

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

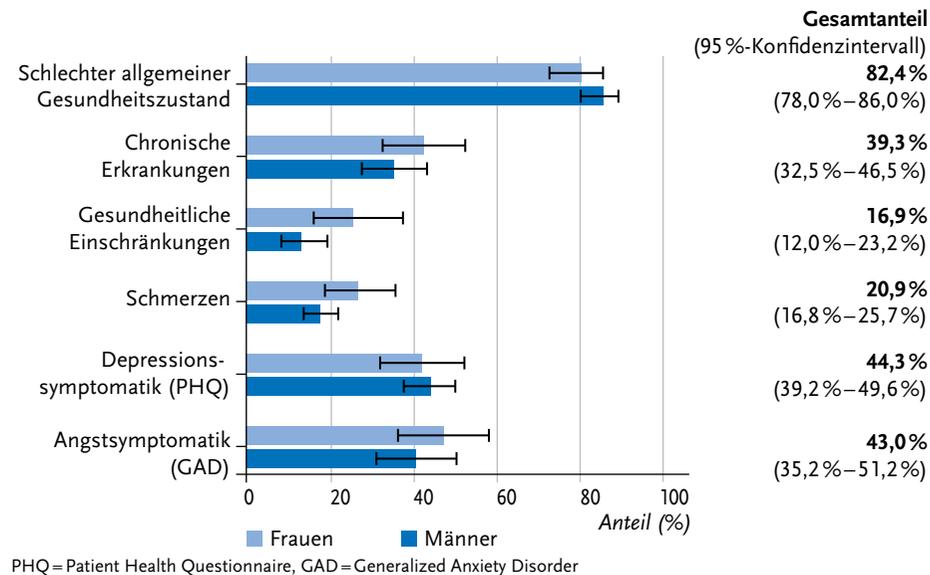
Insgesamt nahmen 560 geflüchtete Erwachsene (Rücklauf 39,2%; [Annex Abbildung 1](#)) an der Studie teil, davon 411 Personen (73,4%) aus Gemeinschaftsunterkünften und 149 Personen (26,6%) aus Erstaufnahmeeinrichtungen. Die Berechnung der Rücklaufquote („response rate“) orientierte sich an den Empfehlungen 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

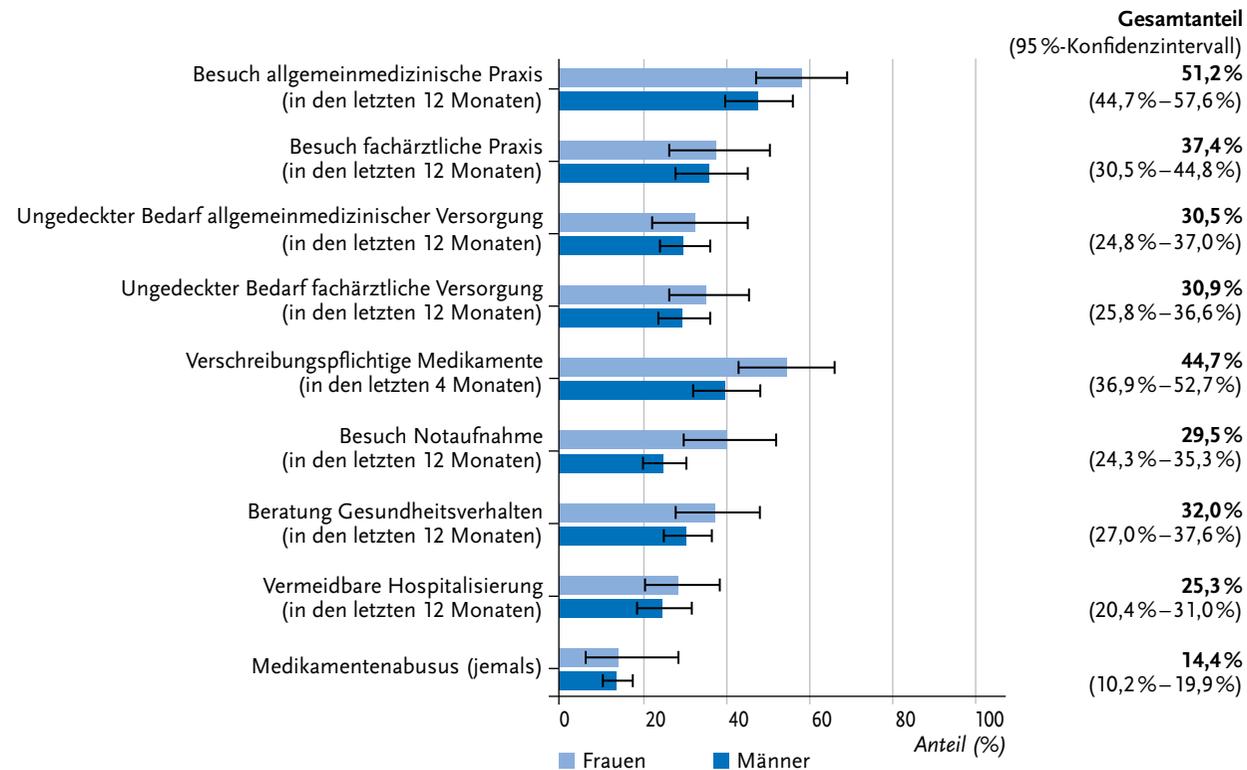
Befragten erhielt in den zwölf Monaten vor der Befragung eine ärztliche Beratung zu ihrem Gesundheitsverhalten (Abbildung 2).

