



MÄRZ 2021
AUSGABE 7

GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES
GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS

Journal of Health Monitoring

Monitoring der Gesundheit von geflüchteten Menschen

Monitoring der Gesundheit von geflüchteten Menschen

- 3 *Editorial* Monitoring der Gesundheit von Geflüchteten: integrative Ansätze mit Surveys und Routinedaten
- 7 *Focus* Monitoring der Gesundheit und Gesundheitsversorgung geflüchteter Menschen in Sammelunterkünften: Ergebnisse des bevölkerungsbezogenen Surveys RESPOND
- 30 *Focus* Gesundheitsmonitoring bei geflüchteten Menschen in Aufnahmeeinrichtungen: Dezentrale Analyse medizinischer Routinedaten im Verbund

Journal of Health Monitoring · 2021 6(1)
DOI 10.25646/7860
Robert Koch-Institut, Berlin

Kayvan Bozorgmehr^{1,2}, Claudia Hövener³

¹ AG Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld

² Sektion Health Equity Studies und Migration, Universitätsklinikum Heidelberg

³ Robert Koch-Institut, Berlin
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring

Eingereicht: 09.10.2020
Akzeptiert: 12.10.2020
Veröffentlicht: 31.03.2021

Monitoring der Gesundheit von Geflüchteten: Integrative Ansätze mit Surveys und Routinedaten

Die Gesundheitsberichterstattung der Zukunft steht vor der Herausforderung, neben sozialen Entwicklungen wie der demografischen Alterung auch die zunehmende Diversität der Gesellschaft, zum Beispiel in Bezug auf Migration, abzubilden. Seit dem ersten Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes „Migration und Gesundheit“ im Jahr 2008 [1] gab es wichtige Fortschritte bei den Datengrundlagen. Unter anderem wurde das am Robert Koch-Institut aufgebaute Gesundheitsmonitoring migrationssensibel weiterentwickelt [2]. Die Einbeziehung verschiedener Gruppen von Migrantinnen und Migranten bleibt hingegen weiterhin herausfordernd: So werden Arbeitsmigrantinnen und -migranten mit prekärer Beschäftigung, Menschen ohne offiziellen Aufenthaltstitel sowie geflüchtete Menschen in repräsentativen Gesundheitsstudien bisher nicht systematisch berücksichtigt. Mit Blick auf geflüchtete Menschen werden strukturelle Schwächen, die in eine lückenhafte Informationsgrundlage münden, besonders deutlich. Deutschland ist seit den 1990er Jahren in unterschiedlicher Intensität Zielland für Schutzsuchende. Dennoch sind bundesweite und über Raum und Zeit vergleichbare Daten über die Gesundheit und Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe quasi nicht existent.

Die Gründe hierfür sind vielfältig. Während des Asylverfahrens sind geflüchtete Menschen in der Regel in zentralen Aufnahmeeinrichtungen der Bundesländer, anschließend in Sammelunterkünften der Landkreise untergebracht. In dieser Zeit sind sie noch nicht in den Registern der

Einwohnermeldeämter erfasst und für konventionelle Stichprobenverfahren kaum zugänglich. Die Gruppe ist durch eine sehr hohe Diversität an Herkunftsländern, Sprachen, Fluchtgründen und -routen, Bleibeperspektiven sowie sozioökonomischen Hintergründen geprägt. Dies macht Erhebungen ohne sprachliche, kulturelle und kontextbezogene Anpassungen von Befragungsinstrumenten unmöglich. Zudem fehlt aufgrund der hohen Migrationsdynamiken und räumlichen Verlegungen der Überblick über die Gesamtheit der geflüchteten Menschen (Nennerpopulation) als wesentliche Größe eines Monitorings der Gesundheit Geflüchteter [3]. Bei der Nutzung von Routinedaten des Gesundheitswesens bestehen ebenfalls substanzielle Einschränkungen. Während des Aufenthalts in zentralen Aufnahmeeinrichtungen der Länder werden geflüchtete Menschen meist in einrichtungseigenen Ambulanzen primärmedizinisch versorgt. Routinedaten werden in diesen Settings aber nicht einheitlich erfasst und zusammengeführt. Bei Inanspruchnahme der Regelversorgung außerhalb der Aufnahmeeinrichtungen oder nach der Verlegung in die Landkreise sind geflüchtete Menschen in den Daten der Krankenkassen nur in Regionen mit elektronischer Gesundheitskarte (eGK) für Geflüchtete flächendeckend identifizierbar. Gleichzeitig wird die eGK zumeist erst ausgegeben, wenn die Geflüchteten die Aufnahmeeinrichtungen verlassen haben, das heißt nach bis zu 18 Monaten beziehungsweise nach Ablauf des gesamten Asylverfahrens.

Aufgrund dieser Faktoren bleibt das Wissen über die Gesundheit und Versorgung von geflüchteten Menschen lückenhaft und fußt fast ausschließlich auf meist lokalen Einzelstudien und zeitlich begrenzten Initiativen, die mit den Prinzipien der Gesundheitsberichterstattung in der Regel inkompatibel sind. Eine bedeutsame Ausnahme stellt die 2016 etablierte Befragung geflüchteter Menschen des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge (BAMF) sowie des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) dar, welche ein Sample aus dem Ausländerzentralregister nutzt, um die etablierten Befragungen des SOEP zu ergänzen. Während damit Informationen zur Lebenssituation geflüchteter Menschen vorliegen, ist die Auswahl an Indikatoren zur Gesundheit und Versorgung beschränkt.

Dies ist in zahlreichen anderen europäischen Ländern ähnlich. In einer Übersichtsarbeit zur Integration von Migrantinnen und Migranten in Gesundheitssysteme der europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und zur Verfügbarkeit entsprechender Daten zeigte sich, dass in lediglich 23 der 53 WHO-Mitgliedstaaten systematische und routinemäßige Ansätze zur Erhebung diesbezüglicher Gesundheitsdaten existieren [4]. So konnten Länder mit national einheitlichen Registern wichtige Aspekte der Gesundheit wie Sterblichkeit, Lebenserwartung und Morbidität sowie Aspekte rund um Schwangerschaft und Geburt bei geflüchteten Menschen im Vergleich zu anderen Gruppen von Menschen mit Migrationshintergrund oder der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund untersuchen. Dennoch fehlten praktikable Ansätze, Migrantinnen und Migranten sowie insbesondere geflüchtete Menschen systematisch in bestehende

Gesundheitssurveys einzubeziehen, um selbstberichtete und komplexere Gesundheitsaspekte zu erfassen. Sehr häufig waren Systeme zur Erfassung meldepflichtiger Infektionserkrankungen die einzige routinemäßig verfügbare Datenquelle, um Aussagen zur Gesundheit geflüchteter Menschen zu treffen. Häufig wurden auch medizinische Routinedaten einzelner Kliniken genutzt, die nur bedingt Vergleiche mit anderen Settings zuließen.

Wie kann nun einerseits die Verfügbarkeit von Informationen zur Gesundheit geflüchteter Menschen und daran anschließend die Integration in die Informationsangebote der Gesundheitsberichterstattung auf kommunaler, Länder- und Bundesebene verbessert werden? Dieser Frage, die international von hoher Relevanz ist [5], widmen sich die zwei Beiträge dieser Ausgabe, die unterschiedliche aber komplementäre Perspektiven einnehmen und Erfahrungen aus zwei mit Bundesmitteln geförderten Vorhaben berichten.

Der Beitrag von [Biddle et al.](#) beschreibt einen Ansatz zur Integration von geflüchteten Menschen in Sammelunterkünften in Gesundheitssurveys, der auf einem zielgruppenspezifischen Sampling und Rekrutierungsansatz aufbaut, um ein Monitoring der Gesundheit in dieser Gruppe zu realisieren. Der Beitrag von [Jahn et al.](#) beschreibt einen innovativen Ansatz zur Nutzung medizinischer Routinedaten in Aufnahmeeinrichtungen, der auf dem Prinzip des verteilten Rechnens im Verbund basiert. Durch beide Ansätze entstehen neue Informationsbestände, mit denen die Integration der Zielgruppe im Sinne der Sichtbarkeit relevanter Gesundheitsaspekte in Settings, die bisher nicht systematisch abgebildet werden, ermöglicht wird. Damit diese Informationen

nachhaltig in der Gesundheitsberichterstattung genutzt werden können, ist jedoch eine strukturelle Verstärkung dieser Ansätze auf Ebene von Bund, Ländern und Kommunen notwendig.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Kayvan Bozorgmehr
AG Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Universität Bielefeld
Postfach 10 01 31
33501 Bielefeld
E-Mail: kayvan.bozorgmehr@uni-bielefeld.de

Zitierweise

Bozorgmehr K, Hövener C (2021)
Monitoring der Gesundheit von Geflüchteten:
Integrative Ansätze mit Surveys und Routinedaten.
Journal of Health Monitoring 6(1): 3–6.
DOI 10.25646/7860

Die englische Version des Artikels ist verfügbar unter:
www.rki.de/journalhealthmonitoring-en

Interessenkonflikt

Die Autorin und der Autor geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Razum O, Zeeb H, Meesmann U et al. (2008) Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung. Robert Koch-Institut, Berlin.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/3194> (Stand: 04.02.2021)
2. Kurth BM, Razum O (2019) Gesundheitsmonitoring muss die Vielfalt der Bevölkerung berücksichtigen. Journal of Health Monitoring 4(3):3–6.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/6103> (Stand: 04.02.2021)

3. Bozorgmehr K, Stock C, Joggerst B et al. (2018) Tuberculosis screening in asylum seekers in Germany: a need for better data. Lancet Public Health 3(8):Pe359–e361
4. Bozorgmehr K, Biddle L, Rohleder S et al. (2019) What is the evidence on availability and integration of refugee and migrant health data in health information systems in the WHO European Region? Health Evidence Network synthesis report 66. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
5. WHO (2020) Collection and integration of data on refugee and migrant health in the WHO European Region. WHO, Copenhagen

Impressum

Journal of Health Monitoring

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter, Dr. Franziska Prütz,
Dr. Martina Rabenberg, Dr. Alexander Rommel, Dr. Livia Ryl,
Dr. Anke-Christine Saß, Stefanie Seeling, Dr. Thomas Ziese
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de
www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz

Kerstin Möllerke, Alexander Krönke

ISSN 2511-2708

Hinweis

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die
Meinung des Robert Koch-Instituts wider.



Dieses Werk ist lizenziert unter einer
Creative Commons Namensnennung 4.0
International Lizenz.



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Journal of Health Monitoring · 2021 6(1)
DOI 10.25646/7862
Robert Koch-Institut, Berlin

Louise Biddle^{1,2}, Maren Hintermeier¹,
Amir Mohsenpour², Matthias Sand³,
Kayvan Bozorgmehr^{1,2}

- ¹ Sektion Health Equity Studies und Migration, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg
- ² AG Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld
- ³ GESIS Leibniz Institut für Sozialwissenschaften, Mannheim

Eingereicht: 12.10.2020
Akzeptiert: 11.01.2021
Veröffentlicht: 31.03.2021

Monitoring der Gesundheit und Gesundheitsversorgung geflüchteter Menschen in Sammelunterkünften: Ergebnisse des bevölkerungsbezogenen Surveys RESPOND

Abstract

Geflüchtete Menschen werden in Gesundheitssurveys in Deutschland bisher unzureichend berücksichtigt. Ziel von RESPOND (Improving regional health system responses to the challenges of forced migration) war die Erhebung valider epidemiologischer Daten zu Gesundheitszustand und Versorgung bei geflüchteten Menschen. Kernelemente waren ein bevölkerungsbezogenes Stichprobenverfahren in Baden-Württemberg, mehrsprachige Fragebögen und ein persönlicher Ansatz zur Rekrutierung und Datenerhebung in Sammelunterkünften mit mehrsprachigen Feldteams. Zudem wurden Daten zur Lage und baulichen Qualität der Unterkünfte ermittelt. Die Ergebnisse weisen auf eine hohe allgemeine gesundheitliche Belastung hin. Die Prävalenz von Depressions- (44,3 %) und Angstsymptomatik (43,0 %) war hoch. Gleichzeitig wird ein ausgeprägter Verzicht auf primär- (30,5 %) sowie fachärztliche (30,9 %) Versorgung berichtet. Zwar sind primärärztliche Angebote gut zu erreichen. Häufige ambulant-sensitive, das heißt durch ambulante Versorgung potenziell vermeidbare Hospitalisierungen (25,3 %) sowie erlebte Defizite in der Versorgungsqualität weisen jedoch auf Zugangsbarrieren hin. Fast die Hälfte aller geflüchteten Menschen (45,3 %) wohnen in Unterkünften mit niedriger baulicher Qualität. Die Erhebung valider Daten zur gesundheitlichen Lage geflüchteter Menschen ist durch eine Kombination aus gezieltem Sampling, mehrsprachigen Rekrutierungs- und Erhebungsinstrumenten sowie persönlichem Kontakt gut möglich. Der Ansatz kann etablierte Verfahren der Durchführung von Gesundheitssurveys ergänzen und auf andere Bundesländer ausgeweitet werden.

📌 GESUNDHEITSMONITORING · GEFLÜCHTETE MENSCHEN · SURVEY · ZUGANGSBARRIEREN · VERSORGUNGSQUALITÄT

1. Einleitung

Aufgrund der Erfahrungen vor, während und nach der Flucht sind geflüchtete Menschen (Infobox 1) einer Vielzahl von besonderen Gesundheitsrisiken ausgesetzt, sodass eine effiziente gesundheitliche Versorgung nach Ankunft in Deutschland von großer Bedeutung ist.

Internationale Studien weisen darauf hin, dass insbesondere die Versorgung von psychischen Belastungen, chronischen Krankheiten, schwerwiegenden Infektionskrankheiten sowie die Schwangerenversorgung bei geflüchteten Menschen von besonderer Relevanz sind [1].

Ihre gesundheitliche Versorgung gestaltet sich in Deutschland jedoch herausfordernd. Rechtsnormen des

Infobox 1

Als „geflüchtete Menschen“ werden in diesem Beitrag alle Menschen bezeichnet, welche in Deutschland beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) einen Antrag auf Asyl gestellt haben – unabhängig vom Ausgang des Asylgesuches – sowie Menschen, welche gemäß der Genfer Flüchtlingskonvention des UN-Flüchtlingskommissariats (UNHCR) als Kontingentflüchtlinge in Deutschland aufgenommen wurden.

Infobox 2

In der Publikation von Bozorgmehr et al. [6] wurden „Menschen mit Migrationshintergrund“ gemäß der Definition der Internationalen Organisation für Migration (IOM) definiert: „eine Person welche von ihrem üblichen Wohnort wegzieht, ob innerhalb eines Staates oder über eine internationale Grenze, ob kurz- oder langfristig und für eine Vielzahl an Gründen“ [7].

Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) schränken den Umfang gesundheitlicher Versorgung auf die „Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände“ ein (§ 4 AsylbLG). Kinder und schwangere Asylsuchende sind zwar von dieser Regelung ausgenommen und im Einzelfall sind auch sonstige Leistungen möglich (§ 6 AsylbLG). Dennoch wird diese Regelung als nachteilig für eine bedarfsgerechte Versorgung betrachtet [2, 3]. Zudem können auch sprachliche, finanzielle, geografische oder auch strukturelle Faktoren Barrieren einer adäquaten gesundheitlichen Versorgung für geflüchtete Menschen sein [4]. Hinzu kommt, dass nicht nur der Zugang zu gesundheitlicher Versorgung, sondern auch die Lebensbedingungen in der Lebensphase nach der Migration von großer Relevanz für die Gesundheit geflüchteter Menschen sind. Faktoren wie die Sicherheit des Aufenthaltsstatus, die Zufriedenheit mit der Unterbringung und die Möglichkeiten zur sozialen und wirtschaftlichen Partizipation können Gesundheit und Wohlbefinden beeinflussen [5].

Vor diesem Hintergrund kommt bevölkerungsbezogenen Daten bei der Ermittlung von gesundheitlichem Versorgungsbedarf eine besondere Bedeutung zu. Neben klinischen Routinedaten bilden Daten aus landes- oder bundesweiten Surveys und Befragungen einen essenziellen Bestandteil nationaler Datensysteme, da nur sie zuverlässige Informationen zur Häufigkeit bestimmter Krankheitsbilder, aber auch zu potenziellen Barrieren im Zugang zur Versorgung liefern können. So können anhand von Daten zum Wohnort, die im Zuge von Haushaltsbefragungen verwendet werden, zum Beispiel auch geografische Zugangsbarrieren untersucht werden. Eine kürzlich erschienene Analyse zu verfügbaren Gesundheitsdaten zur Gesundheit

von Menschen mit Migrationshintergrund (Infobox 2) in Europa stellte jedoch fest, dass Daten aus Surveys in diesem Kontext bislang unzureichend eingesetzt werden [6]. Dies hängt unter anderem damit zusammen, dass diese Bevölkerungsgruppe – die zu Studienzwecken auch als schwer erreichbar („hard-to-reach“) gilt – in bevölkerungsweiten Studien oft unterrepräsentiert ist. In Deutschland wird die Rekrutierung von geflüchteten Menschen für das Gesundheitsmonitoring zudem erschwert. Denn bei Stichprobenziehungen aus Melderegistern sind Menschen mit Fluchterfahrung zum einen nicht identifizierbar, da lediglich die Staatsangehörigkeit und keine Angaben zum Aufenthaltsstatus hinterlegt sind. Zum anderen kann es zu Meldeverzügen kommen, weshalb neu angekommene geflüchtete Menschen, welche oft in Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften wohnen, in Stichproben aus Melderegistern unterrepräsentiert sind. Außerdem werden Menschen mit Migrationshintergrund aus Studien ausgeschlossen, wenn die Befragung nur in der Landessprache angeboten wird.

In Deutschland hat unter anderem das Robert Koch-Institut (RKI) die Aufgabe, Informationen zur Gesundheit der Bevölkerung zu erheben und auszuwerten. Derzeit werden in verschiedenen Befragungs- und Untersuchungssurveys des Gesundheitsmonitorings am RKI regelmäßig Daten zum Gesundheitszustand, dem Zugang zur Versorgung, aber auch zu weiteren relevanten Indikatoren wie dem Gesundheitsverhalten, von in Deutschland lebenden Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen auf Bundesebene erhoben. In den vergangenen zwei Jahrzehnten wurde im Zuge der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) sowie der Studie zur

Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) zunehmend auch die Einbindung von Menschen mit Migrationshintergrund in die Stichprobenziehung angestrebt; inklusive eines Oversamplings von Teilnehmenden ohne deutsche Staatsangehörigkeit, der Bereitstellung mehrsprachiger Fragebögen sowie einer spezifischen Öffentlichkeitsarbeit zur Gewinnung von Menschen mit Migrationshintergrund [8]. Seit dem Jahr 2016 befasst sich das RKI im Rahmen des Projektes Improving Health Monitoring for Migrant Populations (IMIRA) vertieft mit migrationssensiblen Rekrutierungs- und Datenerhebungsverfahren [8]. Die Stichproben dieser Befragungen basieren jedoch auf den Daten der Einwohnermeldeämter. Daher wird die Gruppe der geflüchteten und asylsuchenden Menschen in Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften in Deutschland in den Studien des Robert Koch-Instituts nicht hinreichend erreicht [9].

Das so genannte IAB-SOEP-BAMF-Panel des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW), dessen Stichprobe speziell auf die Befragung von geflüchteten Menschen ausgerichtet ist, basiert auf dem Ausländerzentralregister (AZR). Das AZR wird vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) als polizeiliches Register geführt und beinhaltet detaillierte Informationen zum rechtlichen Status und Aufenthaltsort von geflüchteten Menschen in Deutschland. Auf dieser Grundlage kann das IAB-SOEP-BAMF-Panel eine repräsentative Stichprobe für in Deutschland lebende geflüchtete Menschen ziehen [10]. Jedoch befasst sich diese Befragung primär mit sozioökonomischen Aspekten – wie dem Bildungsstand geflüchteter Menschen und deren Integration in den Arbeitsmarkt. Gesundheitsspezifische Fragen finden, neben dem allgemeinen

Gesundheitszustand und der psychischen Gesundheit [5], kaum Beachtung. Detaillierte Angaben zur medizinischen Versorgung sind, bis auf wenige Parameter zur Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Versorgung, nicht enthalten.

Um diese Lücke in den bisher verfügbaren Survey-Daten zu schließen, erfolgte 2016 im Rahmen des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Projekts Improving regional health system responses to the challenges of forced migration (RESPOND) die Entwicklung eines Ansatzes zur Durchführung eines bevölkerungsbezogenen Gesundheitssurveys unter geflüchteten Menschen in Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften. Ziel dieses Beitrags ist es, das methodische Vorgehen sowie ausgewählte Ergebnisse zum Gesundheitszustand, der Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen und zur Qualität der Versorgung vorzustellen. Des Weiteren werden Daten zur Unterbringungssituation, der Unterkunftqualität sowie der geografischen Erreichbarkeit der primärärztlichen Versorgung berichtet.

2. Methode

Die vorliegende Befragung wurde als bevölkerungsbezogene Querschnittstudie konzipiert und im Rahmen des RESPOND-Projekts durchgeführt. Als Zielpopulation dienten erwachsene geflüchtete Menschen, die zum Zeitpunkt der Erhebung in Erstaufnahmeeinrichtungen (EA) und Gemeinschaftsunterkünften (GU) des Landes Baden-Württemberg lebten.

2.1 Fragebogenentwicklung

Basierend auf den Erfahrungen vorangegangener Machbarkeitsstudien [11–13] und unter Verwendung etablierter Instrumente wurde ein Fragebogen entwickelt, der wesentliche Dimensionen des Gesundheitszustands, der Inanspruchnahme, der Versorgungsqualität sowie soziodemografische Angaben umfasste und den Kontext sowie die Lebenslage geflüchteter Menschen angemessen berücksichtigte. Die Entwicklung des Fragebogens sowie eine detaillierte Übersicht der verwendeten Instrumente wurden an anderer Stelle berichtet [14]. Daher wird im Folgenden eine Auswahl der wichtigsten Indikatoren dargestellt.

Der Gesundheitszustand wurde auf Basis von Instrumenten des European Health Interview Survey (EHIS; allgemeine Gesundheit, Schmerzen, chronische Krankheiten) [15] sowie von Skalen zur Erfassung depressiver Symptome (PHQ-2; Depression) [16] und allgemeiner Angststörungen (GAD-2) [17] erfasst. Sowohl PHQ-2- als auch GAD-2-Werte über einem Grenzwert von drei wurden als Hinweis auf eine depressive Störung beziehungsweise eine Angststörung angesehen [16]. Die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung wurde auf Basis von Instrumenten des EHIS (Inanspruchnahme von fachärztlichen und allgemeinmedizinischen Leistungen), der EU-Statistik über Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC; Verzicht auf Versorgung) [18] und der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS; Beratung zum Gesundheitsverhalten) [19] erhoben. Variablen des Gesundheitszustands, der Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen, der Qualität der Versorgung

sowie der wahrgenommenen Entfernung von gesundheitlichen Angeboten wurden für die Analyse dichotomisiert ([Annex Tabelle 1](#)).

