

Bundesgesundheitsbl 2016 · 59:545–555
 DOI 10.1007/s00103-016-2329-4
 Online publiziert: 12. April 2016
 © The Author(s) 2016. This article is available
 at SpringerLink with Open Access



Kayvan Bozorgmehr¹ · Stefan Nöst¹ · Heidrun M. Thaiss² · Oliver Razum³

¹ Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

² Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, Deutschland

³ Abteilung Epidemiologie und International Public Health, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, Bielefeld, Deutschland

Die gesundheitliche Versorgungssituation von Asylsuchenden

Bundesweite Bestandsaufnahme über die Gesundheitsämter

Zusatzmaterial online

Zusätzliche Informationen sind in der Online-Version dieses Artikels (DOI: [10.1007/s00103-016-2329-4](https://doi.org/10.1007/s00103-016-2329-4)) enthalten.

Die Ausgestaltung der primären gesundheitlichen Versorgung von Asylsuchenden in Deutschland beruht auf föderalen Bestimmungen. Einreisende Asylsuchende sind verpflichtet, sich zur Antragstellung persönlich an eine Außenstelle des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge zu wenden, und werden dann in Erstaufnahmeeinrichtungen der Länder untergebracht. Dort müssen sie sich einer gesetzlich verpflichtenden Gesundheitsuntersuchung, der sogenannten Erstuntersuchung, unterziehen. Entsprechend des § 62 Asylverfahrensgesetzes (AsylVfG) sind „Ausländer, die in einer Aufnahmeeinrichtung oder Gemeinschaftsunterkunft zu wohnen haben, [...] verpflichtet, eine ärztliche Untersuchung auf übertragbare Krankheiten einschließlich einer Röntgenaufnahme der Atmungsorgane zu dulden“. Die Durchführung der Untersuchung wird der obersten Landesgesundheitsbehörde übertragen, von dieser i. d. R. in einer Verwaltungsvorschrift oder einem Erlass bestimmt und an die kommunalen Gesundheitsdienste delegiert. Dementsprechend variieren Umfang und Inhalt der Erstuntersuchung zwischen den Bun-

desländern erheblich. Darüber hinausgehende Aspekte der gesundheitlichen Versorgung sind in den §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes geregelt. Trotz der Verankerung in Bundesrecht unterliegen auch wesentliche Aspekte der Umsetzung und Ausgestaltung der gesundheitlichen Versorgung den Entscheidungen der Länder bzw. den einzelnen Landkreisen und Kommunen.

Angesichts einer zunehmenden und hohen Anzahl von Asylsuchenden und Flüchtlingen im Jahr 2015 bestand auf Seiten von Entscheidungsträgerinnen und -trägern in Bundesministerien und weiteren Behörden einerseits Handlungsbedarf, geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung dieser Bevölkerungsgruppen einzuleiten. Andererseits bestand aber gleichzeitig ein zunehmender Bedarf nach bundesweiten Informationen zur Versorgungssituation, um Maßnahmen möglichst auf Evidenz und wissenschaftliche Erkenntnisse gründen zu können.

Routinedaten zur Gesundheit und Versorgungslage dieser Zielgruppe sind auf Bundesebene nicht verfügbar [1]. Darüber hinaus fehlen aktuelle wissenschaftliche Studien in diesem Bereich. Zwar gab es in der Vergangenheit immer wieder regionale Untersuchungen, die einzelne Versorgungsaspekte betrachteten. Regionenübergreifende Erkenntnisse mit einem expliziten Fokus auf

die wichtigsten Versorgungsdomänen waren aufgrund lokaler und nicht vergleichbarer Forschungsansätze jedoch nicht verfügbar (Bozorgmehr et al. Syst. Review, in diesem Schwerpunkttheft).

Im Rahmen einer Zuwendung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) führten wir daher eine bundesweite gemischt quantitativ-qualitative („Mixed-Methods“-)Analyse der gesundheitlichen Versorgungssituation von Asylsuchenden durch. Ziel war es, Strukturen, Prozesse sowie prioritäre Bedarfe bei der gesundheitlichen Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe entlang des Kontinuums von der Erstaufnahmeeinrichtung bis hin zur Folgeunterbringung in Gemeinschaftsunterkünften aus Sicht der Gesundheitsämter abzubilden.

Methoden

Der Untersuchungszeitraum umfasste die vier Monate von Juni bis Oktober 2015. Zunächst wurden auf Grundlage des vorab formulierten Erkenntnisinteresses der BZgA und des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) relevante Versorgungsdomänen identifiziert (Medizinische Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung, Kommunikation, Information, Versorgungsbedarfe, Strukturen). Zur Entwicklung der Befragungsinstrumente wurden diese Bereiche in qualitativen, leitfadenge-

Tab. 1 Rücklauf der schriftlichen Befragung und Teilnahme an der qualitativen Befragung sowie Flüchtlingsaufkommen nach Region

		A – Länder Süd-West*	B – Länder Nord- West**	C – Länder Ost (inkl. Berlin)***	Gesamt
<i>Teilnahme Fragebogen</i>					
Kontaktiert	N	144	156	89	389
Teilnahme	n (%)	43 (29,9)	48 (30,8)	32 (36)	123 (31,6)
<i>Teilnahme Interviews</i>					
Kontaktiert	N	11	14	7	32
Teilnahme	n	10	13	6	29
<i>Zuständigkeit für Maßnahmen nach §62 AsylVfG in Erstaufnahmeeinrichtungen?</i>					
Gültige Antworten	N	43	48	32	123
Ja	n (%)	18 (41,9)	11 (22,9)	4 (12,5)	33 (26,8)
<i>Anzahl der Gemeinschaftsunterkünfte im Zuständigkeitsbereich der Ämter</i>					
Gültige Antworten	N	31	23	24	78
	M (SD)	24,4 (20,8)	18,5 (32,3)	4,9 (4,7)	16,7 (23,3)
	Min	1	1	1	1
	Max	75	150	20	150
<i>Anzahl der Flüchtlinge in Gemeinschaftsunterkünften</i>					
Gültige Antworten	N	33	28	25	86
	M (SD)	952,1 (695,6)	1303,3 (1871,1)	598,9 (567,6)	963,8 (1209,3)
	Min	18	30	20	18
	Max	3000	7600	1879	7600
<i>Anzahl der durch Ämter mit Erstaufnahmetätigkeiten versorgten Flüchtlinge (Mai–Juli 2015)</i>					
Gültige Antworten	N	18	8	2	28
	M (SD)	4096,1 (11.476,2)	1331,1 (2108,2)	160 (198,0)	3025,0 (9289,9)
	Min	160	40	20	20
	Max	49.000	6319	300	49.000
<i>Anzahl minderjähriger Asylsuchender, die im Rahmen von Schuleingangsuntersuchungen („Quereinsteiger“) untersucht wurden (Mai–Juli 2015)</i>					
Gültige Antworten	N	36	38	25	99
	M (SD)	60,2 (171,1)	80,3 (100,2)	67,0 (176,8)	69,6 (148,2)
	Min	0	0	0	0
	Max	1029	400	700	1029

AsylVfG: Asylverfahrensgesetz. *M:* arithmetischer Mittelwert. *SD:* Standardabweichung. *Min:* Minimum. *Max:* Maximum. *A: Bayern, Baden-Württemberg, Hessen. **B: Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein, Bremen, Hamburg. ***C: Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen

stützten Interviews mit acht Experten¹ in vier Bundesländern aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD),

¹ Im vorliegenden Beitrag wird aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung nur die männliche (Berufs-/Personen-)Bezeichnung verwendet. Es sind jedoch stets Personen männlichen und weiblichen Geschlechts gleichermaßen gemeint

aus Landesministerien, Sozialbehörden sowie relevanten Dachverbänden und Spitzenverbänden der kommunalen Selbstverwaltung inhaltlich exploriert. Die Auswahl der Experten erfolgte durch ein „Purposive Sampling“, basierend auf den Kriterien der Region (Nord, Süd, West, Ost), der Tätigkeit (Landesbehörde vs. ÖGD mit Zuständigkeit für Erstaufnahmeeinrichtung bzw. kommunale

Unterbringung) oder der Zugehörigkeit zu relevanten Dach- bzw. Spitzenverbänden. Ziel war es, möglichst verschiedene Perspektiven des Befragungsgegenstands auf unterschiedlichen Ebenen abzubilden und die thematisierten Versorgungsdomänen für die Befragungsinstrumente zu operationalisieren.

