



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
HEIDELBERG



Arbeitspapier: Gesundheitszustand und Inanspruchnahme von gesundheitlichen Versorgungsangeboten bei Geflüchteten in Psychosozialen Zentren

Louise Biddle, Maren Hintermeier, Jenny Baron, Lea Flory, Kayvan Bozorgmehr

Geflüchtete in Deutschland haben aufgrund ihrer Erfahrungen vor, während und nach der Flucht besondere gesundheitliche Bedarfe. Psychische Krankheiten wie Depression und post-traumatische Belastungsstörung, aber auch Infektionskrankheiten, Ernährungsstörungen, Probleme in der reproduktiven Gesundheit und chronische Krankheiten sind wichtige Krankheitsbilder bei Geflüchteten.¹ Praktische Erfahrungswerte zeigen, dass der Bedarf an psychischer und physischer Versorgung für Geflüchtete in Deutschland nicht adäquat gedeckt wird.² Außerdem ist bekannt, dass Geflüchtete bei Aufsuchen von Versorgungsangeboten einer Reihe struktureller, sprachlicher, kultureller und geografischer Barrieren begegnen.³ Jedoch mangelt es in Deutschland an validen Daten^{4,5}, die den Versorgungsbedarf von Geflüchteten ihrem Zugang zu Versorgungsangeboten gegenüberstellen.

Aus diesem Grund hat die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg, gemeinsam mit der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF), eine bundesweite Befragung von Geflüchteten in Psychosozialen Zentren durchgeführt. Die Studie fand im Rahmen des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Projekts RESPOND (www.respond-study.org) statt. Ziel der Befragung war es, verlässliche überregionale Evidenz zum körperlichen und seelischen Gesundheitszustand von Geflüchteten zu generieren und ihre Erfahrungen mit der gesundheitlichen Versorgung mit Blick auf Zugang und Zugangsbarrieren abzubilden. In diesem Arbeitspapier sollen erste deskriptive Ergebnisse der Studie präsentiert, und ein Ausblick auf weitere geplante Analysen gegeben werden.

¹Abubakar I, Aldridge RW, Devakumar D, Orcutt M, Burns R, Barreto ML, Dhavan P, Fouad FM, Groce N, Guo Y, Hargreaves S. The UCL–Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. *The Lancet*. 2018;392(10164):2606–54.

²Baron J, Flory L. Versorgungsbericht zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland. 4. Auflage. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF eV). 2018.

³Bradby H, Humphris R, Newall D, Phillimore J. Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for refugees and asylum seekers in the European Region. 2015.

⁴Satinsky E, Fuhr DC, Woodward A, Sondorp E, Roberts B. Mental health care utilisation and access among refugees and asylum seekers in Europe: A systematic review. *Health Policy*. 2019.

⁵Bozorgmehr K, Mohsenpour A, Saure D, Stock C, Loerbroeks A, Joos S, Schneider C. [Systematic review and evidence mapping of empirical studies on health status and medical care among refugees and asylum seekers in Germany (1990–2014)]. *Bundesgesundheitsblatt*. 2016;59(5), 599–620.

Methoden

Die Befragung von Geflüchteten in Psychosozialen Zentren war Teil einer größeren, populationsbasierten Befragung von Geflüchteten in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften. Im Rahmen dieser Studie wurde speziell für den Kontext Geflüchteter ein Fragebogen entwickelt, welcher sich aus international validierten Instrumenten zu physischem und psychischem Gesundheitszustand, Inanspruchnahme allgemeiner und spezialisierter gesundheitlicher Versorgung, Versorgungsqualität und soziodemografischen Daten zusammensetzt. Der Fragebogen wurde in neun Sprachen übersetzt und durch ein kognitives Pretesting mit Geflüchteten auf Verständlichkeit geprüft.⁶

Allen Psychosozialen Zentren in Deutschland wurde die Teilnahme angeboten, insgesamt 15 Psychosoziale Zentren (39,5%) haben sich für die Teilnahme an der Studie bereit erklärt. Über einen Studienzeitraum von zwei bis zu zehn Wochen (je nach Größe der Zentren) wurden alle Klient*innen, die in dem Zentrum einen Termin hatten, zur Teilnahme an der Studie eingeladen (Vollerhebung), um Verzerrungen der Daten zu vermeiden. Nach einer Aufklärung über Ziele und Inhalt der Studie konnten Klient*innen sich entscheiden, den mehrsprachigen Fragebogen selbstständig per Tablet oder papier-basiert auszufüllen.