Grundlegende soziodemografische Elemente wurden ebenfalls DEGS und EHIS entnommen und um eine angepasste Version der MacArthur-Skala (subjektiver Sozialstatus) [20] sowie spezifische Fragen zum Aufenthaltsstatus, zum Krankenversicherungsstatus und zur Aufenthaltsdauer in Deutschland ergänzt ([Annex Tabelle 1](#)). Für die Variablen „Nationalität“ und „Muttersprache“ wurden nur Kategorien ausgewertet, die mindestens 2 % der Teilnehmenden beschreiben, die übrigen wurden als „andere“ kategorisiert. Der Bildungsstand wurde in Anlehnung an Fragen im EHIS zum höchsten schulischen Bildungsgrad und zur höchsten beruflichen Bildung erfasst und in einer eigenen Einteilung in drei Bildungsstufen kombiniert. Eine adaptierte MacArthur Scale des subjektiven Sozialstatus (SSS) in Deutschland wurde in niedriger SSS (Stufen 1–4), mittlerer SSS (Stufen 5–6) und hoher SSS (Stufen 7–10) unterteilt [20, 21].

Die Qualität der Gesundheitsversorgung wurde in verschiedenen Facetten untersucht. Zum einen wurde auf Grundlage einer Liste an spezifischen Krankheitsbildern sowie Fragen zur Hospitalisierung aufgrund dieser Erkrankungen das Vorliegen ambulant-sensibler Krankheitsfälle (ASK) erfasst [22]. Dies sind Krankenhausaufenthalte bei Erkrankungen, die durch eine frühzeitige und effektive ambulante Versorgung als potenziell vermeidbar gelten und daher Aufschluss über die Qualität der primärärztlichen Versorgung geben können. Diese werden auch als „vermeidbare Hospitalisierungen“ bezeichnet. Zudem wurde mittels der Responsiveness-Skala der

Weltgesundheitsorganisation (WHO) die nichttechnische Qualität der Versorgung in den Dimensionen der Sauberkeit, des respektvollen Umgangs, der Vertraulichkeit, der Autonomie in der Entscheidungsfindung, der Kommunikation, der Wahl des Versorgers sowie der Wartezeit beim letzten Arztbesuch erfasst [23]. Da die WHO-Responsiveness-Skala gezielt auf eine Bewertung des letzten Arztbesuchs abzielt, wurden Bewertungen von Teilnehmenden ohne Arztkontakt ausgeschlossen. Der Fragebogen enthielt außerdem Fragen zum übermäßigen Gebrauch von Medikamenten aus dem Structured Clinical Interview für DSM-5 (SCID; Substanzmissbrauch) [24]. Zur Erfassung möglicher Barrieren im geografischen Zugang zur Versorgung wurde ein Instrument zur subjektiven Einschätzung der Entfernung zu verschiedenen Versorgungsangeboten (Apotheke, primär- und fachärztliche Leistungserbringer, Krankenhaus) aus einer Studie des European Patient's Forum (EPF) verwendet [25].

Der Fragebogen wurde auf Englisch und Deutsch entwickelt und unter Verwendung eines TRAPD-Ansatzes (Translation, Review, Adjudication, Pretesting and Documentation) in die Sprachen Albanisch, Arabisch, Persisch, Französisch, Russisch, Serbisch und Türkisch übersetzt. Zwei unabhängige professionelle Übersetzungen wurden im Zuge dessen einem Synthesegespräch unter Einbeziehung eines interdisziplinären Übersetzungs- und Forschungsteams mit anschließender Konsensfindung unterzogen [26]. Anschließend wurde mittels eines kognitiven Pretests die Verständlichkeit mehrerer Fragebogenelemente überprüft [27]. Die Endfassung des Fragebogens umfasste 68 Fragen.

Zur Quantifizierung der Unterkunftsqualität im Sinne des baulichen und strukturellen Zustands wurde ein

entsprechendes Instrument (Small-area housing environment deterioration, SHED) entwickelt und in einer separaten Studie validiert [28]. Angelehnt an den „Broken Windows“-Index [29] erfasst das Instrument auf Grundlage von fünf beobachterbasierten Bewertungen den Zustand von (1) Fenster und Glas, (2) Wänden und Dach, (3) Müllansammlung sowie (4) Graffiti innerhalb und außerhalb der Räumlichkeiten und (5) Außenflächen. Das Instrument weist im Kontext unabhängiger Einzelratings eine hohe Reliabilität auf [28], wurde im Rahmen dieser Studie jedoch als Teamrating eingesetzt, da durch die gemeinsame Arbeit vor Ort kein unabhängiger, sondern ein gemeinsamer Eindruck der Wohnumgebung entstand. In einer sechsten Frage wird zudem als globales Rating das allgemeine Wohnumfeld bewertet. Die erhobenen Variablen zur Unterkunftsqualität wurden nach Z-Standardisierung und 0–1 Normalisierung der Einzelergebnisse zum Zweck der Vergleichbarkeit der Einzelergebnisse in eine Gesamtpunktzahl umgewandelt. Um die Verteilung der in den Einrichtungen lebenden Menschen nach Unterkunftsqualität zu untersuchen, werden Unterkünfte basierend auf der Gesamtpunktzahl in Quintile unterteilt.

2.2 Stichprobenziehung

Im Rahmen dieser Studie bestand kein Zugriff auf das AZR, weshalb der Stichprobenrahmen eigens erstellt werden musste. Die Stichprobenziehung erfolgte auf Ebene der Unterkünfte. Geflüchtete Menschen werden nach Ankunft und Registrierung seitens des BAMF in zentralen Erstaufnahmeeinrichtungen der Landesbehörden untergebracht. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung galt für geflüchtete

Menschen ein maximaler Aufenthalt von sechs Monaten in diesen Unterkünften, mit Ausnahme von Personen aus sogenannten „sicheren Herkunftsstaaten“ (§ 47 Asylgesetz, AsylG). Geflüchtete Menschen mit guter Bleibeperspektive können in Gemeinschaftsunterkünfte der Kreise verlegt werden. In den Erstaufnahmeeinrichtungen sind die Aufnahmebehörden der Länder für die Unterbringung zuständig, in Gemeinschaftsunterkünften und Anschlussunterbringungen sind hierfür die unteren Aufnahmebehörden der Kreise beziehungsweise Kommunen zuständig.

Durch eine Kooperation mit dem Innenministerium Baden-Württemberg und den zuständigen Regierungspräsidien wurde eine Liste aller Erstaufnahmeeinrichtungen des Landes sowie eine anonymisierte Belegungsliste auf Zimmerebene innerhalb der Einrichtungen zur Verfügung gestellt. Aus den insgesamt zwölf Einrichtungen wurde eine zweistufige Zufallsstichprobe gezogen. Auf erster Ebene wurden sechs der zwölf Einrichtungen mit einer Wahrscheinlichkeit proportional zur Unterkunftsbelegung und behördlicher Zuständigkeit ausgewählt. Auf zweiter Stufe erfolgte eine uneingeschränkte Zufallsauswahl auf Zimmerebene, sodass 25% der Bewohnerinnen und Bewohner in die Stichprobe eingeschlossen wurden. Dieser sogenannte selbstgewichtende Ansatz führt zu gleichen Auswahlwahrscheinlichkeiten jeder Person innerhalb der Auswahlgrundlage.

Das Stichprobenverfahren auf Ebene der Gemeinschaftsunterkünfte wurde an anderer Stelle detailliert beschrieben [14]. Hier wurden über eine Kooperation mit dem Sozialministerium sowie unter Zustimmung des Landkreistags Baden-Württemberg alle unteren Aufnahmebehörden kontaktiert, um eine Liste aller Gemeinschaftsunterkünfte (N=1.933) in der vorläufigen Unterbringung der

44 Landkreise Baden-Württembergs sowie entsprechende Belegungszahlen zu erfragen. Zum Zeitpunkt der Erhebung lebten insgesamt 70.634 geflüchtete Menschen in Gemeinschaftsunterkünften. Auf Ebene dieser Einrichtungen wurde eine Zufallsstichprobe proportional zur Population gezogen, welche die Anzahl geflüchteter Menschen im Landkreis sowie die Unterkunftsgrößen gemessen an der Belegungszahl berücksichtigte. Es wurden insgesamt 65 Einrichtungen gezogen, um eine Netto-Stichprobe von 1% aller geflüchteten Menschen auf Kreisebene in die Studie einzuschließen.

Ein zusätzlicher Gewinn der händischen Erstellung des Stichprobenrahmens auf Ebene der Gemeinschaftsunterkünfte war die Ermittlung der geografischen Standorte. Es konnten Geokoordinaten von 1.786 Unterkünften ermittelt werden. 7,6% (n=147) der Unterkünfte in fünf Stadt- beziehungsweise Landkreisen mussten aufgrund nicht ermittelbarer Adressangaben ausgeschlossen werden, da die Behörden keine Geoinformationen verfügbar machten.

2.3 Studiendurchführung

Die Datenerhebung wurde von Februar bis Juni 2018 von geschultem, mehrsprachigem Forschungspersonal durchgeführt. In den Einrichtungen lebende geflüchtete Menschen wurden durch die Alltagsbetreuung oder zuständige Fachkräfte für Sozialarbeit mindestens eine Woche im Voraus kontaktiert, um den Zweck und den Zeitpunkt des Besuchs anzukündigen. Jede Unterkunft wurde an zwei aufeinander folgenden Tagen besucht, um einen Großteil der Bewohnerschaft zu erreichen. Im Zuge der Feldbegehungen füllte das Forschungspersonal den Fragebogen zur

Erfassung der Unterkunftsqualität für die jeweiligen Unterkünfte der Stichprobe aus.

Alle in der Einrichtung lebenden Menschen wurden durch mehrsprachige Feldteams vor Ort persönlich über die Studie aufgeklärt und zur Teilnahme eingeladen („door-to-door recruitment“ [30]). Hierbei kamen auch standardisierte, mehrsprachige Audionachrichten zum Einsatz. Einschlusskriterien für die Studie waren ein Alter von mindestens 18 Jahren und gute Kenntnisse in einer der neun Studiensprachen. Personen, die weder lesen noch schreiben konnten, wurden zur Studie eingeladen, wenn sie angaben, dass ihnen jemand beim Ausfüllen des Fragebogens helfen könne. Interessenten erhielten einen Fragebogen und ein Informationsblatt in einer der neun Sprachen sowie nichtmonetäre, bedingungslose Anreize (Notizbücher, Stifte sowie Malblöcke/Buntstifte für Kinder). Die Teilnehmenden hatten die Wahl, den ausgefüllten Fragebogen persönlich an das Forschungspersonal zurückzugeben oder mit einem frankierten Umschlag per Post zurückzusenden. Zudem war auch eine individualisierte Online-Version des Fragebogens (per QR-Code-Scan) verfügbar. Wurden Personen angesprochen, die nicht an der Studie teilnehmen konnten oder die Einschlusskriterien nicht erfüllten, so wurde der Grund für die Nichtteilnahme, Geschlecht und Sprache dokumentiert.

2.4 Gewichtung

Im weiteren Verlauf wurden die RESPOND-Daten gewichtet, um die Schätzungen über die Gesamtbevölkerung von Asylsuchenden aus der Stichprobe zu verbessern. Die Gewichte wurden unter Verwendung von Daten zu

Geschlecht, Altersgruppe und Herkunftsregion der Asylstatistik Baden-Württembergs berechnet [31]. Für das Herkunftsland waren Daten zu Asylanträgen von 2016 bis 2018 (Quartal 1 bis 4) verfügbar. Für Geschlecht und Altersgruppe lagen nur Statistiken für jeweils ein Quartal 2016 (Q2), 2017 (Q4) und 2018 (Q3) vor. Diese Asylantragsstatistik kann die Zusammensetzung geflüchteter Menschen zwar annähernd, aber nicht gänzlich beschreiben, da Erstantragstellende vor 2016 und Folgeantragstellende generell nicht erfasst werden. Um die Gewichtung mit einer vollständigen Datenmatrix zu ermöglichen, wurden fehlende Werte unter Verwendung des R-Pakets „mice“ imputiert [32]. Die vollständige Datenmatrix wurde zur Berechnung der Kalibrierungsgewichte verwendet. Daten zu Geschlecht, Alter und Herkunftsregion wurden unter Berücksichtigung des Stichprobendesigns und Verwendung von iterativer „proportional fitting“ (Raking-Technik) an die Verteilung dieser Variablen in der Asylstatistik angepasst [33].

2.5 Datenauswertung

Über deskriptive Statistiken der gewichteten Daten werden wesentliche Merkmale des physischen und psychischen Gesundheitszustands, der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, des Verzichts auf Versorgung, der Qualität der Versorgung sowie der wahrgenommenen Entfernung von gesundheitlichen Versorgungsangeboten ermittelt. Hierfür wurden die jeweiligen Prävalenzen der Indikatoren samt 95%-Konfidenzintervall nach Geschlecht (Gesundheitszustand und Inanspruchnahme) oder nach Unterkunftsart (Responsiveness und wahrgenommene

In Deutschland werden geflüchtete Menschen in Gesundheitssurveys unzureichend berücksichtigt.

Entfernung) dargestellt. Diese Analysen wurden mit STATA Version 15.1 durchgeführt.

Zur Berechnung von Entfernungen zu primärärztlicher Versorgung wurden Geodaten zu allgemeinmedizinischen und hausärztlichen Praxen aus der öffentlich verfügbaren Datenbank der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg herangezogen. Mit einer Geoinformations-Software (QGIS) wurde jeder Unterkunft die jeweils nächstgelegene Praxis mit der „Nächster-Nachbar-Analyse“ auf Grundlage der Luftlinienentfernung zugeordnet. Da geflüchteten Menschen in der Regel kein privates Kraftfahrzeug zur Verfügung steht, ist die Berechnung der Wegezeit mit öffentlichem Personennahverkehr (ÖPNV) oder zu Fuß besonders wichtig. Die Wegezeiten (Gehen, Autofahren, ÖPNV) wurden über die Google Maps Distance Matrix API berechnet (letzte Berechnung: 19.06.2020, 07:00 Uhr) [34]. Vorteil des Google Maps Distance Matrix API ist eine gleichzeitige Anfrage mehrerer Datenpunkte. Die Reisezeit sowie das Datum wurden an einem Werktag zufällig ausgewählt.

3. Ergebnisse

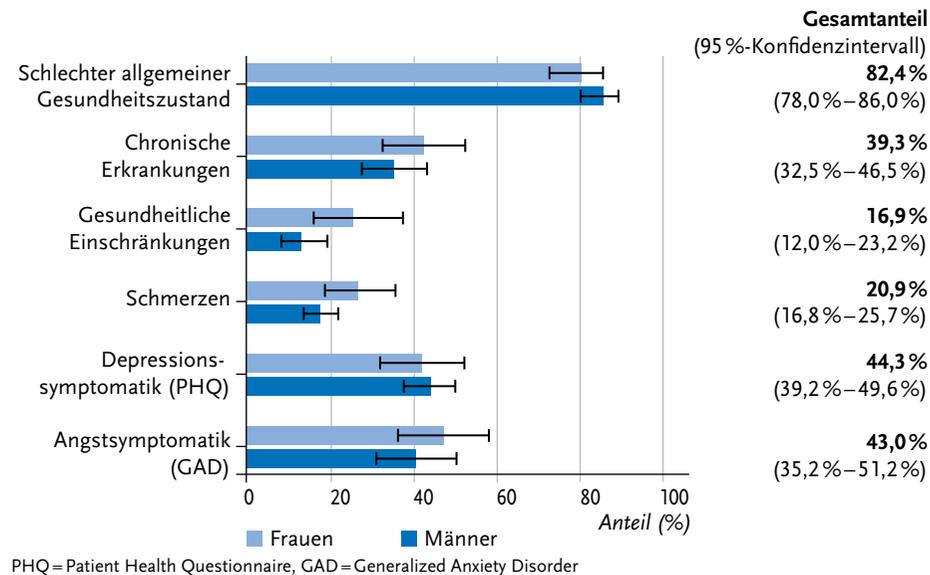
Insgesamt nahmen 560 geflüchtete Erwachsene (Rücklauf 39,2%; [Annex Abbildung 1](#)) an der Studie teil, davon 411 Personen (73,4%) aus Gemeinschaftsunterkünften und 149 Personen (26,6%) aus Erstaufnahmeeinrichtungen. Die Berechnung der Rücklaufquote („response rate“) orientierte sich an den Empfehlungen der American Association for Public Opinion Research (AAPOR) [35]. Knapp ein Drittel ($n=158$; 31,3%) der Stichprobe waren Frauen, über die Hälfte ($n=253$; 51,4%) waren unter 31 Jahre alt. Primäre Herkunftsregionen waren Westasien ($n=134$; 26,7%), Südasien

($n=128$; 25,5%) und Westafrika ($n=120$; 23,9%). Der Bildungsstand war gemischt, jedoch wurde der subjektive Sozialstatus in Deutschland überwiegend ($n=277$; 70,7%) als niedrig eingeschätzt. Über die Hälfte der Teilnehmenden war bereits länger als ein Jahr in Deutschland ($n=253$; 55,8%), jedoch war der Großteil ($n=281$; 62,2%) noch asylsuchend. Es zeigte sich eine deutliche Tendenz zu einer kürzeren Aufenthaltsdauer in Deutschland und einem unsicheren Asylstatus in den Erstaufnahmeeinrichtungen. Die Hälfte der Teilnehmenden ($n=240$; 52,2%) war in Besitz einer elektronischen Gesundheitskarte ([Annex Tabelle 2](#)).

3.1 Gesundheitszustand

Nach Gewichtung der Daten konnte bei 82,5% der geflüchteten Menschen ein moderater, schlechter oder sehr schlechter selbstberichteter allgemeiner Gesundheitszustand festgestellt werden. Zudem lagen nach Angaben der Befragten bei 39,3% eine chronische Erkrankung, bei 16,9% eine gesundheitliche Einschränkung und bei 20,9% starke bis sehr starke Schmerzen vor. Bei gesundheitlichen Einschränkungen als auch bei Schmerzen war eine Tendenz hin zu höheren Prävalenzen bei geflüchteten Frauen zu erkennen ([Abbildung 1](#)). Die Prävalenz für eine depressive Symptomatik lag bei 44,3%, für Angststörungen bei 43,0% ([Abbildung 1](#)).

Abbildung 1
Selbstberichtete, gewichtete Prävalenz von Krankheitsbildern und -symptomen nach Geschlecht (mit 95 %-Konfidenzintervallen)
 Quelle: RESPOND-Studie 2018



Ergebnisse der Studie RESPOND weisen auf eine hohe gesundheitliche Belastung hin, gleichzeitig wird ein ausgeprägter Verzicht auf Versorgungsangebote berichtet.

3.2 Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgungsangebote

Je 51,2 % und 37,4 % der geflüchteten Menschen hatten in den zwölf Monaten vor der Befragung primär- beziehungsweise fachärztliche Hilfe gesucht. Dabei berichtete knapp ein Drittel der geflüchteten Menschen von ungedeckten Versorgungsbedarfen (Verzicht auf Leistungen) sowohl an primär- als auch fachärztlicher Versorgung. Eine Notaufnahme besuchten in den vergangenen zwölf Monaten 29,5 % der geflüchteten Menschen, wohingegen knapp die Hälfte in den letzten vier Wochen verschreibungspflichtige Medikamente erhielt. Sowohl für die Notfallversorgung als auch verschreibungspflichtige Medikamente war eine deutliche Tendenz hin zu einer höheren Inanspruchnahme durch geflüchtete Frauen zu erkennen. Ein Drittel der

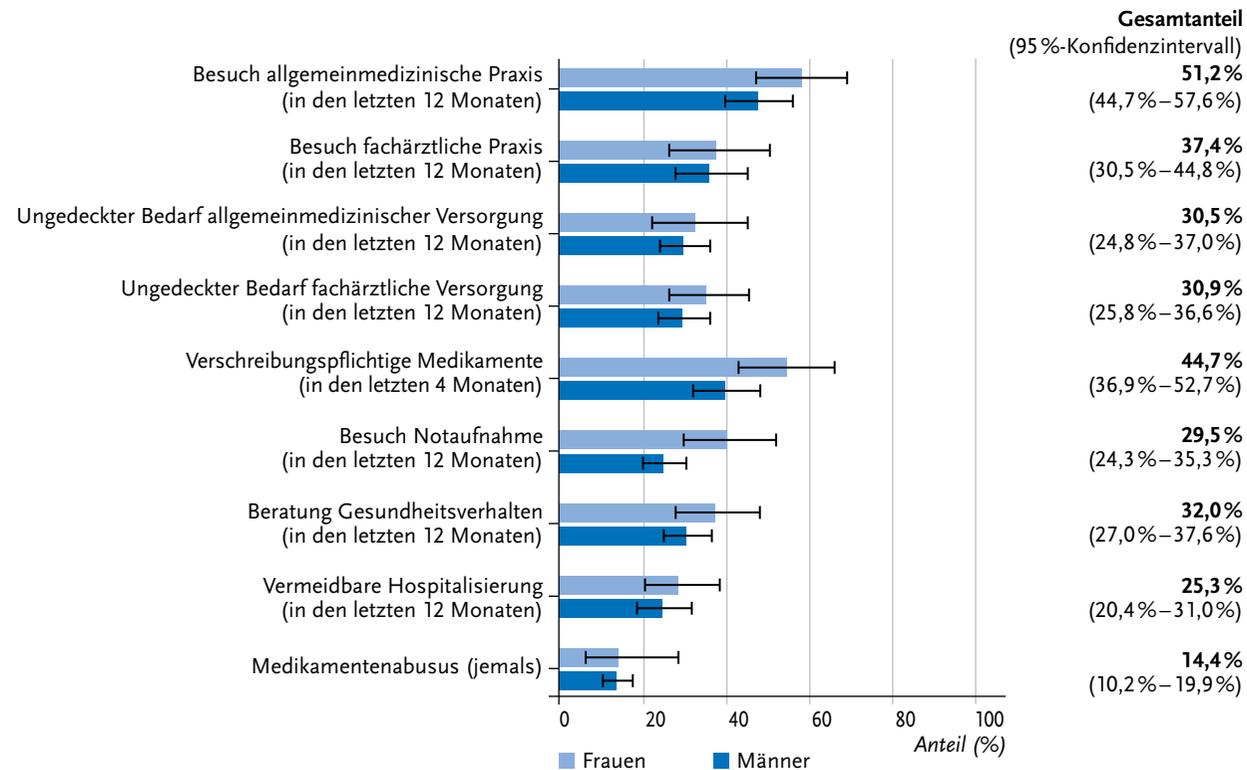
Befragten erhielt in den zwölf Monaten vor der Befragung eine ärztliche Beratung zu ihrem Gesundheitsverhalten (Abbildung 2).