Auf dieser Grundlage wurden Instrumente zur Durchführung einer schriftlichen quantitativen und einer begleitenden qualitativen, semistrukturierten telefonischen Befragung der Gesundheitsämter entwickelt und einem Pretest unterzogen. Der entwickelte Fragebogen adressierte in sechs Modulen die als relevant identifizierten Domänen der Versorgungssituation von Asylsuchenden entlang des Kontinuums von der Erstaufnahmeeinrichtung bis hin zur Folgeunterbringung: 1. Ärztliche Maßnahmen und Screening; 2. Prävention und Gesundheitsförderung; 3. Kommunikation; 4. Dokumentation und Information; 5. Koordination; 6. Strukturelle Ressourcen und Bedarfe (für eine schematische Übersicht des Fragebogens siehe elektronisches Zusatzmaterial Supplemental File 1).

Der schriftliche Fragebogen bestand aus insgesamt 44 Items. Die Items bestanden überwiegend aus geschlossenen Fragen und Antwortskalen mit nominalem oder ordinalem Skalenniveau (32 Items). Ordinale Antwortmöglichkeiten wurden durch Likert-Skalen operationalisiert. Bei der Gestaltung von Ratingskalen wurden existierende Empfehlungen berücksichtigt [2]. Die offenen Items ermöglichten eine Freitextangabe (11 Items). Ein Filteritem differenzierte die Ämter anhand der Zuständigkeit für die Durchführung von Maßnahmen im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung nach § 62 Asylverfahrensgesetz (AsylVfG).

32 der 44 Items richteten sich an alle teilnehmenden Ämter (davon 11 offene Items). Sofern die teilnehmenden Ämter angaben, dass sie für die Erstuntersuchung zuständig sind, wurden sie gebeten, 11 weitere Fragen zu beantworten (siehe online verfügbares Supplemental File 1).

Die Erhebungsphase der schriftlichen Befragung umfasste den Zeitraum

K. Bozorgmehr · S. Nöst · H. M. Thaiss · O. Razum

Die gesundheitliche Versorgungssituation von Asylsuchenden . Bundesweite Bestandsaufnahme über die Gesundheitsämter

Zusammenfassung

Hintergrund. Daten zur gesundheitlichen Versorgungssituation von Asylsuchenden sind bislang nur regional verfügbar, eine bundesweite Bestandsaufnahme ist jedoch aufgrund hoher Flüchtlingszahlen von zunehmender Bedeutung für Entscheidungsträger.

Ziel der Arbeit (Fragestellung). Abbildung der Strukturen, Prozesse sowie prioritärer Bedarfe bei der gesundheitlichen Versorgung von Asylsuchenden von der Erstaufnahmeeinrichtung bis hin zur dauerhaften Unterbringung in Landkreisen aus Sicht von Gesundheitsämtern.

Material und Methoden. Wir führten eine bundesweite, gemischt quantitativ-qualitative („Mixed-Methods“-)Analyse der Versorgungssituation von Asylsuchenden durch. Alle Gesundheitsämter (N = 389) in Deutschland wurden angeschrieben und zur

Teilnahme an einer schriftlichen Befragung eingeladen. Erhoben wurden Angaben zu: (1) ärztlichen Maßnahmen und Screening; (2) Prävention und Gesundheitsförderung; (3) Kommunikation; (4) Dokumentation und Information; (5) Koordination; (6) strukturellen Ressourcen und Bedarfen. Begleitend führten wir semistrukturierte, qualitative Interviews mit ausgewählten Gesundheitsämtern.

Ergebnisse. An der schriftlichen Befragung nahmen 123 Ämter (Rücklauf: 31,6 %), an der telefonischen 29 Ämter aus allen Bundesländern teil. Verbesserungen der Versorgung sind vor allem in den Bereichen Koordination und Standardisierung des Vorgehens, zügige Durchführung von Impfungen, standardisierte Erhebung und datenschutzkonforme Übermittlung gesundheitsbezogener Informationen sowie

Konzentration auf wenige, bevölkerungsmedizinisch wichtige Infektionskrankheiten bei der Erstuntersuchung (nach § 62 AsylVfG) nötig.

Schlussfolgerung. Die verwendeten Befragungsinstrumente erwiesen sich für bundesweite Untersuchungen zur gesundheitlichen Versorgung von Asylsuchenden als geeignet. Erneute Befragungen zu einzelnen Schwerpunkten könnten zukünftig dazu dienen, in regelmäßigen Abständen ein noch detaillierteres Abbild der Versorgungssituation zu generieren.

Schlüsselwörter

Asylsuchende · Gesundheitliche Versorgung · Versorgungsstrukturen · Versorgungsprozesse · Öffentlicher Gesundheitsdienst

Health care provisions for asylum-seekers . A nationwide survey of public health authorities in Germany

Abstract

Background. Nation-wide studies on the health care situation of asylum-seekers in Germany are lacking, but decision-makers increasingly need such information.

Objectives. The aim of the study was to assess structures, processes and needs related to the health care provision for asylum-seekers along the continuum of reception centres to community dwellings from the perspective of the German public health authorities.

Materials and methods. A nation-wide cross-sectional mixed-methods survey was carried out. All heads of public health authorities in Germany (N = 389) were invited to complete a standardized questionnaire related to:

(1) medical procedures and screening; (2) prevention and health promotion; (3) communication; (4) documentation and information; (5) coordination; (6) structural resources and needs. The quantitative survey was complemented by qualitative semi-structured interviews.

Results. In total, 123 heads of public health authorities (response rate: 31,6 %) completed the questionnaire, and 29 were interviewed. Priority areas to improve the health care situation were better coordination and standardisation of care, enhancing vaccination capacities, standardised documentation, better health information exchange (in line

with data protection laws), and a stronger focus on a few relevant infectious diseases in the scope of compulsory health entry examinations.

Conclusion. The instruments proved useful to assess the health care situation of asylum-seekers in a decentralized health care system. Repeated surveys with a focus on selected domains of the questionnaire could help monitor the health care situation on a regular basis.

Keywords

Asylum seekers · Healthcare · Structures of care · Processes of care · Public health service

vom 28.8.2015 bis 25.9.2015. Ein Einladungsschreiben zur Teilnahme wurde per E-Mail an alle Gesundheitsämter in Deutschland (N = 389) auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte sowie an Bezirksämtern in Stadtstaaten, adressiert an die Amtsleitung, versandt. Das Schreiben enthielt neben Informationen zu den Inhalten der Befragung, zum Datenschutz, der Freiwilligkeit sowie der Verwendung der Informationen

einen Link zu dem entwickelten schriftlichen Online-Fragebogen. Die Teilnahme erfolgte pseudonymisiert durch individuelle Passwörter, die den Ämtern in der E-Mail genannt wurden. Neben der internetbasierten Version [3] bestand die Möglichkeit, den pseudonymisierten Bogen im PDF-Format auszudrucken, auszufüllen und per Post, Fax oder E-Mail an die Studienleitung zurückzusenden. Über die Durchführung des

Gesamtvorhabens wurden die Landkreise über den Deutschen Landkreistag, die Städte über den Deutschen Städtetag und die Landesministerien über das BMG informiert.

Begleitend führten der Erst- und Zweitautor über einen Zeitraum von acht Wochen (August/September 2015) bundesweit insgesamt 29 semistrukturierte, leitfadengestützte Telefoninterviews mit Leitern von Gesundheitsämtern durch,