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.

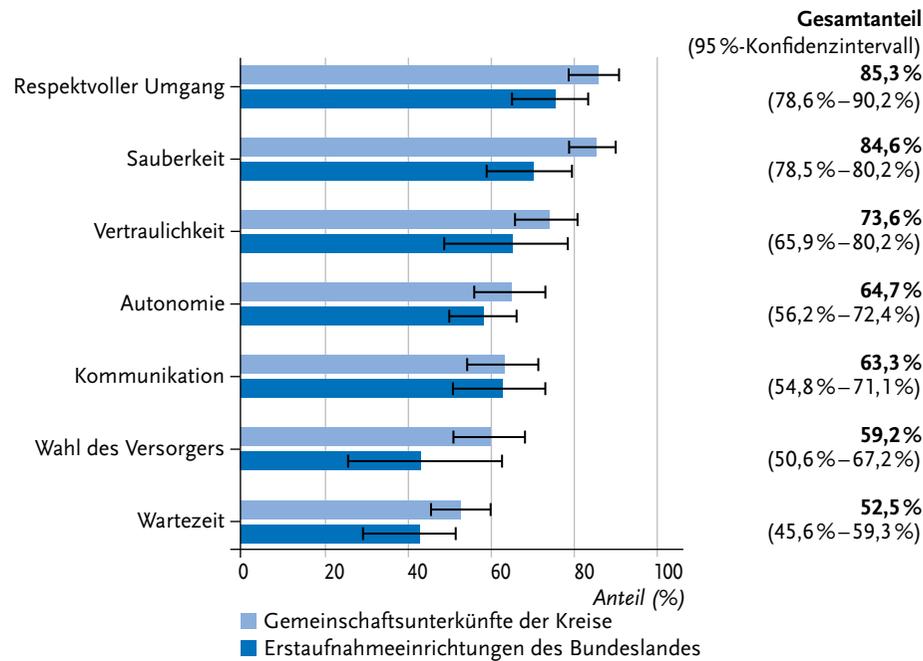


sich je nach Domäne und Unterkunftsart (Gemeinschaftsunterkunft/Erstaufnahmeeinrichtung; [Abbildung 3](#)). Die besten Bewertungen wurden für einen respektvollen Umgang und Sauberkeit abgegeben, wohingegen die Wahl des Versorgers und die Wartezeit am schlechtesten bewertet wurden. Über die Domänen hinweg 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