3.3 Qualität der Versorgung

Ein Viertel der geflüchteten Menschen gab an, in den zwölf Monaten vor der Befragung aufgrund eines Krankheitsbildes, für das bei einer guten ambulanten Versorgung kein Krankenhausaufenthalt notwendig sein sollte, stationär im Krankenhaus aufgenommen worden zu sein (vermeidbare Hospitalisierung). Zudem gaben 14,4 % der Befragten an, jemals von einem verschreibungspflichtigen Medikament abhängig gewesen zu sein oder mehr davon eingenommen zu haben, als verschrieben wurde. Die berichtete Responsiveness der Versorgung unterschied

Abbildung 2
Selbstberichtete, gewichtete Inanspruchnahme
und Qualität gesundheitlicher Leistungen nach
Geschlecht (mit 95 %-Konfidenzintervallen)
 Quelle: RESPOND-Studie 2018

Primärärztliche Versorgungs-
angebote sind geografisch
erreichbar, erhobene
Qualitätsindikatoren weisen
jedoch auf andere
Zugangsbarrieren hin.

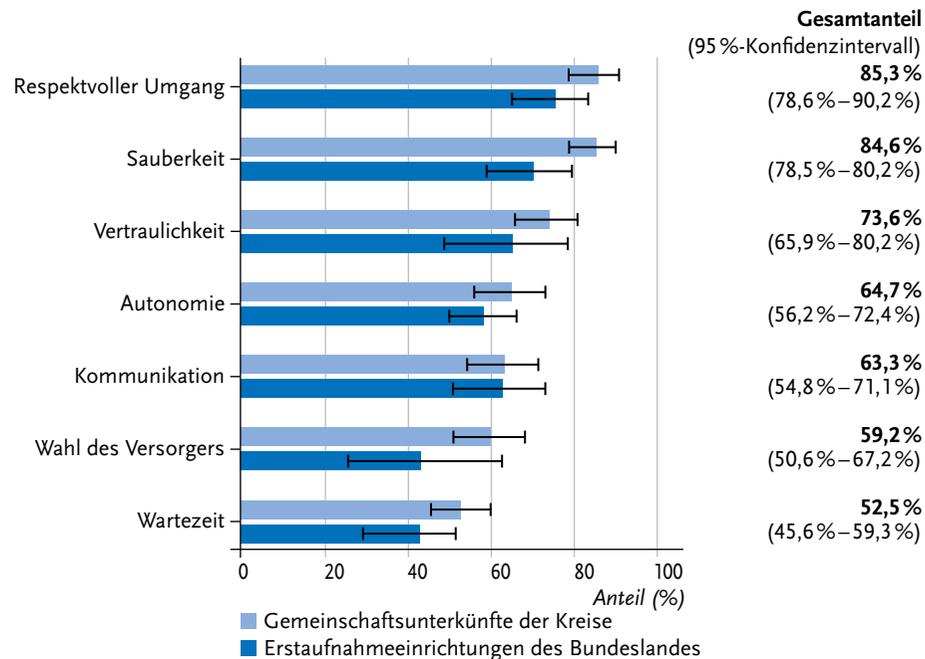


sich je nach Domäne und Unterkunftsart (Gemeinschaftsunterkunft/Erstaufnahmeeinrichtung; [Abbildung 3](#)). Die besten Bewertungen wurden für einen respektvollen Umgang und Sauberkeit abgegeben, wohingegen die Wahl des Versorgers und die Wartezeit am schlechtesten bewertet wurden. Über die Domänen hinweg zeigte sich im Vergleich zum Setting der Erstaufnahmeeinrichtungen eine Tendenz zu einer subjektiv besseren Bewertung der Versorgung in Gemeinschaftsunterkünften, für die Domäne der Sauberkeit trat diese Tendenz besonders deutlich hervor ([Abbildung 3](#)).

3.4 Unterkunftsqualität

Insgesamt waren die 560 Befragten in 63 Unterkünften untergebracht. Für 61 davon wurde die Unterkunftsqualität bewertet und berechnet, darunter fünf Erstaufnahmeeinrichtungen und 56 Gemeinschaftsunterkünfte. Bei einem möglichen Spektrum von einer sehr hohen (Wert=0) bis zu einer sehr niedrigen (Wert=6) Unterkunftsqualität wurden die Gemeinschaftsunterkünfte im Durchschnitt mit einem Wert von 1,0 (Median=0,5; Min. 0,0; Max. 4,8) besser bewertet als die Erstaufnahmeeinrichtungen mit einem

Abbildung 3
Als gut oder sehr gut wahrgenommene Versorgungsqualität (Responsiveness) nach Unterkunftsart (gewichtet, mit 95%-Konfidenzintervallen)
 Quelle: RESPOND-Studie 2018



Durchschnitt von 2,7 (Median=1,7; Min. 0,5; Max. 5,2). Zieht man die Belegungszahl der einzelnen Unterkünfte in Betracht, stellt sich jedoch heraus, dass 45,3% der geflüchteten Menschen in drei Unterkünften mit einer sehr

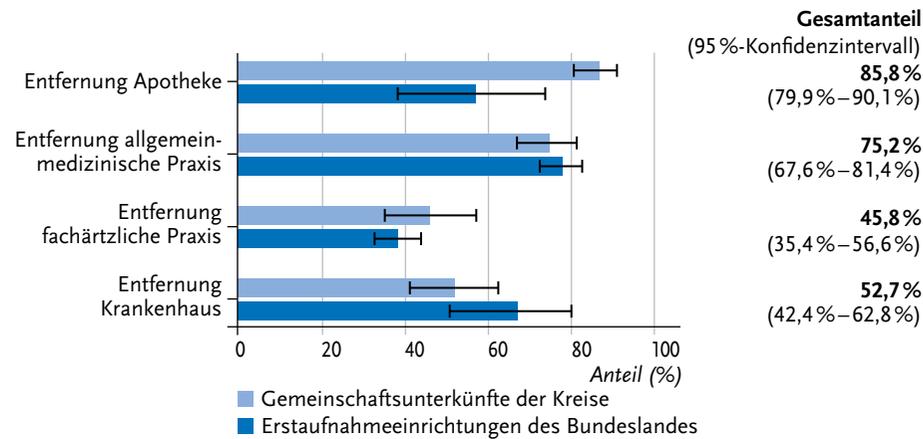
niedrigen Unterkunftsqualität (niedrigstes Quintil) leben (eine Erstaufnahmeeinrichtung, zwei Gemeinschaftsunterkünfte) (Tabelle 1).

Tabelle 1
Anzahl an Gemeinschaftsunterkünften der Kreise und Erstaufnahmeeinrichtungen des Landes nach Unterkunftsqualität in Quintilen sowie deren Bewohnerzahl
 Quelle: RESPOND-Studie 2018

Unterkunftsqualität in Quintilen	GU (n=56)		EA (n=5)		Gesamt (n=61)		Bewohnerinnen/Bewohner (n=5.092)	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Q1 (sehr hoch)	40	71,4	1	20	41	67,2	1.423	27,9
Q2 (hoch)	12	21,4	2	40	14	23,0	1.297	25,5
Q3 (durchschnittlich)	2	3,6	0	0	2	3,3	26	0,5
Q4 (niedrig)	1	1,8	0	0	1	1,6	41	0,8
Q5 (sehr niedrig)	1	1,8	2	40	3	4,9	2.305	45,3
Gesamt	56	100,0	5	100,0	61	100,0	5.092	100,0

GU=Gemeinschaftsunterkünfte der Kreise, EA=Erstaufnahmeeinrichtungen des Bundeslandes, Q=Quintil

Abbildung 4
 Als „nah genug“ wahrgenommene Entfernung zu Apotheken, allgemein- und fachärztlichen Leistungserbringern sowie Krankenhäusern nach Unterkunftsart (gewichtet, mit 95%-Konfidenzintervallen)
 Quelle: RESPOND-Studie 2018



Fast die Hälfte aller geflüchteten Menschen (45,3 %) wohnen in Unterkünften mit niedriger baulicher Qualität.

3.5 Geografische Entfernung von gesundheitlichen Versorgungsangeboten

85,8% der geflüchteten Menschen gaben an, dass eine Apotheke nah genug an ihrer Unterkunft liegt. Die Entfernung zu primärärztlichen Angeboten wurde von 75,2% als nah genug bewertet, die Entfernung zu fachärztlichen Praxen oder einem Krankenhaus hingegen nur von 45,8% beziehungsweise 52,7%. Für Apotheken zeichnete sich eine Tendenz zu einer kürzeren wahrgenommenen Entfernung bei geflüchteten Menschen in Gemeinschaftsunterkünften ab, Krankenhäuser liegen nach Wahrnehmung der Befragten tendenziell eher nah genug an einer Erstaufnahmeeinrichtung (Abbildung 4).

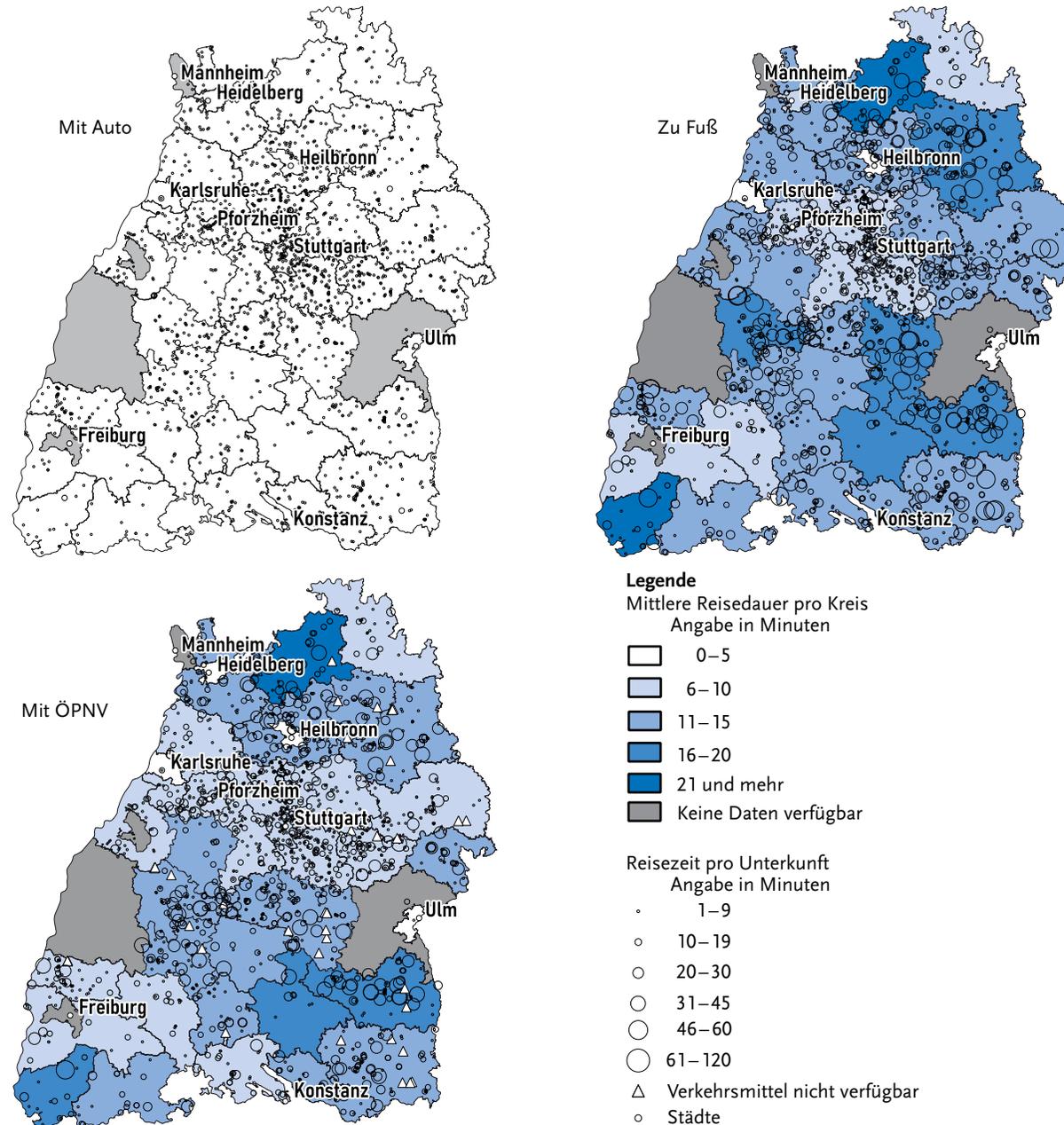
Abbildung 5 zeigt die tatsächliche Entfernung aller Gemeinschaftsunterkünfte zur jeweils nächstgelegenen primärärztlichen Praxis. Die mittlere Reisedauer mit dem Auto beträgt 2,7 Minuten (Standardabweichung 2,1; Min. 0; Max. 18,7). Von allen Gemeinschaftsunterkünften aus kann die nächstgelegene Praxis mit dem Auto innerhalb von 30

Minuten erreicht werden (Abbildung 5), zu Fuß kann diese in derselben Zeit nur von etwa 90% der Unterkünfte erreicht werden (Abbildung 5). Die mittlere Gehzeit liegt bei 13,2 Minuten (Standardabweichung 15,5; Min. 0; Max. 119,3).

Mit dem ÖPNV war die Erreichbarkeit innerhalb von 30 Minuten für 91% der Unterkünfte gegeben (Abbildung 5). Die durchschnittliche Reisedauer mit dem ÖPNV beträgt 11 Minuten (Standardabweichung 11,03; Min. 0; Max. 97,08), allerdings waren 41 Unterkünfte ohne Anschluss an den ÖPNV. Für diese 41 Unterkünfte beträgt die Reisedauer zu Fuß mindestens 60 Minuten, die Gehstrecken betragen zwischen 4,5 und 10 Kilometer pro Strecke. Die Fahrzeit mit dem Auto von diesen Unterkünften zur nächstgelegenen primärärztlichen Praxis beträgt im Mittel neun Minuten (Standardabweichung 2,8 Min. 4,2; Max. 18,7), dabei liegen die Standorte zwischen fünf und knapp 16 Kilometer entfernt. Neben den genannten 41 Unterkünften gibt es noch 40 weitere Unterkünfte, die sowohl zu Fuß als auch mit dem ÖPNV mehr als 45 Minuten Reisedauer von der jeweils nächstgelegenen Praxis entfernt liegen.

Abbildung 5
 Reisezeit (in Minuten) zur nächstgelegenen
 primärärztlichen Praxis pro Unterkunft sowie
 mittlere Reisedauer pro Kreis mit dem Auto, zu
 Fuß und mit öffentlichem Personennahverkehr
 (ÖPNV)

Quelle: RESPOND-Studie 2018



Die Erhebung valider Daten zur Gesundheit geflüchteter Menschen sollte verstetigt und auf andere Bundesländer ausgeweitet werden.

4. Diskussion

Die RESPOND-Studie zeichnete sich durch ein bevölkerungsbezogenes Stichprobenverfahren, mehrsprachige Fragebogenentwicklung mit etablierten Instrumenten und einen persönlichen Kontakt zu den Befragten sowie den zuständigen Behörden und Einrichtungen aus. Dadurch konnten belastbare epidemiologische Daten zum Gesundheitsstatus, zum Zugang und der Qualität der gesundheitlichen Versorgung sowie wichtigen Aspekten des Lebens- und Wohnumfelds geflüchteter Menschen gewonnen werden. Insgesamt besteht danach eine hohe allgemeine gesundheitliche Belastung. So ist die Depressionssymptomatik mit 44,3 % im Vergleich zur in Deutschland lebenden Bevölkerung mit 10,1 % [36] sehr hoch, was auf einen großen Bedarf an gesundheitlicher und psychosozialer Versorgung hinweist. Aber auch in anderen Bereichen, wie zum Beispiel starker gesundheitlicher Einschränkungen im Alltag, sind für geflüchtete Menschen mit 16,9 % höhere Werte zu verzeichnen als für die in Deutschland lebende Bevölkerung mit 6,6 % [37]. Zwar zeichnen sich die beiden Bevölkerungsgruppen durch unterschiedliche Alters- und Geschlechtsstrukturen aus, die einen direkten Vergleich limitieren. Dennoch bietet die Gegenüberstellung wichtige Hinweise, die in zukünftigen Studien durch Populationsstandardisierung einem direkten Vergleich zugeführt werden könnten.

Die erhöhte psychische Belastung Geflüchteter in Deutschland konnte bereits durch Analysen auf Basis des IAB-SOEP-BAMF-Panels gezeigt werden [5, 38]. Bezüglich der Belastung durch körperliche Krankheitsbilder ziehen beide Studien jedoch unterschiedliche Schlüsse: das IAB-SOEP-BAMF-

Panel [38] verzeichnet im Vergleich zur in Deutschland lebenden Bevölkerung eine niedrigere Belastung, wohingegen die RESPOND-Studie eine höhere Belastung aufweist. Dies lässt sich unter anderem dadurch erklären, dass es sich bei der RESPOND-Studie primär um seit 2016 neu angekommene Geflüchtete handelt, während bisherigen Auswertungen des IAB-SOEP-BAMF-Panels eine Studienpopulation zugrunde liegt, welche von 2013–2016 nach Deutschland geflüchtet ist. Zudem konnte die RESPOND-Studie erstmalig auch bevölkerungsbezogene Schlüsse über die Inanspruchnahme, Zugänglichkeit und Qualität der Versorgung für Geflüchtete ziehen – Themen, die durch das IAB-SOEP-BAMF-Panel nicht abgedeckt werden.

Der Großteil der geflüchteten Menschen nahm in den zwölf Monaten vor der Befragung primärärztliche Versorgungsangebote in Anspruch. Gleichzeitig wurde jedoch auch ein ausgeprägter Verzicht auf Versorgungsangebote berichtet. Auch die vergleichsweise hohe Prävalenz vermeidbarer Hospitalisierungen weist auf eine unzureichende Abdeckung durch die primärärztliche Versorgung hin. In Bezug auf die erlebte Qualität der Versorgung (Responsiveness) waren zwar insgesamt gute Bewertungen der Sauberkeit und des respektvollen Umgangs zu verzeichnen, jedoch gibt es in Bezug auf die Wahl des Versorgers und die Wartezeit Verbesserungsbedarf. Im Vergleich zu einer Studie unter Menschen mit chronischer Erkrankung in ambulanter Versorgung in Deutschland [39] wird von den geflüchteten Menschen in RESPOND jede Domäne von Responsiveness schlechter bewertet. Eine tiefere Analyse der Responsiveness des Gesundheitssystems bei geflüchteten Menschen, inklusive einer qualitativen Analyse möglicher Gründe für Unterschiede zwischen den Domänen aus Perspektive der

Betroffenen, ist für ein umfängliches Verständnis der erlebten Versorgungsqualität dringend notwendig.

Auch in Bezug auf die Unterkunftsqualität ließen sich wichtige Einblicke gewinnen. Zwar war der Großteil der besuchten Unterkünfte in einem guten oder akzeptablen baulichen Zustand, dennoch sind in großen Unterkünften mit schlechter baulicher Qualität überproportional viele geflüchtete Menschen untergebracht. Wissenschaftliche Erkenntnisse aus dem deutschen Kontext zeigen, dass sich eine schlechte bauliche Qualität des Wohnortes durchaus negativ auf die psychische Gesundheit von geflüchteten Menschen auswirken kann [40]. Zudem weist die internationale Literatur auf Zusammenhänge zwischen Unterkunftsqualität, Belegungsdichte und physischer Gesundheit hin, insbesondere in Bezug auf die Verschlechterung von chronischen Krankheiten wie Asthma und die Verbreitung von Infektionskrankheiten [41].

Die Bedeutung des Zusammenhangs zwischen der Unterbringung von geflüchteten Menschen und deren Gesundheit sind im Zuge der COVID-19-Pandemie besonders deutlich geworden: Unterkünfte in einem besseren baulichen Zustand und mit geringerer Belegung boten den zuständigen Aufnahmebehörden mehr Möglichkeiten zur Einhaltung von Vorgaben der physischen Distanzierung, Isolierung und Quarantäne und konnten der Pandemie somit effektiver entgegenwirken [42]. Die Durchsetzung von geltenden Standards zur Unterbringung geflüchteter Menschen sollte bezüglich der baulichen Qualität, Belegungsdichte, geografischen Lage und Sauberkeit geprüft werden. In Bezug auf die Auswirkung verschiedener Wohn- und Lebensumstände, inklusive der Unterkunftsqualität, auf die Gesundheit geflüchteter Menschen besteht

weiterhin großer Forschungsbedarf, auch um eine effektive Planung des Unterbringungsprozesses aus gesundheitlicher Perspektive zu unterstützen. Dabei kommt auch qualitativer Forschung eine große Bedeutung zu, um die Bedeutung der „Wohnumgebung“ aus Perspektive der Betroffenen genauer zu verstehen und die Zusammenhänge zwischen Wohnumgebung und Gesundheit im besonderen Setting der Sammelunterkünfte zu beleuchten.

Primärärztliche Versorgungsangebote sind von den Gemeinschaftsunterkünften aus im Allgemeinen gut mit dem Auto, zu Fuß oder mit dem ÖPNV zu erreichen. Die durchschnittliche Entfernung aller eingeschlossenen Kreise mit dem Auto lag unter dem für die deutsche Bevölkerung berichteten Wert von zehn Minuten [43]. Jedoch gestaltete sich der geografische Zugang für einzelne Unterkünfte, vor allem im ländlichen Bereich, als schwierig. Es stellt sich die Frage, ob die Unterbringung von geflüchteten Menschen, die oft keinen Zugang zu privaten Kraftfahrzeugen haben, in diesen strukturschwächeren Regionen sinnvoll ist. Diese Studie profitierte von dem Einsatz des Google Maps Distance Matrix API, wodurch die Analyse von Wegzeiten per ÖPNV möglich war. Jedoch war die Analyse auf eine Praxis und eine Reisezeit pro Einrichtung beschränkt. In weiteren Analysen sollte die Ausweitung auf mehrere primärärztliche Praxen, andere gesundheitliche Versorgungsangebote und verschiedene Reisezeiten angestrebt werden.

Dies ist die erste bevölkerungsbezogene Studie in Deutschland, die über einzelne Krankheitsbilder hinaus die gesundheitliche Situation von geflüchteten Menschen in Sammelunterkünften für ein Flächenland abbildet. Im Vergleich mit anderen bevölkerungsbezogenen Surveys der Regelbevölkerung konnte eine hohe Rücklaufquote erreicht

werden. Der Ansatz zeigt, dass ein migrationssensibles Gesundheitsmonitoring für geflüchtete Menschen in Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften grundsätzlich möglich ist und bestehende Ansätze zur Rekrutierung geflüchteter Menschen über die Meldeämter ergänzen können. Geflüchtete Menschen sind im Rahmen von empirischen Erhebungen nicht per se schwer erreichbar, aber es sind andere Vorgehensweisen nötig, als sie bisher in Deutschland üblicherweise angewandt werden. Limitationen sind die Begrenzung auf ein Bundesland und die relativ kleine Stichprobe. Die Übertragung der Instrumente und des Samplings des RESPOND-Surveys konnten in Berlin aber bereits erfolgreich realisiert werden [44]. Die Ausweitung auf andere Bundesländer und die Verstärkung der beschriebenen Ansätze können dazu beitragen, die gesundheitliche Versorgung von geflüchteten Menschen auf eine solidere Datenbasis zu stellen und bestehende Lücken im Gesundheitsmonitoring zu schließen.