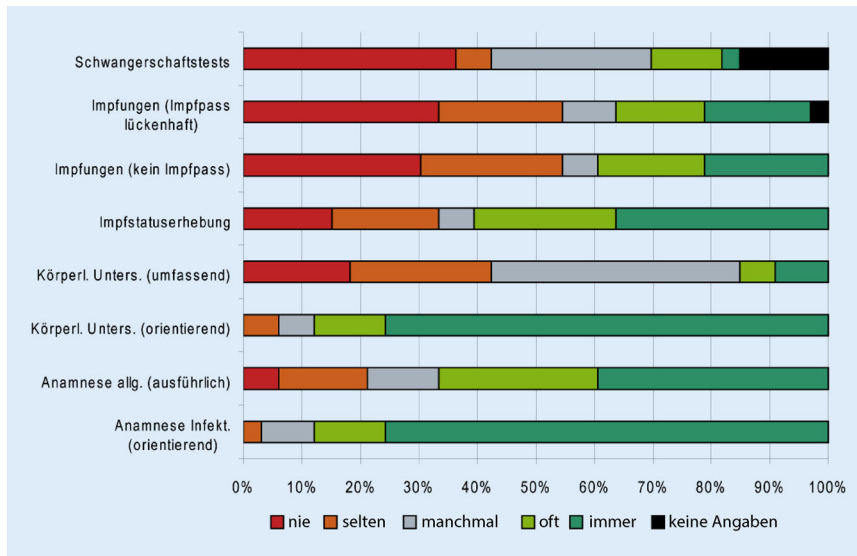


Abb. 1 ▲ Antworten auf die Frage „Welche Maßnahmen werden im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung von Asylsuchenden (nach § 62 AsylVfG) durchgeführt?“ (N = 33 Gesundheitsämter). (Y-Achse: Anzahl der Ämter mit Zuständigkeit für die Durchführung oder Sicherstellung von Maßnahmen im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung nach § 62 AsylVfG. Antwortoptionen: *Anamnese Infektionskrankheiten*: Anamnese auf Infektionserkrankungen (orientierende Anamnese). *Anamnese allgemein*: Anamnese zu allgemeinen Gesundheitsproblemen (ausführliche Anamnese). *Körperliche Unters. (orientierend)*: Orientierende körperliche Untersuchung auf Infektionserkrankungen. *Körperliche Untersuchung (umfassend)*: Umfassende körperliche Untersuchung. *Impfungen (kein Impfpass)*: Durchführung von Impfungen bei fehlendem Impfpass (d. h. bei unklarem Impfstatus). *Impfungen (Impfpass lückenhaft)*: Durchführung von Impfungen bei fehlender/lückenhafter Dokumentation im Impfpass. *Schwangerschaftstests*: Schwangerschaftstests bei Frauen im gebärfähigen Alter.)

um komplexe Sachverhalte in den o. g. Domänen zu vertiefen und besser abbilden zu können. Themenbereiche der offenen Fragen waren, wie die Versorgung lokal sichergestellt wird, wie Bedarfe im Rahmen der Folgeunterbringung identifiziert werden, wie gesundheitsbezogene Informationen weitergegeben und entgegengenommen werden, wie die Koordination der Versorgung erfolgt und wie die Sprachmittlung im jeweiligen Kontext organisiert ist (für eine schematische Übersicht des Leitfadens siehe online verfügbares Zusatzmaterial Supplemental File 2).

Die Teilnehmer der Telefoninterviews wurden einerseits durch Snowball-Sampling ausgewählt, um relevante Gesprächspartner und lokale Besonderheiten oder Modellprojekte zu identifizieren. Andererseits wurden Gesprächspartner aus allen Flächenländern entsprechend der Anzahl der sich jeweils lokal aufhaltenden Asylsuchenden gezielt ausgewählt. Da hierzu keine aktuellen, öffentlich zugänglichen Daten existieren, wurden die Landkreise anhand der Anzahl der

zum 31.12.2013 registrierten Grundleistungsempfänger auf Landkreisebene [4] in Quintile eingeteilt. Pro Flächenland wurde versucht, eine möglichst gleiche Anzahl an Interviews in den „hohen“ bzw. „niedrigen“ Quintilen zu führen. Die Telefoninterviews wurden nach Information und ausdrücklicher Zustimmung der Befragten digital mitgeschritten, als Volltexte transkribiert, pseudonymisiert und einer Inhaltsanalyse (mit MAXQDA Version 12) entlang der *a priori* entwickelten Kategorien der Befragungsinstrumente unterzogen.

Bei der Auswertung wurden mehrere Bundesländer anhand geografischer Kriterien zusammengelegt, um die Anonymität der Einrichtungen zu gewährleisten. Für nominale/ordinale Variablen der quantitativen Befragung wurden absolute und relative Häufigkeiten, für intervallskalierte Variablen Mittelwerte und Standardabweichungen (SD) errechnet (Stata Version 12.1).

Ergebnisse

Es lagen insgesamt 123 auswertbare Antwortbögen vor, entsprechend einer Rücklaufquote von 31,6 %. Dabei wurde eine relativ gleichmäßige geografische Verteilung zwischen den Flächenländern erzielt (siehe ■ Tab. 1). Die Teilnahmequote in den einzelnen Bundesländern schwankte zwischen 16,7 und 56,5 %, in insgesamt elf Bundesländern lag sie bei $\geq 25,0$ %.

Von den 123 teilnehmenden Ämtern gaben $n = 33$ (26,8 %) an, für die Durchführung oder Sicherstellung von Maßnahmen im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung in Erstaufnahmeeinrichtungen nach § 62 AsylVfG zuständig zu sein. Diese Ämter verteilten sich auf insgesamt sieben Bundesländer und hatten – bei hoher Heterogenität zwischen den geografischen Clustern – in den drei der Befragung vorangegangenen Monaten durchschnittlich 3025 Asylsuchende versorgt (siehe ■ Tab. 1).

Die Teilnahmequote an den begleitenden qualitativen Interviews war sehr hoch: Von allen kontaktierten Ämtern ($N = 32$) nahmen lediglich drei nicht teil, davon zwei aus Zeitmangel. In einem Fall bevorzugte die Amtsleitung die ausschließliche Teilnahme an der schriftlichen Befragung.

Im Folgenden werden die Hauptkenntnisse der schriftlichen und telefonischen Befragung in den sechs für die Versorgung relevanten Modulen berichtet.

Ärztliche Maßnahmen und Screening

Bei der quantitativen Befragung zeichnete sich eine hohe Heterogenität hinsichtlich der durchgeführten Maßnahmen im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung nach § 62 AsylVfG ab. Als häufigste Maßnahmen erfolgten orientierende körperliche Untersuchungen und orientierende Anamnesen auf Infektionserkrankungen, ausführlichere Untersuchungen waren selten. Auffallend ist, dass der Impfstatus nicht durchgehend erhoben wurde und dass identifizierte Impflücken in Erstaufnahmeeinrichtungen nicht generell geschlossen wurden (siehe ■ Abb. 1).

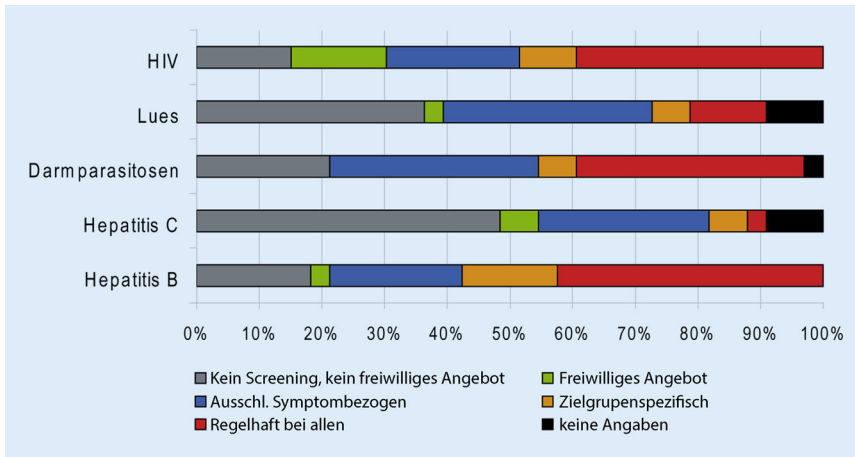


Abb. 2 ▲ Screening-Maßnahmen bzw. Art der Untersuchung auf Infektionserkrankungen in der Erstaufnahmeeinrichtung (N = 33 Gesundheitsämter). (Y-Achse: Anteil der Ämter mit Zuständigkeit für die Durchführung oder Sicherstellung von Maßnahmen im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung nach § 62 AsylVfG (N = 33 Gesundheitsämter). Antworten auf die Frage „Auf welche der folgenden Infektionserkrankungen werden Asylsuchende im Rahmen von Screening-Maßnahmen in der Erstaufnahmeeinrichtung Ihres Zuständigkeitsbereichs untersucht?“ Antwortoptionen: Regelhaft bei allen; Zielgruppenspezifisch (z. B. basierend auf Herkunftsland oder einzelne Altersgruppen); Ausschließlich symptombezogen (d. h. nur im Einzelfall); Kein Screening, freiwilliges Angebot für alle; Kein Screening, kein Angebot. Anzahl der Bundesländer in der Kategorie „Regelhaft bei allen“ bei HIV: n = 2; Lues: n = 1; Darmparasitosen: n = 4, Hepatitis B: n = 2; Hepatitis C: n = 1.)

