankheiten kann angegeben werden, ob es sich um Asylsuchende handelt. Darüber hinaus werden bei einigen Erkrankungen (z. B. Tuberkulose) Angaben zu Staatsangehörigkeit und zur Art der Fallfindung übermittelt. Entsprechende Daten werden z. B. bei der verpflichtenden Gesundheitsuntersuchung nach § 62 Asylgesetz erhoben, aber auch bei der normalen medizinischen Versorgung. Die Meldepflichten gemäß IfSG gelten bei Asylsuchenden genau wie bei der ansässigen Bevölkerung. Auch für die Erkennung und Meldung von Infektionskrankheiten ist ein guter Zugang zur Gesundheitsversorgung (inklu-

sive Laboruntersuchungen) wichtig. Die gesundheitlichen Bedarfe und Erkrankungen der Asylsuchenden in den zahlreichen Erstaufnahmeeinrichtungen werden bundesweit bisher weder einheitlich erfasst noch gibt es einen einheitlichen Satz an Mindestindikatoren, die aus diesen Settings dokumentiert und berichtet werden.

Gesundheitsdaten aus der Zeit nach dem Transfer der Asylsuchenden in Gemeinschafts- oder Privatunterkünfte lassen sich derzeit nicht mehr der Zielgruppe zuordnen. Den Sozial- oder Landesbehörden liegen zwar die aus Abrechnungsgründen zugesandten Informationen der in der Regelversorgung erbrachten Leistungen sowie der gestellten Diagnosen vor. Diese werden jedoch nirgends zusammengeführt, ausgewertet oder berichtet. Erfolgt nach 15 Monaten eine Anmeldung bei der örtlichen Krankenkasse (nach § 264 SGB V), sind Gesundheits- oder Versorgungsparameter aus Routedaten der GKV ebenfalls nicht mehr der Zielgruppe zuzuordnen.

Es stellt sich also die Frage, wie gesundheitsbezogene Daten zur heterogenen Gruppe der Flüchtlinge und Asylsuchenden standardisiert erhoben, weitergeleitet und aggregiert werden können. Damit ergäbe sich die Möglichkeit, relativ zeitnah Informationen über die Gesundheit dieser Gruppe zu generieren und in der GBE zu berichten. Neben einer ethischen Diskussion (sollen die Merkmale Aufenthaltsstatus oder „Fluchterfahrung“ in Routedaten mitgeführt werden) fehlt eine gesetzliche Grundlage für diesen Aspekt der GBE. Die Erfahrungen mit der GBE für Migrant/-innen zeigen, dass Daten zu gesundheitlichen Verläufen helfen, Barrieren beim Zugang und bei der Nutzung oder Unterschiede in der Ergebnisqualität identifizieren zu können. Zudem legt die „life course epidemiology“ nahe, dass Belastungen vor und während der Flucht längerfristige gesundheitliche Auswirkungen – psychische, aber auch körperliche – haben können, die spezifische Bedarfe nach sich ziehen (8). Ohne ausreichende Daten lassen sich

GESUNDHEITSKARTE IN DER WARTESCHLEIFE

Eine bundesweit **einheitliche Gesundheitskarte** für Asylbewerber, deren zügige Einführung man nach dem Asylverfahrenbeschleunigungsgesetz vom Oktober 2015 hätte erwarten können, ist weiterhin nicht in Sicht. Unproblematisch ist eine entsprechende Kennzeichnung der Gesundheitskarte, wonach ersichtlich ist, dass der Karteninhaber Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsrecht hat. Voraussetzung für die Umsetzung des Gesetzes ist jedoch, dass die Krankenkassen mit den Kommunalverbänden „Rahmenempfehlungen zur Übernahme der Krankenbehandlung“ abschließen. Hier gibt es nach mehreren Treffen noch keine Verständigung über den mit der Gesundheitskarte für Asylbewerber einhergehenden Leistungsumfang. Aber selbst, wenn es zu abgestimmten Rahmenempfehlungen kommt, wird sich an dem Versorgungs-Flickenteppich wohl nichts ändern. So entscheidet etwa in Nordrhein-Westfalen jede Kommune selbst darüber, ob es für die bei ihr untergebrachten Flüchtlinge die Gesundheitskarte gibt.

Interpretationshilfe: Von den zuständigen Ministerien in Sachsen wurde gemeinsam mit der Landesärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung und Krankenhausgesellschaft eine Interpretationshilfe für die medizinische Versor-

gung von Asylbewerbern erarbeitet. Die Beteiligten haben einen pragmatischen und umfassenden Katalog zusammengestellt, der Ärzten die Auslegung des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) erleichtern soll.

„Waren Ärzte bisher weitgehend auf sich selbst gestellt, um zu entscheiden, ob eine Leistung sofort oder nur mit Kostenzusage erbracht werden darf, bietet die Interpretationshilfe jetzt für häufige Fälle konkrete und verbindliche Hinweise“, betont der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Erik Bodendieck. Insbesondere die Behandlung häufiger chronischer Erkrankungen ist hier geregelt. Aber auch der Umfang der nach AsylbLG möglichen Vorsorgeuntersuchungen, Rehabilitationsmaßnahmen oder Impfungen werden thematisiert.