Korrespondenzadresse

Louise Biddle
Sektion Health Equity Studies und Migration
Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
Universitätsklinikum Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 130.3
69120 Heidelberg
E-Mail: louise.biddle@med.uni-heidelberg.de

Zitierweise

Biddle L, Hintermeier M, Mohsenpour A, Sand M, Bozorgmehr K (2021)
Monitoring der Gesundheit und Gesundheitsversorgung
geflüchteter Menschen in Sammelunterkünften:
Ergebnisse des bevölkerungsbezogenen Surveys RESPOND.
Journal of Health Monitoring 6(1): 7–29.
DOI 10.25646/7862

Die englische Version des Artikels ist verfügbar unter:
www.rki.de/journalhealthmonitoring-en

Datenschutz und Ethik

Der Durchführung der Studie lag ein positives Ethikvotum der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät Heidelberg, Universität Heidelberg zugrunde (S-516/2017). Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) wurden eingehalten. Teilnehmende wurden mündlich und schriftlich über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert.

Förderungshinweis

Diese Studie wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen des Projekts RESPOND (Zeichen: 01GY1611) gefördert.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Danksagung

Wir danken dem Landkreistag Baden-Württemberg, den zuständigen Sozialbehörden und unteren Aufnahmebehörden aller 44 Landkreise, dem Sozialministerium Baden-Württemberg, dem Ministerium für Inneres, Digitalisierung und Migration sowie den zuständigen Regierungspräsidien des Landes Baden-Württemberg für die Unterstützung der Studie. Weiterer Dank gilt allen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern sowie vor allem den teilnehmenden geflüchteten Menschen und Asylsuchenden für ihre Zeit und das

Vertrauen. Vielen Dank an Harry Biddle für seine Unterstützung bei dem Einsatz der Google Maps Distance Matrix API.

Literatur

1. Abubakar I, Aldridge RW, Devakumar D et al. (2018) The UCL–Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. *The Lancet* 392(10164):2606–2654
2. Wenner J, Bozorgmehr K, Duwendag S et al. (2020) Differences in realized access to healthcare among newly arrived refugees in Germany: results from a natural quasi-experiment. *BMC Public Health* 20:1–11
3. Bozorgmehr K, Razum O (2015) 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* 10(7):e0131483
4. Bradby H, Humphris R, Newall D et al. (2015) Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for refugees and asylum seekers in the European Region. WHO HEN synthesis report 44, WHO Regional Office for Europe, Denmark
5. Nutsch N, Bozorgmehr K (2020) Der Einfluss postmigratorischer Stressoren auf die Prävalenz depressiver Symptome bei Geflüchteten in Deutschland. Analyse anhand der IAB-BAMF-SOEP-Befragung 2016. *Bundesgesundheitsbl* 63(12):1470–1482
6. Bozorgmehr K, Biddle L, Rohleder S et al. (2019) What is the evidence on availability and integration of refugee and migrant health data in health information systems in the WHO European Region? Health Evidence Network synthesis report 66. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
7. International Organization for Migration (IOM) (2019) Glossary on migration. International Organisation for Migration, Geneva
8. Santos-Hövenner C, Schumann M, Schmich P et al. (2019) Verbesserung der Informationsgrundlagen zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund. Projektbeschreibung und erste Erkenntnisse von IMIRA. *Journal of Health Monitoring* 4(1):49–61. <https://edoc.rki.de/handle/176904/5911> (Stand: 14.01.2021)
9. Frank L, Yesil-Jürgens R, Razum O et al. (2017) Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(1):24–47. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2579> (Stand: 14.01.2021)
10. Brücker H, Rother N, Schupp J et al. (2018) IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten 2016: Studiendesign, Feldergebnisse sowie Analysen zu schulischer wie beruflicher Qualifikation, Sprachkenntnissen sowie kognitiven Potenzialen. Forschungsbericht 30. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg
11. Bozorgmehr K, Schneider C, Joos S (2015) Equity in access to health care among asylum seekers in Germany: evidence from an exploratory population-based cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 15(1):502
12. Schneider C, Joos S, Bozorgmehr K (2017) Health status of asylum seekers and their access to medical care: design and pilot testing of a questionnaire. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 126:4–12
13. Schneider C, Joos S, Bozorgmehr K (2015) Disparities in health and access to healthcare between asylum seekers and residents in Germany: a population-based cross-sectional feasibility study. *BMJ open* 5(11):e008784
14. Biddle L, Menold N, Bentner M et al. (2019) Health monitoring among asylum seekers and refugees: a state-wide, cross-sectional, population-based study in Germany. *Emerg Themes Epidemiol* 16(1):3
15. Statistisches Amt der Europäischen Kommission (Eurostat) (2018) European Health Interview Survey (EHIS wave 3) – Methodological manual. Statistisches Amt der Europäischen Kommission (Eurostat), Luxembourg
16. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB (2003) The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care* 41(11):1284–1292
17. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB et al. (2009) An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics* 50(6):613–621
18. Statistisches Amt der Europäischen Kommission (Eurostat) (2020) European Union statistics on income and living conditions. <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/203647/203704/EU+SILC+DOI+2020v1.pdf> (Stand: 03.10.2020)
19. Scheidt-Nave C, Kamtsiuris P, Gößwald A et al. (2012) German health interview and examination survey for adults (DEGS)-design, objectives and implementation of the first data collection wave. *BMC Public Health* 12(1):730
20. Hoebel J, Kuntz B, Müters S et al. (2013) Subjektiver Sozialstatus und gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Erwachsenen in Deutschland. *Das Gesundheitswesen* 75(10):643–651

21. Costa D, Biddle L, Mühling C et al. (2020) Subjective social status mobility and mental health of asylum seekers and refugees: population-based, cross-sectional study in a German federal state. *Journal of Migration and Health* 1–2: 100020
22. Sundmacher L, Fischbach D, Schuettig W et al. (2015) Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study in Germany. *Health Policy* 119(11):1415–1423
23. Valentine NB, de Silva A, Kawabata K et al. (2003) Health system responsiveness: concepts, domains and operationalization. In: Murray CJL, Evans DB (Hrsg) *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism*. WHO, Geneva
24. Spitzer R, Williams J, Gibbon M et al. (1990) *Structured Clinical Interview for DSM-III-R: Non-Patient Edition (SCID-NP, Version 1.0)* American Psychiatric Press, Washington, DC
25. European Patient's Forum (2016) *Access to Healthcare: EPF's Survey – final report*. European Patient's Forum, Brussels
26. Behr D (2009) Translation studies and internationally comparative survey research: quality assurance as object of a process analysis. *GESIS*, Bonn
27. Hadler P, Neuert C, Lenzner T et al. (2017) RESPOND-Improving regional health system responses to the challenges of migration through tailored interventions for asylum-seekers and refugees: Kognitiver Pretest. In: *GESIS (Hrsg) GESIS-Projektbericht, 2017/06*, Mannheim
28. Mohsenpour A, Biddle L, Krug K et al. (2020) Measuring deterioration of small-area housing environment: Construction of a multi-dimensional assessment index and validation in shared refugee accommodation. *SSM Population Health* 13:100725
29. Cohen D, Spear S, Scribner R et al. (2000) "Broken windows" and the risk of gonorrhoea. *Am J Public Health* 90(2):230
30. Hillier A, Cannuscio CC, Griffin L et al. (2014) The value of conducting door-to-door surveys. *Int J Soc Res Methodol* 17(3):285–302
31. Ministerium für Inneres Digitalisierung und Migration Baden-Württemberg (ohne Datum) *Zahlen und Daten*. <https://im.baden-wuerttemberg.de/de/migration/auslaender-und-fluechtlingspolitik/zahlen-und-daten/> (Stand: 15.11.2018)
32. van Buuren S, Groothuis-Oudshoorn K, Robitzsch A et al. (2020) Package 'mice'. <https://cran.r-project.org/web/packages/mice/mice.pdf> (Stand: 26.01.2021)
33. Deming WE, Stephan FF (1940) On a least squares adjustment of a sampled frequency table when the expected marginal totals are known. *The Annals of Mathematical Statistics* 11(4):427–444
34. Google Maps (ohne Datum) *Google Maps Distance matrix API*. <https://developers.google.com/maps/documentation/distance-matrix/overview> (Stand: 28.09.2020)
35. The American Association for Public Opinion Research (2016) *Standard definitions: Final dispositions of case codes and outcome rates for surveys*. Chicago. https://www.aapor.org/AAPOR_Main/media/publications/Standard-Definitions2016theditionfinal.pdf (Stand: 08.10.2020)
36. Bretschneider J, Kuhnert R, Hapke U (2017) Depressive Symptomatik bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(3):81–88. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2788> (Stand: 14.01.2021)
37. von der Lippe E, Fehr A, Lange C (2017) Gesundheitsbedingte Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(3):89–96. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2789> (Stand: 14.01.2021)
38. Metzger M, Schacht D, Scherz A (2020) Psychische und körperliche Gesundheit von Geflüchteten im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen. *DIW-Wochenbericht* 87(5):63–72
39. Röttger J, Blümel M, Linder R et al. (2017) Health system responsiveness and chronic disease care – What is the role of disease management programs? An analysis based on cross-sectional survey and administrative claims data. *Soc Sci Med* 185:54–62
40. Mohsenpour A, Biddle L, Bozorgmehr K (2019) Deterioration of housing environment and mental health of asylum seekers – a multi-level analysis. *Eur J Public Health* 29 (Supplement 4): ckz185_323
41. Ziersch A, Due C (2018) A mixed methods systematic review of studies examining the relationship between housing and health for people from refugee and asylum seeking backgrounds. *Soc Sci Med* 213:199–219
42. Biddle L, Jahn R, Perplies C et al. (2020) Covid-19 in Sammelunterkünften für Geflüchtete: Situationsanalyse von Pandemie-maßnahmen und prioritären Bedarfen aus Perspektive der Aufnahmebehörden in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl* (In Press)
43. Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (2016) *Bericht der Bundesregierung zur Lebensqualität in Deutschland*. https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Wirtschaft/bericht-der-bundesregierung-zur-lebensqualitaet-in-deutschland.pdf?__blob=publicationFile&v=8 (Stand: 05.10.2020)
44. Gottlieb N, Püschmann C, Stenzinger F et al. (2020) Health and Healthcare Utilization among Asylum-Seekers from Berlin's LGBTIQ Shelter: Preliminary Results of a Survey. *Int J Environ Res Public Health* 17(12):4514

Annex Tabelle 1
Ausgewählte Instrumente des RESPOND-
Fragebogens sowie deren Quelle
und Kategorisierung
Quelle: RESPOND-Studie 2018

Variable	Quelle	Kategorisierung
Soziodemografische Angaben		
Alter	DEGS	18–25, 26–30, 31–35, 36–40, ≥41 Jahre
Geschlecht	DEGS	1=männlich 2=weiblich
Nationalität	DEGS	Herkunftsregion nach UN Geoscheme
Bildungsstand	EHIS	gebildet aus schulischer und professioneller Bildung
Monate seit Ankunft in Deutschland	–	0–6, 6–12, 13–15, 16–24, 24–36 Monate
Aufenthaltsstatus	–	1=Asylsuchender 2=Flüchtlingsstatus erhalten 3=Flüchtlingsstatus abgelehnt/Duldung
Vorliegen einer Gesundheitskarte	–	1=ja 0=nein
Subjektiver Sozialstatus in Deutschland	MacArthur Scale	1=niedriger SSS (...) 2=mittlerer SSS (...) 3=hoher SSS (...)
Gesundheitszustand		
Allgemeiner Gesundheitszustand	EHIS	1=moderater bis sehr schlechter Zustand 0=guter/sehr guter Zustand
Chronische Erkrankungen	EHIS	1=liegen vor 0=liegen nicht vor
Gesundheitliche Einschränkungen	EHIS	1=starke Einschränkungen 0=moderate/keine Einschränkungen
Schmerzen	DEGS	1=starke/sehr starke Schmerzen 0=moderate bis keine Schmerzen
Depressionssymptomatik	Patient Health Questionnaire, 2-item Version	1=PHQ-2 Wert ≥3 0=PHQ-2 Wert <3
Angstsymptomatik	Generalized Anxiety Disorder, 2-item Version	1=GAD-2 Wert ≥3 0=GAD-2 Wert <3
Inanspruchnahme gesundheitlicher Angebote		
Besuch Allgemeinmedizinerin/-mediziner	EHIS	1=Besuch Allgemeinmedizinerin/-mediziner < 12 Monate 0=Besuch Allgemeinmedizinerin/-mediziner > 12 Monate/nie
Besuch Fachärztin/-arzt	EHIS	1=Besuch Fachärztin/-arzt < 12 Monate 0=Besuch Fachärztin/-arzt > 12 Monate/nie
Ungedeckter Bedarf Allgemeinmedizinerin/-mediziner	EU-SILC	1=ungedeckter Bedarf 0=kein ungedeckter Bedarf
Ungedeckter Bedarf Fachärztin/-arzt	EU-SILC	1=ungedeckter Bedarf 0=kein ungedeckter Bedarf

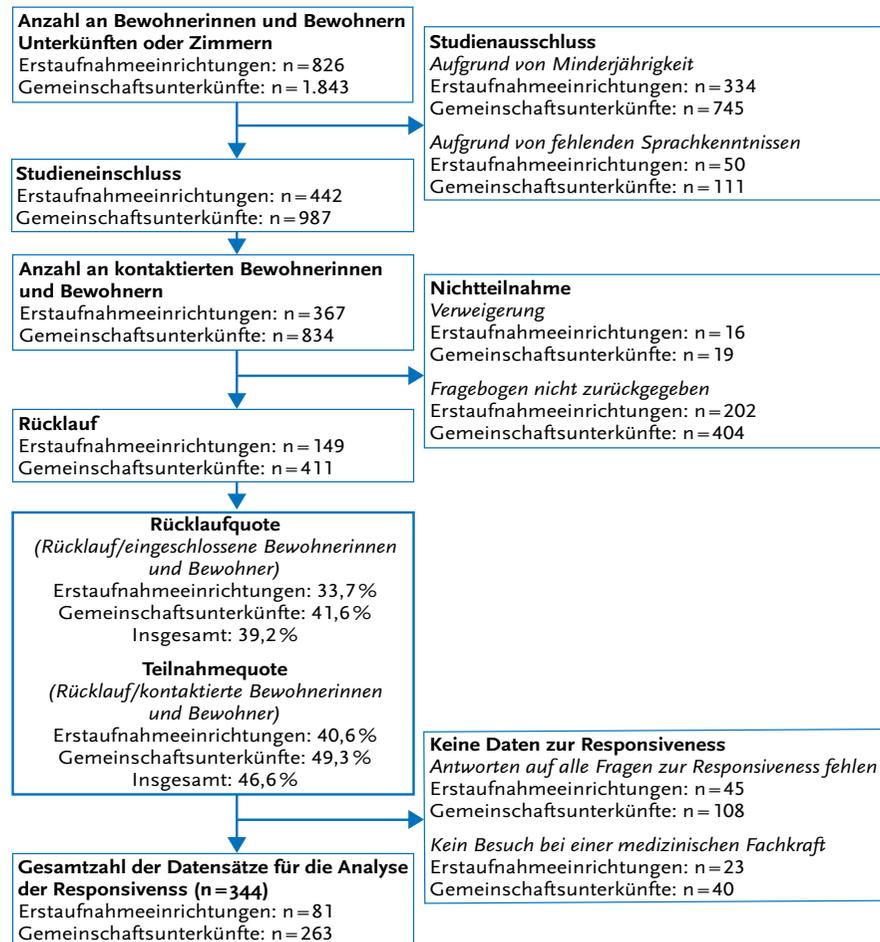
Fortsetzung nächste Seite

Annex Tabelle 1 Fortsetzung
Ausgewählte Instrumente des RESPOND-
Fragebogens sowie deren Quelle
und Kategorisierung
 Quelle: RESPOND-Studie 2018

Variable	Quelle	Kategorisierung
Inanspruchnahme gesundheitlicher Angebote		
Verschreibungspflichtige Medikamente	EHIS	1 = Medikamente wurden verschrieben 0 = keine Medikamente wurden verschrieben
Besuch Notaufnahme	EHIS	1 = Besuch Notaufnahme <12 Monate 0 = Besuch Notaufnahme >12 Monate
Beratung Gesundheitsverhalten	DEGS	1 = Beratung zum Gesundheitsverhalten 0 = keine Beratung zum Gesundheitsverhalten
Qualität der Versorgung		
Ambulant-sensitiver Krankenhausfall	EHIS	1 = Krankenhausaufenthalt aufgrund eines ASK 0 = kein Krankenhausaufenthalt aufgrund eines ASK
Medikamentenabusus	SCID	1 = Medikamentenabusus 0 = kein Medikamentenabusus
Responsiveness: respektvolle Behandlung	WHS	1 = gute/sehr gute Responsiveness 0 = moderate bis sehr schlechte Responsiveness
Responsiveness: Sauberkeit	WHS	1 = gute/sehr gute Responsiveness 0 = moderate bis sehr schlechte Responsiveness
Responsiveness: Vertraulichkeit	WHS	1 = gute/sehr gute Responsiveness 0 = moderate bis sehr schlechte Responsiveness
Responsiveness: Autonomie	WHS	1 = gute/sehr gute Responsiveness 0 = moderate bis sehr schlechte Responsiveness
Responsiveness: Kommunikation	WHS	1 = gute/sehr gute Responsiveness 0 = moderate bis sehr schlechte Responsiveness
Responsiveness: Wahl des Versorgers	WHS	1 = gute/sehr gute Responsiveness 0 = moderate bis sehr schlechte Responsiveness
Responsiveness: Wartezeit	WHS	1 = gute/sehr gute Responsiveness 0 = moderate bis sehr schlechte Responsiveness
Entfernung Versorgungsangebote		
Wahrgenommene Entfernung Apotheke	EPF Access to Healthcare	1 = nah genug 0 = nicht nah genug
Wahrgenommene Entfernung Allgemeinmedizinerin/-mediziner	EPF Access to Healthcare	1 = nah genug 0 = nicht nah genug
Wahrgenommene Entfernung Fachärztin/-arzt	EPF Access to Healthcare	1 = nah genug 0 = nicht nah genug
Wahrgenommene Entfernung Krankenhaus	EPF Access to Healthcare	1 = nah genug 0 = nicht nah genug

EHIS = European Health Interview Survey, UN = Vereinte Nationen, SSS = subjektiver Sozialstatus, DEGS = Studie zur Gesundheit von Erwachsenen in Deutschland, PHQ-2 = Patient Health Questionnaire 2-item version, GAD-2 = General Anxiety Disorder 2-item version, EU-SILC = EU-Statistik über Einkommen und Lebensbedingungen, SCID = Structured Clinical Interview für DSM-5, ASK = ambulant-sensitiver Krankenhausfall, WHS = World Health Survey, EPF = European Patient's Forum

Annex Abbildung 1
Berechnung der Rücklaufquote nach
AAPOR-Kriterien
 Quelle: RESPOND-Studie 2018



AAPOR=American Association for Public Opinion Research

Annex Tabelle 2
Soziodemografische Merkmale der Studienteilnehmenden nach Unterkunftsart

Quelle: RESPOND-Studie 2018

	GU (n = 411)		EA (n = 149)		Gesamt (n = 560)	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersgruppe						
18–25 Jahre	117	32,5	47	35,6	164	33,3
26–30 Jahre	60	16,7	29	22,0	89	18,1
31–35 Jahre	62	17,2	25	18,9	87	17,7
36–40 Jahre	52	14,4	14	10,6	66	13,4
≥41 Jahre	69	19,2	17	12,9	86	17,5
Gesamt	360	100,0	132	100,0	492	100,0
Geschlecht						
Weiblich	115	31,3	43	31,2	158	31,3
Männlich	252	68,7	95	68,8	347	68,7
Gesamt	367	100,0	138	100,0	505	100,0
Herkunftsregion						
Osteuropa	12	3,2	0	0,0	12	2,4
Südeuropa	6	1,6	12	9,2	18	3,6
Westasien	112	30,2	22	16,8	134	26,7
Südasien	119	32,1	9	6,9	128	25,5
Westafrika	63	17,0	57	43,5	120	23,9
Zentralafrika	9	2,4	5	3,8	14	2,8
Nordafrika	2	0,5	1	0,8	3	0,6
Andere	48	12,9	25	19,1	73	14,5
Nationalitäten						
Gesamt	371	100,0	131	100,0	502	100,0
Bildungsstand						
Niedrig	102	35,9	27	24,5	129	32,7
Mittel	122	43,0	51	46,4	173	43,9
Hoch	60	21,1	32	29,1	92	23,4
Gesamt	284	100,0	110	100,0	394	100,0

	GU (n = 411)		EA (n = 149)		Gesamt (n = 560)	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Monate seit Ankunft in Deutschland						
0–6 Monate	53	15,5	94	81,0	147	32,0
6–12 Monate	39	11,4	17	14,7	56	12,2
13–15 Monate	95	27,7	4	3,4	99	21,6
16–24 Monate	130	37,9	0	0,0	130	28,3
24–36 Monate	26	7,6	1	0,9	27	5,9
Gesamt	343	100,0	116	100,0	459	100,0
Aufenthaltsstatus						
Asylsuchend	177	54,3	104	82,5	281	62,2
Asyl genehmigt	76	23,3	3	2,4	79	17,5
Ablehnung/ Duldung	73	22,4	19	15,1	92	20,4
Gesamt	326	100,0	126	100,0	452	100,0
Elektronische Gesundheitskarte						
Nein	123	35,2	94	87,0	217	47,5
Ja	226	64,8	14	13,0	240	52,5
Gesamt	349	100,0	108	100,0	457	100,0
Subjektiver Sozialstatus in Deutschland						
Niedrig	200	69,9	77	72,6	277	70,7
Mittel	57	19,9	13	12,3	70	17,9
Hoch	29	10,1	16	15,1	45	11,5
Gesamt	286	100,0	106	100,0	392	100,0

GU = Gemeinschaftsunterkünfte der Kreise

EA = Erstaufnahmeeinrichtungen des Bundeslandes

Impressum

Journal of Health Monitoring

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter, Dr. Franziska Prütz,
Dr. Martina Rabenberg, Dr. Alexander Rommel, Dr. Livia Ryl,
Dr. Anke-Christine Saß, Stefanie Seeling, Dr. Thomas Ziese
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de
www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz

Kerstin Möllerke, Alexander Krönke

ISSN 2511-2708

Hinweis

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die
Meinung des Robert Koch-Instituts wider.



Dieses Werk ist lizenziert unter einer
Creative Commons Namensnennung 4.0
International Lizenz.