Insbesondere bei den durchgeführten Screeningmaßnahmen auf Infektionserkrankungen zeigte sich eine große Heterogenität (siehe **Abb. 2**), die auf diffuse Abgrenzungen zwischen individual- und bevölkerungsmedizinischen Maßnahmen hinweist. In den ergänzenden Interviews wurde deutlich, dass die Landesregelungen, die in den meisten (nicht in allen) Bundesländern die Gesundheitsuntersuchung nach § 62 AsylVfG regeln, aufgrund der hohen Zahl von Asylsuchenden derzeit überarbeitet oder ergänzt werden. Die berichtete Einschätzung des Nutzens sowie der Konsequenzen der Screeningmaßnahmen divergierte. Laut den befragten Amtsleitern führen positive Befunde aus Screeningmaßnahmen aufgrund verschiedenster Ursachen nicht immer zu den indizierten Folgemaßnahmen:

Bezüglich der Weiterversorgung oder Nachsorge im Falle positiver Befunde bei Hepatitis B

... gibt's kein reguläres Prozedere, in Einzelfällen [...] wird der [Betroffene] sich vorstellen und versuchen, eine Behandlung zu bekommen, und das muss dann eben letztendlich über ein Gutachten abgeklärt werden. Ne routinemäßige Be-

handlung gibt es nicht, [...]. (Amtsleiter_11; Bundesland-Cluster A)

So wurde berichtet, dass es an Kapazität mangle, die identifizierten Bedarfe zu adressieren. Daher würden teilweise Konsequenzen gezogen, die zu einer Revidierung der Länderregelungen führten:

[...], die routinemäßige Testung auf Hepatitis B ist aber auch aufgehoben, das ist [...] relativ lange gemacht worden in dem Hinblick daraufhin eben auch wer noch geimpft werden kann und wer nicht [...] aber negative Befunde sind gar nicht weitergegeben worden. [Das Screening wurde aufgegeben], einfach weil's so viele waren, dass man gesagt hat: Das schaffen wir nicht, die Konsequenzen aus negativen oder positiven Befunden zu ziehen. (Amtsleiter_11; Bundesland-Cluster A)

Bei der schriftlichen Befragung zeigte sich, dass Versorgungsbedarfe aufgrund chronischer körperlicher Erkrankungen und psychischer Erkrankungen in Erstaufnahmeeinrichtungen primär symptombezogen, weniger regelhaft oder zielgruppenspezifisch erfasst werden. Ausnahmen bildeten Bedarfe bei Schwangeren (siehe **Abb. 3**).

Bei Weiterverlegung in Folgeunterkünfte gab es meist keine geregelten Verfahren, um Impfbedarfe (oder andere Versorgungsbedarfe) systematisch und verlässlich zu kommunizieren. Nur wenige Länder und modellhafte Initiativen haben solche Verfahren etabliert. Auf die betreffende Frage antworteten über 65 % der 123 Ämter „Es gibt keine besonderen Verfahren (Asylsuchende gehen eigeninitiativ in die Regelversorgung)“. Ärztliche Sprechstunden durch Regelversorger oder Kooperationen mit privaten Hilfsverbänden wurden in weniger als 12 % angegeben. Aufsuchende Mechanismen mit ärztlichen oder nicht-ärztlichen Teams waren die Ausnahme (< 8 %).

Keine besonderen Verfahren zur Identifikation von Versorgungsbedarfen bei Verlegung in Gemeinschaftsunterkünften in der Region des jeweiligen Zuständigkeitsbereichs berichteten die Ämter in den Bereichen psychische Gesundheit (78,8 %), chronische körperliche Erkrankungen (78,1 %), Suchtprobleme (82,1 %) und Schwangerschaft/Wochenbett (76,3 %).

Die Ämter bewerteten das Ausmaß der Sicherstellung der lokalen Versorgung für verschiedene Gruppen von Asylsuchenden im Rahmen einer Ankerfrage. Dabei wurde eine 100 %-ige Sicherstellung der Versorgung von Asylsuchenden als gegeben definiert, wenn die rechtlich möglichen Maßnahmen, die „zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind“ (§ 6 AsylbLG), uneingeschränkt von äußeren Faktoren (z. B. finanziellen Aspekten, geografischer Erreichbarkeit, Vorhandensein qualifizierter Fachkräfte) in Anspruch genommen werden können. Im Rahmen dieser „Fremdeinschätzung“ des Ausmaßes der Sicherstellung zeigten sich die größten Defizite der Versorgung von Asylsuchenden mit psychischen Erkrankungen, mit schwerwiegenden chronischen Erkrankungen sowie bei Kindern asylsuchender Familien (siehe **Abb. 4**).

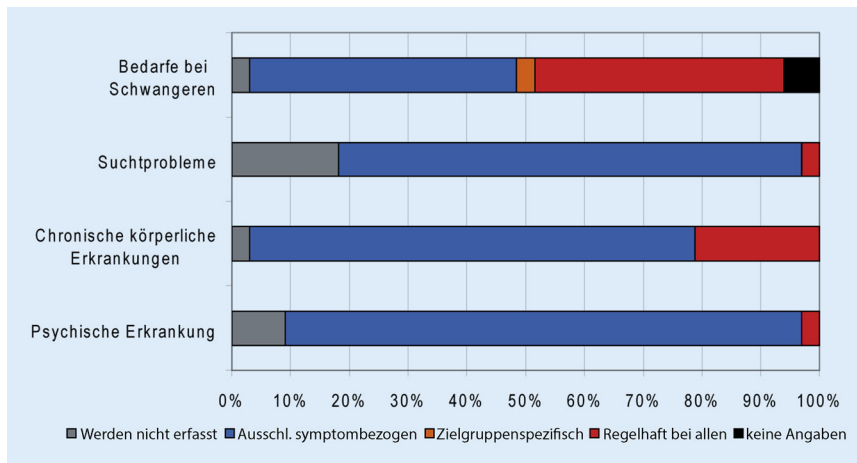


Abb. 3 ▲ Erfassung von ausgewählten Versorgungsbedarfen in Erstaufnahmeeinrichtungen (N = 33 Gesundheitsämter). (Y-Achse: Anteil der Ämter mit Zuständigkeit für die Durchführung oder Sicherstellung von Maßnahmen im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung nach § 62 AsylVfG (N = 33 Gesundheitsämter). Die Frage lautete: Welche Versorgungsbedarfe werden bei Asylsuchenden während ihres Aufenthalts in der Erstaufnahmeeinrichtung Ihres Zuständigkeitsbereichs erfasst?)

Prävention und Gesundheitsförderung

In den Experteninterviews zur Konstruktion des Fragebogens waren Informationsmaterialien zu folgenden Themen als relevant erachtet worden: Orientierung im Gesundheitswesen, lokale Anlaufstellen zu Gesundheitsfragen, impfpräventable Erkrankungen, sexuell übertragbare Erkrankungen, Ernährung während Stillzeit/Schwangerschaft, Zahnhygiene bei Kindern, psychische Erkrankungen, Suchtverhalten sowie Tuberkulose.

In der schriftlichen Befragung zu diesem Thema zeigte sich, dass Informationsmaterialien zu Suchtprävention, psychischen Erkrankungen, Zahnhygiene bei Kindern und zu regionalen Anlaufstellen für Gesundheitsfragen nur „in den wenigsten benötigten Sprachen“ verfügbar sind. Informationsmaterialien zur Orientierung im Gesundheitswesen, zu sexuell übertragbaren Erkrankungen und zu Tuberkulose bzw. Tuberkulose-Symptomatik lagen „in manchen der benötigten Sprachen“ vor, aber nicht in allen. Lediglich Informationsmaterialien zu Impfungen lagen „in den meisten benötigten Sprachen“ vor“. Insgesamt gab es eine große Varianz hinsichtlich der Verfügbarkeit von Materialien einzelner Bereiche.

Auf eine offene Frage, in welchen Sprachen Informationsmaterialien be-

nötigt werden, antworteten 55,3 % (n = 68) der teilnehmenden Gesundheitsämter mit Freitextantworten. Von den insgesamt 228 Angaben waren die zehn am häufigsten genannten Sprachen, in denen Informationsmaterialien benötigt wurden, Arabisch (n = 32; 14,0 %), Farsi (n = 20; 8,8 %), Serbisch (n = 14; 6,1 %), Tigrinya (n = 14; 6,1 %), Kurdisch (n = 13; 5,7 %), Urdu (n = 11; 4,8 %), Französisch (n = 11; 4,8 %), Englisch (n = 10; 4,4 %), Dari (n = 9; 3,9 %), Russisch (n = 9; 3,9 %), und Somali (n = 8; 3,5 %).