Auch bei Asylbewerbern müssen Leistungen ausreichend, notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Die Interpretationshilfe bezieht sich darauf, was nach AsylbLG als „ausreichend“ zu bezeichnen ist. Für chronische Erkrankungen wurde eine pragmatische und medizinisch sinnvolle Lösung gefunden: Chronische Erkrankungen, die ohne Behandlung zu akuten Notfällen werden, können nach AsylbLG behandelt werden! Details liefert die Interpretationshilfe unter: <http://d.aerzteblatt.de/XW17>

TG

auch nicht die gesundheitlichen Auswirkungen der mit dem unsicheren Aufenthaltsstatus verbundenen Lebensumstände nach der Flucht oder im Laufe des Asylverfahrens in Deutschland abbilden. So bleiben mögliche gesundheitliche Folgen der hierzulande geltenden rechtlichen Regelungen der Unterbringung, des Zugangs zur Gesundheitsversorgung oder zum Arbeitsmarkt weitgehend unbekannt.

Parallel zur wissenschaftlichen Nutzung von Versorgungsdaten wäre es sinnvoll, auch die Erhebungen des RKI-Gesundheitsmonitoring so auszubauen, dass zusätzliche und weiter differenzierte Informationen über Asylsuchende sowie Migrantinnen und Migranten mit gesichertem Aufenthaltsstatus verfügbar werden. Das RKI erarbeitet derzeit entspre-

in der Bevölkerung oder bestimmten Bevölkerungsgruppen zeitnah zu erkennen (11). Hierbei sind, anders als bei der GBE, eine definierte Bezugsbevölkerung oder Repräsentativität nicht unbedingt erforderlich; zudem liegen die Informationen viel schneller vor als in der GBE, welche meist die Situation in zurückliegenden Jahren abbildet. Auch ist in den einbezogenen Gebieten oder administrativen Einheiten eine kleinräumige Analyse möglich. Eine solche Surveillance kann zum Beispiel durch regelmäßige und zügige Übermittlung von standardisiert erhobenen Informationen aus ausgewählten Gesundheitsämtern und/oder Arztpraxen umgesetzt werden. So können Probleme, wie etwa Suizidversuche, Kinderunfälle oder Probleme bei der Versorgung chronischer Erkrank-

Ohne ausreichende Daten lassen sich nicht die gesundheitlichen Auswirkungen der mit dem unsicheren Aufenthaltsstatus verbundenen Lebensumstände nach der Flucht abbilden.

chende Konzepte, um die Gesundheitssituation dieser in sich sehr heterogenen Bevölkerungsgruppen besser zu erfassen und zu beschreiben. Dabei geht es zum einen um nichtübertragbare Krankheiten bzw. Risiken, zum anderen um Aspekte aus dem Bereich des Infektionsschutzes, wie multiresistente Erreger, Tuberkulose, Hepatitiden und Impfbarrieren. Es wurden bereits erste Ansätze erprobt, um den Gesundheitszustand von Asylsuchenden und ihren Zugang zur Versorgung analog zur Regelbevölkerung zu erfassen sowie gesundheitliche Ungleichheiten und Zugangsbarrieren zur Versorgung zu quantifizieren (9). Eine Weiterentwicklung solcher Ansätze ist jedoch dringend notwendig, um repräsentative Aussagen machen zu können. Damit „Daten für Taten“ dauerhaft generiert und allen Nutzern zeitnah verfügbar gemacht werden können, sind strukturelle Anreize notwendig (10).

„Sentinel Surveillance“ beschreibt eine aktive Surveillance mit dem Ziel, neu auftretende oder unerwartete Gesundheitsprobleme

in bestimmten Gruppen, schnell erkannt werden und Schritte zur Prävention oder Verbesserung zügig umgesetzt werden. Als Vorbild können hier nicht nur die verbreiteten Sentinel-Surveillance-Netzwerke für einzelne Krankheiten, wie etwa Influenza, dienen, sondern beispielsweise auch das stärker auf chronische Krankheiten und deren Versorgung hin ausgerichtete „Canadian Primary Care Sentinel Surveillance Network“ (12). Der ÖGD und universitäre Partner, die Erfahrung in den Bereichen Versorgungsforschung und Migration haben, entwickeln gemeinsam die erforderlichen Strukturen.

Im Rahmen der Befunderhebung und der medizinischen Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen fallen persönliche gesundheitsbezogene Daten, wie Diagnosen, Befunde und Laborwerte, an. Bisher gibt es jedoch weder eine einheitliche Dokumentation solcher Daten noch standardisierte und datensichere Wege der Weitergabe (13, 14). Das führt angesichts des

oft schnellen Wechsels des Aufenthaltsortes der Asylsuchenden (Erstaufnahme, Übergangswohnheime etc.) sowie damit verbunden dem Wechsel der Gesundheitsdienstleister zu großen praktischen Problemen. Erstens resultiert aus den Wechseln eine klassische Schnittstellenproblematik. Zweitens werden medizinische Daten oft nur handschriftlich und ohne Sicherungskopie in einer Patientenakte dokumentiert, die bei Umzügen nachgeschickt oder dem Asylsuchenden mitgegeben wird – dabei können Informationen unwiederbringlich verloren gehen. Drittens ist der Schutz persönlicher gesundheitsbezogener Daten nicht gewährleistet. Das gilt nicht nur bei Verlust von Dokumenten, sondern auch bei deren Transport durch die Betroffenen.

