



Versorgungsforschung *Aktuell*

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

Gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden

Im Jahr 2015 verzeichnete das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge ca. 470.000 Asylanträge, während in diesem Zeitraum in Deutschland über 1,1 Millionen Geflüchtete registriert wurden. Damit verbunden sind Herausforderungen für das Gesundheitssystem: von der Sicherstellung einer effektiven und niedrigschwelligen Primärversorgung in Erstaufnahmeeinrichtungen bis hin zu einer kontinuierlichen Regelversorgung im Zuge der dauerhaften Unterbringung in den Gemeinden. Der hausärztlichen Versorgung kommt dabei eine besondere Bedeutung zu. Versorgungslücken bestehen aber auch hinsichtlich eines bedarfsgerechten Zugangs zu spezialisierten Versorgungsangeboten. Gleichzeitig fehlt jedoch eine adäquate Evidenzbasis, um ein genaues Bild der Versorgungssituation zu zeichnen und angemessene Maßnahmen zu planen. Es besteht ein großer Bedarf an belastbaren Daten zum (i) Versorgungsbedarf und -zugang, sowie (ii) zur Qualität, Effektivität und Effizienz der Versorgung. An unserer Abteilung arbeitet die AG „Soziale Determinanten, Equity & Migration“ gemeinsam mit Versorgern, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, Behörden, der Zivilgesellschaft sowie wissenschaftlichen Kooperationspartnern daran die Praxis auf eine solidere Evidenzbasis zu stellen

Ihr
Prof. Dr. med Joachim Szecsenyi

Versorgungsbedarf und -zugang

Repräsentative Daten des Gesundheitszustands und des Zugangs zur Versorgung gibt es für die Zielgruppe der Asylsuchenden nicht [1]. Daher kommt empirischen Studien eine besondere Bedeutung zu, diese Aspekte zu beleuchten. Im Rahmen eines systematischen Reviews haben wir die empirische Forschungslandschaft der letzten 25 Jahre abgebildet [2]. Dazu durchsuchten wir 11 Literaturdatenbanken und das Internet nach Studien zum Gesundheitszustand und zur Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. Nach Anwendung definierter Einschlusskriterien wurden aus 1190 Artikeln insg. 52 identifiziert, die diese Aspekte untersuchten. Insgesamt 30 Studien (58,9%) untersuchten Aspekte der psychischen Gesundheit, 12 weitere (23,5%) Infektionskrankheiten. Nur wenige Studien fokussierten chronische oder pädiatrische Erkrankungen. Keine Studie befasste sich mit dem Versorgungsbedarf von Frauen während Schwangerschaft und Geburt. Somit lässt sich aus der empirischen Forschungslandschaft bis 2014 nur ein begrenztes Abbild des Gesundheitszustands dieser Zielgruppe zeichnen. Die sehr heterogenen Studien belegen eine höhere Krankheitslast hinsichtlich psychischen Erkrankungen und ausgewählten Infektionserkran-

kungen. Zugleich weisen die nur begrenzt verfügbaren Daten auf ein vorwiegend primärmedizinisches Erkrankungsspektrum [2]. Bis auf wenige Ausnahmen gibt es kaum direkte Vergleiche mit der Regelbevölkerung, um Unterschiede im Gesundheitszustand aufzudecken und dadurch besonderen Versorgungsbedarf abzuleiten.