Hinsichtlich der Nutzung existierender mehrsprachiger Materialien und Arbeitshilfen zeigte sich, dass „Tip Doc“-Materialien [5] (Verständigungshilfen mit Bildern und mehrsprachigen Untertiteln) am häufigsten „nicht bekannt“ sind. Das Merkblatt Tuberkulose des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, Informationsbroschüren zur HIV-Übertragung/AIDS der BZgA sowie Broschüren zur Impfaufklärung des Robert Koch-Instituts (RKI) (Windpocken, Masern-Mumps-Röteln, Tetanus-Diphtherie-Pertussis-Polio) wurden am häufigsten als „bekannt, wird verwendet“ berichtet. Mehrsprachige Arbeitshilfen wurden in der schriftlichen Befragung überwiegend als positiv bewertet hinsichtlich Einsetzbarkeit, Integrierbarkeit in Abläufe bzw. als Maßnahme, um die Versorgung zu verbessern und Kommunikations-

probleme zu reduzieren. Bedarf nach weiteren Informationsmaterialien, ggf. auch gestützt durch audiovisuelle Medien, wurde für Bereiche geäußert, in denen Vorgehen recht standardisiert sind (z. B. Permethrin-Anwendung bei Kopfläusen oder Scabies, Aufklärung über Quarantänemaßnahmen).

In den ergänzenden Interviews wurden jedoch auch die Grenzen dieser Medien deutlich: Überall dort, wo Interaktion und Rückmeldungen bzw. Rückfragen zu erwarten sind (z. B. Mitteilung von individuellen Befunden, individualmedizinische Beratung bei komplexeren Beschwerden und Therapieverläufen), ist die Einsetzbarkeit mehrsprachiger Arbeitshilfen begrenzt und kann andere Formen der Sprachmittlung nicht ersetzen.

Die Amtsleiter betonten auch die Bedeutung der Verhältnisprävention (Unterbringung, Sanitäranlagen, Zugang zu Arbeit und Bildung), die sie – nicht nur angesichts einer angespannten Personalsituation – in einem Spannungsfeld mit der Verhaltensprävention durch Gesundheitsinformation sahen:

[...] Sanitäranlagen, das ist das A und O. Sie können sich gar nicht vorstellen, was man da alles nicht vorhalten kann. [...] Wir haben eine Erstaufnahmeeinrichtung, da gibt es für 1200 Leute ca. 30 Dixis. [...] Und wir haben ja ganz ganz viele Muslime unter den Flüchtlingen. Und Sie müssen sich vorstellen, die gehen dann mit den Tetrapsacks Trinkwasser auf das Dixi ... machen da ihre Analhygiene, aber es gibt keine Waschbecken zum Händewaschen. [...] (Amtsleiter_17; Bundesland-Cluster B)

Hier zeigten sich Defizite in den Standards, die zur Gewährleistung einer gesundheitsförderlichen Umgebung notwendig sind. Es zeigte sich aber auch, welche Herausforderung es für den lokalen ÖGD bedeutet, angesichts der Schwierigkeiten bei der Unterbringung von Asylsuchenden die erforderlichen Hygienestandards einzufordern.

Ich sehe aber keine Handhabe – es hat ja bei uns innerhalb des öffentlichen Gesundheitsdienst auch jeder gelacht: „Dann sollen wir uns auch noch um Hygienepläne in Asylunterkünften kümmern, reicht

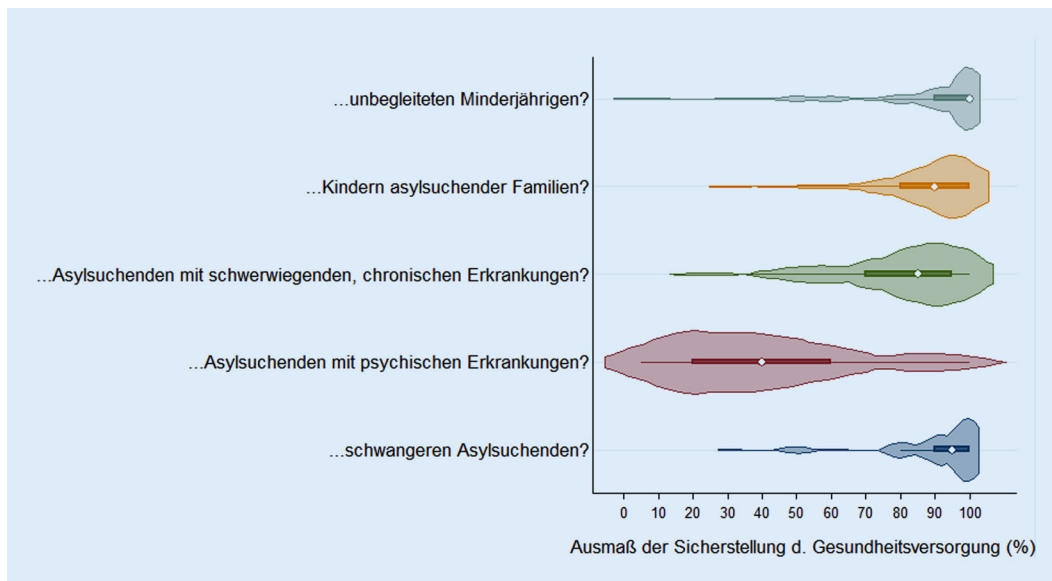


Abb. 4 ▲ Beurteilung des Ausmaßes der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung durch teilnehmende Amtsleiter (N = 90–94). (Violinplot mit Kernel-Dichtefunktion der Verteilung der Werte. Weiße Raute: Median. Balken: Interquartilsabstand bzw. der Bereich, in dem 50 % der Antworten liegen. Die Frage lautete: Angenommen, eine 100%ige Sicherstellung der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden ist gegeben, wenn die rechtlich möglichen Maßnahmen, die zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind, uneingeschränkt von äußeren Faktoren in Anspruch genommen werden können. Alles in allem betrachtet: in welchem Ausmaß ist aus Ihrer Sicht die lokale Gesundheitsversorgung folgender Gruppen gewährleistet? Antwortoptionen: Rating von 0–100 %. Unterschiedlicher Denominator, N = 90–94 Gesundheitsämter je nach Antwortmöglichkeit.)

schon, wenn die Arztpraxen keinen haben'. Aber es macht auf der anderen Seite finde ich schon auch Sinn, dass so was festgelegt wird. (Amtsleiter_17; Bundesland-Cluster A)

Kommunikation

Im Rahmen der schriftlichen Befragung berichteten die teilnehmenden Amtsleiter von häufigen Kommunikationsproblemen aufgrund sprachlicher, seltener aufgrund kultureller Schwierigkeiten. Probleme betrafen überwiegend die Organisation, aber auch die Finanzierung der Sprachmittlung. In den ergänzenden Interviews zeigte sich, dass in Landkreisen mit gemeindebasierten Dolmetscherdiensten beide Aspekte als weniger problematisch angesehen wurden.

Die Sprachmittlung erfolgt situationsbezogen und kontextabhängig sehr unterschiedlich. Die in der schriftlichen Befragung am häufigsten genannte Form der Sprachmittlung war die über Laien-Dolmetscher (Verwandte/andere Asylsuchende). In den Interviews zeigte sich,

dass diese als „einfachste“, aber gleichzeitig auch als „problematischste“ Form angesehen wurde:

Das ist ein sehr, sehr schwieriges Thema.[...], die versuchen dann auch jemanden mitzubringen, aber es ist natürlich auch schwierig, ja also die wissen dann nicht, wer das jetzt ist ... irgendeine andere Dame, die vielleicht Englisch kann und die sich in der Asylbewerberunterkunft kennengelernt haben, und nun soll die darüber erzählen, dass die Frau vielleicht vergewaltigt worden ist, also sehr schwierig, also das ist ein ganz ganz großes Problem. (Amtsleiter_15; Bundesland-Cluster C)

Häufig fungierten Kinder als Sprachmittler, was gleichermaßen zu Problemen führt:

Bei der Hepatitis B, da ermitteln wir ja im häuslichen Umfeld auch die Situation, [...]. Na da müssen wir natürlich die Frage nach wechselnden Sexualpartnern weglassen, wenn da ein Zwölfjähriger dolmetscht. (Amtsleiter_11; Bundesland-Cluster C)

Selten berichtet wurde die Kommunikation in der Landessprache der Asylsuchenden über ärztliche oder nicht-ärztliche Mitarbeiter, häufiger über eine gemeinsame Drittsprache. Professionelle Übersetzer waren selten vor Ort und kamen über Telekommunikationsmedien praktisch nie zum Einsatz. Selten bzw. manchmal wurden internetbasierte Übersetzungshilfen genutzt. Die Versorgungssituationen, für die der größte Bedarf an Sprachmittlung berichtet wurde, waren heterogen. Zumeist handelte es sich um komplexe individualmedizinische Sachverhalte sowie die Kommunikation in psychotherapeutischen Settings. Als Lösungsansätze wurden neben dem verstärkten Einsatz von Dolmetschern auch technische Lösungen (Telefon-Dolmetscher, Video-Dolmetschen, Apps) vorgeschlagen. Deren Potenzial wurde als keineswegs ausgeschöpft wahrgenommen.