Ergebnisse

Studienteilnahme

Die 15 Zentren haben insgesamt 544 Klient*innen auf die Studie angesprochen, mussten jedoch 279 (51,3%) davon ausschließen, da diese die Einschlusskriterien der Studie nicht erfüllten. Klient*innen wurden aufgrund Ihrer Minderjährigkeit (n=30, 11%), ihrer Sprache (n=118, 42%), ihrer fehlenden Lesekompetenz (n=49, 18%), starken psychischen Belastung (n=22, 8%) oder aus anderen Gründen (n=60, 21%) aus der Studie ausgeschlossen (Abbildung 1).

Von den 268 Klient*innen, die für die Studie in Frage kamen und eingeladen wurden, haben 121 (45,1%) einen Fragebogen ausgefüllt (Abbildung 2). Diese Response-Rate ist vergleichbar mit ähnlichen Surveys in der Regelbevölkerung. 115 (78,2%) der Nicht-Teilnehmer*innen gaben an, für die Studie keine Zeit oder kein Interesse zu haben. Die Anzahl der Studienteilnehmer*innen pro Zentrum variierte zwischen 1 und 18 und betrug im Schnitt 8,1.

Abbildung 1: Gründe für Ausschluss aus der Studie, N = 279 nicht-eligible Klient*innen

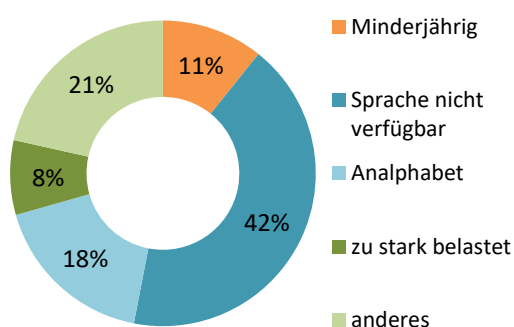
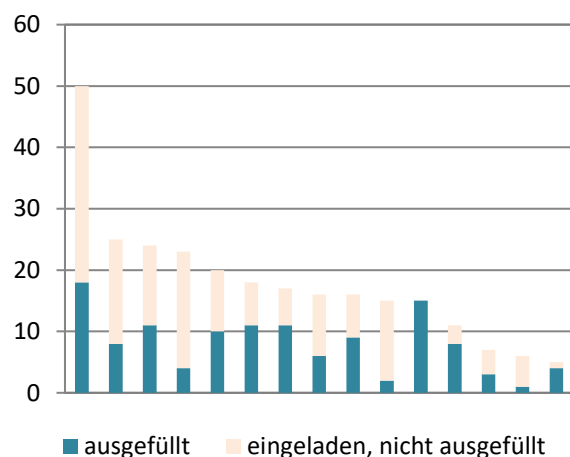


Abbildung 2: Studienteilnahme pro Zentrum, N = 268 eligible Klient*innen



⁶Hadler P, Neuert C, Lenzner T, Stiegler A, Sarafoglou A, Bous P, et al. Kognitiver Pretest: RESPOND - Improving regional health system responses to the challenges of migration through tailored interventions for asylum-seekers and refugees. 2017.

Studienpopulation

Die Studienteilnehmer*innen waren zu 59% (n=62) männlich und 41% (n=44) weiblich. Die häufigste Nationalität war Afghanistan (n=21; 21,2%) gefolgt von Russland (n=11; 11,1%) und dem Iran (n=10; 10,1%)(Tabelle 1). 38,7% (n=36) der Befragten haben die weiterführende Schule mit einem Abschluss beendet, weitere 22,6% (n=21) gaben an, die Pflichtschule abgeschlossen zu haben. Keinen Schulabschluss hatten 28% (n=26) der Studienteilnehmer*innen. 75% (n=27) der Befragten sind bereits seit 24-36 Monaten in Deutschland. Trotz der langen Aufenthaltsdauer gaben 52,6% (n=50) der Befragten an, noch Asylsuchende zu sein. 27,4% (n=26) der Teilnehmer*innen wurde Asyl gewährt und 5,3% (n=5) wurden abgelehnt.