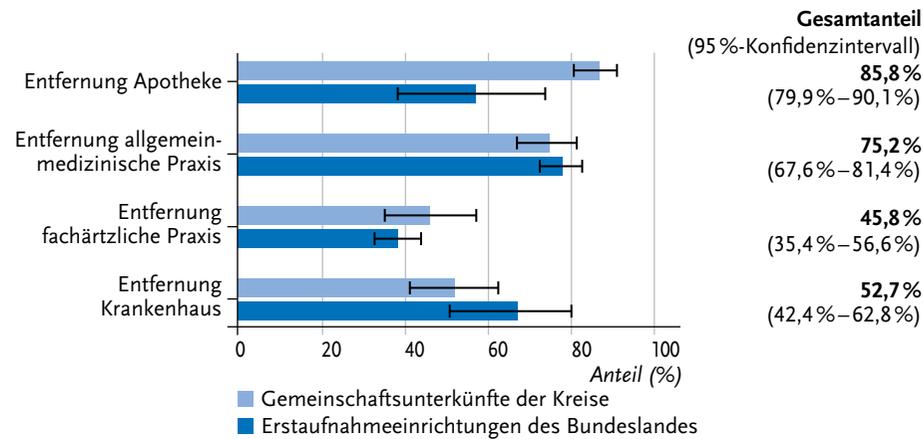
niedrigen Unterkunftsqualität (niedrigstes Quintil) leben (eine Erstaufnahmeeinrichtung, zwei Gemeinschaftsunterkünfte) (Tabelle 1).

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).

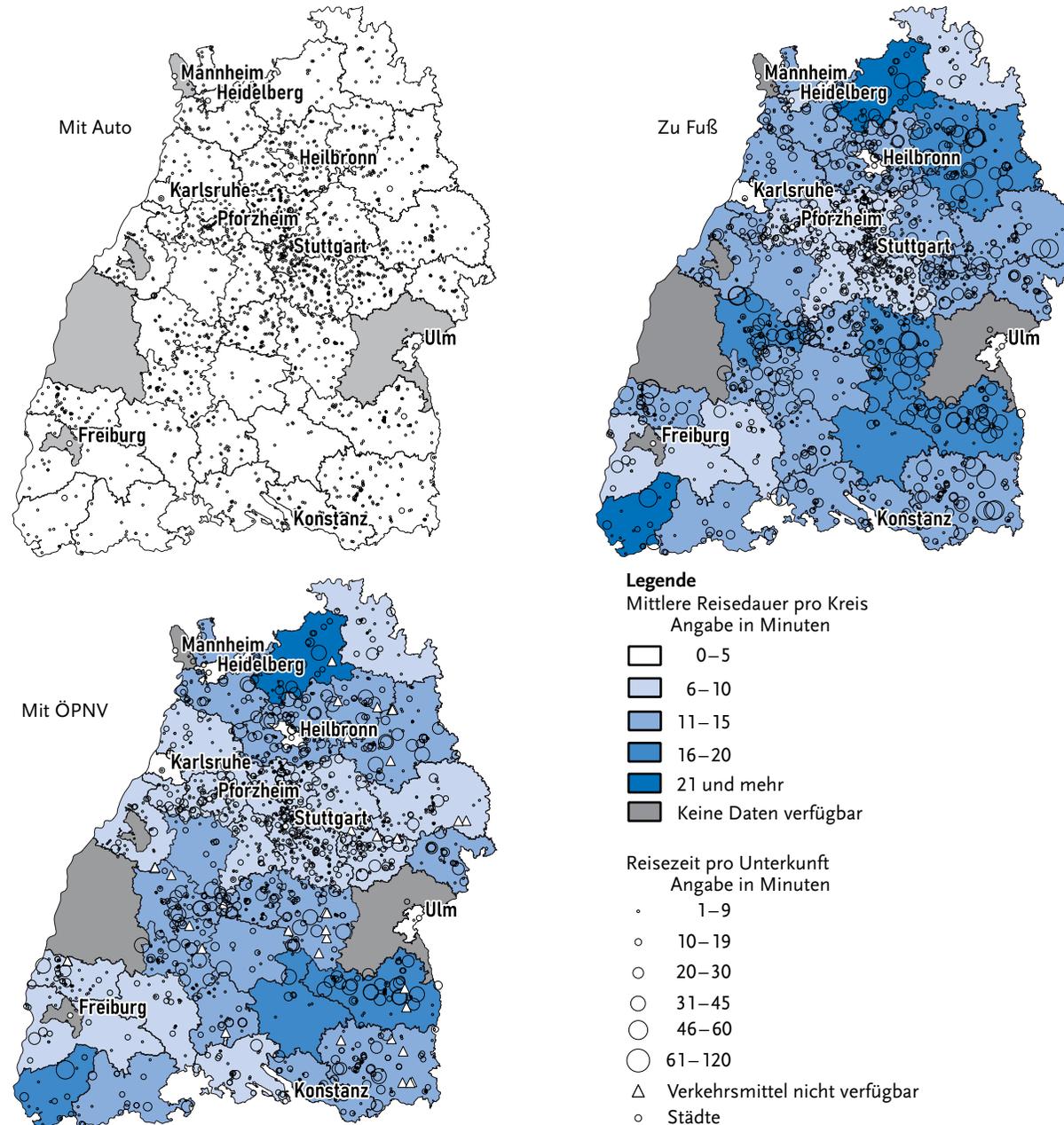
Abbildung 5 zeigt die tatsächliche Entfernung aller Gemeinschaftsunterkünfte zur jeweils nächstgelegenen primärärztlichen Praxis. Die mittlere Reisedauer mit dem Auto beträgt 2,7 Minuten (Standardabweichung 2,1; Min. 0; Max. 18,7). Von allen Gemeinschaftsunterkünften aus kann die nächstgelegene Praxis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