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Journal of Health Monitoring · 2021 6(1)
DOI 10.25646/7864
Robert Koch-Institut, Berlin

Rosa Jahn¹, Sven Rohleder^{1,2}, Markus Qreini¹,
Stella Erdmann³, Sukhvir Kaur¹, Frank Aluttis¹
Kayvan Bozorgmehr^{1,2}

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

² AG Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung,
Fakultät für Gesundheitswissenschaften,
Universität Bielefeld

³ Institut für Medizinische Biometrie
und Informatik (IMBI),
Universitätsklinikum Heidelberg

Eingereicht: 09.10.2020
Akzeptiert: 18.01.2021
Veröffentlicht: 31.03.2021

Gesundheitsmonitoring bei geflüchteten Menschen in Aufnahmeeinrichtungen: Dezentrale Analyse medizinischer Routinedaten im Verbund

Abstract

Geflüchtete Menschen in Aufnahmeeinrichtungen werden in bevölkerungsbezogenen Erhebungen, Routinedaten und amtlichen Statistiken bislang unzureichend berücksichtigt. Im Rahmen des Forschungs- und Entwicklungsvorhabens „Surveillance der Gesundheit und primärmedizinischen Versorgung von Asylsuchenden in Aufnahmeeinrichtungen“ (PriCare) wurde daher ein Ansatz für ein Gesundheitsmonitoring durch Sekundärnutzung medizinischer Routinedaten in den Ambulanzen der Aufnahmeeinrichtungen für geflüchtete Menschen entwickelt. Hierzu wurde eine Dokumentationssoftware (Refugee Care Manager, RefCare©) zur Digitalisierung und Harmonisierung der Primärdokumentation entwickelt und in Aufnahmeeinrichtungen dreier Bundesländer implementiert. Der Ansatz des verteilten Rechnens in einem Surveillancenetzwerk ermöglicht durch dezentrale aber harmonisierte Analysen, die datenschutzkonforme Sekundärnutzung dieser medizinischen Routinedaten ohne zentrale Speicherung personenbezogener Informationen. Durch eine integrierte Monitoringfunktion können 64 Indikatoren zur Population, Morbidität sowie zu Versorgungsprozessen und -qualität routinemäßig und einrichtungsübergreifend ausgewertet werden. Der Beitrag beschreibt das konzeptionelle und praktische Vorgehen, das technische Verfahren sowie exemplarische Ergebnisse dieses Monitoringsystems.

📌 GESUNDHEITSMONITORING · SURVEILLANCE · MIGRATION · FLUCHT · ASYL · VERTEILTES RECHNEN

1. Einleitung

Aufgabe der Gesundheitsberichterstattung ist es, verlässliche Informationen zu Gesundheitszustand, -risiken und -versorgung der Bevölkerung in Deutschland aus einem großen Spektrum an Datenquellen zusammenzustellen und Entscheidungsträgern wie auch der breiten Fachöffentlichkeit verfügbar zu machen. Asylsuchende und geflüchtete Menschen in Deutschland werden jedoch

bislang, wie auch in vielen anderen europäischen Ländern, nicht hinreichend in gesundheitsbezogenen Erhebungen berücksichtigt [1]. Dies gilt auch für medizinische Routinedaten, das heißt alle personenbezogenen, primär zu Verwaltungszwecken routinemäßig erhobenen Daten des Gesundheits- und Sozialwesens (vgl. [4]). Diese stellen eine wichtige Grundlage zur Erfassung der Morbidität und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in der Bevölkerung dar [2–4].

Infobox

Bei Aufnahmeeinrichtungen der Länder können Registrierungszentren von den Landeserstaufnahmeeinrichtungen unterschieden werden. Registrierungszentren dienen in der Regel der ersten Registrierung mit kurzfristiger Unterbringung, Landeserstaufnahmeeinrichtungen einer längeren Unterbringung, bis zu 18 Monaten oder je nach Herkunftsland für das gesamte Asylverfahren, bis zur Entscheidung, ob ein Transfer in die Landkreise erfolgt.

Davon können Aufnahmeeinrichtungen der Landkreise, sogenannte Gemeinschaftsunterkünfte, abgegrenzt werden, die unterschiedlich groß sind und in der Regel eine Zwischenstation darstellen, bis, je nach Ausgang des Asylgesuchs, eine Verlegung in private Unterkünfte erfolgt (siehe auch den Beitrag [Monitoring der Gesundheit und Gesundheitsversorgung geflüchteter Menschen in Sammelunterkünften](#) in dieser Ausgabe des Journal of Health Monitoring).

Der Einfachheit halber werden die Begriffe „Einrichtungen“ oder „Aufnahmeeinrichtungen“ in diesem Beitrag synonym und als Sammelbegriff für alle Formen genutzt, eine Differenzierung findet dort statt, wo es relevant ist.

Für Menschen, die sich in Deutschland im Asylverfahren befinden, liegt dies vor allem daran, dass sie regelhaft nicht Mitglied der Gesetzlichen Krankenversicherung sind und ihre medizinische Versorgung während des Aufenthaltes in den Aufnahmeeinrichtungen der Länder in der Regel in einrichtungsinternen Ambulanzen und nur selten in Strukturen der Regelversorgung, wie ambulanten ärztlichen Praxen, stattfindet. Durch die Zentralisierung der Asylaufnahme ist in den vergangenen fünf Jahren auch die Aufenthaltsdauer in den Aufnahmeeinrichtungen gestiegen und kann vor allem für Menschen aus vermeintlich „sicheren Herkunftsländern“ die Dauer des gesamten Verfahrens umfassen. Darüber hinaus haben geflüchtete Menschen während der ersten 18 Monate ihres Aufenthaltes in Deutschland lediglich Anspruch auf ein eingeschränktes medizinisches Versorgungsspektrum. Auch die elektronische Gesundheitskarte, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung erleichtert und mit einer digitalen Erfassung von Diagnosen und Versorgungsprozessen verbunden ist, steht nicht flächendeckend zur Verfügung [5]. Die Versorgung von Geflüchteten erfolgt daher räumlich, rechtlich und administrativ in Strukturen, die nur unzureichend in Informationssystemen wie den Routinedaten des Gesundheitswesens (z. B. Krankenkassendaten) abgebildet werden [6]. In Bundesländern, welche die elektronische Gesundheitskarte für geflüchtete Menschen eingeführt haben, wird die Versorgung geflüchteter Personen zwar in den Daten der Krankenkassen erfasst [7]. Dennoch eignet sich die Datenbasis nicht für ein zielgruppenspezifisches und vor allem zeitnahe und kontinuierliches Monitoring der Gesundheit und Versorgung geflüchteter Menschen in Aufnahmeeinrichtungen, da Informationen nur quartalsweise vorliegen und einer Abrechnungslogik folgen.

Vor diesem Hintergrund ist der gezielte Aufbau von settingspezifischen Systemen zur standardisierten Erfassung, regelmäßigen Auswertung und Kommunikation von Daten zur Gesundheit und Versorgung geflüchteter Menschen ein wichtiger Ansatz, um die gesundheitlichen Bedarfe dieser Bevölkerungsgruppe in Aufnahmeeinrichtungen ([Info-box](#)) sichtbar zu machen.

Als Datengrundlage kommt zuvorderst die medizinische Primärdokumentation der einrichtungsinternen Ambulanzen in den Aufnahmeeinrichtungen für geflüchtete Menschen in Betracht. Eine einrichtungsübergreifende, zeitnahe Berichterstattung setzt jedoch eine einheitliche und idealerweise digitalisierte medizinische Primärdokumentation voraus. In Ermangelung bundes- oder landesweit einheitlicher Vorgaben zu Versorgung und Primärdokumentation in den Aufnahmeeinrichtungen bietet sich allerdings ein fragmentiertes Ausgangsbild [8]. Während einige Einrichtungsambulanzen unterschiedliche medizinische Dokumentationssoftware einsetzen, die für das Setting der Aufnahmeeinrichtungen häufig unpassend sind, arbeiten andere mit papierbasierten Karteikartensystemen [9]. Diese Situation führt nicht nur zu Beeinträchtigungen der Versorgungsqualität durch die erschwerte Kommunikation zwischen Leistungserbringern innerhalb und außerhalb der Einrichtungen [10, 11], sondern auch dazu, dass die Routinedaten der einrichtungsinternen Ambulanzen für eine wissenschaftliche Auswertung und Berichterstattung nicht zur Verfügung stehen [10, 12].

Das vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Projekt „Surveillance der Gesundheit und primärmedizinischen Versorgung von Asylsuchenden in Aufnahmeeinrichtungen“ (PriCare, Laufzeit: 2016–2020) hat daher das Ziel,

eine Verbesserung der medizinischen Dokumentationsqualität und ein regelmäßiges Monitoring der Gesundheit und Versorgung geflüchteter Menschen zu erreichen [9]. Dies beinhaltete zum einen die Entwicklung und Implementierung einer maßgeschneiderten Dokumentationssoftware (RefCare©) zur Digitalisierung und Harmonisierung der medizinischen Primärdokumentation in Aufnahmeeinrichtungen. Zum zweiten wurde ein Verfahren zur regelmäßigen, automatisierten und zeitnahen statistischen Auswertung der erfassten Routinedaten auf Basis konsentierter Indikatoren im Verbund mit den medizinischen Leistungserbringern etabliert. Ziel dieses Beitrags ist es, das konzeptionelle und praktische Vorgehen, das technische Verfahren und exemplarische Ergebnisse dieses Monitoringsystems zu berichten.

2. Methode

2.1 Softwareentwicklung und -implementierung

Basierend auf gesetzlichen Vorgaben für die Dokumentation medizinischer Leistungen sowie Erfahrungen aus der Zusammenarbeit mit Ambulanzen in Aufnahmeeinrichtungen für Menschen im Asylverfahren wurde ein Prototyp für die Dokumentationssoftware RefCare© entwickelt. Dieser orientierte sich an Funktionen gängiger Praxissoftware. Bereiche, die für die medizinische Dokumentation in den Aufnahmeeinrichtungen und für die vorliegenden Zwecke weniger relevant waren, zum Beispiel Leistungsabrechnungen, wurden weggelassen. Andere, zum Beispiel Impfungen oder mehrsprachige Kommunikationsmöglichkeiten, wurden dagegen zusätzlich berücksichtigt. Der Prototyp durchlief Usability-Tests auf Benutzerfreundlichkeit mit

acht Ärztinnen und Ärzten aus Aufnahmeeinrichtungen [9]. Die im Zuge dieser Tests erkannten Änderungsbedarfe, zum Beispiel zu Design und Handhabbarkeit, wurden an das Entwicklerteam weitergegeben und in die Software einprogrammiert.

Eine erste Pilotversion wurde ab Oktober 2017 in der Ambulanz einer großen Erstaufnahmeeinrichtung in Bayern getestet. Rückmeldungen aus der Praxis wurden dabei protokolliert und systematisch erfasst, im Projekt- und Entwicklungsteam auf Machbarkeit geprüft, priorisiert, und anschließend in die Programmierung einbezogen. Weitere Pilotstandorte folgten im Jahr 2018 in Bayern und Hamburg, wobei die Erfassung von Nutzerrückmeldungen und die iterative Softwareentwicklung auch über die Pilotphase hinaus als langfristiger Begleitprozess fortgeführt wurde. Im Verlauf wurden die Software und der Implementierungsprozess weiter angepasst und für den Einsatz in Aufnahmeeinrichtungen maßgeschneidert (Details der Entwicklung siehe [9]). In der Softwareentwicklung wurden vor allem eine Funktion für das datenschutzkonforme Versenden von Patientenakten zwischen RefCare©-Aufnahmeeinrichtungen zur medizinischen Mit- und Weiterbehandlung, ein

Verwaltungsfunktionen	Patientenakte
Patientenverwaltung Aufgaben- und Tageslisten Dokumentenablage Benutzerverwaltung Verwaltung externer Ärztinnen und Ärzte Unterkunfts- und Ambulanzdaten	Dokumentation der medizinischen Konsultation (u. a. Anamnese, Befund, Diagnose, Therapie) inkl. Verlauf Medikationsplan, Impfstatus, Arztbriefe ablegen und schreiben Dokumentation COVID-19 Formulardruck (u. a. Rezepte) Mehrsprachiges Kommunikationstool
Surveillance	Transfer von Patientenakten
Lokale Auslösung der Surveillance und Datenexport per „Knopfdruck“ Prüfung und Export der anonymisierten Ergebnisse für Metaanalyse und Reporting	Verschlüsselter Transfer von Patientenakten zwischen teilnehmenden Einrichtungen Patientenakte von einer Einrichtung anfordern oder vorausschauend senden

Abbildung 1
Aktuelle Funktionsübersicht RefCare©
 (Stand: Oktober 2020)
 Quelle: Verbund PriCarenet,
 Universitätsklinikum Heidelberg

mehrsprachiges Patienteninterface und im März 2020 ein Modul zur Erfassung von Screening und Testung auf SARS-CoV-2 und zur Versorgung von COVID-19-Fällen ergänzt (vollständige Darstellung [Abbildung 1](#)). Schnittstellen zu bestehenden Praxissoftwaresystemen sind aktuell (Stand Januar 2021) in Planung.

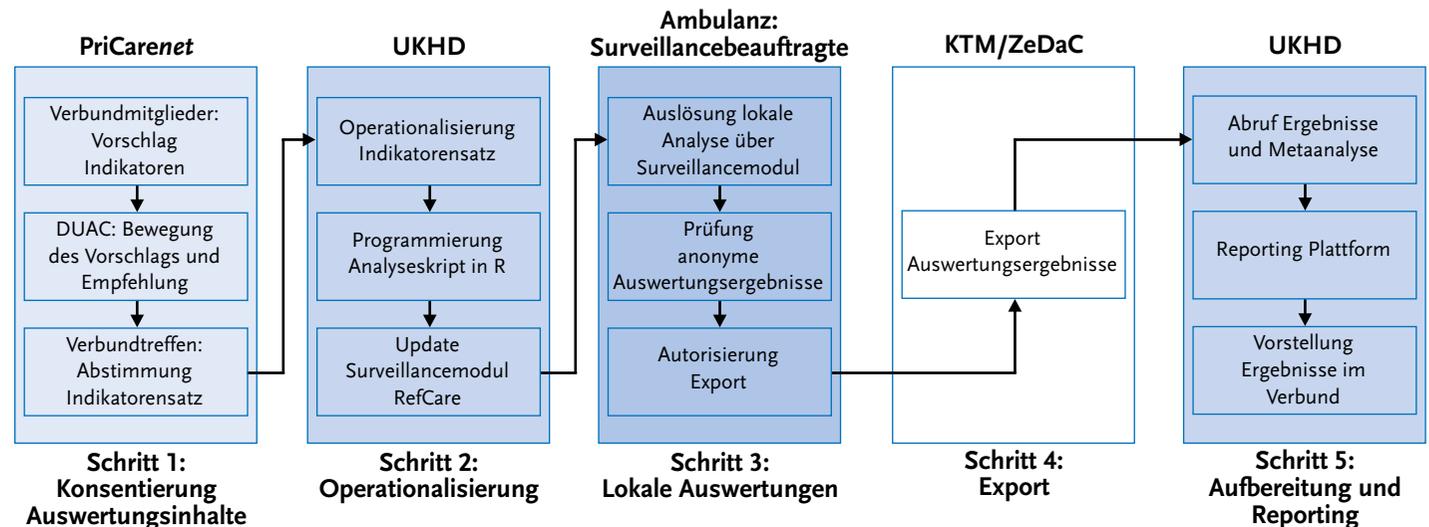
2.2 Verteiltes Rechnen im Verbund

Durch die Entwicklung und Implementierung der Dokumentationssoftware RefCare© wurde in den beteiligten Aufnahmeeinrichtungen eine einheitliche Digitalisierung der medizinischen Dokumentation und damit eine einrichtungsübergreifende Harmonisierung der lokal gespeicherten Routinedaten erreicht. Für eine datenschutzkonforme, einrichtungsübergreifende Auswertung dieser Routinedaten wurde ein Verfahren angewendet, das dezentrale

Analysen ermöglicht, ohne dass eine Weitergabe personenbezogener Information an Dritte (d. h. an Personenkreise außerhalb der medizinischen Leistungserbringer) erfolgt. Dieses Verfahren wird als „verteiltetes Rechnen im Verbund mit dem Ergebnis einer anonymisierten Kennzahl“ bezeichnet und wird im Folgenden – aufgrund der Vielzahl der dezentralen, aber abgestimmten Analyseprozesse metaphorisch als „Schwarmansatz“ bezeichnet ([Abbildung 2](#)). Die Umsetzung des Gesundheitsmonitorings über den Schwarmansatz findet in fünf Schritten statt.

Schritt 1: Konsentierung der Auswertungsinhalte im Forschungsverbund PriCarenet

Der Forschungsverbund besteht aus Vertreterinnen und Vertretern der mit RefCare© arbeitenden medizinischen Ambulanzen, beteiligter Behörden sowie akademischen Partnerinstitutionen. Ziel des Verbundes ist die gemeinsame



DUAC = Data Use and Access Committee, KTM = Kryptographie- und Transfermodul, UKHD = Universitätsklinikum Heidelberg, ZeDaC = Zentraler Datenaustauschcontainer

Abbildung 2
Schwarmansatz: Ablaufschema des verteilten Rechnens im Verbund PriCarenet
Quelle: Verbund PriCarenet, Universitätsklinikum Heidelberg

Entwicklung und Anpassung des Indikatorenansatzes für die Berichterstattung in den Aufnahmeeinrichtungen. Hierzu kann jedes Mitglied Vorschläge für neue Indikatoren vorlegen und begründen. Die Vorschläge werden im Anschluss durch das gewählte Data Use and Access Committee (DUAC) begutachtet und auf Wissenschaftlichkeit, Machbarkeit sowie ethische Fragestellungen geprüft. Nach der Erstellung einer Empfehlung durch das DUAC werden die Indikatoren im Verbundtreffen, dem Entscheidungsorgan des Verbunds, den Verbundmitgliedern vorgelegt. Diese stimmen über die Aufnahme des Indikators in die

Berichterstattung ab; stimmberechtigt sind hier nur die Vertretungen der Einrichtungsambulanzen. Beim DUAC geht es nicht um einen Datenzugriff „von außen“, sondern um die Auswahl und Abstimmung von Indikatoren und wissenschaftlichen Fragestellungen für ausschließlich lokale Analysen.

Die aktuelle, durch den Verbund PriCaret konsentierete, Liste der Gesundheits- und Versorgungsindikatoren umfasst 64 Indikatoren aus den Bereichen Population, Morbidität, Versorgungsqualität, Versorgungsprozess und syndromische Surveillance (Tabelle 1).

Indikator
Population
Gesamtbevölkerung
Patientinnen und Patienten
Morbidität
Multimorbidität
Behinderungen nach Diagnose
Krankheiten der Haut und Unterhaut nach Diagnose
Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität nach Diagnose
Folgen äußerer Ursachen
Häufige ambulante Diagnosen nach ICD-10-GM
Krankheiten des Verdauungsystems nach Diagnose
Krankheiten der blutbildenden Organe nach Diagnose
Bestimmte infektiöse und parasitäre Erkrankungen
Meldepflichtige Infektionserkrankungen
Infektionserreger mit Resistenzen gegen bestimmte Antibiotika oder Chemotherapeutika
Krankheiten des Kreislaufsystems nach Diagnose
Hypertonie
Body Mass Index
Hypercholesterinämie
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen nach Diagnose
Diabetes mellitus

Indikator
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes nach Diagnose
Neubildungen nach Diagnose
Krankheiten des Nervensystems nach Diagnose
Krankheiten der Ohren und des Mastoids nach Diagnose
Krankheiten der Augen und Augenanhangsgebilde nach Diagnose
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben, nach Diagnose
Ereignisse im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
Häufigkeit von Schwangerschaften
Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten nach Diagnose
Therapie mit Psychopharmaka
Verschreibungen Benzodiazepine
Krankheiten des Atmungssystems nach Diagnose
Krankheiten des Urogenitaltrakts nach Diagnose
Versorgungsqualität
Antibiotikaverordnungen bei Erwachsenen
Ambulant-sensitive Krankenhauseinweisungen bei Erwachsenen
Ambulant-sensitive Krankenhauseinweisungen bei Kindern
DPT-Impfung bei Kindern < 1 Jahr
DPT-Impfung bei Kindern 1–5 Jahre

Fortsetzung nächste Seite

Tabelle 1
Aktueller Satz der Gesundheits- und Versorgungsindikatoren (n=64)
 Quelle: Verbund PriCaret, Universitätsklinikum Heidelberg

Tabelle 1 Fortsetzung
Aktueller Satz der Gesundheits- und Versorgungsindikatoren (n = 64)
 Quelle: Verbund PriCaret, Universitätsklinikum Heidelberg

Indikator
Vorhandensein einer Impfanamnese
Grundimmunisierung Diphtherie, Tetanus, Polio begonnen
Grundimmunisierung Diphtherie, Tetanus, Polio vollständig
Häufigkeit intern durchgeführter STIKO-Impfungen
Häufigkeit extern durchgeführter STIKO-Impfungen
Patientinnen und Patienten mit HIV-Diagnose unter Therapie
Konsultationen, bei denen eine Sprachbarriere vorlag
Bewilligte Kostenübernahmeanträge
Diabetes-mellitus-Therapie
Stoffwechsellntgleisungen bei Diabetes mellitus
Versorgungsprozess
Gesamtzahl Patientenkontakte
Durchschnittliche Anzahl Kontakte pro Patientin bzw. Patient
Inanspruchnahme pro Einwohner
Zehn häufigste Beratungsanlässe

ICD-10-GM = Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification, DPT = Kombinationsimpfung gegen Diphtherie, Pertussis (Keuchhusten) und Tetanus (Wundstarrkrampf), STIKO = Ständige Impfkommission

Schritt 2: Operationalisierung der Gesundheits- und Versorgungsindikatoren

Im Anschluss an die Konsentierung der Indikatoren durch den Forschungsverbund erfolgt die Operationalisierung der Indikatoren durch das Projektteam des Universitätsklinikum Heidelberg. Die Operationalisierung erfolgt dabei anhand der in RefCare© vorhandenen Datenfelder, insbesondere Diagnosen (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification, ICD-10-GM), Beratungsanlässe (International Classification of Primary Care, ICPC), Verschreibungen (Anatomical Therapeutic Chemical Classification System, ATC), Vitalparameter (z. B. Herz- und Atemfrequenz, Fieber, Blutdruck), Überweisungsformulare und Stammdaten (z. B. Alter, Geschlecht, Herkunftsland). Bei Bedarf können neue Datenfelder durch Updates eingespielt werden, so zum Beispiel im Zuge der COVID-19-Pandemie.

Indikator
Überweisungen an ambulante, fachärztliche Einrichtungen
Einweisung in stationäre Einrichtungen
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen
Potenziell gesundheitsgefährdende Vorkommnisse (Critical Incidents)
Syndromische Surveillance
Akuter Atemwegsinfekt
Chronischer Husten
Fieber und Hautausschlag
Meningitis/Enzephalitis
Gastroenteritis
Blutige Diarrhö
Hautparasitose
Fieber und Blutungen
Akuter Ikterus

Im Sinne der Datensparsamkeit werden ausschließlich Daten dokumentiert, die der medizinischen Versorgung dienen.