Zudem gaben 70% (n=73) der Teilnehmer*innen an, eine Gesundheitskarte zu besitzen. Der subjektive Sozialstatus in Deutschland wird von 74.5% (n=67) der Teilnehmer*innen als niedrig wahrgenommen, im Vergleich zum subjektiven Sozialstatus des Herkunftslandes, welcher von lediglich 55% (n=49) der Studienteilnehmer*innen als niedrig eingestuft wurde.

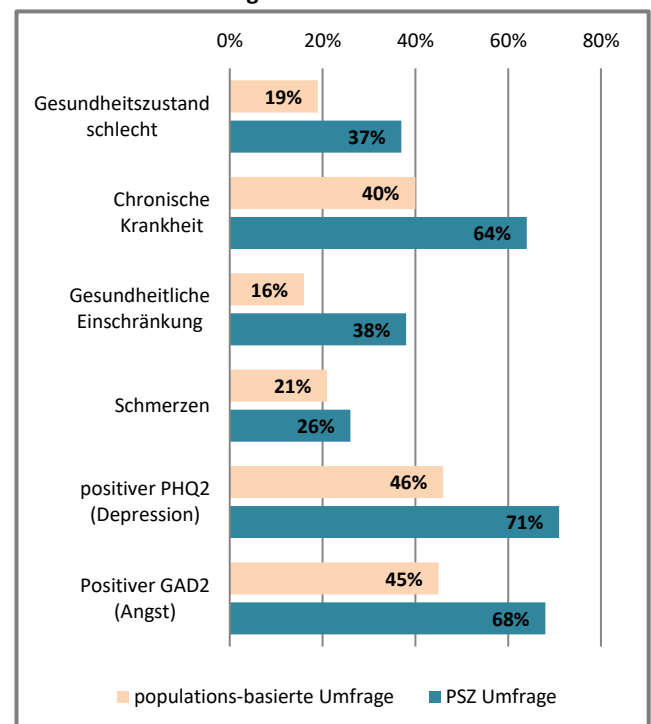
Gesundheitszustand

Insgesamt gaben 37% (n=43) der Befragten an, dass ihre Gesundheit schlecht oder sehr schlecht sei. Zudem berichteten 64% (n=68) eine schon länger bestehende Krankheit, 38% (n=42) starke krankheitsbedingte Einschränkungen und 25% (n=29) starke bis sehr starke Schmerzen. Auf eine mögliche psychische Erkrankung deuten die Antworten auf die Fragen des PHQ2 (Depressionssymptomatik) und GAD2 (Angstsymptomatik) hin; hier ergab sich bei jeweils 71% (n=70) und 68% (n=68) der Befragten ein positives Ergebnis (d.h. ein Wert über 3). Teilnehmer*innen ohne Gesundheitskarte gaben im Vergleich zum Durchschnittswert einen schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand an und hatten einen höheren Anteil an positiven PHQ2 und GAD2 Ergebnissen (Abbildung 4). Zudem scheint der Gesundheitszustand bei asylsuchenden Teilnehmer*innen jeweils leicht über dem Durchschnitt, und bei Teilnehmer*innen mit einem sicheren Asylstatus leicht unter dem Durchschnitt zu liegen.