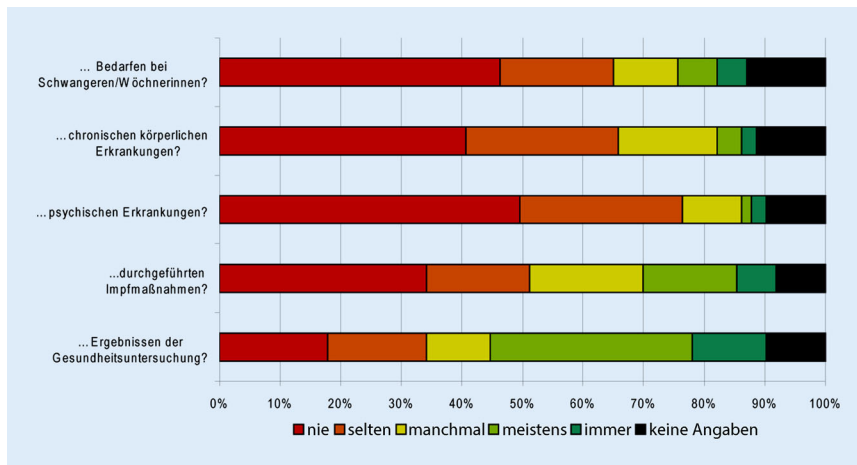


Abb. 5 ▲ Häufigkeit des Erhalts von Information aus Erstaufnahmeeinrichtungen zu ausgewählten Versorgungsbereichen bei Verlegung von Asylsuchenden in den Zuständigkeitsbereich der teilnehmenden Ämter (N = 123). (Y-Achse: Anteil der teilnehmenden Ämter. Antworten auf die Frage: „Wenn Asylsuchende aus Erstaufnahmestellen zu Ihnen verlegt werden: Wie häufig erhalten Sie alle für Sie relevanten Informationen zu ...?“. Antwortoption „Information ist nicht relevant“ wurde herausgerechnet bzw. mit fehlenden Angaben zusammengelegt.)

Dokumentation und intersektorale Informationsweitergabe

Die schriftliche Befragung zeigte, dass in den teilnehmenden Erstaufnahmeeinrichtungen die Ergebnisse des Tuberkulose-Screenings, Ergebnisse anderer Screening-Maßnahmen, akute Bedarfe, Vorerkrankungen sowie Diagnosen (ohne ICD-Kodierung) vorwiegend papierbasiert und auf einrichtungsspezifischen Vorlagen oder Dokumentationsbögen dokumentiert wurden. Diagnosen mit ICD-Kodierung wurden dagegen nicht dokumentiert. Wichtige Prozessparameter der Versorgung (z. B. Inanspruchnahme von Impfangeboten) wurden ebenfalls nicht festgehalten. Landesweit einheitliche Dokumentationen oder digitale Dokumentationen waren die Ausnahme.

Die Sicherstellung der intersektoralen Informationsweitergabe stellte sich in der schriftlichen Befragung als ein großes Problem dar. Informationen aus Erstaufnahmeeinrichtungen, die aus Sicht der für die Folgeunterbringung zuständigen Ämter relevant waren, erreichten diese entweder nicht (siehe [Abb. 5](#)) oder wurden erst gar nicht regelhaft erhoben. Ausnahmen waren einzelne Bundesländer, in denen die Informationsübermittlung (nach dem Transfer der Asylsuchenden in die Landkreise) von der Erstaufnah-

meeinrichtung über behördliche Wege an die untere Dienstaufnahmebehörde und das zuständige Gesundheitsamt erfolgte.

In den ergänzenden Interviews wurde die behördliche Weitergabe von gesundheitsbezogenen Daten (sofern nicht unter das Infektionsschutzgesetz fallend) als datenschutzrechtliches Spannungsfeld angesehen. Neben den datenschutzrechtlichen Problemen und Vorbehalten bei der intersektoralen Weitergabe personenbezogener Gesundheitsinformationen wurden auch Informationsdefizite in Bereichen berichtet, die aus Datenschutzsicht weniger sensitiv sind. Vielerorts wurden die Gesundheitsämter selbst dann nicht benachrichtigt, wenn neue Gemeinschaftsunterkünfte eingerichtet wurden, sodass Fragen nach der Anzahl der Asylsuchenden oder Gemeinschaftsunterkünfte im Landkreis nicht immer zu beantworten waren. Ein Interviewpartner beschrieb den Informationsfluss bei Verlegung von Asylsuchenden in die Landkreise so:

Bisher ganz schwierig. Also wenn die zu uns verlegt werden, also ich kriege als Gesundheitsamt hier keine Belegungsliste, das heißt, wenn nicht was Besonderes ist, weiß ich nicht, wer hier ist. (Amtsleiter_11; Bundesland-Cluster C)

Der vom ÖGD berichtete Bedarf an gesundheitsbezogenen Informatio-

nen war jedoch sehr stark abhängig vom eigenen Selbstverständnis der teilnehmenden Personen bzw. von den divergenten Rollen der Ämter im Versorgungssetting. Hier stehen sich zwei unterschiedliche Rollen gegenüber: der ÖGD als „Feuerwehr“ versus als „proaktiv handelnder Akteur“ in einem komplexen Versorgungsgefüge. Dies illustrieren beispielhaft die folgenden Zitate zur Frage, ob es relevante gesundheitsbezogene Informationen gibt, die bisher aus der Erstaufnahmeeinrichtung nicht weitergegeben werden:

[...] Die ZEA [Zentrale Erstaufnahmestelle] erhebt wenig Daten und gibt die Daten nur dann weiter, wenn es brennt, sozusagen, wenn Handlungsbedarf da ist, und wir sind natürlich froh, dass wir uns nur um diese Leute kümmern müssen, die tatsächlich auch einen Handlungsbedarf auslösen. [...] Genau, also es ist so, wie es ist, ausreichend, das Räderwerk funktioniert so im Moment. (Amtsleiter_16; Bundesland-Cluster A)

Dem steht der Informationsbedarf aus der Perspektive eines ÖGD gegenüber, der eine aktive Rolle wahrnimmt (oder wahrnehmen möchte) auch wenn es (noch) nicht „brennt“:

Ja, das wäre die Anzahl überhaupt der Personen, Länder, aus denen die Personen stammen, Anzahl der Schwangeren, Anzahl der Kinder und Verweildauern. Und die Organisation [der Versorgungsmaßnahmen], die die Erstaufnahmestelle selber in die Wege leitet. Wir bekommen leider die Informationen, jetzt gibt es da einen Sanitäter, jetzt gibt es da ein Arztteam, nicht [...] direkt, sondern über unsere persönlichen Kontakte, über unsere Netzwerke kriegen wir das mit, aber nicht aus erster Hand. Das vermisste ich. (Amtsleiter_19; Bundesland-Cluster A)

Diese teils gegensätzlichen Rollenbilder prägen somit den Bedarf (bzw. Nichtbedarf) an gesundheitsbezogenen Informationen.

Koordination der Versorgung

Sowohl in der quantitativen wie auch in der qualitativen Befragung wurden als Behörden, die für die Sicherstellung der

Maßnahmen nach § 4 Abs. 3 AsylbLG zuständig sind, am häufigsten die Sozialbehörde genannt, gefolgt von Landesbehörden (für Erstaufnahmeeinrichtungen) oder Jugendbehörden (für unbegleitete Minderjährige). Wie sich in den Interviews herausstellte, wurde die Sicherstellung jedoch zumeist als eine *finanzielle* Sicherstellung verstanden, einen eindeutigen Ansprechpartner für die *operative* Sicherstellung gab es nicht. Hier erfolgten Verweise auf „die“ Regelversorgung oder die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Die schriftliche Befragung zeigte jedoch, dass die Zufriedenheit der teilnehmenden Ämter hinsichtlich der Kooperation mit den KVen oder der lokalen Ärztekammer mit Blick auf die Sicherstellung der Versorgung am niedrigsten war. Diese Akteure wurden am häufigsten als „nicht an der Versorgung beteiligt“ bezeichnet.