Anhand der Indikatorenoperationalisierung wird anschließend ein Analyseskript in der Programmiersprache „R“ programmiert und den Einrichtungen über ein RefCare©-Softwareupdate zur dezentralisierten, automatisierten Analyse zur Verfügung gestellt [13]. Bei der Erstellung des R-Skripts erfolgen zur internen Validierung Prüfschritte durch ein zweites Teammitglied, zum Beispiel durch unabhängige Programmierung, um die Plausibilität generierter Kennzahlen zu überprüfen.

Schritt 3: Lokale Auswertung der Behandlungsdaten durch das Surveillancemodul

Die Teilnahme der Leistungserbringer beziehungsweise der jeweiligen Einrichtung an der Auswertung ihrer medizinischen Routinedaten erfolgt prinzipiell freiwillig. Das

Informationen zur Versorgung geflüchteter Menschen in Aufnahmeeinrichtungen sind für die individualmedizinische Versorgung sowie eine bedarfsgerechte Versorgungsplanung essenziell.

Analyseskript kann in den Einrichtungen über das in die RefCare© Dokumentationssoftware integrierte Surveillancemodul per Mausklick angesteuert werden (Abbildung 1). Dies startet die lokale Anonymisierung des Datensatzes und die Ausführung der Berechnung der Kennzahlen (Details zum technischen Prozess siehe [7]). Zugang zu dem Modul erhalten dabei nur autorisierte Nutzungsberechtigte aus den Ambulanzen vor Ort. Diese Personen werden durch die Ansprechpersonen in den Einrichtungen bestimmt und anschließend im Rahmen einer Software-schulung in das Modul eingearbeitet. Unterstützend werden diesen Surveillancebeauftragten Kurzanleitungen und Erklärungen zu dem Modul zur Verfügung gestellt. Um die Einheitlichkeit der Auswertungen zu gewährleisten und eine aussagekräftige Metaanalyse zu ermöglichen, werden Auswertungen für die einrichtungsübergreifende Berichterstattung für monatsgenaue Zeiträume bis zum letzten Tag jeden Monats ausgeführt. Die Einrichtungen haben allerdings die Möglichkeit, für eigene Zwecke zusätzliche Auswertungen zu benutzerdefinierten Zeiträumen durchzuführen.

Im Anschluss an die Analyse sind die Auswertungsergebnisse zunächst lokal verfügbar. Die lokalen Ergebnisse bestehen aus Tabellen mit anonymisierten, das heißt aggregierten Kennzahlen wie absolute und relative Häufigkeiten oder Prävalenzen, die in mehreren Exceldateien vorliegen und die Indikatoren in mehreren Ausprägungen beinhalten. Die Surveillancebeauftragten erhalten eine Einführung in den Excel-Output sowie eine Interpretationshilfe. Dies soll es den Ambulanzen ermöglichen, die Ergebnisse vor Ort direkt einzusehen und auf Plausibilität zu prüfen.

Schritt 4: Verschlüsselter Export der Auswertungsergebnisse

Der Datenexport an das Universitätsklinikum Heidelberg für die definierten Surveillancezeiträume erfolgt ebenfalls durch aktive Auslösung durch die Surveillancebeauftragten in den Einrichtungen vor Ort. Auch der Export der Auswertungsergebnisse ist prinzipiell für die Leistungserbringer beziehungsweise Einrichtungen freiwillig und nicht an die Ausführung der Datenauswertungen geknüpft. Technisch erfolgt der Export der Auswertungsergebnisse über ein Kryptographie-Transfer-Modul (Abbildung 2), welches als Schnittstelle in die RefCare© Software integriert ist. Über dieses Modul werden die Auswertungsergebnisse unter Angabe des Adressaten (hier: Universitätsklinikum Heidelberg) sowie des Absenders als Datenpaket an den „Zentralen Datenaustausch-Container“ (ZeDaC) gesendet und dort verschlüsselt abgelegt. Das PriCare-Projektteam des Universitätsklinikums Heidelberg kann dann automatisch die auf dem ZeDaC vorliegenden Datenpakete abrufen und auf dem klinikumsinternen Surveillanceserver ablegen. Alle abgeholten Datenpakete werden vom ZeDaC gelöscht.

Schritt 5: Aufbereitung und Zusammenführung der einrichtungsbezogenen Ergebnisse

Die auf dem Heidelberger Surveillanceserver abgelegten anonymisierten Kennzahlen werden in einem zweiten Schritt ebenfalls automatisiert über R und JavaScript grafisch aufbereitet und auf einer dynamischen Reportingplattform dargestellt. Über die Reportingplattform werden sowohl die einrichtungsspezifischen Ergebnisse, wie auch die einrichtungsübergreifenden Auswertungen als Benchmarking zur Verfügung gestellt. Zur Einsicht ist

jeweils ein einrichtungsspezifischer Login notwendig, über den die Einrichtungen ihre eigenen Daten sowie die für das Benchmarking anonymisierten Datenpunkte anderer Einrichtungen einsehen können. Neben der automatisierten Berichterstattung über die Reportingplattform können einrichtungsübergreifend weitere metaanalytische Auswertungen durchgeführt und in regelmäßigen Surveillanceberichten ohne Einrichtungsbezug veröffentlicht werden. Um den Transfer der Auswertungsergebnisse in die Praxis weiter zu unterstützen, werden die Surveillanceergebnisse auch im Forschungsverbund auf den regelmäßig stattfindenden Verbundtreffen diskutiert und mögliche Konsequenzen besprochen. So ist auch eine fortlaufende Überprüfung der Auswertungsergebnisse auf Plausibilität sowie die Erweiterung und Ergänzung der Indikatoren möglich. Einrichtungsspezifische Auswertungsergebnisse stehen über die Reportingplattform oder durch die medizinischen Dienstleister bei Bedarf auch den zuständigen Aufnahmebehörden oder übergeordneten politischen Entscheidungsträgern zur Verfügung. Einrichtungsübergreifende Daten werden ohne Einrichtungsbezug vom Verbund publiziert und können damit politische Entscheidungen informieren.

Datenschutzrechtliche Grundlagen

Der Datenschutz stellt bei der Umsetzung eines regelmäßigen, einrichtungsübergreifenden Monitorings insbesondere in den fragmentierten und heterogenen Strukturen der Aufnahmeeinrichtungen für geflüchtete Menschen eine große Herausforderung dar. Zudem ist in den medizinischen Versorgungssettings der Aufnahmeeinrichtungen aufgrund hoher Belastung des Personals sowie Mehrsprachigkeit und Vulnerabilität der Asylsuchenden eine

Einholung von informierten Patienteneinwilligungen in eine kontinuierliche, forschungsbezogene Auswertung der medizinischen Routinedaten im Sinne einer Vollerhebung praktisch nicht umsetzbar. Um vor diesem Hintergrund den Schutz der sensiblen, personenbezogenen Daten einer in hohem Maße vulnerablen Personengruppe sicherzustellen und dennoch ein einrichtungsübergreifendes, regelmäßiges Monitoring zu ermöglichen, wurde daher das beschriebene Verfahren des Schwarmansatzes gewählt. Das Verfahren ermöglicht es den medizinischen Dienstleistern ihre lokalen Behandlungsdaten in den Einrichtungsambulanzen vor Ort, ohne Weitergabe personenbezogener Daten an Dritte, automatisiert und anonymisiert auszuwerten. Die Ergebnisse sind Kennzahlen, die keinerlei Rückschluss auf Einzelpersonen zulassen und datenschutzkonform weitergegeben werden können.

Der grundlegende Vorteil gegenüber klassischen Forschungsansätzen mit zentraler, an eine Forschungseinrichtung angedockter Datenbank und Datenauswertung, besteht in einem vollständigen Verzicht auf eine zentrale Sammlung personenbezogener Daten. Da die Auswertungsergebnisse aus den einzelnen Einrichtungen auf Basis einheitlicher Analyseskripte im gleichen Format vorliegen, können die Daten trotz dezentraler Datenhaltung einrichtungsübergreifend meta-analytisch zusammengefasst und vergleichbar ausgewertet werden. Der Forschungsverbund PriCaret stellt dabei eine datenschutzrechtliche Voraussetzung für den Schwarmansatz beziehungsweise das Rechnen im Verbund dar. Er ermöglicht es den Ambulanzen, über die Auswertung der Daten und die Inhalte der Analysen mitzubestimmen. Zudem erfolgt die Teilnahme an den Auswertungen sowie dem Datenexport freiwillig.

Für Versorgungsplanung, Forschung und Gesundheitsberichterstattung sind Daten bislang nicht systematisiert zugänglich.

Die Ausführung des Skripts zur lokalen Analyse der eigenen Daten ist daher über das Prinzip der Eigenforschung sowie zu Zwecken der Versorgungsplanung und Qualitätssicherung als legitimem Interesse abgedeckt. Grundlage sind je nach Organisationform der Ambulanz sowie der datenschutzrechtlichen Verantwortlichkeiten die Datenschutzgesetze der Länder oder des Bundes (z. B. § 27 Abs. 1 Bundesdatenschutzgesetz). Da die Kriterien der Eigenforschung, der Datensparsamkeit, der Anonymität und der Verbesserung der Versorgung als Zweck der Auswertungen erfüllt sind, ist für die gewählte Umsetzung des Schwarmansatzes keine Patienteneinwilligung notwendig.

2.3 Exemplarische statistische Auswertungen

Die einrichtungsbezogenen und -übergreifenden Datenauswertungen, die im Rahmen des PriCare Projektes regelmäßig und automatisiert erfolgen, sind im Folgenden beispielhaft dargestellt und dienen dazu, die Potenziale des Ansatzes für eine Gesundheitsberichterstattung zur Gesundheit geflüchteter Menschen zu illustrieren. Die vorgestellten Ergebnisse bilden somit lediglich einen Ausschnitt aus den routinemäßig über die Reportingplattform abrufbaren Informationen. Sie beinhalten sowohl eine einrichtungsbezogene Auswertung aus einer Beispieleinrichtung für den Zeitraum 01.05.2018 bis 31.08.2020 als auch eine einrichtungsübergreifende exemplarische Auswertung eines Morbiditätsindikators für elf Einrichtungen für den Zeitraum seit Implementierung des Systems bis zum 31.10.2018. Bei den Einrichtungen handelt es sich sowohl um Registrierungszentren (Ebene 1) und Landeserstaufnahmeeinrichtungen (Ebene 2) sowie Gemeinschaftsunterkünfte der Landkreise

(Ebene 3) (siehe auch den Beitrag [Monitoring der Gesundheit und Gesundheitsversorgung geflüchteter Menschen in Sammelunterkünften](#) in dieser Ausgabe des Journal of Health Monitoring), die zur Analyse nach der jeweiligen Ebene gruppiert wurden. Da sich sowohl Aufenthaltsdauer, Morbiditätsspektrum sowie Zusammensetzung der Herkunftsländer in den jeweiligen Einrichtungen unterscheiden, wurde anhand des Einrichtungstyps gruppiert um eine bessere Vergleichbarkeit der Kennzahlen zu gewährleisten. Die Operationalisierung aller in diesem Beitrag analysierten Morbiditätsindikatoren ist in [Annex Tabelle 1](#) dargestellt.

Einrichtungsbezogene Auswertung

Die exemplarischen einrichtungsbezogenen Ergebnisse beinhalten Angaben zu Patienten- und Kontaktzahlen, eine Übersicht über die häufigsten Herkunftsländer in absoluten Patientenzahlen pro Monat und die monatliche Prävalenz des beispielhaft ausgewählten Morbiditätsindikators „Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen“ (ICD-10-Diagnosen: F00–F99) stratifiziert nach Alter und Geschlecht. Zudem werden auf Basis von aktuell 29 Morbiditätsindikatoren Morbiditätsprofile für einzelne Einrichtungen erstellt. Dafür wird die Periodenprävalenz der einzelnen Indikatoren für jede Einrichtung berechnet. Bei der Berechnung von Prävalenzen dient die Gesamtfallzahl der Indikatoren als Zähler und die Gesamtzahl der behandelten Personen als Nenner. Grundsätzlich ist auch die Gesamtzahl der in den Einrichtungen lebenden Menschen als Nenner verfügbar, wird jedoch nicht direkt in RefCare©, sondern als separate Erhebung zum 15. eines jeden Monats nach Altersgruppen und Geschlecht bei allen Einrichtungen des Verbunds abgefragt. Die Vollständigkeit dieser Angaben ist jedoch nicht

Fehlende medizinische Routinedaten und eine heterogene Dokumentation der Versorgung in Aufnahmeeinrichtungen verhindern ein regionenübergreifendes Gesundheitsmonitoring.

bei allen Einrichtungen gleichermaßen gegeben, sodass die Gesamtzahl der behandelten Personen bis dato einen verlässlicheren Nenner darstellt.

Einrichtungsübergreifende Auswertung

Für die einrichtungsübergreifende Auswertung wird in dieser Publikation exemplarisch die gewichtete, gepoolte Prävalenz und das 95%-Konfidenzintervall für den Morbiditätsindikator „Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen“ stratifiziert nach Alter und Geschlecht angegeben. Der Schätzer wird durch eine Metaanalyse anhand eines Random-Effect-Modells errechnet, bei der die Varianz zwischen den Einrichtungen als Zufallsparameter berücksichtigt wird. Die einrichtungsbezogenen als auch der gepoolte Schätzer sind in einem Forest Plot dargestellt, stratifiziert nach Alter (Kinder bis 18 Jahre, Erwachsene ab 18 Jahre) und Geschlecht (weiblich, männlich).

3. Ergebnisse

Seit Beginn des Projektes und der ersten Implementierung der Dokumentationssoftware RefCare© in einer Piloteinrichtung wurde die Software in insgesamt 29 Einrichtungen in Baden-Württemberg, Bayern und Hamburg eingeführt. Aufgrund von Einrichtungsschließungen und Dienstleistungswechseln ist die Software derzeit (Stand 02.10.2020) in 24 Einrichtungen in den genannten Bundesländern im Einsatz.

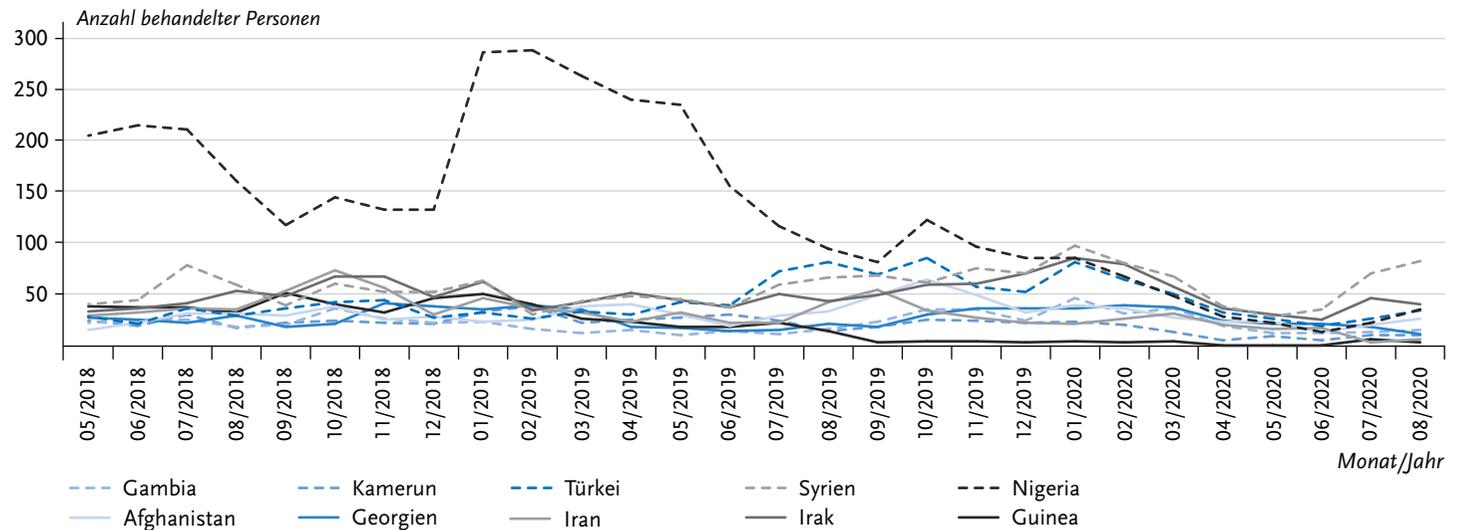
Die Infrastruktur des verteilten Rechnens im Verbund, mit den dazugehörigen Komponenten Forschungsverbund PriCarenet, Indikatorensetz, Analyseskript und „Surveillance-modul“ konnte im Rahmen des PriCare Projektes erfolgreich aufgebaut werden. Eine automatisierte Auswertung

ist in allen 24 Einrichtungen möglich und wird bereits zu lokalen Planungs- und Berichterstattungszwecken genutzt. Insbesondere erlauben die Auswertungen den beteiligten Leistungserbringern, ihren teilweise vertraglich vereinbarten Berichtspflichten gegenüber den Behörden nachzukommen und führen so unmittelbar zu Arbeits- und Kommunikationserleichterungen. Auch der Austausch über die einrichtungsinternen sowie -übergreifenden Ergebnisse im Forschungsverbund hat sich als fruchtbar erwiesen und trägt sowohl zur Interpretation der Ergebnisse und Anpassung des Indikatorensetzes als auch zu einem weiteren Austausch über eine gute Praxis in der medizinischen Versorgung in Aufnahmeeinrichtungen bei.

3.1 Exemplarische Auswertung einer Beispieleinrichtung

Die Gesamtzahl der in der folgenden Beispieleinrichtung (Zeitraum 05/2018–08/2020) in RefCare© erfassten behandelten geflüchteten Personen betrug 11.579. Darunter waren 9.853 (85,1%) Erwachsene, davon 3.980 (40,4%) weiblich, 5.870 (59,6%) männlich und 3 (0,03%) ohne Geschlechtsangabe. 1.726 waren Kinder und Jugendliche (14,9%), davon 791 (45,8%) weiblich, 928 (53,8%) männlich und 7 (0,4%) ohne Angabe des Geschlechts. Insgesamt wurden unter diesen Personen 38.171 Patientenkontakte dokumentiert. Erwachsene hatten im Gesamtzeitraum durchschnittlich 3,5 Kontakte in der Ambulanz, Kinder durchschnittlich 2,3. Für weibliche Personen betrug die Kontakthäufigkeit im Gesamtzeitraum 3,9, für männliche 2,9 Kontakte pro behandelte Person. Die zehn im Gesamtzeitraum häufigsten Herkunftsländer der behandelten Personen sind im monatlichen Verlauf in [Abbildung 3](#) dargestellt.

Abbildung 3
Die zehn häufigsten Herkunftsländer
der behandelten Personen
über den Gesamtzeitraum
(absolute monatliche Patientenzahlen, n = 11.579)
 Quelle: Verbund PriCarenet,
 Universitätsklinikum Heidelberg



Die Digitalisierung medizinischer Routinedaten ist eine Grundvoraussetzung für ein systematisches Monitoring der Gesundheit geflüchteter Menschen.

Das Morbiditätsprofil der Beispielinrichtung weist ein vorwiegend primärmedizinisches Erkrankungsspektrum auf (Abbildung 4). Bei den behandelten Erwachsenen stehen insbesondere Atemwegserkrankungen (ICD-10: J00–J99) (weiblich: 19,8%, männlich: 28,4%), muskuloskeletale Erkrankungen (ICD-10: M00–M99) (weiblich: 14,3%, männlich: 19,8%) wie Rückenschmerzen, Infektionserkrankungen (ICD-10: A00–B99) (weiblich: 14,0%, männlich: 21,1%) und Erkrankungen des Verdauungstraktes (ICD-10: K00–K99) (weiblich: 14,3%, männlich: 16,2%) im Vordergrund. Bei 21,7% der Frauen sind zudem Ereignisse im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (ICD-10: O00–O99) wichtige Behandlungsanlässe. Bei Kindern liegt der Schwerpunkt des Erkrankungsprofils auf Erkrankungen der Atemwege (weiblich: 36,3%, männlich: 41,5%). Zudem sind auch hier Infektionserkrankungen häufige Behandlungsanlässe (weiblich: 17,4%, männlich: 17,1%). Während allgemeine Infektionserkrankungen häufig

aufzutreten, sind meldepflichtige Infektionserkrankungen bei Erwachsenen (weiblich: 2,4%, männlich: 5,0%) und Kindern (weiblich: 0,5%, männlich: 1,3%) vergleichsweise selten.

Über das primärmedizinische Spektrum hinausgehende medizinische Bedarfe umfassten (in der Beispielinrichtung) psychische Erkrankungen (ICD-10: F00–F99) sowie Folgen externer Ursachen (ICD-10: S00–T98). Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen wurden über den Gesamtzeitraum bei 15,1% der Männer sowie bei 8,8% der Frauen diagnostiziert. Jedoch waren mit 5,6% und 6,5% auch Mädchen und Jungen von psychischen Erkrankungen betroffen. Der Morbiditätsindikator „Folgen externer Ursachen“ beinhaltet Verletzungen, Verbrennungen und andere Beeinträchtigungen, die auf äußere Ursachen wie Unfälle, Angriffe oder auch Kriegshandlungen zurückgehen. Besonders stark betroffen sind hier Männer, bei denen bei 12,7% „Folgen äußerer Ursachen“ diagnostiziert wurden.

Abbildung 4
Morbiditätsprofil einer Beispieleinrichtung,
Prävalenz der Morbiditätsindikatoren
nach Alter und Geschlecht
(in Prozent der behandelten Personen¹),
(n=791 weibliche Kinder, n=3.980 weibliche
Erwachsene, n=928 männliche Kinder,
n=5.870 männliche Erwachsene)²
 Quelle: Verbund PriCarenet,
 Universitätsklinikum Heidelberg

	Erwachsenen		Kind	
	Weiblich	Männlich	Weiblich	Männlich
Atemwegskrankheiten	19,8%	28,4%	36,3%	41,5%
Infektionskrankheiten	14,0%	21,1%	17,4%	17,1%
Krankheiten des Verdauungssystems	14,3%	16,2%	6,8%	5,9%
Muskuloskeletale Krankheiten	14,3%	19,8%	1,6%	1,5%
Psychische Störungen	8,8%	15,1%	5,6%	6,5%
Hautkrankheiten	8,2%	11,6%	5,9%	7,8%
Folgen äußerer Ursachen	6,5%	12,7%	3,5%	4,3%
Schwangerschaft	21,7%	0,0%	0,4%	0,0%
Stoffwechselerkrankungen	9,9%	5,9%	1,3%	1,5%
Krankheiten des Urogenitalsystems	11,6%	4,3%	1,9%	0,8%
Krankheiten des Nervensystems	6,7%	6,4%	2,1%	3,3%
Krankheiten des Kreislaufsystems	7,8%	8,4%	1,0%	1,1%
Krankheiten der Augen	4,3%	5,5%	2,9%	1,8%
Behinderungen	2,1%	9,5%	0,9%	0,5%
Bluthochdruck	6,5%	4,0%	0,0%	0,0%
Krankheiten blutbildender Organe	5,7%	1,6%	1,0%	1,7%
Meldepflichtige Infektionskrankheiten	2,4%	5,0%	0,5%	1,3%
Krankheiten des Ohrs und Mastoids	2,2%	2,9%	1,9%	2,0%
Neubildungen	3,1%	2,8%	0,5%	1,0%
Diabetes mellitus	3,0%	3,1%	0,0%	0,1%
Störungen der Perinatalperiode	0,2%	0,0%	1,8%	1,9%
Verschreibung Psychopharmaka	1,1%	1,3%	0,0%	0,0%
Bösartige Neubildungen	1,2%	1,0%	0,0%	0,2%
Adipositas	0,9%	0,4%	0,1%	0,4%
Hypercholesterinämie	0,5%	0,7%	0,0%	0,0%
Äußere Ursachen	0,3%	0,5%	0,0%	0,2%
Abort	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%
Verschreibung Benzodiazepine	0,2%	0,3%	0,0%	0,2%
Infektion mit resistenten Erregern	0,1%	0,2%	0,0%	0,0%

Anteil: 0% 100%

¹ Operationalisierung siehe [Annex Tabelle 1](#)

² Die Prävalenz ist farbcodiert dargestellt, d.h. blaue Farben stehen für höhere und hellblau bis weiß für niedrigere Prävalenzen (siehe Farbskala). Prinzipiell ist eine Erstellung des Morbiditätsprofils auch einrichtungsübergreifend möglich.