In einer Pilotstudie haben wir daher den Gesundheitszustand von Asylsuchenden, die in Gemeinschaftsunterkünften leben, mit dem Gesundheitszustand der Regelbevölkerung verglichen [3]. Von den zum damaligen Zeitpunkt in drei Landkreisen in Baden-Württemberg registrierten Asylsuchenden (N=1017) konnten 614 (60,4%) zur Teilnahme an der Studie eingeladen werden; 156 (25,4%) nahmen an der schriftlichen Befragung in sieben Sprachen teil und machten Angaben zu ihrem allgemeinen Gesundheitszustand, chronischen Erkrankungen, Einschränkungen im Alltag aufgrund eines Gesundheitsproblems, sowie zur Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen bzw. dem Verzicht auf Arztbesuche trotz empfundenen Bedarfs. Die Angaben der Asylsuchenden wurden mit denen der Regelbevölkerung verglichen [3]. Hierbei zeigte sich, dass Asylsuchende signifikant häufiger ihren Gesundheitszustand als „schlecht/sehr schlecht“ einschätzten, häufiger Einschränkungen im Alltag aufgrund von Gesundheitsproblemen berichteten, und – in der Altersgruppe 18-49 – häufiger berichteten an einer chronischen Erkrankung zu leiden. Gleichzeitig wurden Hausärzte im Bedarfsfall seltener konsultiert, während bei Asylsuchenden eine höhere Chance einer Hospitalisierung oder gar eines Verzichts auf einen Arztbesuch zu verzeichnen war [3]. Dies weist auf ein ungünstiges Muster der Versorgung hin, die insbesondere im primärmedizinischen Bereich ausbaufähig ist, um Erkrankungen früh zu erkennen und Krankenhausaufenthalte zu verringern [4]. Weiterhin gibt es auch innerhalb der heterogenen Gruppe der Asylsuchenden ein soziales Gefälle hinsichtlich des Zugangs zur Versorgung: ein höherer sozio-ökonomischer Status geht mit steigender Inanspruchnahme und geringerem Verzicht auf Arztbesuche einher [4]. Diese Muster bestätigen sich auch bei Kindern mit sicherem vs. unsicherem Aufenthaltsstatus: Kinder mit unsicherem Aufenthaltsstatus nehmen im Vergleich zu Kindern mit sicherem Status (mit und ohne Migrationshintergrund) häufiger notfallmedizinische Maßnahmen wahr [5]. Es lässt sich ableiten, dass dieses Phänomen nicht kulturellen Hintergründen zuzuordnen ist, sondern mit den Regelungen des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) und der Einschränkung auf die Behandlung akuter Erkrankungen zusammenhängen kann. Repräsentative Studien, die die systemischen Auswirkungen der Leistungseinschränkungen auf den Zugang zur Versorgung quantifizieren, fehlen jedoch bisher [2].

Durch die föderale Ausgestaltung der gesundheitlichen Versorgung von Asylsuchenden gibt es eine immense Heterogenität hinsichtlich der Praktiken der Erstaufnahme und Gesundheitsuntersuchung, den existierenden Versorgungsmodellen sowie der inhaltlichen Auslegungen der medizinischen Leistungsansprüche des AsylbLG. Um diese Heterogenität bewerten zu können, sind Qualitätsindikatoren und einheitliche Standards essentiell. In einer bundesweiten, von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung geförderten Stu-

die, befragten wir alle Gesundheitsämter in Deutschland (N=389) im Sommer 2015 mit eigens entwickelten Instrumenten zur Versorgungssituation von Asylsuchenden [6].

Im Fokus der Befragung standen ärztliche Maßnahmen und Screening, Prävention und Gesundheitsförderung, Kommunikation, Dokumentation und Information, Koordination, sowie strukturelle Ressourcen und Bedarfe bei der Versorgung der Zielgruppe. Die Ergebnisse dieser ersten bundesweiten Untersuchung zur Versorgungssituation von Asylsuchenden wurden im Bundesgesundheitsblatt veröffentlicht [6]. Sie weisen auf starke regionale und zielgruppenspezifische Unterschiede in der Sicherstellung der Versorgung hin (Abb.1). Die Effektivität der verschiedenen, auf Länderebene vorgeschriebenen, Screeningmaßnahmen wurde von einem Großteil der befragten Amtsleiter in Frage gestellt, sodass hier die Frage der Kosteneffektivität bzw. Effizienz der bisherigen Praxis gestellt werden kann [6]. Aber auch hier mangelt es an handfester Evidenz, um den Nutzen den Kosten gängiger Praxis gegenüberzustellen. In den letzten 25 Jahren gab es lediglich fünf Studien, die Untersuchungen zu Kosten der Versorgung dieser Zielgruppe vornahm [2]. Im Bereich der Leistungseinschränkungen des AsylbLG verdichtet sich jedoch die Evidenz, dass ein verbesserter Zugang über eine Gesundheitskarte – wie in Bremen oder Hamburg seit vielen Jahren praktiziert – kostenneutral ist. Für die weitläufige Annahme, dass der Regelzugang zur Versorgung mit höheren Kosten verbunden ist gibt es bisher keine Evidenz. Im Gegenteil: Untersuchungen unserer Abteilungen zeigen, dass die Gesundheitsausgaben für Asylsuchende mit eingeschränktem Leistungszugang pro Kopf und Jahr höher sind als bei Asylsuchenden mit Regelzugang zur Versorgung [7].