In den ergänzenden Interviews wurde die Koordination der Versorgung als eine der größten Herausforderungen angesehen.

Also, Koordination ist im Moment in [Ort] ein etwas > atmet geräuschvoll ein < – schwieriges Wort. Ich denke nicht, dass da die Koordination optimal läuft, [...] Das läuft an. Aber eine richtig gute Koordination, die, ja ... sieht bei mir anders aus. (Amtsleiter_I1; Bundesland-Cluster C)

In wenigen Ausnahmen gab es klare Strukturen und standardisierte Vorgehen, um die verschiedenen Akteure des Versorgungssystems zu koordinieren.

[...] es ist so, wir haben bei uns im Landkreis analog einer Katastrophenlage einen Stab gebildet und Hand in Hand wird das Ganze jetzt organisiert. Da sind wir fest mit eingebunden. Das ist richtig ein Verwaltungsstab wie im Katastrophenfall, der oberste Herr ist der Landrat und dann das Amt für Katastrophenschutz, dann aus allen, die betroffen sind, Schulverwaltungsamt, Sozialamt, Amt für Migration, Hausmeister, also alles, was so mit Logistik zu tun hat, Jugendamt, Gesundheitsamt, Rotes Kreuz [...] sitzt dann in diesem Verwaltungsstab und, der täglich tagt und wo genau Aufgabengebiete verteilt werden und Rückmeldewege festgelegt sind, [...]

Also im Prinzip weiß dann jeder, was er zu tun hat. (Amtsleiter_I6; Bundesland-Cluster C)

Die strukturellen Ressourcen des ÖGD zur Koordination der Versorgung wurden in der quantitativen Befragung erfasst: Mit Ausnahme von fünf Ämtern (4%) gab es bei den teilnehmenden Ämtern keine Planstellen für die Koordination der Versorgung. Wie in den Interviews berichtet wurde, fallen die Koordinationsaufgaben häufig zusätzlich mit anderen Aufgaben bei den Gesundheitsämtern zusammen. Ein offizielles Mandat für die Koordination gab es in den wenigsten Fällen, die amtlichen Koordinationsfunktionen beruhten somit meist auf dem individuellen Engagement und waren durch die zeitlichen und personellen Kapazitäten der Ämter limitiert.

Strukturelle Ressourcen und Bedarfe

Um mögliche zentrale Unterstützungsmaßnahmen aus Sicht der Ämter bewerten zu lassen, nahmen wir eine Auswahl von Maßnahmen in den Fragebogen auf, die bei den Experteninterviews genannt wurden. Anhand der Mittelwerte der Antwortmöglichkeiten (Likert-Skala von 1 = unwichtig bis 6 = unerlässlich) ergab sich folgende Rangfolge mit abnehmender Priorisierung der Maßnahmen bei insgesamt hoher positiver Bewertung: 1. Bundesweite Empfehlungen zur einheitlichen Dokumentation und Weitergabe gesundheitsbezogener Informationen (M: 4,72; SD: 1,18). 2. Evidenzbasierte Empfehlungen zur Durchführung der Gesundheitsuntersuchung nach § 62 AsylVfG (M: 4,62; SD: 1,26). 3. Evidenzbasierte Entscheidungshilfen zur Risikoabschätzung von Erkrankungen (M: 4,45; SD: 1,14). 4. Einrichtung zentraler telefonisch erreichbarer professioneller Dolmetscherdienste (M: 4,42; SD: 1,25). 5. Berufsgruppenspezifische Fortbildungen und Lehrgänge für Fachkräfte in der Flüchtlingshilfe (M: 4,37; SD: 1,14). 6. Errichtung einer zentralen Informations- und Kommunikationsplattform für den Austausch von *Best Practices* (M: 4,41; SD: 1,11).

Diskussion

Dies ist die erste bundesweite Untersuchung von Versorgungsprozessen, Strukturen und Bedarfen bei der Versorgungssituation von Asylsuchenden. Angesichts der kurzen Projektlaufzeit, dem zeitgleich hohen Flüchtlingsstrom sowie den damit verbundenen hohen Arbeitsbelastungen des ÖGD im Sommer 2015 ist die Rücklaufquote von ca. einem Drittel aller Ämter in Deutschland als relativ hoch und sehr zufriedenstellend zu bewerten. In mehr als der Hälfte aller Bundesländer lag die Rücklaufquote bei $\geq 25\%$, sodass (mit Ausnahme der Situation in Erstaufnahmeeinrichtungen) von einer flächendeckenden Abbildung der Versorgungssituation ausgegangen werden kann.

Als eine der wichtigsten Herausforderungen muss die Zielgruppe der unvollständig Geimpften (in Erstaufnahmeeinrichtungen sowie Gemeinschaftsunterkünften in Landkreisen) schneller und vollzähliger erreicht werden. Die Beiträge von Brockmann et al. bzw. Kühne et al. in diesem Heft zeigen eindrücklich, dass die „Komm-Strukturen“ der Regelversorgung hier nicht bedarfsdeckend sind.

Weiterhin erscheint eine klare Grenzziehung zwischen individualmedizinischen und bevölkerungsmedizinischen Interessenlagen bei der verpflichtenden Gesundheitsuntersuchung nach § 62 AsylVfG prioritär. Bundeseinheitliche Regelungen würden von der überwiegenden Mehrheit der teilnehmenden Ämter begrüßt. Bevölkerungsmedizinisch relevante Krankheiten wie Tuberkulose und Scabies müssen möglichst umgehend erkannt und behandelt werden. Dagegen sollte die durchaus wünschenswerte Früherkennung und Behandlung individualmedizinisch relevanter Infektionserkrankungen, die für eine Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünfte primär nicht relevant sind, durch eine Verbesserung der Verfügbarkeit niedrigschwelliger Versorgungsangebote in Erstaufnahmeeinrichtungen abgedeckt werden. Über diese könnten auch weitere Bedarfe erfasst werden, die bisher nur symptombezogen adressiert werden.

Momentan sind die Grundvoraussetzungen nicht gegeben, um länderübergreifende Übersichten zu durchgeführten Maßnahmen der Gesundheitsuntersuchung fortlaufend aktuell zu dokumentieren. Dazu müsste zunächst die Gesundheitsuntersuchung nach § 62 AsylVfG bundesweit einheitlich erfolgen. Solange dies nicht der Fall ist, könnten regelmäßige Meldungen z. B. an das RKI dazu beitragen, eine Übersicht der (offiziell) durchgeführten Maßnahmen zu generieren. In welchem Ausmaß die Maßnahmen auch tatsächlich lokal Umsetzung finden, ist nur durch Primärerhebungen oder durch verbessertes Monitoring bzw. Prozess- und Ergebnisindikatoren der Maßnahmen nach § 62 AsylVfG zu gewährleisten.

Laut den Amtsleitern ist die Versorgung einzelner Gruppen nicht ausreichend sichergestellt. Das gilt insbesondere für Asylsuchende mit psychischen Erkrankungen. Bei Asylsuchenden mit schwerwiegenden chronischen Erkrankungen zeigt sich im Median zwar ein hohes Ausmaß der Sicherstellung, jedoch ist die Varianz hoch und als Hinweis dafür zu werten, dass es eine hohe Heterogenität der Sicherstellung gibt. Weiterhin ist die Versorgung von Kindern asylsuchender Familien in geringerem Ausmaß sichergestellt als bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen. Für Asylsuchende mit psychischen Erkrankungen, schwerwiegenden chronischen Erkrankungen sowie Kindern asylsuchender Familien sind somit zusätzliche Maßnahmen erforderlich, um die rechtlich möglichen Versorgungsmaßnahmen auch tatsächlich zu gewährleisten. In Abwesenheit von „objektiven“ Indikatoren zum Monitoring der Sicherstellung kann die Einschätzung der Amtsleiter dazu dienen, lokale Versorgungsdefizite aufzudecken. Bei der Interpretation der insgesamt positiven Einschätzung der Versorgungssituation muss jedoch berücksichtigt werden, dass die hier gestellte Ankerfrage komplex war und dass die Frage grundsätzlich auch sozial erwünschte Antworten generiert haben könnte.

Unabhängig davon wären Empfehlungen zum Umgang mit lokalen Versorgungsbedarfen (basierend auf evidenz-

basierten *Best Practices*) von der Erstaufnahmeeinrichtung bis hin zur Folgeunterbringung mittel- bis langfristig wünschenswert.