Prinzipiell liegen den Einrichtungen lokal die monatlichen Auswertungen der absoluten Fallzahlen und Prävalenzen aller Morbiditätsindikatoren vor. Beispielhaft ist hier die monatliche Prävalenz, bezogen auf alle behandelten Personen, des Indikators „Psychische Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten“ nach Geschlecht sowie

nach Alter im Zeitverlauf dargestellt ([Abbildung 5](#)). Auffallend ist der Anstieg der Prävalenz von 8,2% im April 2020 auf 15,1% im Mai 2020, der vor allem auf eine Verdoppelung der Prävalenz von 10,1% auf 20,9% unter männliche behandelte Personen zurückgeht ([Abbildung 5](#)). Um zu eruieren, ob Schwankungen der Belegungszahl

Verbundbildung und
 verteiltes Rechnen
 ermöglichen ein
 datenschutzkonformes
 und zeitgerechtes
 Gesundheitsmonitoring in
 Aufnahmeeinrichtungen.

Abbildung 5
 Prävalenz des Indikators „Psychische Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten“ (ICD-10: F00–F99), nach Geschlecht (oben) und Alter (unten) für eine Beispielinrichtung (in Prozent der behandelten Personen, n=4.771 weiblich, n=6.798 männlich, n=9.853 Erwachsene, n=1.726 Kinder)
 Quelle: Verbund PriCaret, Universitätsklinikum Heidelberg



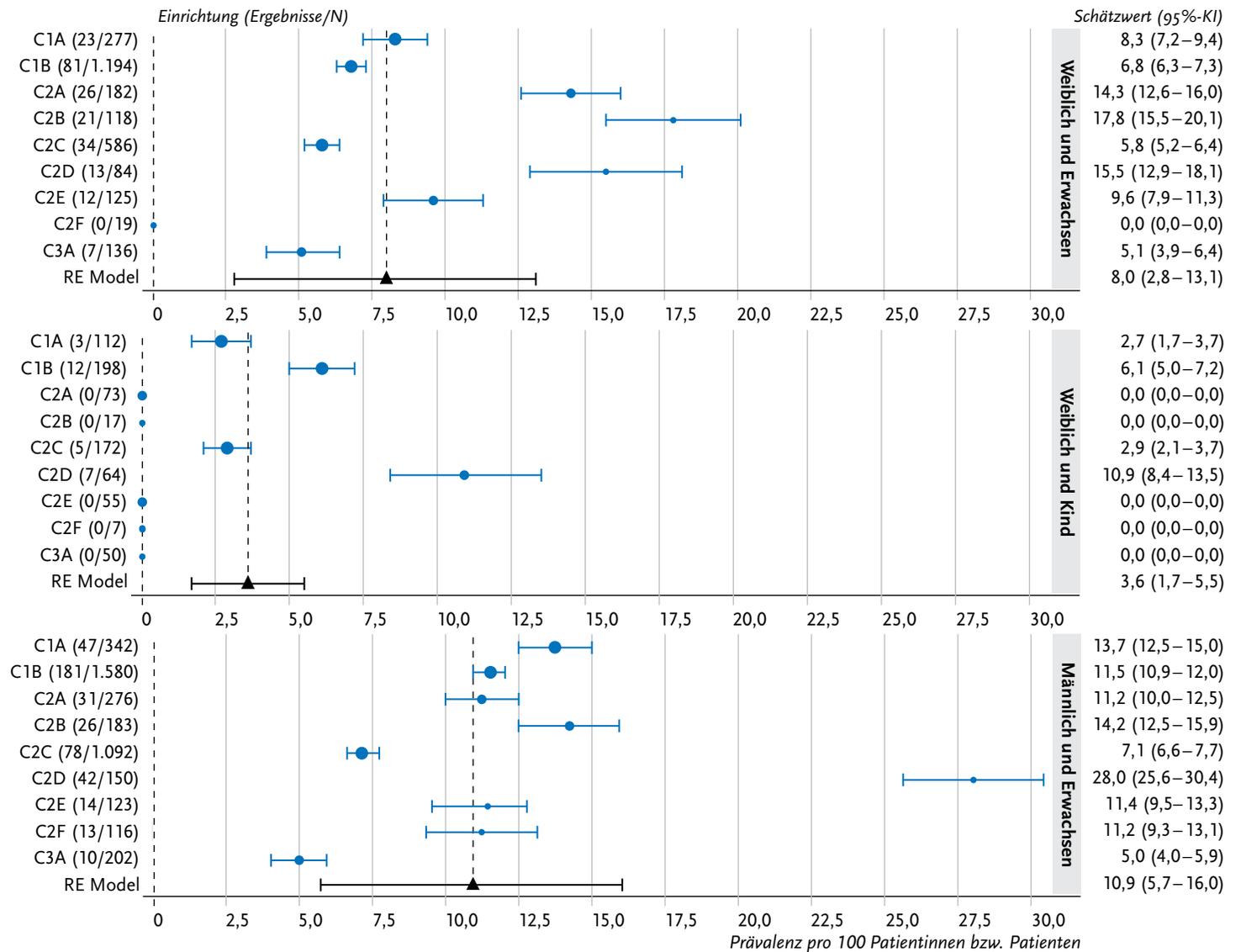
diesen Anstieg erklären können, wurde zusätzlich die Gesamtzahl aller in den Einrichtungen lebenden Menschen als Nenner verwendet. Dabei zeigt sich im Zeitverlauf dasselbe Muster ([Annex Abbildung 1](#) und [Annex Abbildung 2](#)).

3.2 Beispielhafte einrichtungübergreifende Auswertungsergebnisse

Einrichtungübergreifende Auswertungen, insbesondere der Morbiditätsindikatoren, sind regelmäßig möglich und

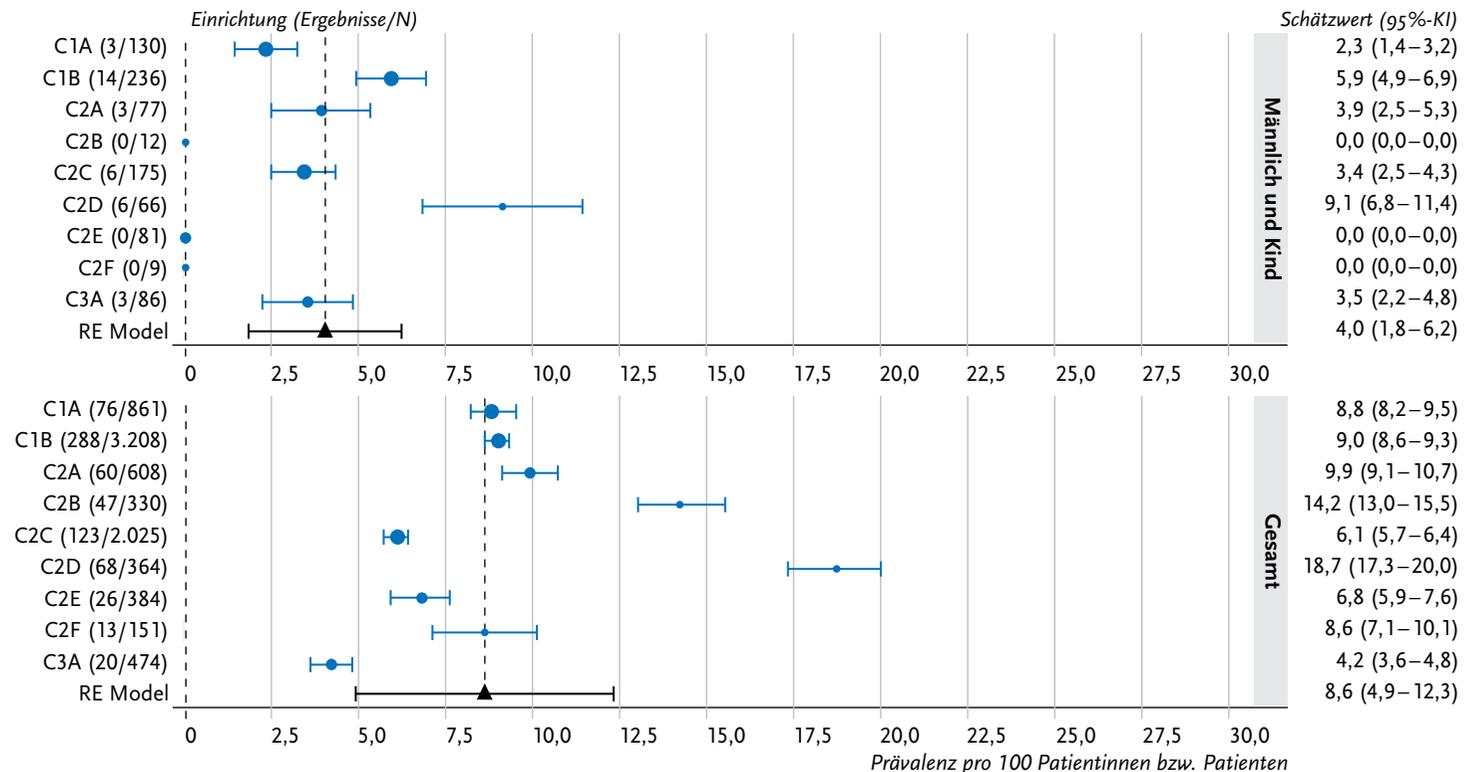
Abbildung 6
Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen (ICD-10: F00–F99) (in Prozent der behandelten Personen, n=2.721 weibliche Erwachsene, n=748 weibliche Kinder, n=4.064 männliche Erwachsene, n=872 männliche Kinder)
 Quelle: Verbund PriCarenet, Universitätsklinikum Heidelberg

Neben primärmedizinischen Erkrankungen sind psychische Erkrankungen und äußere Ursachen wie Unfälle, Angriffe oder auch Folgen von Kriegshandlungen häufige Behandlungsanlässe bei geflüchteten Menschen in Aufnahmeeinrichtungen.



Gesamt (I²: 94,56, τ: 3,93), Männlich und Kind (I²: NA, τ: 2,17), Männlich und Erwachsenen (I²: 92,31, τ: 5,26), Weiblich und Kind (I²: NA, τ: 1,71), Weiblich und Erwachsenen (I²: NA, τ: 5,02)
 C1=bezeichnet Registrierungszentren, C2=bezeichnet Erstaufnahmeeinrichtungen auf Landesebene und Dependancen, C3=bezeichnet Aufnahmeeinrichtungen auf Landkreisebene, A, B, C, D, E, F=Bezeichnung Einrichtung, 95 %-KI=95%-Konfidenzintervall, Beobachtungszeiträume: C1A=08/2018–10/2018, C1B=05/2018–10/2018, C2A=06/2018–10/2018, C2B=08/2018–10/2018, C2C=10/2017–10/2018, C2D=04/2018–10/2018, C2E=04/2018–10/2018, C2F=07/2018–10/2018, C3A=12/2017–10/2018, I²=Heterogenitätsmaß, NA=keine Angabe aufgrund niedriger Zellzahl der Substrata, τ=Tau-Quadrat-Statistik
 Fortsetzung nächste Seite

Abbildung 6 Fortsetzung
Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen (ICD-10: F00–F99) (in Prozent der behandelten Personen, weibliche Erwachsene: n=2.721, weibliche Kinder: n=748, männliche Erwachsene: n=4.064; männliche Kinder: n=872)
 Quelle: Verbund PriCaret, Universitätsklinikum Heidelberg



Gesamt (I^2 : 94,56, τ : 3,93), Männlich und Kind (I^2 : NA, τ : 2,17), Männlich und Erwachsen (I^2 : 92,31, τ : 5,26), Weiblich und Kind (I^2 : NA, τ : 1,71), Weiblich und Erwachsen (I^2 : NA, τ : 5,02)
 C1=bezeichnet Registrierungszentren, C2=bezeichnet Erstaufnahmeeinrichtungen auf Landesebene und Dependancen, C3=bezeichnet Aufnahmeeinrichtungen auf Landkreisebene, A, B, C, D, E, F=Bezeichnung Einrichtung, 95 %-KI=95%-Konfidenzintervall, Beobachtungszeiträume: C1A=08/2018–10/2018, C1B=05/2018–10/2018, C2A=06/2018–10/2018, C2B=08/2018–10/2018, C2C=10/2017–10/2018, C2D=04/2018–10/2018, C2E=04/2018–10/2018, C2F=07/2018–10/2018, C3A=12/2017–10/2018, I^2 =Heterogenitätsmaß, NA=keine Angabe aufgrund niedriger Zellzahl der Substrata, τ =Tau-Quadrat-Statistik

können über die Reportingplattform zu Zwecken des Benchmarkings den Einrichtungen zur Verfügung gestellt werden. Die exemplarische einrichtungsübergreifende Darstellung zeigt den Morbiditätsindikator „Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen“ für den Zeitraum seit der Einführung von RefCare© in insgesamt elf Einrichtungen (bis 11/2018) (Abbildung 6). Die meta-analytische Auswertung zeigt, dass die gepoolte Prävalenz psychischer

Erkrankungen bei 8,6 % liegt. Dabei werden psychische Erkrankungen vor allem bei weiblichen (8,0 %) und männlichen (10,9 %) Erwachsenen diagnostiziert. Bei Kindern zeigt sich eine Prävalenz von 3,6 % bei weiblichen und von 4,0 % bei männlichen behandelten Personen. Insgesamt bestehen zwischen den Einrichtungen teils große Unterschiede in der diagnostizierten Prävalenz psychischer Erkrankungen.

Eine Verstärkung und Integration des Ansatzes dezentraler Analyse in bestehende Strukturen der Datenerhebung und -auswertung böte die Möglichkeit, bislang fehlende Informationen zu ergänzen.

4. Diskussion

Die Erfahrungen und Ergebnisse des PriCare-Projekts zeigen, dass ein einrichtungsübergreifendes, regelmäßiges, automatisiertes und zeitnahes Gesundheitsmonitoring in Aufnahmeeinrichtungen für Asylsuchende durch den innovativen Ansatz des verteilten Rechnens im Verbund („Schwarmansatz“) praktikabel und datenschutzkonform durchführbar ist. Aufnahmeeinrichtungen für geflüchtete Menschen erhalten damit erstmals die Möglichkeit, ein auf das Setting maßgeschneidertes Tool zur medizinischen Versorgungsdokumentation zu nutzen, in dem Angaben zu Morbidität, Inanspruchnahme und anderen Versorgungsparametern strukturiert erfasst und ausgewertet werden. Die Einrichtungen können ihre Behandlungsdaten lokal und ohne statistische Kenntnisse regelmäßig auswerten, sich mit anderen Einrichtungen vergleichen und ihre Versorgungsplanung auf eine solide Datengrundlage stellen. Gleichzeitig entsteht eine Datengrundlage, um Rückkopplungen auf die Politikebene zu ermöglichen um eine bedarfsgerechte Versorgung sicher zu stellen. Voraussetzung hierfür sind jedoch eine adressatengerechte Kommunikation von Ergebnissen, aber auch eine Bereitschaft der Politik, bei ihren Entscheidungen zur Versorgung geflüchteter Menschen in Aufnahmeeinrichtungen Daten zum Versorgungsbedarf heranzuziehen.

Die exemplarisch dargestellten Ergebnisse dieses Gesundheitsmonitorings zeigen, dass unter den behandelten Personen der hier beispielhaft dargestellten Aufnahmeeinrichtungen, ein primärmedizinisches Erkrankungsspektrum vorherrscht. Besondere Bedarfe bestehen zusätzlich in den Bereichen psychischer Erkrankungen

sowie Folgen äußerer Ursachen. Bei psychischen Behandlungsbedarfen besteht eine hohe Heterogenität zwischen Einrichtungen, die vermutlich auf die Einrichtungsart, das vorgehaltene Versorgungsangebot sowie die demografische Zusammensetzung der Bewohnerschaft zurückzuführen ist. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass sich sowohl demografische Aspekte wie Herkunftsländer als auch Prävalenzen einzelner Erkrankungen dynamisch verändern, was die Notwendigkeit eines kontinuierlichen Monitorings unterstreicht.

Dies konnte durch die auffällige Verschlechterung des Indikators „Psychische Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten“ im Zeitverlauf verdeutlicht werden. So stand die gesamte Beispieleinrichtung zwischen April und Mai 2020 wegen bestätigter Infektionen mit SARS-CoV-2 für 16 Tage unter Kollektivquarantäne, zusätzlich wurden im Verlauf alle Tagesangebote sowie die Sozialberatungen eingestellt. Auch bei Berücksichtigung der Schwankungen der Gesamtbelegungszahl zeigt sich dasselbe Muster, sodass Änderungen der Gesamtzahl der in den Einrichtungen lebenden Menschen als Erklärung nicht hinreichend sind. Durch diese deskriptive Darstellung kann allerdings kein eindeutiger Zusammenhang zwischen den einrichtungsbezogenen Ereignissen und dem Anstieg des Indikators nachgewiesen werden. So kann es sich bei dem Anstieg auch um zufällige Zeitschwankungen oder durch Personalwechsel bedingte Unterschiede der Kodierpraxis handeln. Dennoch veranschaulicht der Sachverhalt den Sinn eines Monitorings eindrücklich: so kann aus der deskriptiven Darstellung zeitlicher Entwicklungen die Notwendigkeit vertiefender Analysen abgeleitet werden, die mögliche Zusammenhänge – zum Beispiel zwischen ergriffenen

Pandemiemaßnahmen und der Prävalenz psychischer Belastungen – mit komplexeren Verfahren einrichtungsspezifisch oder -übergreifend untersuchen. Analoge Anwendungsbeispiele lassen sich für zahlreiche andere Morbiditäts- und Versorgungsindikatoren aufzählen, so zum Beispiel in Bezug auf durchgeführte Impfungen gegen Grippeviren und saisonale Änderungen der Prävalenz von Atemwegsinfektionen.

Auch in dem vorgestellten System gelten grundsätzlich alle Limitationen einer Nutzung medizinischer Routinedaten [14]. Diese umfassen Fragen der Vollständigkeit, des Umgangs mit fehlenden Daten, der Objektivität, der Reliabilität sowie in Konsequenz der Inhaltsvalidität der kodierten und dokumentierten Angaben [14]. So werden bisher routinemäßig die behandelten Personen als Nenner verwendet (Inanspruchnahmepopulation), da sich die Abfrage von monatlichen Belegungszahlen nicht überall als praktikabel erwiesen hat. In Zeiträumen mit geringer Zugangs- und Verlegungszahl liegen beide Angaben, die Zahl der Behandelten und die Belegungszahl näher beieinander als in Zeiträumen mit einer größeren Anzahl an Zu- und Abgängen. Die höhere Diskrepanz der Nenner in Zeiträumen mit höherer Fluktuation könnte zukünftig durch Korrekturfaktoren berücksichtigt werden, die jedoch noch empirisch erarbeitet werden müssten. Darüber hinaus führt ein heterogenes Kodierverhalten zu Varianz zwischen und innerhalb der Einrichtungen. Zwar kann diese zum Beispiel durch Random-Effects-Modelle bei einrichtungsübergreifenden Analysen statistisch teilweise berücksichtigt werden, dennoch sind diese Ergebnisse nicht mit standardisierten Primärerhebungen zu Monitoringzwecken wie Surveys vergleichbar.

Weitere Herausforderungen ergeben sich für die interne Validierung von Diagnosen, insbesondere bei der Unterscheidung zwischen Verdachts- und gesicherten Diagnosen, da diese nicht immer dokumentiert werden. Zudem beeinflussen das vorgehaltene medizinische Angebot sowie die Funktion der jeweiligen Aufnahmeeinrichtungen das Diagnosespektrum. Insbesondere bei Erkrankungen, die eine spezialisierte Diagnostik erforderlich machen, ist von einer Untererfassung auszugehen, nicht zuletzt auch aufgrund der mit dem Asylbewerberleistungsgesetz einhergehenden eingeschränkten Leistungsansprüche. Dies wird deutlich beim Vergleich der hier berichteten Prävalenz psychischer Erkrankungen mit der aus surveybasierten Ansätzen (siehe auch den Beitrag [Monitoring der Gesundheit und Gesundheitsversorgung geflüchteter Menschen in Sammelunterkünften](#) in dieser Ausgabe des Journal of Health Monitoring). Auch ist bei spezialisierten Einrichtungen für Schutzbedürftige ein anderes Morbiditätsspektrum zu erwarten als in Registrierungsstellen mit sehr kurzer Aufenthaltsdauer. Daher sind zusätzliches Kontextwissen und Einrichtungsinformationen wichtig, um einrichtungsübergreifende Analysen adäquat umsetzen und interpretieren zu können. Diesen Zweck erfüllt im beschriebenen Vorhaben der Forschungsverbund, über den eine kontextspezifische Interpretation der Auswertungsergebnisse erfolgen kann.

Den Limitationen stehen jedoch die ressourcenschonenden Möglichkeiten eines dauerhaften, zeitgerechten und umfassenden Monitorings ohne Zusatzbelastungen durch Datenerhebungen gegenüber. Um die Limitationen, die mit der Sekundärnutzung medizinischer Routinedaten einhergehen auszugleichen, könnte das kontinuierliche

Monitoring mit Routinedaten durch andere, surveybasierte Ansätze in größeren Zeitabständen (zum Beispiel alle drei bis fünf Jahre) ergänzt werden (siehe auch den Beitrag [Monitoring der Gesundheit und Gesundheitsversorgung geflüchteter Menschen in Sammelunterkünften](#) in dieser Ausgabe des Journal of Health Monitoring).