Tabelle 1: Soziodemografische Daten der Teilnehmer*innen

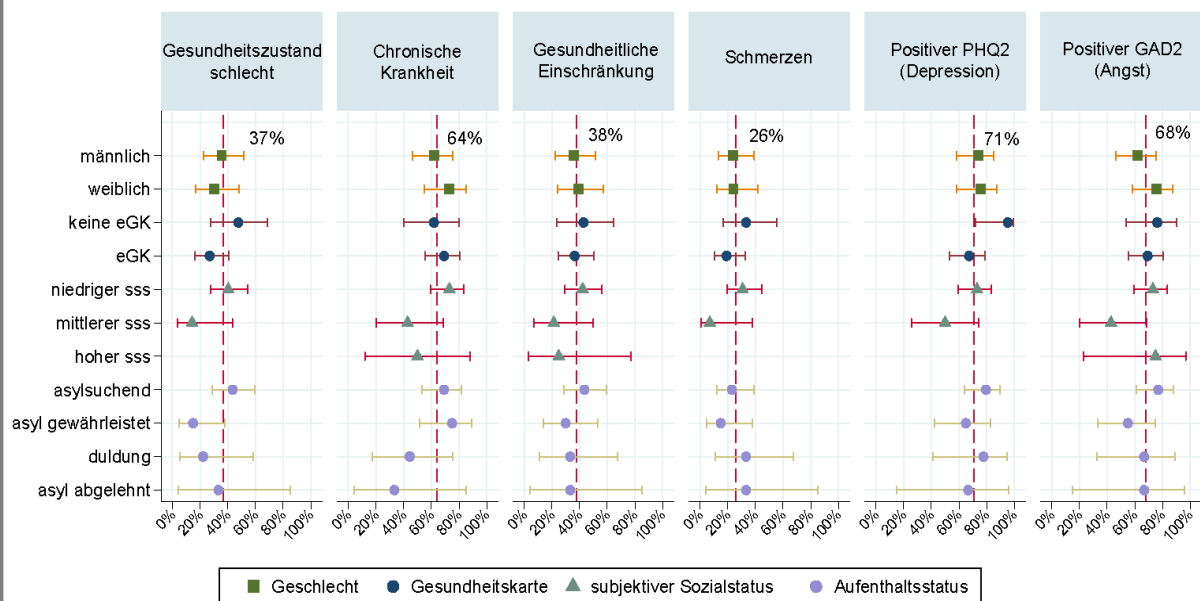
	männlich	weiblich	gesamt
Nationalität	n (%)	n (%)	n (%)
Afghanistan	17 (30.9)	4 (9.1)	21 (21.2)
Iran	7 (12.7)	3 (6.8)	10 (10.1)
Nigeria	4 (7.3)	3 (6.8)	7 (7.1)
Russland	2 (3.6)	9 (20.5)	11 (11.1)
Syrien	5 (9.1)	1 (2.3)	6 (6.1)
Türkei	1 (1.8)	3 (6.8)	4 (4.0)
Andere	19 (34.6)	21 (47.7)	40 (40.4)
N (%)	55 (100.0)	44 (100.0)	99 (100.0)
Bildungsstand	n (%)	n (%)	n (%)
kein Schulabschluss	17 (34.0)	9 (23.1)	26 (29.2)
Pflichtschule mit Abschluss beendet	8 (16.0)	13 (33.3)	21 (23.6)
Weiterführende Schule mit Abschluss beendet	21 (42.0)	15 (38.5)	36 (40.4)
Noch in der Schulausbildung	4 (8.0)	2 (5.1)	6 (6.7)
N (%)	50 (100.0)	39 (100.0)	89 (100.0)
Aufenthaltsstatus	n (%)	n (%)	n (%)
laufendes Asylverfahren - Asylsuchender	31 (55.4)	19 (48.7)	50 (52.6)
Asylverfahren abgeschlossen - Flüchtlingsstatus	15 (26.8)	11 (28.2)	26 (27.4)
Asylverfahren abgeschlossen - Duldung	6 (10.7)	8 (20.5)	14 (14.7)
Asylantrag abgeschlossen - Flüchtlingsstatus abgelehnt	4 (7.1)	1 (2.6)	5 (5.3)
N (%)	56 (100.0)	39 (100.0)	95 (100.0)

Abbildung 3: Vergleich des Gesundheitszustands bei Teilnehmer*innen der PSZ Studie mit der populations-basierten RESPOND Umfrage⁷



Der hohe Anteil an Teilnehmer*innen mit psychischer Belastung, auch im Vergleich zu Teilnehmer*innen einer populations-basierten Stichprobe in Gemeinschaftsunterkünften in Baden-Württemberg (Abbildung 3)⁷, war bei der Inanspruchnahmebevölkerung in den Psychosozialen Zentren zwar zu erwarten. Der Vergleich zeigt jedoch auch, dass in den Psychosozialen Zentren ein höherer Anteil von Teilnehmer*innen einen schlechten allgemeinen Gesundheitszustand, chronische Erkrankungen oder Schmerzen berichten, was auf mögliche Komorbiditäten und physische Korrelate psychischer Belastungen hinweist. Diese Vergleiche beruhen jedoch auf nicht-adjustierten Schätzwerten und sollten daher mit Vorsicht interpretiert werden.