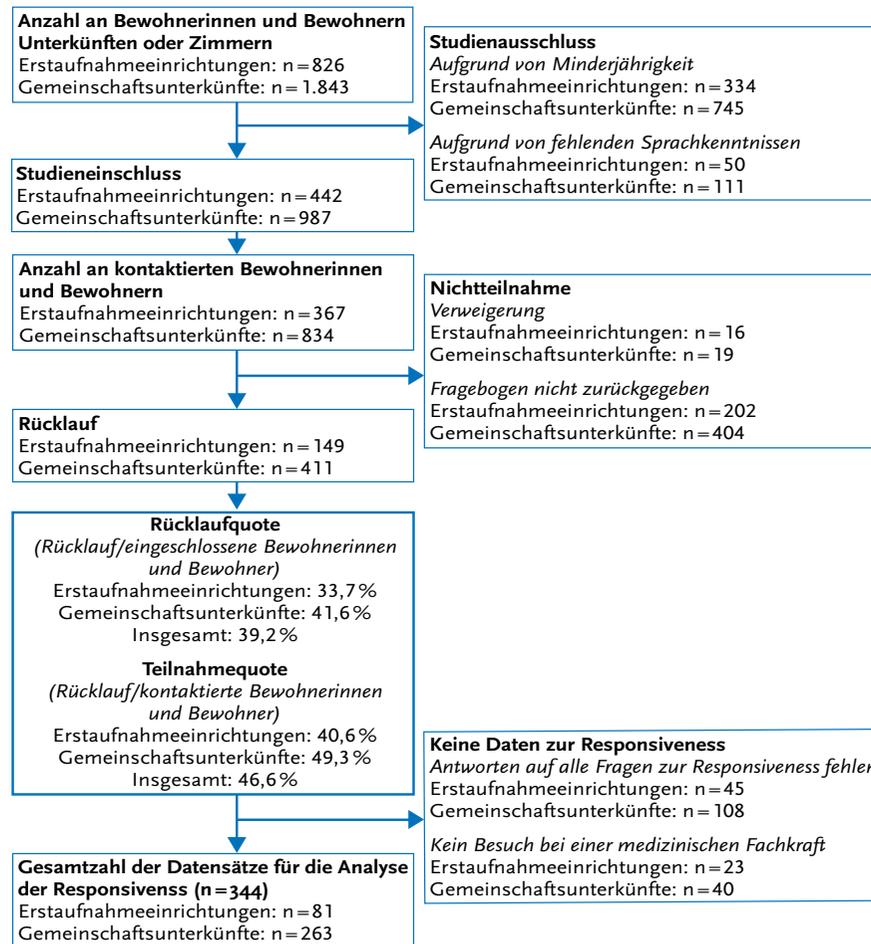
Fortsetzung nächste Seite

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