Den vielfältigen Aktivitäten zur gesundheitlichen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden steht ein Mangel an Daten gegenüber, der dringend behoben werden muss. Durch die beispielhaft aufgeführten „Datenlücken“ bleiben die besonderen Erfordernisse und mögliche Probleme in Versorgungsabläufen dieser Bevölkerungsgruppen nicht nur verborgen; es fehlt auch eine Grundlage für evidenzbasierte Interventionen und deren anschließende Evaluation. Das muss sich ändern – auf Bundesebene und auf regionaler Ebene. Hierzu können das RKI, der ÖGD und die vielen weiteren beteiligten Ärzte/-innen in Kooperation mit Universitäten in den Bereichen Gesundheitsmonitoring/GBE sowie Sentinel-Surveillance wichtige Beiträge leisten. ■

Prof. Dr. med. Oliver Razum

Fakultät für Gesundheitswissenschaften

Universität Bielefeld

oliver.razum@uni-bielefeld.de

Dr. med. Anne Bunte

Stadt Köln – Gesundheitsamt

Dr. Andreas Gilsdorf

Dr. Thomas Ziese

Robert Koch-Institut Berlin

Dr. med. Kayvan Bozorgmehr

Abteilung Allgemeinmedizin und

Versorgungsforschung

Universitätsklinikum Heidelberg

 Literatur im Internet:
www.aerzteblatt.de/liit0416
oder über QR-Code.



LITERATURVERZEICHNIS HEFT 4/2016, ZU:

GESUNDHEITSVERSORGUNG VON GEFLÜCHTETEN

Zu gesicherten Daten kommen

Den vielfältigen Aktivitäten zur gesundheitlichen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden steht ein Mangel an Daten gegenüber, der dringend behoben werden muss.

LITERATUR

1. Leopoldina, acatech – Deutsche Akademie der Technikwissenschaften und der Union der deutschen Akademien der Wissenschaften: Zur Gesundheit von Asylsuchenden. http://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2015_Gesundheit_Asylsuchende_01.pdf (zuletzt aufgerufen am 8. November 2015).
2. Bozorgmehr K, Szecsenyi J, Stock S, Razum O: Europe's response to the refugee crisis: why relocation quotas will fail to achieve 'fairness' from a health perspective. *Eur J Public Health* (im Druck).
3. Kurth BM: Das RKI-Gesundheitsmonitoring – was es enthält und wie es genutzt werden kann. *Public Health Forum* 2012; 20: 4.e1–4.e3.
4. Gößwald A, Lange M, Kamtsiuris P, Kurth BM: DEGS: German Health Interview and Examination Survey for Adults. A nationwide cross-sectional and longitudinal study within the framework of health monitoring conducted by the Robert Koch Institute. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 2012; 55(6–7): 775–80.
5. Schenk L, Neuhauser H, Ellert U, Poethko-Müller C, Kleiser C, Mensink G (2008): Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003–2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund. Robert Koch-Institut, Berlin.
6. Wenner J, Razum O, Schenk J, Ellert U, Bozorgmehr K: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit ungesichertem Aufenthaltsstatus im Vergleich zu Kindern mit und ohne Migrationshintergrund: Auswertung der KiGGS-Daten 2003–06. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* (im Druck).
7. Schneider C, Mohsenpour A, Joos S, Bozorgmehr K: Health status of and health-care provision to asylum seekers in Germany: protocol for a systematic review and evidence mapping of empirical studies. *Syst Rev* 2014, 3: 139.
8. 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. *Emerg Themes Epidemiol* 2011; 8: 6.
9. 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: e008784.
10. Whitty CJ, Mundel T, Farrar J, Heymann DL, Davies SC, Walport MJ: Providing incentives to share data early in health emergencies: the role of journal editors. *The Lancet* 2015, 386: 1797–8.
11. Porta M: *A Dictionary of Epidemiology*. New York, Oxford, Toronto: Oxford University Press 2008.
12. Birtwhistle RV: Canadian Primary Care Sentinel Surveillance Network: a developing resource for family medicine and public health. *Can Fam Physician* 2011; 57: 1219–20.
13. Klinkhammer G, Korzilius H: Flüchtlinge: Gut versorgt – dank großer Hilfsbereitschaft. *Dtsch Arztebl* 2015; 112(41): A-1654.
14. Bozorgmehr K, Noest S, Thaiss HM, Razum O: Die Versorgungssituation von Asylsuchenden: eine bundesweite „Mixed-methods“-Befragung von Gesundheitsämtern. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* (im Review).