Abbildung 4: Ausgewählte Indikatoren des Gesundheitszustands mit 95 % Konfidenzintervallen nach Geschlecht, Erhalt einer Gesundheitskarte, subjektivem Sozialstatus und Altersgruppen, N = 121 Klient*innen



* gestrichelte vertikale Linie: Mittelwert aller Klient*innen. Positiver PHQ2/GAD2: >= 3 Punkte.

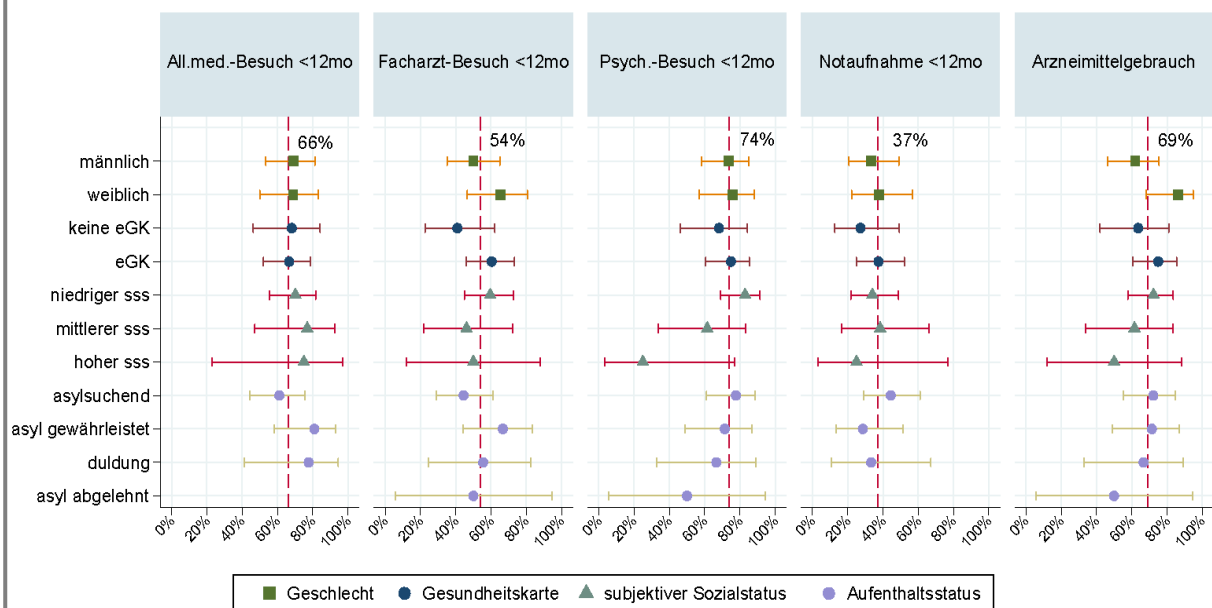
Inanspruchnahme

Ein*e Allgemeinmediziner*in wurde in den letzten 12 Monaten von 66% (n=63) der Studienteilnehmer*innen, ein*e Psycholog*in, Psychiater*in oder Psychotherapeut*in wurde von 73.7% (n=70) und andere Fachärzt*innen von 54.1% (n=46) der Studienpopulation aufgesucht (Abbildung 5). Von den Teilnehmer*innen, die in den letzten vier Wochen gesundheitliche Angebote in Anspruch genommen haben, betrug der Median der Anzahl an Besuchen in dieser Zeit 3 Besuche (IQR: 1;7) bei Allgemeinmediziner*innen, 2,5 Besuche (IQR: 1;6) bei Psycholog*innen, Psychiater*innen oder Psychotherapeut*innen und 2 Besuche (IQR 1;5) bei anderen Fachärzt*innen.

36% (n=39) der Teilnehmer*innen gaben zudem an, in den letzten 12 Monaten medizinische Versorgung in der Notaufnahme in Anspruch genommen zu haben. Verschreibungspflichtige Medikamente haben im Schnitt 69% (n=75) der Teilnehmer*innen zu sich genommen. Teilnehmer*innen ohne Gesundheitskarte gaben bei Facharztbesuchen, Besuchen in der Notaufnahme und Arzneimittelgebrauch eine etwas geringere Inanspruchnahme an. Dagegen gaben Frauen eine höhere Inanspruchnahme von fachärztlichen Angeboten und Arzneimitteln an.

⁷ Biddle L, Menold N, Bentner M, Nöst S, Jahn R, Ziegler S, Bozorgmehr K. Health monitoring among asylum seekers and refugees: a state-wide, cross-sectional, population-based study in Germany. *Emerging themes in epidemiology*. 2019 Dec;16(1):3.

Abbildung 5: Ausgewählte Indikatoren der Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten mit 95 % Konfidenzintervallen nach Geschlecht, Erhalt einer Gesundheitskarte, subjektivem Sozialstatus und Altersgruppen, N = 121 Klient*innen



* gestrichelte vertikale Linie: Mittelwert aller Klient*innen. Positiver PHQ2/GAD2: ≥ 3 Punkte.

Verzicht auf Versorgung

Auskunft über mögliche Barrieren in der gesundheitlichen Versorgung gibt die Frage nach dem freiwilligen oder unfreiwilligen Verzicht auf Arztbesuche in den letzten 12 Monaten, obwohl die jeweilige Person, nach eigener Einschätzung, eine Untersuchung benötigt hätte. 45% (n=47) der Teilnehmer*innen gaben an, auf allgemeinmedizinische Versorgung verzichtet zu haben. Gründe für den Verzicht waren zu 17% (n=8) sprachliche Probleme bzw. die Ermangelung eines Dolmetschers und für je 8,5% (n=4) war entweder die Wartezeit für einen Termin zu lang, es wurde kein Krankenschein ausgestellt oder die Teilnehmer*innen wollten abwarten, ob sich die Beschwerden von selbst bessern.

Einen Verzicht auf fachärztliche Versorgung berichteten 39% (n=41) der Teilnehmer*innen. Je 12,2% (n=5) der Studienteilnehmer*innen gaben an, auf Grund von sprachlichen Problemen oder in Ermangelung eines Dolmetschers, finanziellen Problemen oder des Fehlens eines Krankenscheins keine*n Fachärzt*in aufgesucht zu haben.

Für die Versorgung durch Psycholog*innen, Psychiater*innen und Psychotherapeut*innen betrug der Verzicht auf Versorgung in den letzten 12 Monaten 28% (n=28). Dabei gaben 17,9% (n=5) an verzichten zu müssen, da kein Krankenschein vorhanden war, 14,3% (n=4) wollten abwarten, ob sich die Beschwerden von selbst bessern und 10,7% (n=3) nahmen auf Grund sprachlicher Probleme oder in Ermangelung eines Dolmetschers keine psychologische Hilfe in Anspruch.

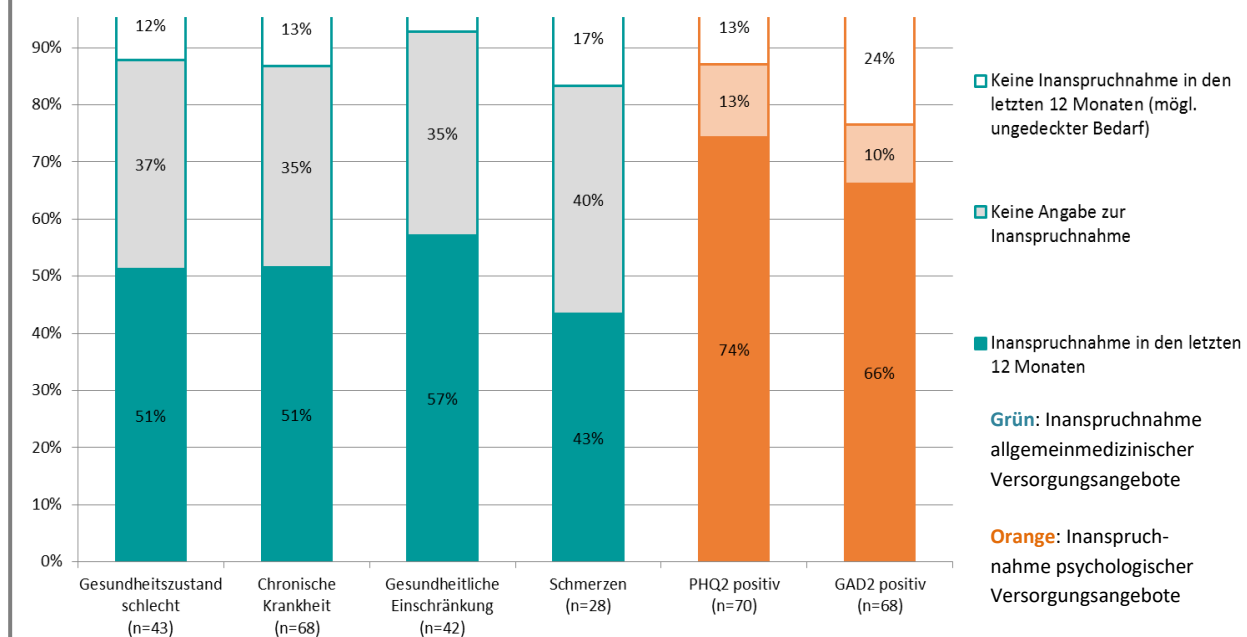
Gedeckter und ungedeckter Bedarf

Ob es bei Personen mit einem gesonderten medizinischen Bedarf möglicherweise einen ungedeckten Bedarf gibt, lässt sich auch durch einen Vergleich des Gesundheitszustandes und der Inanspruchnahme entsprechender Versorgungsangebote ermitteln (Abbildung 6).

So zeigt sich zum Beispiel, dass von 70 im PHQ2 positiv getesteten Studienteilnehmer*innen 52 (74%) in den letzten 12 Monaten eine*n Psycholog*in, Psychiater*in oder Psychotherapeut*in aufgesucht haben, während 9 keinerlei Versorgung erhalten haben (Versorgungslücke von 13%). Ebenso haben 66% (n=45) der im GAD2 positiv getesteten Teilnehmer*innen psychologische oder psychiatrische Angebote in Anspruch genommen, wohingegen 16 Personen mit positivem GAD2 Score keine Versorgung erhielten (Versorgungslücke von 24%). Für jeweils 13% und 10% der PHQ2-positiven bzw. GAD2-positiven Teilnehmer*innen konnte keine Aussage zur Deckung des Bedarfs getroffen werden, da diese keine Angaben zu Inanspruchnahme psychologischer Versorgungsangebote gemacht haben.

Im allgemeinmedizinischen Bereich ergab sich bei Befragten mit schlechtem allgemeinen Gesundheitszustand eine Versorgungslücke von 12% (n=5), für jene mit chronischen Erkrankungen betrug diese 13% (n=9), für jene mit schweren körperlichen Beeinträchtigungen 7% (n=3) und für jene mit Schmerzen 17% (n=5). Jedoch machten im Bereich der allgemeinmedizinischen Versorgung ein Großteil der Teilnehmer*innen (je nach Indikator 35%-40%) keine Angabe zur Inanspruchnahme, sodass die tatsächliche Versorgungslücke hier möglicherweise unterschätzt wurde.

Abbildung 6: Potenziell ungedeckter Bedarf an gesundheitlicher Versorgung durch Allgemeinmediziner*innen und Psycholog*innen, Psychiater*innen und Psychotherapeut*innen nach zu Grunde liegender Morbidität



Ausblick

Die Befragung von Geflüchteten in Rahmen des Projektes RESPOND stellt den ersten Versuch dar, für die Klient*innen der Psychosozialen Zentren vergleichbare Daten anhand multilingualer Survey-Methoden zu erheben. Solche Daten sind unabdingbar, um für diese Personengruppe die gesundheitlichen Bedarfe und Versorgungsmuster, sowie eventuelle Versorgungslücken abzubilden. Die erhobenen Daten aus den Psychosozialen Zentren bieten in einer ersten deskriptiven Auswertung diesbezüglich bereits wertvolle Einblicke. In weiteren statistischen Auswertungen sollen mögliche Zusammenhänge und Muster noch einmal genauer untersucht werden: zum einen sollen die Trends physischer Komorbidität bei Personen mit starker psychischer Belastung anhand zusätzlicher Daten zu chronischen Krankheiten ausgewertet werden. Zum anderen soll ein Vergleich der Unterschiede in der Versorgungslücke und im Verzicht auf Arztbesuche zwischen den Klient*innen der Psychosozialen Zentren und der Population in Gemeinschaftsunterkünften in Baden-Württemberg⁷ vorgenommen werden.