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

Kayvan Bozorgmehr[1,2], Claudia Hövener[3]

[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 Gesundheitsinformationssysteme 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 Verstetigung 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