Ausblick

Im Rahmen der Maßnahme des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) „Strukturaufbau in der Versorgungsforschung“ konnte an unserer Abteilung unter der Leitung von Dr. Kayvan Bozorgmehr eine BMBF Nachwuchsgruppe mit dem Titel **RESPOND** (Improving regional health system responses to the challenges of

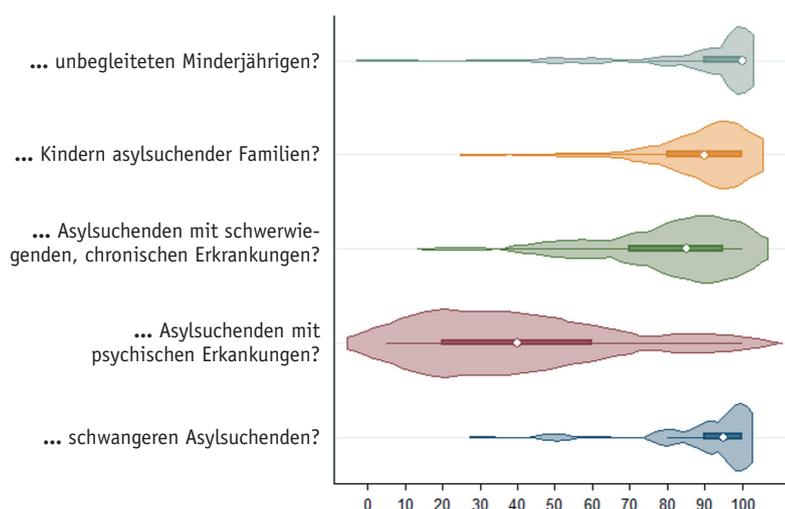


Abb.1: Beurteilung des Ausmaßes der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung durch teilnehmende Amtsleiter. Die Frage lautete: „[...] Alles in allem betrachtet: in welchem Ausmaß ist aus Ihrer Sicht die lokale Gesundheitsversorgung folgender Gruppen gewährleistet?“ Antwortoptionen: Rating von 0-100%. Violinplot mit Kernel-Dichtefunktion der Verteilung der Werte. Weiße Raute: Median. Balken: Interquartil-Abstand bzw. der Bereich, in dem 50% der Antworten liegen. Unterschiedlicher Nenner, N=90-94 Gesundheitsämter je nach Antwortmöglichkeit.

migration through tailored interventions for asylum-seekers and refugees) etabliert werden. Ziel des Projekts mit einer Laufzeit von 5 Jahren ist eine detaillierte Problemanalyse der Versorgung von Asylsuchenden sowie die Entwicklung von zielgerichteten Interventionen zur Verbesserung organisationsbedingter Prozesse und gesundheitsbezogener Zielvariablen. Projektbeginn ist voraussichtlich Herbst 2016.

Weitere Schwerpunkte unserer Arbeit bilden zwei Projekte, die innerhalb des Nachwuchsprogramms des Netzwerks „Versorgungsforschung Baden-Württemberg“ durchgeführt und vom baden-württembergischen Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst in Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren gefördert werden:

- Ziel der **SALOMO**-Studie (Analyse der Versorgungssituation von Schwangeren und Wöchnerinnen im Asylverfahren: Eine longitudinale Mixed-Methods-Studie) ist die Analyse von Versorgungsbedarf, -prozessen und -outcomes der Primärversorgung von Frauen im Asylverfahren während Schwangerschaft, Entbindung und Postpartalperiode.
- Das Vorhaben **MONITORaccess** adressiert die Gesundheitsversorgung für unversicherte Migrantinnen und Migranten in Deutschland. Ziel des Projekts ist die Entwicklung und Pilotierung eines überregionalen Monitoring-Systems zur Erfassung von Beratungsanlässen und Zugangsbarrieren.

Wo finde ich die Originalliteratur?

- [1] Razum O, Bunte A, Gilsdorf A, Ziese T, Bozorgmehr K: Gesundheitsversorgung von Geflüchteten: Zu gesicherten Daten kommen. Dtsch Arztebl 2016, 113: A130-A133.
- [2] Bozorgmehr K, Mohsenpour A, Saure D, Stock C, Loerbroeks A, Joos S, Schneider C: [Systematic Review and Mapping of Empirical Studies on Health and Health Care of Asylum-Seekers and Refugees in Germany (1990-2014)]. Bundesgesundheitsblatt 2016, 1-22.
- [3] Schneider C, Joos S, Bozorgmehr K: Disparities in health and access to healthcare between asylum seekers and residents in Germany: a population-based cross-sectional feasibility study. BMJ Open 2015, 5: e008784.
- [4] Bozorgmehr K, Schneider C, Joos S: Equity in access to health care among asylum seekers in Germany: evidence from an exploratory population-based cross-sectional study. BMC Health Serv Res 2015, 15: 502.
- [5] Wenner J, Razum O, Schenk J, Ellert U, Bozorgmehr K: [Health of children and adolescents from families with insecure residence status compared to children with permanent residence permit: analysis of the KiGGS data 2003-2006]. Bundesgesundheitsblatt 2016, 1-9.
- [6] Bozorgmehr K, Noest S, Thaiss MH, Razum O: [Health care provisions for asylum-seekers: a nationwide survey of public health authorities in Germany]. Bundesgesundheitsblatt 2016, 1-11.
- [7] Bozorgmehr K, Razum O: 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 2015, 10: e0131483.