Kurz- bis mittelfristig sollte auch die intersektorale Informationsweitergabe adressiert werden. Solange die elektronische Gesundheitskarte für Asylsuchende nicht flächendeckend eingeführt ist, erscheint als einzige mit dem Datenschutz vereinbare Lösung die Übermittlung gesundheitsbezogener Informationen mittels einer standardisierten Patientenmappe, die bei den Asylsuchenden verbleibt. Vereinzelt wurden entsprechende Ansätze beschrieben, flächendeckende Erfahrungen gab es mit einer solchen Lösung jedoch nicht. Darüber hinaus wäre es relevant, eine breitere Diskussion über die Rolle des ÖGD bei der Versorgung dieser Zielgruppe zu führen. Ein Großteil der Ämter hatte Bedarf nach zusätzlichen gesundheitsbezogenen Informationen, um eine Rolle im komplexen Versorgungsgefüge jenseits der einer „Feuerwehr“ wahrzunehmen.

Allgemeiner formuliert wäre eine Diskussion um bundesweite Mindeststandards und ein standardisiertes Vorgehen (im Sinne von *Standardized Operating Procedures*) für die Betreuung von Asylsuchenden und Flüchtlingen wünschenswert. Bei der derzeitigen föderalen Regelung werden wertvolle Ressourcen für die „Suche“ nach Lösungen, Ansätzen und möglichen Vorgehen vergeudet. International sind solche Standards längst üblich, wie etwa das Sphere-Handbuch „Humanitäre Charta und Mindeststandards in der humanitären Hilfe“ zeigt [6]. Der ÖGD, Nichtregierungsorganisationen, die Ärzteschaft und viele Freiwillige haben bei der Aufnahme und Betreuung schutzbedürftiger Menschen in Deutschland große Leistungen erbracht. Da einige Herausforderungen für die Akteure des hiesigen Gesundheitssystems neu sind, kann es hilfreich sein, von internationalen Vorbildern zu lernen.

Limitationen der Studie

Die Zuständigkeit für Erstaufnahmeeinrichtungen unterliegt länderspezifischen Regelungen, und die Grundgesamtheit der Ämter mit Erstaufnahmefunktionen

ist nicht bekannt. Daher konnten durch die Befragung der Gesundheitsämter keine flächendeckenden Angaben bzgl. der Erstaufnahme generiert werden, insbesondere dort nicht, wo die Zuständigkeit für die Durchführung der Gesundheitsuntersuchung bei Regelversorgern oder anderen Leistungserbringern lag. Die gewonnenen Erkenntnisse zur Erstaufnahme geben dennoch wichtige Anhaltspunkte, um die Versorgungssituation zum Zeitpunkt der Befragung einschätzen zu können. Zukünftige Studien sollten einzelne Bereiche des Fragebogens weiterentwickeln und im Sinne eines Validierungsprozesses einsetzen. Hierzu werden Anpassungen notwendig sein. So war es schon im Untersuchungszeitraum schwierig, Informationen zu den jeweiligen Landesregelungen zu erhalten, welche die Gesundheitsuntersuchung nach § 62 AsylVfG regeln. Diese befanden sich vielerorts im Fluss und sind bei Erscheinen dieses Artikels möglicherweise nicht mehr aktuell.

Trotz der zufriedenstellenden Teilnahmequote der schriftlichen Befragung können Selektionsprozesse bei den teilnehmenden Ämtern nicht ausgeschlossen werden. So ist anzunehmen, dass Gesundheitsämter mit höheren Ressourcen und Kapazitäten eher an der Befragung teilnahmen als Ämter mit niedrigen. Die Varianz des Flüchtlingsaufkommens bei den teilnehmenden Ämtern (siehe **Tab. 1**) spricht jedoch dagegen, dass ausschließlich Ämter teilgenommen haben, die ein geringes Aufkommen zu bewältigen hatten. Auf Ebene der Bundesländer waren fünf Länder mit einer Teilnahmequote < 25 % deutlich unterrepräsentiert. Bei den qualitativen Interviews wurden die Ämter anhand ihres Flüchtlingsaufkommens rekrutiert, sodass hier keine einseitige Selektion vorlag.

Weiterhin könnte der Erhebungsmodus per internetbasiertem Fragebogen die Teilnahmebereitschaft einseitig beeinflusst haben. Jedoch erscheint hier das Selektionspotenzial gering: Die Ämter wurden zwar ausschließlich per E-Mail zur Teilnahme eingeladen, der Fragebogen war aber nach erfolgter Autorisierung sowohl als Online- Fragebogen wie auch als Papierfragebogen

verfügbar und konnte entsprechend digital oder per Post an die Studienleitung zurückgesendet werden.

Fazit

Verbesserungen der gesundheitlichen Versorgung von Asylsuchenden sind vor allem in den Bereichen Koordination und Standardisierung des Vorgehens, zügige Durchführung von Impfungen, standardisierte Erhebung und datenschutzkonforme Übermittlung gesundheitsbezogener Informationen sowie Konzentration auf wenige, bevölkerungsmedizinisch wichtige Infektionskrankheiten bei der Erstuntersuchung (nach § 62 AsylVfG) nötig.

Das vorliegende Befragungsinstrument hat sich für bundesweite Untersuchungen zur gesundheitlichen Versorgung von Asylsuchenden als geeignet erwiesen. Eine erneute Durchführung entsprechender Befragungen mit jeweils einzelnen Schwerpunkten aus den hier entwickelten Modulen könnte zukünftig dazu dienen, in regelmäßigen Abständen ein Abbild der Versorgungssituation zu generieren. Damit können nicht nur Bedarfe erkannt, sondern auch Verbesserungen und Fortschritte in der Versorgung dokumentiert werden.

Korrespondenzadresse

Dr. med. K. Bozorgmehr, MSc

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 130.3, 69120 Heidelberg, Deutschland
kayvan.bozorgmehr@med.uni-heidelberg.de

Danksagung. Wir danken allen teilnehmenden Gesundheitsämtern für die Zeit, die sie diesem Vorhaben gewidmet haben. Ebenso bedanken wir uns bei den Experten, die uns in der Entwicklungsphase wertvolle Einblicke in lokale Versorgungskontexte gegeben haben. Dank gilt ebenso dem Deutschen Städtetag sowie dem Deutschen Landkreistag, die das Vorhaben unterstützend befürwortet haben, sowie dem Bundesministerium für Gesundheit. Besonderer Dank gilt dem Gesundheitsamt der Stadt Köln für die Kooperation sowie den Mitarbeitern der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung für die wertvolle Unterstützung in folgenden Bereichen: IT und Datenmanagement: Frank Aluttis, Markus Qreini; Studienmanagement und Rekrutierung: Martina Bentner, Marion Kiel, Annika Baldauf; sowie den wissenschaftlichen Hilfskräften bei der

Unterstützung in der Transkription und Datenbankerstellung: Laura Svennson, Elisa Svennson, Francesca Göpfart, Alex Beyler, Julia Dreiling, Isabella Scherbahn, Lars Wiezorrek, Daniel Zeugfang und Johanna Mink.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. Die Durchführung der Studie wurde finanziell gefördert von der „Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit“. Frau Dr. Thais ist Leiterin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Herr Dr. Bozorgmehr, Herr Stefan Nöst und Herr Prof. Oliver Razum geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen. Alle Erhebungsinstrumente sind auf Anfrage beim Korrespondenzautor zur Einsicht erhältlich.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten medizinischen Studien an Menschen oder Tieren.

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made.

Literatur

1. Razum O, Bunte A, Gilsdorf A et al (2016) Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen: Taten ohne ausreichende Daten? Dtsch Arztebl 113(4):A-130/B-111/C-111
2. Menold N, Bogner K (2015) Gestaltung von Ratingskalen in Fragebögen. GESIS–Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (SDM Survey Guidelines), Mannheim
3. Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung. (2015) Ausgangsanalyse der Versorgungssituation von Asylsuchenden: Eine bundesweite Befragung der Gesundheitsämter. www.bzga-recherche-fluechtlinge-versorgungsforschung-uni-heidelberg.de/. Zugegriffen: 15.1.2016
4. Statistisches Bundesamt (2015) Empfänger von Asylbewerberregelleistungen, Stichtag 31.12.2013 – regionale Tiefe: Kreise und krfr. Städte. www-genesis.destatis.de. Zugegriffen: 15.9.2015
5. Setzer Verlag (2015) Tip Doc: die universelle Verständigungshilfe in Bildern. <http://www.tipdoc.de/hauptseiten/tipdoc.html>. Zugegriffen: 15.1.2016
6. The Sphere Project (2011) The Sphere Project. Humanitäre Charta und Mindeststandards in der humanitären Hilfe. Köllen Druck + Verlag, Bonn