Auch gegenüber anderen Bemühungen, medizinische Routinedaten aus Ambulanzen in Unterkünften für geflüchtete Menschen in Europa als Grundlage für Auswertungen von Gesundheits- und Versorgungsparametern zu nutzen, zeigt der hier berichtete Ansatz wesentliche Vorteile. In Dänemark und den Niederlanden wurden zum Beispiel ebenfalls medizinische Routinedaten aus Aufnahmeeinrichtungen zur Forschung genutzt. Allerdings basieren die Auswertungen in beiden Fällen auf zentral gespeicherten medizinischen Registerdaten und beinhalten keine Funktion zur regelmäßigen Auswertung, sodass Analysen ausschließlich punktuell und durch das Interesse einzelner Forschender geleitet sind [15, 16]. Als zeitnahe, datenschutzkonformes Gesundheitsmonitoring sind beide Ansätze daher nur bedingt geeignet. Andere Ansätze basieren auf der Einführung von e-health-Systemen, wie das System der UN Relief and Works Agency (UNRWA), die für geflüchtete Menschen aus Syrien, Libanon, West Bank und den Gazastreifen zuständig sind [17]. Ein anderes Beispiel sind elektronische Patientenakten, zum Beispiel der Internationalen Organisation für Migration im Rahmen des e-PHR-Projekts [18] oder die so genannte Asylakte im deutschen Setting [9]. Diese webbasierten Applikationen zur Dokumentation medizinischer Routinedaten werden jedoch zentral („cloudbasiert“) gespeichert und bringen somit datenschutzrechtliche Herausforderungen und Risiken bei

der Sammlung und Speicherung von sensiblen personenbezogenen Daten dieser vulnerablen Bevölkerungsgruppe mit sich (siehe auch [9]). Das Verfahren des verteilten Rechnens vermeidet dies und erlaubt dennoch ein Gesundheitsmonitoring auf Basis von Individualdaten.

Nachdem Technologieentwicklung, Methoden, Prozesse und Strukturen im Rahmen des PriCare Projekts durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert wurden, steht deren nachhaltige Etablierung vor Herausforderungen. So konnten in den meisten Bestandseinrichtungen des Verbands bilaterale, nicht kommerzielle Nutzungs- und Lizenzierungsmodelle geschlossen werden, die eine Fortführung des Verfahrens vorerst ermöglichen. Eine Voraussetzung für die langfristige, optimale Nutzung der über das PriCare-Projekt geschaffenen Infrastruktur und Verfahren zur regelmäßigen Berichterstattung über die Gesundheit und Versorgung geflüchteter Menschen ist jedoch die möglichst flächendeckende Ausweitung auf die Aufnahmeeinrichtungen der Länder und vor allem eine nachhaltige Gesundheitsberichterstattung. Hierdurch können das Monitoring der Gesundheit und Versorgung geflüchteter Menschen in Aufnahmeeinrichtungen auch deutschlandweit ermöglicht und existierende Informationslücken nachhaltig geschlossen werden.

Allerdings kann der beschriebene Ansatz auch über das Setting der Gesundheit von geflüchteten Menschen hinaus durch Ausdifferenzierung der Methode des verteilten Rechnens im Verbund anderen Bereichen der Versorgungsforschung nutzen. So birgt das föderale Gesundheitssystem mit der fragmentierten Versorger- und Datenlandschaft ähnliche Herausforderungen bei der Nutzung medizinischer Routinedaten für Gesundheitsmonitoring und

-forschung. Daher kann eine Anwendung des verteilten Rechnens auch in der Medizininformatik-Initiative [17] oder bei der zeitnahen Analyse und Berichterstattung meldepflichtiger Infektionen ein wichtiger Ansatz sein. Die Limitationen konventioneller Ansätze, die bei zentralen Registern oder föderalen Meldesystemen bestehen, könnten damit vermieden werden. Beispielhaft sei hier die Zeitlataz bei der Berichterstattung meldepflichtiger Infektionskrankheiten zwischen Öffentlichem Gesundheitsdienst der Landkreise und der Bundesebene genannt. So hat die COVID-19-Pandemie gezeigt, dass Meldeverzögerungen von nur wenigen Tagen bereits von großer Bedeutung für die überregionale Berichterstattung, evidenz-informierte Politik und die Öffentlichkeit sein können. Grundlegend besteht als Voraussetzung für die Umsetzung des verteilten Rechnens eine über die beteiligten Einrichtungen hinweg vereinheitlichte oder zumindest interoperable Datenbankstruktur, die es erlaubt, einheitliche Analyseskripte vor Ort auszuführen und damit vergleichbare, anonymisierte Auswertungsergebnisse zu erhalten, die für eine Metaanalyse zur Verfügung stehen.

In Fällen wie des beschriebenen Verfahrens in Aufnahmeeinrichtungen für geflüchtete Menschen, in denen medizinische Routinedaten vollumfänglich und ohne die Notwendigkeit einer Einwilligung der behandelten Personen ausgewertet werden, ergeben sich zusätzliche Bedarfe um die Datenschutzkonformität des Verfahrens zu gewährleisten. Insbesondere wird hier ein Entscheidungsgremium notwendig, welches den medizinischen Leistungserbringern eine Mitsprache bei den Inhalten der Auswertungen ermöglicht. Sind diese Voraussetzungen oder entsprechende Rechtsgrundlagen der Auswertung gegeben, ist

eine Umsetzung des verteilten Rechnens im Verbund auch in anderen Gesundheitsbereichen möglich und birgt viel Potenzial.

Über die statistischen Auswertungsergebnisse hinaus zeigen sich zudem einige positive Nebeneffekte des Infrastrukturaufbaus zur Umsetzung des beschriebenen „Schwarmansatzes“ in den heterogenen Settings der Einrichtungsambulanzen. So trägt bereits die Implementierung des digitalen Dokumentationstools durch die Ermöglichung einer einheitlichen medizinischen Dokumentation, des datenschutzkonformen Versendens von Patientenakten zwischen Ambulanzen sowie durch maßgeschneiderte Ambulanzverwaltungsfunktionen zu einer Arbeitserleichterung bei den Nutzenden sowie zur Verbesserung der Versorgungssituation bei. Darüber hinaus regt das Projekt dazu an, rechtliche, administrative und organisatorische Aspekte rund um den Schutz der medizinischen Behandlungsdaten in den teils fragil organisierten Aufnahmeeinrichtungen zu berücksichtigen und die Klärung der datenschutzrechtlichen Verantwortung in den Ambulanzen der Aufnahmeeinrichtungen voranzutreiben.

Darüber hinaus hat sich der Forschungsverbund Pri-Carenet neben der Funktion der Entwicklung der Inhalte des Gesundheitsmonitorings als wichtiges Austauschforum zwischen den beteiligten Einrichtungen erwiesen, in dem ein Austausch über Erfahrungen, Herausforderungen und „best practices“ angestoßen wird. Auch die Interpretation der Ergebnisse des Gesundheitsmonitorings sowie die Diskussion möglicher Rückschlüsse auf die Versorgung und Versorgungsplanung im Forschungsverbund trägt zur weiteren Verbesserung der Versorgungssituation bei.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Kayvan Bozorgmehr
AG Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Universität Bielefeld
Postfach 10 01 31
33501 Bielefeld
E-Mail: kayvan.bozorgmehr@uni-bielefeld.de

Zitierweise

Jahn R, Rohleder S, Qreini M, Erdmann S, Kaur S et al. (2021)
Gesundheitsmonitoring bei geflüchteten Menschen in Aufnahmeeinrichtungen: Dezentrale Analyse medizinischer Routinedaten im Verbund.
Journal of Health Monitoring 6(1): 30–54.
DOI 10.25646/7864

Die englische Version des Artikels ist verfügbar unter:
www.rki.de/journalhealthmonitoring-en

Datenschutz und Ethik

Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) wurden eingehalten. Für das beschriebene Verfahren wurde gemeinsam mit der Technik- und Methodenplattform für vernetzte medizinische Forschung (TMF) e. V. [19] ein umfassendes Datenschutzkonzept entwickelt, welches im Februar 2018 ein positives Votum der AG Datenschutz der TMF erhielt. Um die zwischenzeitlich in Kraft getretene DSGVO zu berücksichtigen, wurde das Datenschutzkonzept umfassend überarbeitet und im September 2020 durch die TMF erneut positiv bewertet.

Förderungshinweis

Das Vorhaben erhielt finanzielle Förderung seitens des Bundesministeriums für Gesundheit aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestags (FKZ: ZMV I 1 – 25 16 FSB 415).

Interessenkonflikt

Rosa Jahn, Kayvan Bozorgmehr und Frank Aluttis sind am Universitätsklinikum Heidelberg als Erfinder der RefCare© Software gemäß Arbeitnehmererfindungsgesetz (ArbnErfG) registriert. Rosa Jahn, Kayvan Bozorgmehr und Frank Aluttis geben an, dass keine finanziellen Interessenkonflikte vorliegen. Sven Rohleder, Stella Erdmann, Sukhvir Kaur und Markus Qreini geben an, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Danksagung

Für die konstruktive und gute Zusammenarbeit in den vergangenen Jahren bedanken wir uns bei: doxx GmbH, Gesundheitsamt Hamburg-Altona, Klinikum Würzburg Mitte, Krankenhaus St. Josef Schweinfurt, MKT Krankentransport, Regierungspräsidium Freiburg, Regierungspräsidium Karlsruhe, Regierung von Unterfranken, Regierung von Oberbayern, Robert Koch-Institut (Fachgebiet 32: Surveillance und Fachgebiet 28: Soziale Determinanten), Technologie- und Methodenplattform für die vernetzte medizinische Forschung e. V., AG Epidemiologie & International Public Health der Universität Bielefeld, Abteilung Infektiologie des Universitätsklinikums Freiburg, und dem Ministerium für Inneres, Digitalisierung und Migration Baden-Württemberg. Weiterer Dank gilt dem Bundesministerium für Gesundheit für die finanzielle Unterstützung sowie dem Referat Z24 für die inhaltliche Begleitung des Vorhabens.

Literatur

1. Bozorgmehr K, Biddle L, Rohleder S et al. (2019) What is the evidence on availability and integration of refugee and migrant health data in health information systems in the WHO European Region? Health Evidence Network synthesis report 66. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
2. Ziese T, Prütz F, Rommel A et al. (2020) Gesundheitsberichterstattung des Bundes am Robert Koch-Institut – Status quo und aktuelle Entwicklungen. Bundesgesundheitsbl 63(9):1057–1066
3. Swart E, Ihle P, Gothe H et al. (2005) Routinedaten im Gesundheitswesen: Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Huber, Bern
4. Lampert T, Horch K, List S et al. (2010) Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Ziele, Aufgaben und Nutzungsmöglichkeiten. GBE kompakt 1(1). Robert Koch-Institut, Berlin
5. Razum O, Wenner J, Bozorgmehr K (2016) Wenn Zufall über den Zugang zur Gesundheitsversorgung bestimmt: Geflüchtete in Deutschland. Gesundheitswesen 78(11):711–714
6. Biddle L, Bozorgmehr K, Jahn R (in press) Health information systems and migrant health in Europe: from fragmentation to integration. Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health
7. Bauhoff S, Göppfarth D (2018) Asylum-seekers in Germany differ from regularly insured in their morbidity, utilizations and costs of care. PLOS ONE 13(5):e0197881
8. Wahedi K, Biddle L, Jahn R et al. (2020) Healthcare provision for asylum seekers in reception centres: Qualitative survey of healthcare structures, challenges and need for action from the perspective of healthcare providers. Bundesgesundheitsbl 63(12):1460–1469
9. Nöst S, Jahn R, Aluttis F et al. (2019) Surveillance der Gesundheit und primärmedizinischen Versorgung von Asylsuchenden in Aufnahmeeinrichtungen: Konzept, Entwicklung und Implementierung. Bundesgesundheitsbl 62(7):881–892
10. Bozorgmehr K, Nöst S, Thaiss HM et al. (2016) Die gesundheitliche Versorgungssituation von Asylsuchenden. Bundesweite Bestandaufnahme über die Gesundheitsämter. Bundesgesundheitsbl 59(5):545–555
11. Jahn R, Ziegler S, Nöst S et al. (2018) Early evaluation of experiences of health care providers in reception centers with a patient-held personal health record for asylum seekers: a multi-sited qualitative study in a German federal state. Globalization and Health 14(1):71
12. Razum O, Bunte A, Gilsdorf A et al. (2016) Gesundheitsversorgung von Geflüchteten: Zu gesicherten Daten kommen. Dtsch Arztebl 113 (4):A-130/B-111/C111
13. The R Foundation (2020) The R Project for Statistical Computing. <https://www.r-project.org/> (Stand: 05.10.2020)
14. Djalali S, Markun S, Rosemann T (2017) Routine Data in Health Services Research: an Underused Resource. Praxis 106(7):365
15. Nakken CS, Skovdal M, Nellums LB et al. (2018) Vaccination status and needs of asylum-seeking children in Denmark: a retrospective data analysis. Public Health 158:110–116
16. Goosen S, Hoebe C, JPA, Waldhober Q et al. (2015) High HIV Prevalence among Asylum Seekers Who Gave Birth in the Netherlands: A Nationwide Study Based on Antenatal HIV Tests. PLOS ONE 10(8):e0134724
17. Ballout G, Al-Shorbaji N, Shishtawi A et al. (2017) Development and Deployment of an e-Health System in UNRWA Healthcare Centers (HCs): The Experience and Evidence. Stud Health Technol Inform 245:1212
18. Regional Office for the European Economic Area the European Union and NATO – Migration Health Division (2020) Re-Health. <https://www.re-health.eea.iom.int/re-health> (Stand: 05.10.2020)
19. Technik- und Methodenplattform für vernetzte medizinische Forschung (TMF) e.V. (2020) Über uns. https://www.tmf-ev.de/Ueber_uns.aspx (Stand: 05.10.2020)

Annex Tabelle 1
Übersicht Operationalisierung Indikatoren
 Quelle: Eigene Darstellung

Indikator	Operationalisierung (ICD-10-Codes)
Behinderungen	H54, R47, H90–H91, H80–H82, Q71–Q73, M20–M21, Z89, G82, F06–F07, I68, P91, F7, F1
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	L00–L99
Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität nach Diagnose	V01–Y84
Folgen äußerer Ursachen von Morbidität und Mortalität	S00–T98
Krankheiten des Verdauungssystems	K00–K99
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	D50–D90
Infektiöse und parasitäre Erkrankungen	A00–B99
Meldepflichtige Infektionserkrankungen	B30.0, B30.1, A05.1, A23.0, A23.1, A23.3, A23.8, A23.9, A04.5, A92.0, A00, A81.0, A97, A36, A98.4, A04.4, B67, A04.3, A75.0, A84.1, A95, A07.1, A41.3, A49.2, G00.0, J09, J14, J20.1, P23.6, A98.5, B15, B16, B17.1, B18.2, B19, B16.0, B16.1, B17.0, B17.2, B17.8, B20–B24, D59.3, M31.1, J09, J10, J11, A37, A07.2, A96.2, A68.0, A48.1, A48.2, A30, A27, A32, P37.2, B50–B54, A98.3, B05, A39, A41.0, A49.0, G00.3, P36.2, A22, B26.8, B26.9, A08.1, A70, A01.1, A01.2, A01.3, A01.4, A20, A80, A78, A08.0, P35.0, B06.8, B06.9, A0, A03, A50, A53, A82, Z20.3, P37.1, B75, A15–A19, P37.0, O98.0, A21, A01.0, A92.0, A92.4, A96, A98.0, A98.1, A99, B02, P35.8, A04.6
Infektionserreger mit Resistenzen gegen bestimmte Antibiotika oder Chemotherapeutika	U80–U85
Krankheiten des Kreislaufsystems	I00–I99
Hypertonie	I10–I15 (oder Vitalparameter: Blutdruck > 140/90 mmHg)
Body Mass Index (BMI)	E65–E68
Hypercholesterinämie	E78
Endokrine und Stoffwechselerkrankungen	E00–E9
Diabetes mellitus	E10–E14
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	M00–M99
Neubildungen nach Diagnose	C00–D48
Bösartige Neubildungen	C00–C97
Krankheiten des Nervensystems	G00–G99
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	H60–H99
Erkrankungen der Augen und Augenanhangsgebilde	H00–H59

ATC=Anatomisch-Therapeutisch-Chemisches Klassifikationssystem für Arzneimittel,

ICD-10=Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision

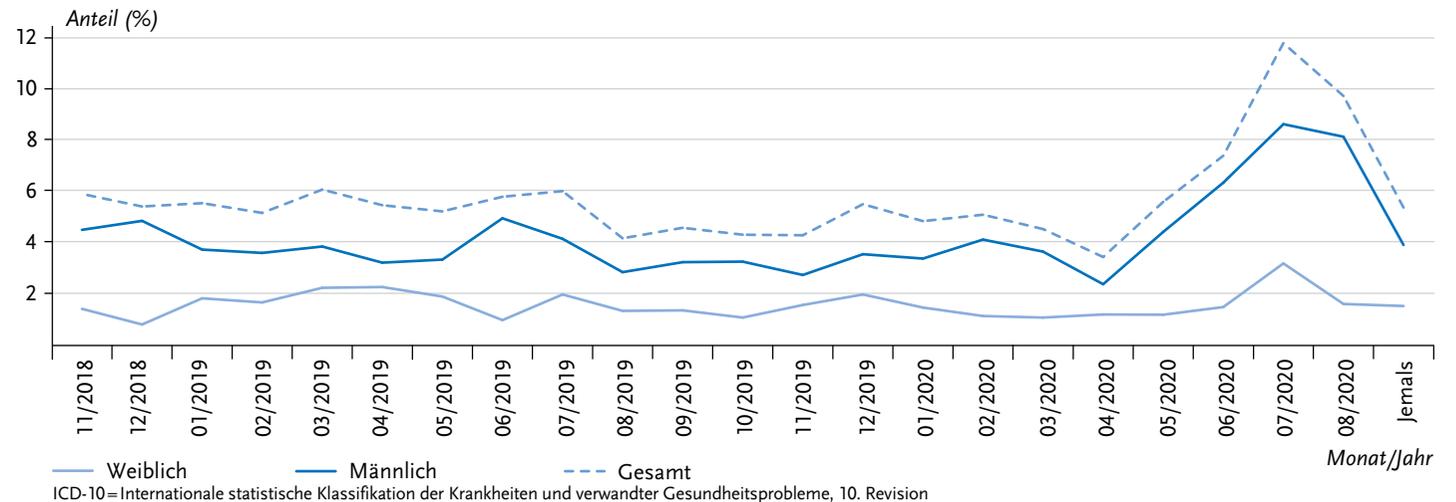
Fortsetzung nächste Seite

Annex Tabelle 1 Fortsetzung
Übersicht Operationalisierung Indikatoren
 Quelle: Eigene Darstellung

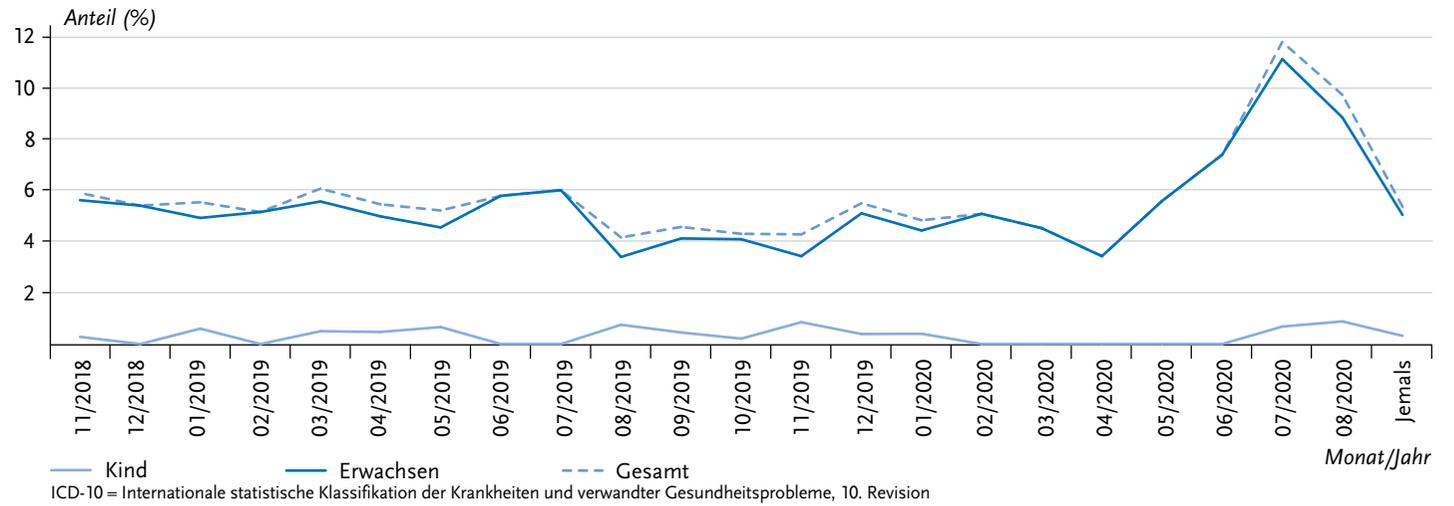
Indikator	Operationalisierung (ICD-10-Codes)
Störungen mit Ursprung in der Perinatalperiode	P00–P96
Ereignisse in Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	O00–O99
Abort	O00–O08
Psychische und Verhaltensstörungen	F00–F99
Therapie mit Psychopharmaka	ATC-Codes: N05 (Antipsychotika, Anxiolytika); N06A, N06B, N06C (Antidepressiva, Psychostimulanzien, pflanzliche Psychopharmaka); N07BB (Mittel zu Behandlung der Alkoholabhängigkeit)
Verschreibungen Benzodiazepine	ATC-Codes: N05BA (Anxiolytika) oder N05CD (Hypnotika)
Krankheiten des Atmungssystems	J00–J99
Krankheiten des Urogenitalsystems	N00–N99

ATC=Anatomisch-Therapeutisch-Chemisches Klassifikationssystem für Arzneimittel,
 ICD-10=Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision

Annex Abbildung 1
Prävalenz des Indikators „Psychische Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten“ (ICD-10: F00–F99, in Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner der Aufnahmeeinrichtung nach Geschlecht) für eine Beispielinrichtung
 Quelle: Verbund PriCaret, Universitätsklinikum Heidelberg



Annex Abbildung 2
Prävalenz des Indikators „Psychische
Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten“
(ICD-10: F00–F99, in Prozent der
Bewohnerinnen und Bewohner der
Aufnahmeeinrichtung nach Alter)
für eine Beispielinrichtung
 Quelle: Verbund PriCaretet,
 Universitätsklinikum Heidelberg



Impressum

Journal of Health Monitoring

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter, Dr. Franziska Prütz,
Dr. Martina Rabenberg, Dr. Alexander Rommel, Dr. Livia Ryl,
Dr. Anke-Christine Saß, Stefanie Seeling, Dr. Thomas Ziese
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de
www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz

Kerstin Möllerke, Alexander Krönke

ISSN 2511-2708

Hinweis

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die
Meinung des Robert Koch-Instituts wider.



Dieses Werk ist lizenziert unter einer
Creative Commons Namensnennung 4.0
International Lizenz.



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit