



Die
Mig-HealthCare
„Roadmap“ &
„Toolbox“ für die
wirksame Umsetzung
Community-
orientierter
Versorgungsmodelle
für Migranten und
Flüchtlinge



Co-funded by the European Union's
Health Programme (2014-2020)



Mig-HealthCare - Stärkung der Community-orientierten Versorgung, um gesundheitliche Ungleichheiten zu minimieren und die lokale Integration gefährdeter Migranten und Flüchtlinge zu verbessern.

Das **Mig-HealthCare-Konsortium** umfasst die folgenden Partner:

- Prolepsis Institute – Koordinator, **Griechenland**
- Medical School, National and Kapodistrian University of Athens, **Griechenland**
- Region of Sterea Ellada, **Griechenland**
- National Health Operations Centre (NaHOC), Ministry of Health, **Griechenland**
- Central Union of Greek Municipalities (KEDE), **Griechenland**
- Oxfam Italia, **Italien**
- Ethno-Medizinisches Zentrum, **Deutschland**
- National Center of Infectious and Parasitic Diseases, **Bulgarien**
- Ecole des Hautes Etudes en Sante Publique, **Frankreich**
- CARDET, **Zypern**
- KOPIN, **Malta**
- Uppsala University, **Schweden**
- Verein Multikulturell, **Österreich**
- University of Valencia, Polibienestar, **Spanien**

Vorgeschlagene Zitierung:

Karnaki P., Zota D., Riza E., Grech W., Bitschnau B., Agaidyan O., Patouris E., Sherlaw W., Brinkmann D., Gil-Salmerón A., Garcés-Ferrer J., Christova I., Kunchev A., Pezzati P., Tizzi G., Bradby H., Lebano A., Hamed S., & Linos A. (2020). The Mig-HealthCare Roadmap & Toolbox for the effective implementation of community care models for Migrants & Refugees.

Inhalt

Einleitung	5
Sprach-, Kultur- und Kommunikationsprobleme	11
Kontinuität von Informationen	17
Psychische Gesundheit	21
Impfungen	25
Gesundheit von Müttern und Kindern	31
Gesundheitsförderung	35
Mundgesundheit – Dentalpflege	45
Nichtübertragbare Krankheiten und chronische Krankheiten	49
Der Mig-HealthCare-Algorithmus	52
Referenzen	61

► Einleitung

Seit der Krise im Nahen Osten im Jahre 2011 gab es in Europa verstärkte Migranten- und Flüchtlingsströme, die hauptsächlich an den Mittelmeerküsten ankamen. Gemäß den UNHCR-Daten wurden 70,8 Millionen Menschen gewaltsam aus ihrer Heimat vertrieben. Seit 2015 sind über 2.000.000 Flüchtlinge und Migranten in Europa angekommen; große Migranten-/Flüchtlingsströme folgen bis heute. Die Notwendigkeit, die Gesundheitsprobleme von Migranten/Flüchtlingen anzugehen und den Zugang zur Gesundheitsversorgung für diese gefährdete Bevölkerungsgruppe zu erleichtern, nimmt zu.

Der UN-Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, Artikel 12.1, führt an: „Die Vertragsstaaten für den gegenwärtigen Pakt erkennen das Recht eines Jeden für den Genuss des höchsten erreichbaren Standards körperlicher und geistiger Gesundheit an“ (UN 1966). Im europäischen Kontext gibt die Charta der Grundrechte an, dass jeder das Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und medizinischen Behandlung hat. Dennoch gibt es für Migranten und Flüchtlinge immer noch Probleme beim Zugang zur Gesundheitsversorgung.

Die systematische Literaturrecherche, die vom Mig-HealthCare-Konsortium zum Zugang zur Gesundheitsversorgung von Migranten und Flüchtlingen, durchgeführt wurde, zeigt, dass Ungleichheiten zwischen Migranten und Nicht-Migranten bezüglich ihrer Gesundheit und dem Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen fortbestehen.

Ungleichheiten sind das Ergebnis rechtlicher Hindernisse, die in vielen EUMS beim Zugang zur Versorgung für Migranten, Flüchtlinge und Asylbewerber und insbesondere Migranten ohne Ausweispapiere vorhanden sind. Allerdings werden Ungleichheiten auch auf die wirtschaftliche Lage von Migranten zurückgeführt, denen möglicherweise die Mittel für den Zugang oder für die Zahlung für Gesundheitsdienstleistungen fehlen. Ungleichheiten

ten sind außerdem das Ergebnis von Sprachbarrieren, Diskriminierung und dem, was in vielen Veröffentlichungen als Mangel an kultureller Kompetenz von Gesundheitsdienstleistern bezeichnet wird (Lebano et al., 2018).

Migranten und Flüchtlinge in Europa sind im Allgemeinen junge gesunde Erwachsene, aber es gibt auch einen wesentlichen Anteil an Familien, Älteren und Behinderten (WHO, 2018). Ihre Gesundheitsbedürfnisse bringen sie in eine benachteiligte Position als Ergebnis der Exposition gegenüber vielen Risikofaktoren wie lange und gefährliche Reisen, Obdachlosigkeit, Mangel an Versicherungsschutz, Gewalterfahrungen, mentales und physisches Trauma und Ausbeutung (WHO, 2018). Dies sind Anzeichen dafür, dass Migranten und Flüchtlinge einen schlechteren Gesundheitsstatus aufweisen als die Bevölkerung des Aufnahmelandes, wie eine erhöhte Kindersterblichkeit, ungünstige gynäkologische Befunde und unbehandelte chronische Krankheiten. Außerdem setzen Faktoren wie kulturelle und Sprachbarrieren, Arbeitslosigkeit oder schlecht bezahlte, illegale oder unsichere Jobs sie erhöhten Gesundheitsrisiken aus (WHO, 2018).

Das Mig-HealthCare-Projekt

Mig-HealthCare - „Stärkung der Community-orientierten Versorgung, um die gesundheitlichen Ungleichheiten zu minimieren und die lokale Integration gefährdeter Migranten und Flüchtlinge zu verbessern“ ist ein dreijähriges Projekt, welches im Mai 2017 mit finanzieller Unterstützung der Europäischen Kommission gestartet wurde. Das Projekt wird von einem Konsortium aus Universitäten, nationalen Behörden und NGOs aus zehn Ländern in ganz Europa mit unterschiedlichen Erfahrungen bezüglich der Probleme der öffentlichen Gesundheit und Integration von Flüchtlingen und Migranten umgesetzt.

Das Gesamtziel von Mig-HealthCare ist es, den Zugang zum Gesundheitswesen für gefährdete Migranten und Flüchtlinge zu verbessern, ihre Integration und Teilhabe in Europäischen Gesellschaften zu unterstützen und gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren.

Was beinhaltet die Mig-HealthCare-Roadmap & Toolbox?

Die Roadmap & Toolbox ist eine nutzerfreundliche Online-App, die die Schlüsselschritte für eine optimale Gesundheitsversorgung für Migranten und Flüchtlinge aufzeigt, sowie auf nützliche Tools hinweist, die entweder von Gesundheitsfachkräften oder Migranten und Flüchtlingen genutzt werden können. Darüber hinaus stellt sie Beispiele guter Praxis vor. Sie umfasst weiterhin einen Algorithmus, der Gesundheitsfachkräften als „Leitfaden“ für eine optimierte Gesundheitsversorgung für Patienten mit einem Migranten-/Flüchtlings-Hintergrund dienen kann.

Die Online-Version ist im betreffenden Abschnitt der Website des Projekts zu finden:

<https://www.mighealthcare.eu/roadmap-and-toolbox>.

Die **Mig-HealthCare-Roadmap** umfasst:

1. Die notwendigen Maßnahmen, die eine Gesundheitsfachkraft während der Versorgung von Migranten und Flüchtlingen treffen muss bezüglich:

- › Kontinuität von Informationen
- › Sprach-, Kultur- und Kommunikationsproblemen
 - Sprache und Kommunikation
 - Kultureller Probleme
 - Gesundheitskompetenz

2. Informationen bezüglich Gesundheitsproblemen von besonderer Wichtigkeit für Migranten und Flüchtlinge:

- › Psychische Gesundheit
- › Impfungen
- › Gesundheit von Müttern/Kindern
- › Gesundheitsförderung
 - Gebärmutterhals- und Brustkrebs-Screening
 - Darmkrebs-Früherkennung
 - Alkohol
 - Rauchen
 - Ernährung
 - Bewegung

- › Mundgesundheits-/Dentalpflege
- › Nichtübertragbare Krankheiten (NCDs) und chronische Krankheiten

3. Vielversprechende Praxisbeispiele

Die Mig-HealthCare-Partner überprüften und bewerteten einschlägige Maßnahmen, die auf Gesundheitsprobleme von Migranten/Flüchtlingen abzielten. Einige dieser Maßnahmen, die positiv bewertet wurden und als Beispiele guter Praxis betrachtet wurden, konnten in unterschiedlichen Kontexten angewandt werden. Mehr Informationen über diese und andere vielversprechende Beispiele sind auf der Website des Projekts <http://www.mighealthcare.eu/> zu finden, durch Zugriff auf den Bericht mit dem Namen 'D5.1: Bericht über Modelle der gemeinschaftlichen Gesundheit und Sozialfürsorge und Best Practice': <https://mighealthcare.eu/resources/D5.1%203%20Models%20of%20community%20health%20and%20good%20practices.pdf>

4. Tools

Die Toolbox umfasst ungefähr 300 Tools, die zu den unterschiedlichen oben erwähnten Kategorien gehören. Auf die Toolbox kann direkt von der Mig-HealthCare-Website aus oder über die verschiedenen Roadmap-Kategorien zugegriffen werden. Die Suche nach Tools wird durch verschiedene Filter (thematische Kategorie, Sprache, Endnutzer, Materialtyp) vereinfacht.

5. Der Algorithmus

Der Mig-HealthCare-Algorithmus, ist ein Tool, um die Gesundheitsfachkräfte bei der Behandlung von Migranten/Flüchtlingen durch alle notwendigen Schritte zur Identifizierung von Gesundheitsproblemen besonderer Wichtigkeit zu führen.

An welche Zielgruppe richtet sich die Roadmap & Toolbox?

Die Roadmap ist wertvoll und nützlich für eine große Auswahl an Gesundheitsfachkräften sowohl für Einzelpersonen als auch auf Organisationsebene. Mögliche Zielgruppen umfassen:

- › Gesundheitsfachkräfte aller Fachgebiete, einschließlich Ärzte und Krankenschwestern, die auf unterschiedlichen Ebenen lokal, regional und national arbeiten

- › Fachkräfte der Gesundheitsadministration
- › Manager und Mitarbeiter von Gesundheitsdienstleistern, einschließlich Krankenhäusern und Gesundheitszentren auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene
- › NGOs
- › lokale Behörden

Wie verwendet man die Mig-HealthCare-Roadmap und -Toolbox?

Gesundheitsfachkräfte können jederzeit auf die Inhalte der Roadmap & Toolbox zugreifen, um Informationen über die wichtigen Themen bei der Behandlung von Migranten/Flüchtlingen zu erhalten. Es ist möglich, ein bestimmtes Thema gezielt auszuwählen, falls ein ganz spezifisches Problem angesprochen werden soll oder den gesamten Inhalt einer Kategorie abzurufen. Anwendungsbeispiele:

- › Gesundheitsexperten, aber auch Interessenvertreter auf kommunaler Ebene können einzelne Tools verwenden oder in der Roadmap & Toolbox beschriebene Best-Practice-Beispiele an die Gegebenheiten in ihrer Community anpassen.
- › Gesundheitsexperten können die Tools, welche unter jedem Gesundheitsthema gefasst werden, entweder ihren Patienten zur Verfügung stellen oder nutzen, um ihre Arbeit zu vereinfachen.
- › Gesundheitsexperten können den Algorithmus verwenden, wenn sie Migranten/Flüchtling behandeln, um sicherzustellen, dass sie die wichtigsten Probleme ansprechen, welche das Mig-HealthCare-Projekt bezüglich der Gesundheit von Migranten/Flüchtlingen identifiziert hat.

Wie wurden die Roadmap und die Toolbox entwickelt?

Die Roadmap & Toolbox wurde als Teil des Mig-HealthCare-Projekts erstellt, basierend auf einer umfangreichen Recherche:

- › Durch originäre Forschung von Gesundheitsexperten identifizierte Bedürfnisse und Lücken bei der Behandlung von Migranten und Flücht-

lingen: Fokusgruppen und Interviews wurden in 10 EU-Ländern (Griechenland, Zypern, Deutschland, Bulgarien, Schweden, Spanien, Österreich, Italien, Malta und Frankreich) durchgeführt.

- › Eine systematische Recherche vielversprechender Praxisbeispiele wurde in der Europäischen Union und weltweit durchgeführt. In einer Umfrage wurden 1.350 Migranten und Flüchtlinge in 10 EU-Ländern (Griechenland, Zypern, Deutschland, Bulgarien, Schweden, Spanien, Österreich, Italien, Malta und Frankreich) bezüglich ihres Gesundheitszustands, Gesundheitsproblemen und Zugang zum Gesundheitswesen befragt. Es wurde außerdem eine systematische Literaturrecherche in 10 EU-Ländern und international bezüglich der Probleme für Migranten und Flüchtlinge im Gesundheitswesen durchgeführt. Zusätzlich wurden relevante Tools auf EU-Ebene und international identifiziert.

Ein detaillierter Bericht aller oben genannten Maßnahmen ist auf der Mig-HealthCare-Website verfügbar.

Zugang zur Roadmap & Toolbox

Diese Veröffentlichung stellt eine kurze Beschreibung der thematischen Kategorien der Roadmap, der Toolbox sowie des Algorithmus dar. Die vollständige Roadmap & Toolbox ist verfügbar auf der Mig-HealthCare-Website - <https://mighealthcare.eu/roadmap-and-toolbox> wo Zugang zu mehr Informationen, vielversprechenden Praxisbeispielen und Tools für jede thematische Kategorie besteht. Durch die Toolbox können Sie auf mehr als 300 verschiedene Tools in verschiedenen Sprachen zugreifen.

► Sprach-, Kultur- und Kommunikationsprobleme

Sprache und Kommunikation

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) gibt an, dass weltweit nur ungefähr 600 bis 700 Millionen Menschen Englisch als Zweitsprache verwenden, zusätzlich zu 335 Millionen Englisch-Muttersprachlern. Das bedeutet, dass, ein Großteil der Weltbevölkerung, ungefähr sechs Milliarden Menschen, wenig oder gar keinen Zugang zu einem großen Bestand an Gesundheitsinformationen hat, weil dieser nur auf Englisch verfügbar ist.

Sprache wird als wesentliche Barriere im Zugang zu qualitativ hochwertiger Gesundheitsversorgung betrachtet. „Bei der öffentlichen Gesundheit betrifft die sprachliche Trennung zwischen denjenigen, die Gesundheitsinformationen bereitstellen und denjenigen, die Informationen benötigen, jeden, von Ärzten und Patienten bis hin zu Managern im Gesundheitswesen und politischen Entscheidungsträgern“ (WHO, 2015, p.365).

Kommunikation ist wichtig für qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung und ein zentraler Aspekt jeder Interaktion (White et al., 2015). Eines der wichtigsten Bedürfnisse von Patienten ist es, ihre Symptome und Situation den Gesundheitsfachkräften mitzuteilen.

Effektive Arzt-Patient-Kommunikation kann zu besseren Gesundheitsergebnissen führen, was zur Gesamtgesundheit der Gemeinschaft beiträgt.

Wenn man die Sprache des Gastlandes nicht sprechen kann, stellt dies eine deutliche Barriere für eine effektive Kommunikation dar.

Multikulturalismus und Multilingualismus sind extrem häufig in Europa geworden, was zu Sprachbarrieren im Gesundheitswesen führt. Patienten,

deren erste Sprache nicht die gleiche ist, wie die des Gesundheitsdienstes, der sie behandelt, werden wahrscheinlich schlechtere Gesundheitsergebnisse erzielen (Divi et al., 2007). Obwohl viele große Gesundheitseinrichtungen Zugang zu Dolmetscherdienstleistungen haben, was eng mit verbesserter Patientenzufriedenheit und positiver Kommunikation in Verbindung gebracht wird, ist die Verfügbarkeit von Dolmetschern nicht ausreichend, um eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Eine eingehende Untersuchung von 39 somalischen Migrantinnen in einem Geburtshilfzentrum in London zeigte, dass die Verfügbarkeit von Übersetzern alleine nicht ausreichend ist, um kulturelle Barrieren zu überwinden (Binder et al., 2012).

Wichtige Schritte/Anforderungen für den Gesundheitsbereich

Es ist wichtig, dass Migranten/Flüchtlinge entsprechende Sprachdienstleistungen, wie beispielsweise Dolmetscher, innerhalb der Gesundheitsversorgung erhalten. Laut der Australian Psychological Society (2013) sollte die vereinfachte effektive Kommunikation über einen Dolmetscher folgendes umfassen:

- › Mit der Person sprechen, nicht mit dem Dolmetscher. Versuchen Sie, dem kulturellen Hintergrund entsprechenden Augenkontakt mit dem Patienten zu halten, auch wenn der Dolmetscher gerade dolmetscht. Beim Sprechen oder Zuhören beobachten Sie eher den Patienten als den Dolmetscher, damit nonverbale Signale beobachtet werden können. Sprechen Sie direkt mit dem Patienten, indem Sie die erste Person „Ich“ und zweite Person „Du“ verwenden, eher als „er“ oder „sie“. So können Sie ein genaueres Verständnis der Wörter und Emotionen ermöglichen.
- › Vermeiden Sie die Verwendung technischer Sprache, Metaphern und Akronymen.
- › Wiederholung kann beim Verständnis helfen.
- › Verwenden Sie kurze, einfache Sätze.
- › Pausieren Sie nach einem oder zwei Sätzen, um dem Dolmetscher zu ermöglichen, die Nachricht weiterzugeben.
- › Gesundheitsfachkräfte können Diagramme oder Bilder verwenden, um das Verständnis zu verbessern.

- › Fragen Sie den Patienten, ob Sie in einer angemessenen Geschwindigkeit sprechen oder ob Erläuterung notwendig ist.
- › Bitten Sie um Feedback während der Beratungsgespräche, um sicherzustellen, dass der Patient mit dem Dolmetschprozess zufrieden ist.

Kulturelle Probleme

Mit der Zunahme der Bevölkerung von Migranten in Europa wurde (inter-)kulturelle Kompetenz als eine Möglichkeit erkannt, Gerechtigkeit im Zugang zum Gesundheitswesen zu sichern und um Migranten und Flüchtlingen eine leicht zugängliche Gesundheitsversorgung zu ermöglichen (Jongen, McCalman und Bainbridge, 2018). Kultur wird beschrieben als „Muster aus Ideen, Sitten und Verhaltensweisen geteilt von bestimmten Menschengruppen oder der Gesellschaft. Diese Muster kennzeichnen Mitglieder als Teil einer Gruppe und unterscheiden diese Mitglieder von anderen Gruppen“ (How Culture Influences Health, 2017).

Das Konzept kultureller Kompetenz wurde in den 1980ern eingeführt, um die mangelhafte Fähigkeit der Gesundheitsdienstleister anzusprechen, eine gleichberechtigte und diskriminierungsfreie Versorgung für vielfältige Bevölkerungsgruppen zu fördern. Seitdem hat sich eine Reihe von kulturelle-Kompetenz-Rahmenplänen entwickelt, die sich auf verschiedene Themen konzentrieren, einschließlich dem Wissen über Minderheitenkulturen, Einstellungen zu Minderheiten und neu angekommenen Immigranten sowie Wissen über den Einsatz von Dolmetschern in der Gesundheitsversorgung und die Zusammenarbeit mit Kulturmittlern. Das Konzept kultureller Kompetenz hat sich mit der Zeit weiterentwickelt, um nicht nur die Interaktion zwischen den Gesundheitsdienstleistern, sondern auch die organisatorische und systemische kulturelle Kompetenz einzuschließen (Truong, Paradies & Priest, 2014).

Wichtige Schritte/Anforderungen für den Gesundheitsbereich

Verbesserung kultureller Kompetenz beim Gesundheitspersonal ist wichtig. Es ermöglicht einem Gesundheitsexperten, eine effektive Gesundheitsversorgung ohne Rückgriff auf Stereotypen bereitzustellen. Laut einem

Bericht über gesundheitliche Herausforderungen für Flüchtlinge und Immigranten (Bischoff, 2003) müssen Dienstleister kulturelle Faktoren berücksichtigen, wenn sie:

- › **Eine Anamnese und eine körperliche Untersuchung durchführen:** Die individuelle Migrationsgeschichte des Patienten hat Auswirkungen auf ihre Krankheitserfahrung. Dadurch ist es für die Fachkraft wichtig, etwas über ihr Leben und die sozialen Verhältnisse zu erfahren. Aspekte wie Lebensgeschichte, Schmerzempfinden, traditionelle/religiöse Heilpraktiken, Ernährung (Ernährungsgewohnheiten), Kenntnisse der lokalen Sprache, Arbeits- und Aufenthaltsstatus, Gewalterfahrung, Migrationsgeschichte (Gründe für die Migration, Traumaerfahrung, Flucht- und Integrationsgeschichte) müssen berücksichtigt werden.
- › **Behandlungsbedürfnisse beurteilen:** Der Gesundheitsdienstleister sollte die Krankheit in einem breiteren gesellschaftlichen Kontext sehen, weniger als individuelles Anliegen. Dies umfasst die Unterscheidung zwischen Heilung und Behandlung, das Teilen von Wissen über Gesundheit- und Wohlbefinden und das Einbeziehen der Familie und der Community des Patienten bei medizinischen Entscheidungen (Burgess, 204).

Zur Förderung der interkulturellen Kompetenz von Gesundheitsdienstleistern wurde außerdem empfohlen,:

- › die Sprache, Kultur und Ethnie des Patienten zu eruieren.
- › kulturelle Stereotype zu kennen.
- › den Einsatz von Familienangehörigen des Patienten als Dolmetscher zu vermeiden.
- › sich selbst mit kulturell spezifischen Ausdrucksformen von Leid vertraut zu machen.
- › Vertraulichkeit zu bewahren.
- › religiöse und soziale Tabus zu vermeiden.
- › Begleitpersonen des gleichen Geschlechts zu verwenden.
- › kulturell spezifische Rituale zu ermöglichen, beispielsweise nach dem Tod.
- › keine unbegründeten Vorannahmen zu machen.

Gesundheitskompetenz

Laut Sørensen et al. (2012) beinhaltet die Gesundheitskompetenz das Wissen und die Kompetenzen von Personen, um die komplexen Anforderungen in Bezug auf Gesundheit in modernen Gesellschaften zu erfüllen:

„Gesundheitskompetenz ist mit Lese- und Schreibfähigkeit verbunden und beinhaltet das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen von Menschen, auf Gesundheitsinformationen zuzugreifen, diese zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden, um Beurteilungen vorzunehmen und Entscheidungen im Alltag zu treffen bezüglich des Gesundheitswesens, der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung, um die Lebensqualität während des Lebenslaufs zu erhalten oder zu verbessern.“

Eingeschränkte Gesundheitskompetenz ist häufiger unter Patienten, die einen niedrigeren Bildungsstand haben, unter älteren Patienten sowie ethnischen Minderheiten und Migranten.

Laut Zanchetta und Poureslami (2006) ist die Gesundheitskompetenz neuzugewanderter Communitys mit verschiedenen ethnokulturellen Hintergründen bei Gesundheitsexperten weniger gut bekannt als andere Barrieren wie Sprach- und kulturelle Unterschiede, die den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen und Gesundheitsinformationen behindern.

Gesundheitskompetenz in der Gesundheitsversorgung zu berücksichtigen ist schwierig (Lee, Arozullah, & Cho, 2004; Nielsen-Bohlman et al., 2004). Faktoren wie die Einhaltung von Behandlungsanweisungen (Van Servellen et al., 2003, 2005), die Entwicklung von präventivem Verhalten wie beispielsweise Screening-Teilnahme und die angemessene Nutzung von Antibiotika (Stockwell et al., 2010) werden von Gesundheitskompetenz beeinflusst. In dieser Hinsicht hat der Erwerb von Fähigkeiten, sich im Gesundheitssystem zurecht zu finden, Wirksamkeit bewiesen (Soto-Mas et al., 2015 a,b; Yung-Mei et al., 2015).

Andererseits wird ein besseres Verständnis der Fähigkeiten und Bedürfnisse von Patienten mit begrenzter Gesundheitskompetenz benötigt, um Strategien zu entwickeln, die wirksame Kommunikationsmöglichkeiten schaffen. (Paashe-Orlow & Wolf, 2007). Auf diese Weise können Gesund-

heitsdienstleister und Gesundheitssysteme den Bedürfnissen von Patienten mit begrenzter Gesundheitskompetenz gerecht werden, indem sie mehr über diese Bedürfnisse wissen.



Bitte greifen Sie auf unsere Toolbox für zusätzliche Tools bezüglich Sprach-, Kultur- und Kommunikationsproblemen unter Migranten und Flüchtlingen über den folgenden Link zu: https://mighealthcare.eu/index.php?option=com_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=2&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0.

► **Kontinuität von Informationen**

Bevölkerungen in Bewegungen haben abweichende Gesundheitsmuster, einschließlich mehrerer Vulnerabilitäten, wie beispielsweise durch Lebensmittel und Wasser übertragbare Krankheiten aufgrund der beschwerlichen Reise und erhöhter Prävalenz von durch Impfung vermeidbarer Krankheiten. Migranten und Flüchtlinge zeigen einen nachteiligen Umgang mit nicht übertragbaren Krankheiten oder werden durch die Umstände dazu gezwungen, diese nicht ausreichend zu behandeln zu lassen. Sie verwenden oft ungeeignete Medikamente, was das Problem der antimikrobiellen Resistenzen verschärfen könnte und weisen psychische Probleme aufgrund von Trauma, Folter und der Migration selbst auf. Alle oben genannten Faktoren können zu erhöhter Mobilität und Mortalität in einer bereits gefährdeten Bevölkerungsgruppe führen.

Laut der New Yorker Erklärung für Flüchtlinge und Migranten, unterzeichnet von 193 Mitgliedsstaaten beim UN-Gipfel von September 2016, übernehmen die Staaten die Verantwortung für die Berücksichtigung der gesundheitlichen Bedürfnisse von Flüchtlingen und Migranten, die in ihren Ländern ankommen insbesondere unter Beachtung von Vulnerabilitäten und spezifischen gesundheitlichen Bedürfnissen wandernder Bevölkerungsgruppen in puncto Prävention, Behandlung, grundlegender Gesundheitserziehung und psychosozialen Unterstützung, mit dem Ziel, die Integration und Inklusion in die Gastgesellschaften zu verbessern (Matlin et al., 2018).

Die Fähigkeit der Gesundheitssysteme, auf die steigenden Gesundheitsbedürfnisse von Migranten und Flüchtlingen seit 2015 zu reagieren, wurde herausgefordert. Es gibt einen Bedarf an einem allgemeineren Ansatz, um die öffentliche Gesundheit und die Gesundheitssysteme dabei zu unterstützen, die Gesundheitsbedürfnisse von Migranten und Flüchtlingen effektiv anzusprechen. Einer der wichtigsten Faktoren optimaler Behandlung ist die Sicherstellung der Kontinuität von Gesundheitsinformationen, indem sichergestellt wird, dass die Dokumentation der Krankengeschichte von Migranten/Flüchtlingen, die in Europa ankommen, für die Versor-

gungsdienste während ihrer gesamten Reise verfügbar ist. Details des Gesundheitsprofils von Migranten und Flüchtlingen sind in vielen Fällen nicht verfügbar oder einschlägige Unterlagen fehlen oder sind verloren gegangen. Informationen über Krankengeschichte, Familiengeschichte, Behandlungsarten, Impfungen und erhaltene Beratung des Patienten stellt die Kontinuität der Gesundheitsversorgung sicher.

Zu diesem Zweck ist es notwendig, ein einheitliches Tool zu bestimmen, das verwendet wird, um die Gesundheitsbeurteilung zu vereinfachen und eine Kommunikationslinie durch die Staaten und über verschiedene Versorgungsstationen hinweg zu erzeugen, durch die die Krankengeschichte dieser Bevölkerungsgruppen nachvollziehbar wird.

So werden Gesundheitsdaten in verschiedenen Ländern innerhalb Europas verfügbar sein, da Migranten und Flüchtlinge sich bewegen. Auf diese Weise wird ihre Integration in die nationalen Gesundheitssysteme der Gastländer vereinfacht.

Wichtige Schritte/Anforderungen für den Gesundheitsbereich

Wie oben erwähnt, ist die Überwachung des Gesundheitszustands von Flüchtlingen und Migranten wichtig, um ihre eigene Gesundheit sowie die öffentliche Gesundheit in den Gastländern zu erhalten und zu fördern. Angesichts der hohen Mobilität und Vielfalt dieser Bevölkerungsgruppe wird die elektronische Patientenakte als Möglichkeit vorgeschlagen, Anamneseinformationen zu erfassen und sie für verschiedene Stationen auf dem Versorgungsweg von Migranten und Flüchtlingen verfügbar zu machen. Die elektronische Patientenakte (ePA) hat den Vorteil der leichten Zugänglichkeit. Voraussetzung dafür ist die Verfügbarkeit eines tragbaren Lesegerätes und die entsprechende Software, die es den Gesundheitsfachkräften ermöglicht, auf die relevanten Informationen zuzugreifen und sie zu aktualisieren.

Die elektronische Patientenakte (ePA) beinhaltet alle notwendigen Gesundheitsdaten der Flüchtlinge/Migranten, die in der EU ankommen. Da-

her bietet sie Gesundheitsfachkräften die Möglichkeit, den Gesundheitszustand einer Einzelperson zu beurteilen und diese Informationen für andere Experten verfügbar zu machen. Hierdurch wird Doppelarbeit vermieden. Die Inhalte und Verwendung solcher Aufzeichnungen werden durch die Anforderungen der europäischen Gesetzgebung zum Datenschutz abgedeckt. Es ist zudem wichtig, vor der Verwendung der ePA zu untersuchen, ob diese Methode durch die Zielbevölkerung akzeptiert wird, dass die notwendige Schulung der Gesundheitsfachkräfte bezüglich der ordnungsgemäßen Verwendung sichergestellt wurde und ihr Einsatz mit den vorhandenen Richtlinien und gesetzlichen Anforderungen übereinstimmt.

Bei der Einholung personenbezogener medizinischer Informationen, welche für andere Experten verfügbar sein wird und daher die Kontinuität von Informationen ermöglicht, sollte jegliche Anstrengung unternommen werden, um die schriftliche oder mündliche Zustimmung der Patienten durch die Erklärung des Prozesses zur Datensammlung und deren Verwendung zu erhalten, insbesondere, weil es sich um elektronische, personenbezogene Gesundheitsdaten handelt. Alle ethischen Grundsätze müssen gemäß den aktuellen Normen und Verfahren befolgt werden (Bonomi, 2016).

Elektronische Patientenakten werden verwendet, um:

- die Gesundheitsdatensammlung, -verarbeitung und -übermittlung zwischen Gesundheitsdienstleistern zu vereinfachen
- die klinische Entscheidungsfindung zu unterstützen
- den Verlust von Papierunterlagen zu erfassen.



Bitte greifen Sie auf unsere Toolbox für zusätzliche Tools bezüglich der „Kontinuität von Informationen“ bezüglich Migranten und Flüchtlinge über den folgenden Link zu: https://mighealthcare.eu/index.php?option=com_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=1&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0

► Psychische Gesundheit

Migranten und Flüchtlinge, die nach Europa kommen, wurden oft mit traumatischen Erlebnissen, wie beispielsweise Krieg und Verfolgung in ihren Herkunftsländern, konfrontiert. Vertreibung (einschließlich gewaltsamer Vertreibung), Not in Transitländern und Gefahren während der Reise zusammen mit Mangel an Informationen, Unsicherheit über die Zukunft und Feindseligkeit in Gastländern sind nur einige der zusätzlichen Faktoren, die Stress verursachen. Dies erfordert, dass Menschen sich schnell an neue Situationen anpassen können, gleichzeitig ist es möglich, dass sich unter Migranten und Flüchtlingen vorhandene soziale und psychische Gesundheitsprobleme aufgrund der neuen Lebensumstände in den Gastländern verschärfen. (Ventevogel et al., 2015).

Eine Übersichtsstudie von 2018 unter Migranten und Flüchtlingen innerhalb des Mig-HealthCare-Projekts untersuchte die Prävalenz psychischer Erkrankungen unter Migranten und Flüchtlingen in 10 europäischen Ländern. Die Studie fand heraus, dass 29,6 % der Teilnehmer berichteten, dass sie an psychologischen Krankheiten leiden, einschließlich Depression, Angst, Sorge und Stress.

Die Umfrage generierte auch einen SF-36-Score für die allgemeine psychische Gesundheit für jeden Teilnehmer mit Werten von 0 bis 100, wobei niedrigere Werte eine größere Belastung angeben. Wissenschaftler stellten einen SF-36-Score für die durchschnittliche psychische Gesundheit von 60,1 (SD 21,4) über alle Teilnehmer hinweg fest, was niedriger ist, als die normativen Scores für EU-Bevölkerungen, die über 65 liegen. Diese Scores variierten jedoch deutlich nach Herkunftsland. Die höchsten Scores zur mentalen Gesundheit wurden von Migranten aus Nigeria (65,0) und Syrien (64,2) gemeldet und der niedrigste von Migranten aus dem Iran (50,6) und Afghanistan (51,0). Durchschnittliche Scores variierten auch nach Land des aktuellen Aufenthalts, mit den höchsten Scores bezüglich mentaler Gesundheit bei Flüchtlingen und Migranten in Schweden (65,1) und Italien

(65,3) und den niedrigsten gemeldeten in Zypern (53,6) und Griechenland (53,7).

Anderen relevante Studien zeigen, dass:

- Die Quote der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) höher ist unter Flüchtlingen aufgrund von Zwangsvertreibung,.
- Flüchtlinge, die mehr als fünf Jahre lang in einem Gastland gelebt haben, wahrscheinlicher an depressiven und Angststörungen leiden, als die Gastbevölkerung.
- Psychische Störungen sind verbreiteter unter Langzeit-Flüchtlingen sind, da es ihnen an sozialer Integration und Beschäftigung mangelt.

(Mental health promotion and mental health care in refugees and migrants - Technical guidance, 2018).

Die WHO fasst die folgenden Risikofaktoren und Stressfaktoren zusammen, die zu schlechter psychischer Gesundheit unter Migranten/Flüchtlingen beitragen:

- Vor der Abreise:
 - Aussetzung von Krieg und Verfolgung
 - wirtschaftliche Not
- Reise und Transit:
 - lebensbedrohliche Ereignisse
 - Körperverletzung
 - Menschenhandel
- Ankunft:
 - wohnen in einem Land, das als „Transitstation“ gedacht war
 - schlechte Lebensbedingungen
- Integration:
 - schlechte Lebensbedingungen
 - Schwierigkeiten bei der kulturellen Anpassung - Kulturelle Anpassung wird als Anpassung der kulturellen Gewohnheiten, Sitten und Verhaltensweise des Gastlandes durch die Einzelperson definiert, was eine wichtige Rolle bei einer Veränderung des Verhaltens bezüglich gesundheitsbezogener Probleme spielen kann (Joshi et al., 2014).

- Probleme beim Erwerb eines Aufenthaltsstatus und Festnahmen
- soziale Isolation und Arbeitslosigkeit
- Konfrontation mit der Rückkehr

Wichtige Schritte/Anforderungen für den Gesundheitsbereich

Psychische Gesundheitsprobleme von besonderer Bedeutung für Migranten/Flüchtlinge sind:

- Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS)
- Schlaflosigkeit
- Akkulturationsstress

Hinsichtlich der Gesundheitsversorgung empfiehlt die WHO (2018) folgendes:

- Förderung der psychischen Gesundheit durch soziale Integration
- Klärung und Teilen von Informationen über Ansprüche auf Versorgung
- Erfassung von Hilfsangeboten (oder Schaffung neuer Angebote, falls erforderlich)
- Verfügbar machen von Dolmetschdienstleistungen und/oder Kulturmittlungen, auch unterstützt durch Informationstechnologie
- Auf die Integration psychischer, physischer und Sozialfürsorge hinarbeiten
- Sicherstellen, dass das Gesundheitspersonal für die Arbeit mit Migranten geschult ist

In Bezug auf die Angebotsplanung und -bewertung, welche wichtig sind für die Verbesserung der psychischen Gesundheitsfürsorge für Flüchtlinge und Migranten, hat die WHO (2018) zwei wichtige Empfehlungen:

- Investition in langfristige Folgeuntersuchungen und Angebotsbewertungen, um Angebotsplanung und Erbringung der Versorgungsleistung auf eine bessere Informationsbasis zu stellen.
- Teilen von Grundsätzen der Guten Praxis länderübergreifend

(Mental health promotion and mental health care in refugees and migrants Technical guidance, 2018).

Die Internationale Organisation für Migration (IOM) hat 11 Praxis-Grundsätze für die Förderung der psychischen Gesundheit und des psychosozialen Wohlbefindens formuliert (Ventevogel et al., 2015):

- Behandeln Sie alle Menschen mit Würde und Respekt und fördern Sie Eigenständigkeit.
- Reagieren Sie auf Menschen in Not auf humane und unterstützende Weise.
- Stellen Sie Informationen über Versorgungsangebote, Unterstützung und gesetzliche und Pflichten bereit.
- Stellen Sie relevante Psycho-Edukation bereit und verwenden Sie eine angemessene Sprache.
- Priorisieren Sie Schutz und psychosoziale Unterstützung für Kinder, insbesondere Kinder, die getrennt und unbegleitet sind und besondere Bedürfnisse haben.
- Verstärken Sie die Familienunterstützung.
- Identifizieren und schützen Sie Personen mit besonderen Bedürfnissen.
- Gestalten Sie Maßnahmen kulturelsensibel und stellen Sie eine angemessene Übersetzung sicher.
- Stellen Sie die Behandlung von Menschen mit schwerwiegenden psychischen Störungen sicher.
- Beginnen Sie keine psychotherapeutischen Behandlungen, die eine Folgebehandlung benötigen, wenn diese wahrscheinlich nicht möglich ist.
- Überwachen und sorgen Sie für Wohlbefinden des Personals und der Freiwilligen.



Bitte greifen Sie auf unsere Toolbox für zusätzliche Tools bezüglich des Umgangs mit „Psychischen Gesundheitsproblemen“ bei Migranten und Flüchtlinge über den folgenden Link zu: https://mighealthcare.eu/index.php?option=com_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=5&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0

► Impfungen

Migranten und Flüchtlinge werden wesentlichen Risikofaktoren für übertragbare Krankheiten ausgesetzt. Sie unternehmen lange Reisen von von Krieg betroffenen Ländern, die endemisch sind bezüglich armutsbedingter Krankheiten. Die nationale öffentliche Gesundheitsversorgung in den Herkunftsländern ist oft aufgrund politischer und wirtschaftlicher Krisen und Instabilität beeinträchtigt. Es ist trotzdem wichtig anzumerken, dass es laut WHO kaum Hinweise auf eine Verbindung zwischen Migrations-/Flüchtlingsströmen und der Einfuhr infektiöser Krankheiten gibt¹. Das Mig-HealthCare-Projekt liefert zudem Nachweise, dass Migranten/Flüchtlinge keine Gefahr bezüglich infektiöser Krankheiten in Gastländern darstellen - <https://mighealthcare.eu/e-library>

Im Jahre 2016 gaben WHO-UNHCR-UNICEF an, dass Migranten, Asylsuchende und Flüchtlinge einen „diskriminierungsfreien und gleichberechtigten“ Zugang zu Impfungen haben sollten und empfahlen, Migranten gemäß den Impfbestimmungen des Gastlandes² zu impfen. Es ist normalerweise aufgrund mehrerer Herausforderungen schwierig, die Migrantenbevölkerung zu erreichen, um sicherzustellen, dass Impfpläne befolgt werden: 1) Bewegung von Migranten und Flüchtlingen zwischen europäischen Ländern; 2) Mangel an Informationen über den Immunisierungsstatus von Migranten und Flüchtlingen; 3) Vermeidung von Registrierung und Impfung; 4) begrenzter Zugang zu Screenings; 5) Mangel an Koordination zwischen öffentlichen Gesundheitsdiensten von Nachbarländern (Mipatrini et al., 2017).

1. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migrationand-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues#292115>

2. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/news/news/2015/11/who,-unicef-and-unhcr-call-for-equitable-access-to-vaccines-for-refugees-and-migrants/who-unhcrunicef-joint-technical-guidance-general-principles-of-vaccination-of-refugees,-asylum-seekers-and-migrants-in-the-who-european-region>

Eine Übersichtsstudie von 2018 unter Migranten und Flüchtlingen in 10 Ländern in Europa innerhalb des Mig-HealthCare-Projekts veranschaulichte die alarmierend geringe Impfquote unter Migranten und Flüchtlingen in Europa. Mehr als 73 % der Teilnehmer berichteten nicht, dass sie einen Impfausweis haben. Sehr wenige berichteten, dass sie entweder in ihrem derzeitigen Land oder im Land des Eintritts in die EU Impfungen erhalten haben (Werte reichen von 6,9 % für Influenza und 21,3 % für Tetanus).

Zahl der Immunisierungen für acht Krankheiten werden in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Durchimpfungsrate unter erwachsenen Migranten und Flüchtlingen (im derzeitigen Land oder im Land des Eintritts in die EU)

Krankheit	% Ich weiß nicht	% Nein	% Ja	N*
Hepatitis A	16.9	68.0	15.2	1,030
Hepatitis B	14.9	67.4	17.7	1,024
Influenza	16.3	76.8	6.9	954
Masern	16.0	70.1	13.9	1,006
Pneumokokken (Pneumonie)	16.3	70.9	14.8	1,008
Polio	15.7	69.5	14.8	1,003
Tuberkulose	15.2	68.7	16.1	1,008
Tetanus	14.7	64.0	21.3	1,027

Source: Mig-HealthCare Survey, 2018.

Die durch Impfstoff vermeidbaren Krankheiten von besonderer Bedeutung für Migranten/Flüchtlinge umfassen folgende:

Hepatitis B

Studien bezüglich der Verbreitung von HBV unter Migranten und Flüchtlingen zeigten eine Seroprävalenz einer aktiven Infektion von 7,2 % und einer allgemeinen Seroprävalenz (einschließlich Marker der vorherigen Infektion) von 39,7% (Rossi, 2012). Das Risiko war höher für Migranten aus Ostasien und Subsahara-Afrika. Eine systematische Überprüfung ergab

eine Prävalenz von HBsAg bei Migranten im Bereich von 1,0 bis 15,4 %, 2–6-fach höher als die der allgemeinen Bevölkerung (Hahne et al., 2013).

Masern, Mumps und Röteln

Studien zeigten mangelhafte Daten bezüglich Masernausbrüchen und Durchimpfungsraten unter Migranten in Europa. Die Prävalenz von seronegativen Einzelpersonen unter Migranten schwankte zwischen 6 und 13 %; Kinder hatten ein höheres Risiko ungeimpft zu sein (Jablonka et al., 2016). Im Ausland geborene Kinder in Deutschland hatten ein 3-fach höheres Risiko ungeimpft zu sein als in Deutschland geborene Kinder (Poethko-Mulle et al., 2009). Bezüglich Mumps machten seronegative Einzelpersonen 10,2% unter neu angekommenen Flüchtlingen in Deutschland aus (Jablonka et al., 2016). Ähnliche Ergebnisse wurden aus Schweden und dem Vereinigten Königreich gemeldet.

Poliomyelitis

In Deutschland waren weniger als 15 % der aus Syrien geflüchteten Kinder geimpft, während in Frankreich die Durchimpfungsrate unter HIV-infizierten Migranten 64,4 % betrug (Bottcher et al., 2015; Mullaert et al., 2015).

Tetanus

Studien zeigten geringere Durchimpfungsraten unter Migranten im Vergleich zu EU-geborenen Einzelpersonen. In der Schweiz hatten nur 27 % der neu angekommenen Migrantenkinder Antikörper gegen Diphtherie-Tetanus-Pertussis (de la Fuente et al., 2013).

Diphtherie

In Frankreich wurde eine Seroprävalenz von 69 % an Antikörpern gegen Diphtherie unter HIV-infizierten Migranten gefunden (Mullaert et al., 2015).

Windpocken

Studien in Deutschland zeigten, dass 3,3 % der neu angekommenen Asylsuchenden im Jahre 2016 seronegativ für IgG gegen die Windpockenerkrankung waren (de Valliere et al., 2011).

Wichtige Schritte/Anforderungen für den Gesundheitsbereich

Die gesundheitliche Versorgung in Auffangzentren von neu angekommenen Migranten und Flüchtlingen sollte umfassend, integriert und personenzentriert sein. Maßnahmen zur Reduzierung des Risikos von übertragbaren Krankheiten umfassen die Umsetzung der Gesundheitsprävention und des Gesundheitsmanagements. Der Zugang zu Impfungen ist vorrangig. Impfungen für Migranten und Flüchtlinge sollten gemäß den nationalen Richtlinien erfolgen. Migranten und Flüchtlingen sollten Impfpässe bereitgestellt werden, besonders, wenn sie sich zwischen Ländern bewegen.

Gemäß der ECDC und WHO sollten Impfungen für Migranten und Flüchtlingen folgendes umfassen:

- › Masern-Mumps-Röteln für Kinder ≤ 15 Jahren;
- › Poliomyelitis für Kinder und Erwachsene aus Ländern mit höheren Risiken;
- › Meningokokken-Erkrankung (vierwertige Impfstoffe gegen Meningokokken/Serogruppen A, C, W/135 und Z oder gegen Serogruppen A und/oder C);
- › Tetanus-Pertussis-Diphtherie;
- › Influenza, je nach Saison (Bradby et al., 2015).

Um Hindernisse für Impfungen zu überwinden, schlägt die WHO folgendes vor:

- › Anpassung der Impfversorgung
- › Ansprache gegenüber spezifischen Bevölkerungsgruppen verstärken

Speziell für Migranten und Flüchtlinge werden Kommunikationskampagnen als wichtig betrachtet und sollten die Botschaften über die Vorteile von Impfungen mit Methoden fördern, die auf die Bedürfnisse der Zielgruppe zugeschnitten sind. Ebenso wichtig ist die Sicherstellung des Ausbleibens rechtlicher Folgen für Migranten und Flüchtlinge, die sich bimpfen lassen wollen, aber einen unsicheren Aufenthaltsstatus haben.

Gemäß der ECDC (2018) sollte der Impfstatus von Migranten und Flücht-

lingen, die in Europa ankommen, zunächst basierend auf vorhandenen Unterlagen bewertet werden. Für den Fall, dass solche Unterlagen nicht verfügbar sind, sollten Migranten als ungeimpft betrachtet und gemäß den Impfplänen des Gastlandes geimpft werden.



Bitte greifen Sie auf unsere Toolbox für zusätzliche Tools bezüglich „Impfungen“ betreffend Migranten und Flüchtlinge über den folgenden Link zu: https://mighealthcare.eu/index.php?option=com_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=6&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0

► Gesundheit von Müttern und Kindern

Frauen machen 52 % der Migrantenbevölkerung aus (IOM, 2017). Im Ergebnis ist die Gesundheitsversorgung von Müttern ein wichtiges Thema bei der Gesundheitsversorgung von Migranten.

Die meisten Forschungen weisen auf schlechtere Gesundheitschancen von Müttern und Neugeborenen bei Migranten und Flüchtlingen im Vergleich zu den jeweiligen Gastbevölkerungen hin.

Migrantinnen zeigen im Allgemeinen schlechtere Schwangerschaftsverläufe im Vergleich zu einheimischen Frauen, wie in der höheren Inzidenz von Schwangerschaftsabbrüchen, Kaiserschnitten, Zangengeburt und anderen Komplikationen unter Migranten widergespiegelt wird (Keygneart et al., 2016). Zusätzlich zeigen Migrantinnen eine höhere Inzidenz von postpartalen Depressionen. Obwohl diese Befunde sich zwischen verschiedenen Migrantengruppen und zwischen den Gastländern unterscheiden (WHO, 2018), stellte sich heraus, dass neu angekommene Migrantinnen, besonders, wenn sie in der finalen Phase der Schwangerschaft sind oder einen unsicheren Rechtsstatus haben, ein besonderes Risiko haben (Gissler et al., 2010; Hayes, Enohumah & McCaul, 2011). Laut einer Metaanalyse im Jahre 2014 haben Migrantinnen in westeuropäischen Ländern ein doppelt so hohes Risiko während oder kurz nach der Schwangerschaft zu sterben (Pedersen et al., 2014).

Neben der gesteigerten maternalen Mortalität und Morbidität unter Migrantinnen hat die WHO (2018) einen negativen Trend bezüglich negativer Schwangerschafts-bezogener Indikatoren bei Migranten identifiziert. Obwohl diese Faktoren je nach Gastland, Herkunftsland und Gesundheitsergebnis variieren, umfassen sie:

- › psychische Krankheiten, wie postpartale Depressionen

- › perinatale und neonatale Morbidität und Mortalität (z. B. Fehlgeburt, Frühgeburt und angeborene Anomalien)
- › suboptimale Versorgungsqualität

Dieses erhöhte Risikoprofil bezüglich gesundheitlicher Komplikationen bei Müttern kann Ergebnis verschiedener Einflussfaktoren sein wie beispielsweise kulturelle, biologische, sozioökonomische Faktoren oder mit den Beschwerden der Migration selbst zusammenhängen. Dennoch wurde in Studien festgestellt, dass ein wesentlicher Teil der erhöhten Morbidität und Mortalität unter Migrantinnen auf suboptimale Gesundheitsfaktoren in den entsprechenden Gastländern zurückgeführt werden muss (Van den Akker, 2016; Keynaert et al., 2016):

- › Zugang zu und Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge
- › Die angebotene Versorgungsqualität, einschließlich der Möglichkeit der Angebote, auf diverse Patientengruppen einzugehen
- › Zugang zu und Verständlichkeit der Gesundheitssysteme

Im Allgemeinen wurde das höchste Risiko bezüglich suboptimaler Gesundheitsfaktoren bei neuzugewanderten Migrantengruppen beobachtet, am häufigsten für außereuropäische Nationalitäten (Almeida, 2013; Pedersen et al., 2014; Grech, Tratnik, & Pisani, 2016).

Wichtige Schritte/Anforderungen für den Gesundheitsbereich

Die WHO bezieht sich in ihren Empfehlungen auf bestimmte Fragestellungen, die besonders problematisch für Flüchtlingsfrauen und Migrantinnen sind. Diese umfassen, aber sind nicht beschränkt auf:

- › sich verstanden und unterstützt fühlen von Gesundheitsdienstleistern und in der Lage sein, sich aktiv mit ihnen befassen zu können
- › wissen, wie man gute Gesundheitsinformationen findet, sowie diese ausreichend lesen und verstehen können für ein aktives Management der persönlichen Gesundheit
- › soziale Unterstützung für ihre Gesundheit bekommen; und
- › Verstehen des Gesundheitswesens, um sich darin zurecht zu finden

Empfehlungen:

- › Gestalten Sie Gesundheitsinformations-Aktivitäten und Materialien wie Workshops, Broschüren und Werbekampagnen mit Inhalten zur Versorgung von Müttern und entsprechenden Gesundheitsrisiken in verständlicher Sprache und soziokulturell angemessen (sowohl pränatal als auch postnatal)
- › Entwickeln Sie Informationen in der Muttersprache der Zielgruppe zu Warnzeichen in der Schwangerschaft und zur Navigation durch das Gesundheitssystem, sowie zu den Möglichkeiten sozialer Unterstützung während einer Schwangerenfürsorge;
- › Teilen Sie die Verantwortung, um die Gesundheitskompetenz von Migrantinnen und Flüchtlingsfrauen zu erhöhen zwischen Interessenvertretern einschließlich Behörden, Gesundheitseinrichtungen und Ärzten, Erziehern und Community-organisierten Gemeinschaften und religiösen Organisationen.
- › Ergreifen und unterstützen Sie gemeinsame Initiativen von Migrantinnen und Frauen mit einem ähnlichen Hintergrund, die bereits Erfahrung mit Geburten in der entsprechenden Gastgesellschaft haben.

Die Bereitstellung hochwertiger Versorgung für Migrantinnen und Flüchtlingsfrauen wurde oft aufgrund von Sprachbarrieren und kulturellen Unterschieden (z. B. Geschlecht des Arztes) gefährdet, so zum Beispiel Unterschieden in Konzepten von Mutterschaft, Gesundheit, Erwartungen des Gesundheitswesens usw. (Almeida, 2013; WHO, 2018). Einige Empfehlungen für den Umgang mit dieser besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppe folgen nachstehend:

- › Screenings während der Schwangerschaft für alle verfügbar machen;
- › Übernehmen Sie ein personenzentriertes Betreuungsmodell, welches die gleiche Betreuungsqualität für alle schwangeren Frauen ermöglicht (z. B. Aktualität, Informationen, Respekt, ausreichende Diagnostik, angemessene Verwaltung und Transport), unabhängig vom Migrationsstatus und sensibel für Vielfalt.
- › Verweisen Sie Flüchtlingsfrauen und Migrantinnen an ein höheres Versorgungslevel, wenn angezeigt ist, dass sie auf Tuberkulose, Präeklampsie und auf die Normalentwicklung des Fötus untersucht werden sollen.

- › Setzen Sie nötigenfalls professionelle Dolmetscher und Kulturmittler ein, eher als Familienmitglieder, um die Kommunikation zwischen dem medizinischen Personal und Flüchtlingsfrauen und Migrantinnen zu vereinfachen. Betrachten Sie telefonische Beratungen als kostengünstige Alternative, wenn persönliche Dolmetschdienstleistungen keine Option sind.



Bitte greifen Sie auf unsere Toolbox für zusätzliche Tools bezüglich der „Gesundheit von Müttern und Kindern“ Migranten und Flüchtlinge über den folgenden Link zu: https://mighealthcare.eu/index.php?option=com_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=7&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0

► Gesundheitsförderung

Die Gesundheit wird als menschliches Grundbedürfnis und Menschenrecht betrachtet (WHO, 2017). Gesundheitsförderung wird in der Ottawa-Charter (WHO, 1986) definiert als ‚Prozess zur Befähigung von Menschen, die Kontrolle über ihre Gesundheit zu erhöhen und diese zu verbessern‘. Gesundheit wird als Ressource für den Alltag, nicht als das Ziel des Lebens gesehen.

Diese Prämisse wird im Fall von Migranten/Flüchtlingen nicht immer gewahrt. Es gibt eine Vielzahl an Fällen, die die inhumanen Bedingungen zeigen, die in Aufnahmelagern vorhanden sind, besonders in Ersteintrittsländern (Agier et al., 2018).

Im Allgemeinen sind Migranten, die nach Europa kommen, bei vergleichsweise guter Gesundheit bei ihrer Ankunft und in der ersten Zeit des Aufenthaltes innerhalb eines Gastlandes. Dieser Umstand, der als Healthy-Migrant-Effekt bekannt ist, kann größtenteils durch die Tatsache der sozialen Auswahl und Staaten-Screening erklärt werden (Constant, Garcia- Muñoz, Neuman & Neuman, 2018). Oft werden gesündere und jüngere Mitglieder einer Gesellschaft ausgewählt, die die notwendigen Fähigkeiten haben, um die gefährlichen Reisen aus Afrika, Syrien, Afghanistan und anderen kriegsgeplagten Ländern zu unternehmen. Es ist dennoch genauso richtig, dass sich ihre Gesundheit wahrscheinlich durch die folgende Ankunft aufgrund schlechter Unterkünfte- und Lebensbedingungen verschlechtert, welche ebenfalls wichtige Gesundheitsfaktoren darstellen. Jüngste Arbeiten im Bereich der Public-Health-Ethik gezeigt, dass die Gesundheit von Migranten als globales Allgemeingut betrachtet werden muss (Widdows & Marway, 2015). Dies stärkt die humanitären Argumente dafür (Wild & Dawson, 2018), dass es wichtig ist, die Gesundheit von Migranten zum Wohle aller in der Gesellschaft zu schützen und zu fördern.

Probleme bezüglich der Gesundheitsförderung unter Migranten und Flüchtlingen umfassen Gebärmutterhals- und Brustkrebs-Screenings, Darmkrebs-Früherkennung, Rauchen sowie Probleme bezüglich der Ernährung und Bewegung.

Gebärmutterhals- und Brustkrebs-Screening

Brustkrebs ist die häufigste Krebsart der Welt bei Frauen, während Gebärmutterhalskrebs die häufigste Krebsart bei Frauen in Entwicklungsländern ist (WHO, 2017). Brustkrebs-Screening wird durch eine Mammographie bei Frauen im Alter von 50-64 Jahren in Kombination mit einer monatlichen Selbst-Untersuchung der Brust durchgeführt, sofern es keine anderen spezifischen Risikofaktoren gibt, die eine Frau einem höheren Risiko für Brustkrebs wie die Familienvorbelastung aussetzen (Perry et al., 2008). Gebärmutterhalskrebs-Screening auf Bevölkerungsebene wird im Rahmen einer zytologischen Untersuchung bei der zur Erkennung von Läsionen bei Frauen aus der Zielgruppe im Alter von 25 bis 65 Jahren mittels eines Abstrichs durchgeführt. (Europäische Richtlinien zur Qualitätssicherung bei Gebärmutterhalskrebs-Screening, 2008). Es hat sich gezeigt, dass kulturelle und religiöse Unterschiede bei Einwandererbevolkerungen zusammen mit Sprachschwierigkeiten und Unzufriedenheit mit Gesundheitssystemen eine niedrigere Teilnahme an Gebärmutterhalskrebs-Screening-Aktivitäten begründen (Rosano et al., 2017).

Es ist notwendig, eine Krebsvorsorge auf Community-Ebene mit kulturell sensiblen und linguistisch angemessenen Angeboten zu gestalten und auf Krebspräventionsmöglichkeiten, wie z.B. bezogen auf Gebärmutterhals- und Brustkrebs, aufmerksam zu machen

Ergebnisse aus der Mig-Healthcare-Umfrage von 2018, die in 10 europäischen Ländern durchgeführt wurde, deuten darauf hin, dass die Quote der Inanspruchnahme von Krebsvorsorge unter Flüchtlingen und Migranten niedrig ist. Nur 5,1 % der Teilnehmer berichteten über die Teilnahme an einer Darmspiegelung. Von den weiblichen Teilnehmern dieser Studie hatten 20,4 % jemals einen Pap-Test und 12,8 % ein Mammogramm.

Darmkrebs-Früherkennung

Darmkrebs forderte die Leben von 154.000 Menschen in der EU-28 im Jahre 2015, was 11,7 % aller Todesfälle durch Krebs und 3,0 % der Gesamtanzahl der Todesfälle anderer Ursache entspricht. Von diesen Todesfällen waren 3,3 % Männer und 2,6 % Frauen (EUROSTAT, 2018).

Die Wahrnehmung der Bevölkerungsgruppe der Migranten und Flüchtlingen

bezüglich Darmkrebs deutet darauf hin, dass sie Darmkrebs nicht als Gesundheitsrisiko betrachten, im Gegensatz zur der lokalen Bevölkerung. Da ihre Teilnahme an der Darmkrebs-Früherkennung (jedem Screening-Test) sehr niedrig ist, führt dies in vielen Fällen zu einer Dickdarmkrebserkennung im späterem Stadium (Punzo & Rosano, 2018). Daten zeigen dennoch, dass das Auftreten von Darmkrebs unter Neuzugewanderten in einem Gastland seltener ist als in der lokalen Bevölkerung. Dies ist wahrscheinlich auf den Healthy-Migrant-Effekt zurückzuführen. Dieser Trend verringert sich mit der Zeit. Es wird geschätzt, dass 10 Jahre nach der Niederlassung im Gastland die Immigranten das Krebsrisikoprofil des Gastlandes annehmen.

Es ist notwendig, das Thema der Teilnahme an Darmkrebs-Früherkennungsuntersuchungen seitens der Flüchtlinge und Migranten durch Tools und Maßnahmen anzusprechen, die mit einer besseren Gesundheit assoziiert sind (Shuldiner et al., 2018).

Alkohol

Bedenken wurden geäußert über gefährlichen und schädlichen Alkoholkonsum unter Bevölkerungsgruppen, die durch bewaffnete Konflikte, Menschenrechtsverletzungen und Verfolgung gewaltsam aus ihrem Zuhause vertrieben wurden. (Johnson 1996; De Jong et al., 2002; UNHCR/WHO, 2008). Neueste Studien weisen darauf hin, dass die höchsten Prävalenzschätzungen von gefährlichem/schädlichem Alkoholkonsum von 17 % - 36 % in Flüchtlingslagern und 4 % - 7 % in Gemeinschaften unter Flüchtlingen, Binnenflüchtlingen (IDPs) und Asylsuchenden ausgehen (Horyniaket al., 2016). Eine Umsiedlung führt häufig zu schlechteren Lebensbedingungen, Verarmung und dem Verlust von Familie, Freunden, Vermögen, Lebensgrundlagen und Selbstwertgefühl, sowie kultureller und sozialer Unterstützung (Miller 2004; Porter & Haslam, 2005). Übermäßiger Stress und Angst können zu posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) und Depressionen führen, was dann zu einem verschlechterten psychischen Status führt und dadurch das Risiko von übermäßigem Alkoholkonsum erhöht (Kozaric-Kovacic, Ljubin & Grappe, 2000)

In Flüchtlingslagern ist es notwendig, die Existenz von substanzbezogenen Problemen früh zu erkennen. Des Weiteren ist die Verfügbarkeit von und der Zugang zu Behandlungsangeboten ein weiteres herausforderndes

Thema. Flüchtlinge haben möglicherweise keinen Zugang zu lokalen Behandlungsangeboten, Dienstleistungen können teuer sein oder es besteht kein Zugang zu Angeboten außerhalb der Flüchtlingslager. Kulturelle und sprachliche Unterschiede verkomplizieren diese Situation zusätzlich.

Maßnahmen, um gefährlichen Alkoholkonsum und Missbrauch anderer psychoaktiver Substanzen zu minimieren, können zu positiven Änderungen führen, müsse aber auf die spezifischen Bedürfnisse der Lebensumstände angepasst werden.

Schnelles Assessment mit entsprechenden Tools, Verständnis der Situation, gute Kooperation zwischen Personal und Flüchtlingen, sowie integrative Ansätze sind wesentlich.

Tabakkonsum

Es sind kaum Hinweise bezüglich des Tabak- und Substanzkonsums verfügbar, insbesondere unter Migranten/Flüchtlingen in Europa. Im Gegensatz zu den vergleichsweise niedrigeren Quoten des Substanzmissbrauchs unter Migranten und Flüchtlingen, war der Umfang des Nikotinmissbrauchs (Rauchen) unter Migranten höher, wie Studien, die in Frankreich und Finnland durchgeführt wurden, gezeigt haben (Khlat & Guillot, 2017; Salama et al., 2018; WHO, 2018). Genauer gesagt hatten Migranten in den zwei Ländern eine deutlich höhere Raucher-Quote vorzuweisen im Vergleich zu Migranten aus den gleichen Herkunftsländern und Nicht-Migranten.

Das Gesundheitsverhalten von Migranten- und Flüchtlingsbevölkerungen, einschließlich Rauchen, wird hauptsächlich durch den Herkunftsort, kulturellen Hintergrund, das Geschlecht und das Alter bestimmt (Salama et al., 2018). Ein wichtiger Faktor, der die Prävalenz und Frequenz des Rauchens unter verschiedenen Einzelpersonen beeinflusst, ist kulturelle Anpassung. Eine Studie, welche die migrationsbezogenen Veränderungen des Rauch-Verhaltens bewertet, deckte die niedrige Prä-Migrations-Prävalenz und die Vielfalt der Postmigrations-Trajektorien auf, was nahe legt, dass Tabakkonsum-Programme, die kürzlich zugewanderte Migranten als Zielgruppe haben, zur Verhinderung einer ungesunden Integration beitragen (Khlat et al., 2018). Eine weitere Studie zum Rauchverhalten von türkischen Immigranten zeigte, dass sie ihr Verhalten mit zunehmender Dauer des Aufenthalts (Reiss,

Lehnhardt & Razum, 2015) gegenüber dem der niederländischen/deutschen Mehrheitsbevölkerung angepasst hatten. Die neue Umgebung spielt daher eine wichtige Rolle entweder bei der Verbesserung oder Verschlechterung der allgemeinen Gesundheit oder dem Wohlbefinden der Migranten.

Wenige Programme konzentrieren sich auf die Prävention des und die Einstellung zum Tabakkonsum bei Migranten und Flüchtlingen. Gemäß einer Studie zum Rauchverhalten von Migranten in Österreich definieren die vorhandenen interkulturellen Unterschiede von Menschen mit oder ohne Migrantenhintergrund das Verhalten in Bezug auf das Rauchen, das Suchtverhalten und die Präferenzen gegenüber den Entwöhnungsprogrammen (Urban et al., 2015).

Aufgrund von Unterschieden zwischen kulturellen Hintergründen, Sprachen und Verhaltensweisen besteht eine starke Nachfrage nach passgenauen präventiven und Entwöhnungsprogrammen, die bedient werden muss.

Ernährung

Es gibt verschiedene Problematiken bezüglich gesunder Ernährung, die wichtig sind für Migranten/Flüchtlinge einschließlich Mangelernährung, Unterernährung und Ernährungsunsicherheit sowie auch Vitamin-A-, D- und B12-Mangel, Anämie, Eisenmangel und Adipositas.

Ernährungsunsicherheit

Ernährungsunsicherheit wird vom Landwirtschaftsministerium der Vereinigten Staaten (USDA) als eine Situation „begrenzter oder unsicherer Verfügbarkeit von ernährungsbedingten angemessenen und sicheren Speisen oder begrenzter oder unsicherer Fähigkeit, angemessene Speisen auf sozial annehmbare Art und Weise zu erlangen“ definiert.

Hohe Nahrungsmittelunsicherheiten werden unter umgesiedelten Flüchtlingen aus verschiedenen Gründen berichtet, einschließlich geringer Sprachkenntnisse und begrenzter beruflicher Kompetenzen (Gunell et al., 2015), sowie Schwierigkeiten, sich an das Leben im neuen Land zu gewöhnen (FAO und OPM, 2018).

Mangelernährung - Unterernährung (Abmagerung, Unterentwicklung, Untergewicht)

Mangelernährung in allen Formen, insbesondere Mikronährstoffdefizite und Unterernährung sind entscheidend in Bezug auf die Gesundheit von Flüchtlingen. Der Hohe Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen (UNHCR) erkennt Mangelernährung nicht nur als einen physiologischen Zustand an, sondern auch als Menschenrechtsproblem (UNHCR/WFP, 2006). Ursachen von Mangelernährung umfassen verschiedene miteinander verbundene Faktoren wie Krankheiten, schlechte Betreuungspraktiken, schlechte Umgebungsbedingungen, sowie Mangel an Zugang zu und Verfügbarkeit von nahrhaften Lebensmitteln (UNHCR, 2011). Flüchtlings- und Migrantenkinder neigen dazu, anfälliger zu sein für ernährungsbedingte Gesundheitsprobleme wie auch Mangelernährung und Übergewicht/Adipositas (WHO, 2018 c).

Mangelernährung und Mikronährstoff-Mängel können negative Auswirkung auf die Zukunft der Flüchtlingskinder haben. Daher ist es wichtig, dies zu überwachen und kurz- und langfristige Nachuntersuchungen durchzuführen, um mögliche gesundheitsschädliche Auswirkungen zu minimieren (UNHCR, 2019a, 2019b). Ein besonderes Augenmerk sollte auf das Stillen gelegt werden, da Stillen dabei hilft, eine Mangelernährung, bestimmte Krankheiten und Mortalität unter Säuglingen und jungen Kindern zu verhindern. Der UNHCR hat eine Richtlinie bezüglich der Akzeptanz, Verteilung und Verwendung von Milchprodukten in Flüchtlingsumgebungen entwickelt, um das Stillen zu schützen und zu fördern (UNHCR, 2006).

Gemäß der Ernährungsüberwachungsberichte der Internationalen Organisation für Migration von 2013 wurden bei der Untersuchung von 9.063 Flüchtlingskindern im Alter von 6-59 Monaten (12 % aller untersuchten Flüchtlinge im Jahre 2013), eine mittlere Prävalenz bezüglich der Abmagerung (5,3 %) niedrige Prävalenz bezüglich Unterentwicklung (17,6 %) und eine niedrige Prävalenz bezüglich Untergewicht (8,3 %) erkannt.

Gemäß einer Pilotstudie, bei der 192 Kinder im Alter von 1-18 Jahren in zwei Flüchtlingszentren in Nordgriechenland untersucht wurden, waren 7,8 % der Kinder untergewichtig, 4,6 % waren geschwächt und 13 % litten an mindestens einer Form der Mangelernährung. Mädchen waren am stärksten von Mangelernährung betroffen, im Vergleich zu Jungen. In Bezug auf Jugendliche erfuhren darüber hinaus, 21,7 % der Mädchen und 10 % der Jungen mindestens eine Form der Mangelernährung (Grammatikopoulou et al., 2019).

Vitamin A-, D- und B12-Mangel

Vitamin-A- und D-Mängel sind häufig bei Immigranten und Flüchtlingen, mit bis zu 80 % Betroffenen (Benson et al., 2007; Lips & de Jongh, 2018; Chaudhry et al., 2018; Seal et al., 2005; Beukeboom & Arya, 2018). Darüber hinaus kann ein schwerer Vitamin-D-Mangel (serum 25-Hydroxyvitamin D < 25 nmol/l) bei bis zur Hälfte der Kinder und Erwachsene nichtwestlicher Herkunft auftreten. Verschiedene Faktoren tragen zur Entwicklung von Vitamin-D-Mangel bei, einschließlich nicht ausreichender Besonnungsdauer, stärker pigmentierter Haut, dem Tragen von hautbedeckender Kleidung aus religiösen oder kulturellen Gründen, etc. (Benson et al., 2007; Lips & de Jongh, 2018; Chaudhry et al., 2018).

Vitamin-B12-Mangel ist ebenfalls häufig unter Flüchtlingen. Dieser Mangel wird hauptsächlich einem niedrigen Konsum von tierischen Nahrungsmitteln und Darmparasiten wie *Helicobacter pylori* zugeschrieben (Benson et al., 2015; Beukeboom & Arya, 2018).

Anämie und Eisenmangel

Eisenmangelanämie trifft öfter bei Migrantinnen und Migrantenkindern auf (Redditt et al., 2015; Beukeboom & Arya, 2018). Je nach Herkunftsland des Migranten wurde berichtet, dass die Quote der Anämie von 12 % bis 55 % reichte (Tanaka et al., 2018; Pavlopoulou et al., 2017; McCarthy et al., 2013; Raman et al., 2009; Hayes et al., 1998). Gemäß einer aktuellen Studie in einer Ambulanz mit Migranten stellten sich 13,7 % aller Immigranten- und Flüchtlingskinder (15,2 % Immigranten und 12,3 % der Flüchtlingskinder) mit Anämie vor. Darüber hinaus wurden niedrige Ferritinspiegel bei 17,3 % der Gesamtprobe beobachtet (Pavlopoulou et al., 2017).

Adipositas

Die Wahrscheinlichkeit, dass Migranten in neuen Ländern mit einem gesunden Körpergewicht ankommen, ist groß. Auf Grund sozioökonomischer Faktoren und Stress sowie der Konfrontation mit abweichenden Ernährungsmustern, scheinen Migranten und Flüchtlinge ungefähr 10-15 Jahre nach der Migration (WHO, 2018; Murphy et al., 2017) ein größeres Adipositas-Risiko im Vergleich zur Gastbevölkerung zu haben. Eine frühzeitige Prävention und Bildung bezüglich gesunder Ernährung sind wichtig, um die Verbreitung der Adipositasepidemie unter Migranten und Flüchtlingen zu stoppen. Aktivitäten zur Förderung des gesunden Gewichts bei

Migranten-/Flüchtlingsgruppen sollten zum Standard auf Ebene der Gesundheitsvorsorge in der Community gehören.

Bewegung

Das Bewegungspensum von Migranten/Flüchtlingen ist niedriger als das der nicht zugewanderten Bevölkerung und ist mit erhöhten gesundheitlichen Ungleichheiten assoziiert (Ainsworth, 2000; Sternfeld, Sternfield, Ainsworth & Quesenberry, 1999; Gadd et al., 2005; Wieland et al., 2013; Fischbacher, Hunt & Alexander 2004; Williams, Stamatakis, Chandola & Hamer, 2011).

Wahrgenommene Barrieren unter Migranten und Flüchtlingen umfassen kulturelle Unterschiede, den Mangel an Vertrautheit und Unbehagen bei der Teilnahme an körperlichen Aktivitäten, sowie der fehlende Glaube an die Gesundheitsvorteile von Bewegung (Koshoedo, Simkhada & van Teijlingen, 2015; Koshoedo, Paul-Ebhohimhen, Jepson & Watson, 2015; Devlin et al., 2012; Wieland et al., 2013).

Wichtige Schritte/Anforderungen für den Gesundheitsbereich

Kürzlich hat die WHO 8 Leitlinien zum Rahmen der Gesundheitsförderung von Migranten entwickelt (WHO, 2017). Diese umfassen:

- das Recht auf den Anspruch auf den höchsten erreichbaren Standards körperlicher und geistiger Gesundheit³
- Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung

3. Dieses Recht wurde in vielen internationalen Vereinbarungen und Verträgen verankert, wie beispielsweise Dem Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (1966); wie in der Präambel zur Verfassung der Weltgesundheitsorganisation angegeben. Der Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, Artikel 2.2 und Artikel 12, erkennt auch das Recht von jedermann auf das Nutznießungsrecht des höchsten erreichbaren Standards körperlicher und geistiger Gesundheit ohne Diskriminierung jeder Art von Rasse, Farbe, Geschlecht, Sprache, Religion, Politik oder anderer Meinung, nationaler oder sozialer Herkunft, Merkmal, Geburt oder einem anderen Status; Statuslösungen; Lösung WHA61.17 (2008) und WHA70.15 zur Förderung der Gesundheit von Flüchtlingen und Migranten. Die Wanderarbeiter (Zusatzbestimmung)-Konvention, 1975 (Nr. 143) verordnet, dass Wanderarbeiter die gleichen Rechte auf Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz wie jeder andere Arbeiter genießen sollen. Siehe hierzu Rahmen der Prioritäten und Leitlinien, um die Gesundheit von Flüchtlingen und Migranten zu fördern. http://www.who.int/migrants/about/framework_refugees-migrants.pdf

- › Gleichberechtigter Zugang zu Gesundheitsdiensten
- › am Menschen orientierte, Flüchtlings- und Migranten-/geschlechtersensible Gesundheitssysteme
- › nicht-restriktive Gesundheitspraktiken, basierend auf dem Gesundheitszustand
- › Regierungsweite und gesamtgesellschaftliche Ansätze
- › Partizipation und soziale Inklusion von Flüchtlingen und Migranten
- › Partnerschaft und Kooperation

Eine aktuelle rasche Recherche der Gesundheitsförderungs-Literatur (Laverack, 2018) hat verschiedene Strategien analysiert, die bei Migranten eingesetzt wurden. Diese können unterteilt werden in:

- a) allgemeine nicht-spezifische Strategien und Maßnahmen, basierend auf allgemeinen Grundsätzen zur Gesundheitsförderung, und
- b) maßgeschneiderte Maßnahmen für spezifische Migrantengruppen und um spezifische Gesundheits- und Präventionsprobleme anzusprechen.

Ergänzende Strategien umfassen Förderung der Gesundheitskompetenz, Bildung durch Peers und Community-Gesundheitsbildungsmodelle, in der bereits in der Aufnahmegesellschaft etablierte Mitglieder der Migrantengemeinschaft eine Rolle spielen, in dem sie als Dolmetscher und Kulturmittler agieren. Im Allgemeinen wurde angenommen, dass maßgeschneiderte Maßnahmen, insbesondere solche, die mit Community-basierten Organisationen unter Verwendung von kulturell angemessenen Botschaften und Methoden kooperieren, mit höherer Wahrscheinlichkeit effektiver waren als nicht-spezifische Programme.



Bitte greifen Sie auf unsere Toolbox für Beispiele von Tools, die bei Migranten/Flüchtlingen bezüglich der „Gesundheitsförderung“ verwendet werden, insbesondere solche zur Prävention von Rauchen und sicherem Alkoholkonsum, der Förderung von gesunder Ernährung und der Förderung des Gebärmutterhals- und Brustkrebs-Screenings über den folgenden Link zu: https://mighealthcare.eu/index.php?option=com_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=8&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0

► Mundgesundheit – Dentalpflege

Die WHO definiert Mundgesundheit als „ein Zustand frei von chronischen und Gesichtsschmerzen, Mund- und Rachenkrebs, Mundinfektion und Wunden, parodontalen (Zahnfleisch)- Krankheiten, Karies, Zahnverlust und anderen Krankheiten und Störungen zu sein, die die Fähigkeit zu beißen, kauen, lächeln, sprechen und psychosoziales Wohlbefinden einschränken“ (WHO, 2003).

Die Mig-HealthCare-Umfrage hat gezeigt, dass das häufigste chronische Gesundheitsproblem bei Migranten/Flüchtlinge Karies (36,2%) ist, wobei die häufigsten Gesundheitsprobleme, die Migranten als wichtig erachten, Zahnprobleme (51 %) sind.

Verschiedene wissenschaftliche Studien haben außerdem gezeigt, dass Zahnprobleme eine vergleichsweise hohe Prävalenzrate unter Migranten haben, insbesondere bei Migrantenkindern. Im Allgemeinen ist wenig bekannt über die Zahngesundheit von Migranten, sowie über ihr Mundgesundheitsverhalten, insbesondere bei der erwachsenen Bevölkerung.

Studien, die bis heute durchgeführt wurden zeigen, dass:

- › die Prävalenz von Karies unter Kindern von Migranten höher ist im Vergleich zu Kindern, die keinen Migrationshintergrund haben
- › Migrantenkinder sind häufiger von Zahnfleischentzündungen betroffen und suchen weniger wahrscheinlich eine kieferorthopädische Behandlung oder Beratung im Vergleich zu anderen Kindern der gleichen Altersgruppe auf
- › es eine starke Verbindung gibt zwischen dem Migrationshintergrund und der Inanspruchnahme regelmäßiger Zahnuntersuchungen sogar unabhängig vom sozioökonomischen und demografischen Status, sowie dem Wohnort und der Krankenversicherung. Es hat sich gezeigt, dass insbesondere jüngere Migranten (zwischen 18 und 29 Jahren) weniger präventive Zahnpflege- und regelmäßige Untersu-

chungen in Anspruch nehmen, als Nicht-Migranten (Erdziek, Dorothee Waury & Patrick Brzoska, 2017; Arabi, Reissmann et al., 2018).

Wichtige Schritte/Anforderungen für den Gesundheitsbereich

Während Migranten/Flüchtlinge sich in europäischen Aufnahmegesellschaften integrieren, wird der Bedarf an Mund- und Zahngesundheitsversorgung steigen und der Druck auf die zahnärztliche Versorgung in der EU deutlich zunehmen.

In einer Umfrage unter Flüchtlingen und Migranten, die innerhalb des Mig-HealthCare-Projekts in 10 EU-Ländern durchgeführt wurde, betrachteten 17,4 % ihren Zahnstatus als schlecht und 26,6 % als angemessen. Insgesamt 27,3 % haben während des vergangenen Jahres einen Zahnarzt besucht, während 23,7 % nie einen Zahnarzt oder eine Zahnklinik in ihrem Leben besucht hatten. Insgesamt 10,4 % sagten, dass sie ihre Zähne nicht täglich geputzt haben und 29,4 % der antwortenden Migranten wusste nicht, wohin sie hingehen sollten, für den Fall, dass sie einen Zahnarzt benötigen.

Daten über den Gesundheitszustand und die Nutzung von Zahnbehandlungen sind immer noch spärlich, aber es ist klar, dass besonders gefährdete Migrantengruppen, insbesondere besonders Flüchtlinge/Asylsuchende, keinen oder begrenzten rechtlichen Zugang zu einer vollständigen Mundversorgung haben. Die Verringerung von Eintrittsbarrieren zum Versorgungssystem und der Ausbau spezifischer Prophylaxe-Programme für die Migrationsbevölkerung sind notwendig für die langfristige Verbesserungen der Mundgesundheit. Neben den gesetzlichen Barrieren gibt es sozioökonomische Faktoren (Arbeitslosigkeit und/oder reduziertes Einkommen vs. hohe finanzielle Belastungen verbunden mit der zahnmedizinischen Versorgung) als Ursache für den begrenzten Zugang für Migranten zu angemessener mundgesundheitslicher Versorgung. Es ist wichtig, effektive Überwachungswerkzeuge zu implementieren, um zukünftige Präventionsprogramme zu steuern.

Bezüglich Migranten/Flüchtlingen wird folgendes empfohlen:

- › Überwachung des Mundgesundheitszustands, um die Gesundheitsprobleme der Community zu identifizieren

- › Diagnose und Analyse der Mundgesundheitsrisiken in der Community
- › informieren und bilden Sie die Zielbevölkerung durch Gesundheits-erziehungskampagnen, zielgerichtetes und kultursensibles Informationsmaterial, Medienbeteiligung, Community-Gruppen, Partnerschaften etc.
- › sich einsetzen für die Förderung von Politik- und Gesetzesänderungen und -durchsetzung
- › Durchführung von Schulungen bezüglich Community-orientierter Mundgesundheitsförderung, Betrachtung der geographischen Verteilung von Fachkräften und Monitoring von Aktivitäten

Die WHO weist zusätzlich auf die Wichtigkeit der Förderung der gesunden Lebenswelten hin, wie beispielsweise gesunde Städte, gesunde Arbeitsplätze und Gesundheitsförderungsschulen, um umfassende und unterstützende Umgebungen zur Förderung der Mundgesundheit unter Migranten und Flüchtlingen aufzubauen.



Bitte greifen Sie auf unsere Toolbox für zusätzliche Tools bezüglich der oralen/dentalen Gesundheitsprobleme unter Migranten und Flüchtlingen über den folgenden Link zu: https://mighealthcare.eu/index.php?option=com_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=9&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0

► Nichtübertragbare Krankheiten und chronische Krankheiten

Nichtübertragbare Krankheiten (NCDs) bei neu angekommenen Migranten und Flüchtlingen sind seltener im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung, auch wenn die Prävalenz von NCDs während bei zunehmender Dauer des Aufenthalts im Gastland ansteigt. (WHO, 2018).

Im Gegensatz dazu sind Flüchtlinge und Migranten, die bereits an NCDs leiden, anfälliger für Stress, der durch die Migration verursacht wird und sind aufgrund widriger Umstände und mangelhaftem Zugang zu angemessener Gesundheitsversorgung anfälliger für Krankheitskomplikationen.

Das Internationale Rote Kreuz schätzt, dass Menschen, die in einer Krise oder Notsituationen leben, zwei oder drei Mal häufiger akute Komplikationen vorhandener Gesundheitsprobleme erfahren (IRC, 2018).

Spezifische NCDs von besonderer Bedeutung für diese Gruppe umfassen Diabetes, Adipositas und Krebs.

Gemäß der WHO kann die Reise von Flüchtlingen und Migranten die Symptome verstärken oder eine lebensbedrohliche Verschlechterung von NCDs verursachen. Vulnerable Personen, wie beispielsweise ältere Menschen oder Kinder, haben das größte Risiko.

Komplikationen unter Migranten/Flüchtlingen, die an NCDs leiden, können laut der WHO (2018) eine Folge sein von:

- › Verletzungen: Faktoren wie sekundären Infektionen und schlechte Kontrolle von Glykämie gefährden die Handhabung akuter traumatischer Verletzungen;
- › Zwangsvertreibung: Verlust von Zugang zu Medikamenten oder medizinischen Geräten, Verlust von Verschreibungen, Mangel an Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen, was zur Verlängerung der Behandlungsunterbrechung führt;

- › Verschlechterung der Lebensbedingungen: Obdachlosigkeit, Wasserknappheit und Mangel an regelmäßiger Nahrungsmittelversorgung und Mangel an Einkommen tragen zur physischen und psychologischen Belastung bei; Unterbrechung der Versorgung: aufgrund der Zerstörung der Gesundheitsinfrastruktur, Unterbrechung der Medikamentenversorgung und Mangel an Gesundheitsdienstleistern, die getötet oder verletzt wurden oder nicht zur Arbeit zurückkehren können; und
- › Störung der Stromversorgung oder der sicheren Wasserversorgung mit lebensbedrohlichen Folgen, besonders für Menschen mit Nierenversagen im Endstadium, die eine Dialyse benötigen.

Wenn die Prävalenz von NCDs steigt, steigen gleichzeitig die Kosten bezüglich der Gesundheitsversorgung, die notwendig ist, um die negativen Auswirkungen zu behandeln, die bezogen auf gefährdete Gruppen offensichtlicher sind, wie beispielsweise Migranten und Flüchtling. Angesichts der Tatsache, dass NCDs chronisch sind und mit steigender Lebenserwartung die Dauer der Behandlung viele Jahre betragen kann, wird dies bei finanziellen Engpässen zur untragbaren Belastung. Besonders in Bezug auf gefährdete Gruppen, können solche Kosten nur vom staatlichen Gesundheitswesen und den Versicherungsanbietern abgedeckt werden, wobei es in der Tat kostengünstigere Wege der Krankheitsprävention gibt, welche solche hohen Kosten vermeiden könnten (EU Ageing Report 2015).

Wichtige Schritte/Anforderungen für den Gesundheitsbereich

Gemäß der WHO (2018) gibt es minimale Versorgungsstandards um dem Bedarf von Flüchtlingen und Migranten mit NCDs gerecht zu werden. Genauer gesagt umfassen diese:

- › die Identifizierung von Einzelpersonen mit NCDs, um den fortlaufenden Zugang zur Behandlung sicherzustellen, die sie vor ihrer Reise erhalten haben.
- › die Sicherstellung der Behandlung von Menschen mit akuter, lebensbedrohlicher Verschlimmerung und Komplikationen von NCDs.

- › Falls Behandlungen für NCDs nicht verfügbar sind, schaffen Sie klare Standardverfahren für Überweisungen.
- › Stellen Sie sicher, dass wesentliche Diagnosegeräte, Basis-Labor-tests und Medikamente zum routinemäßigen Management von NCDs in der primären Gesundheitsversorgung verfügbar sind. Medikamente, die auf der lokalen oder WHO-Liste der notwendigen Medikamente stehen, sind geeignet.

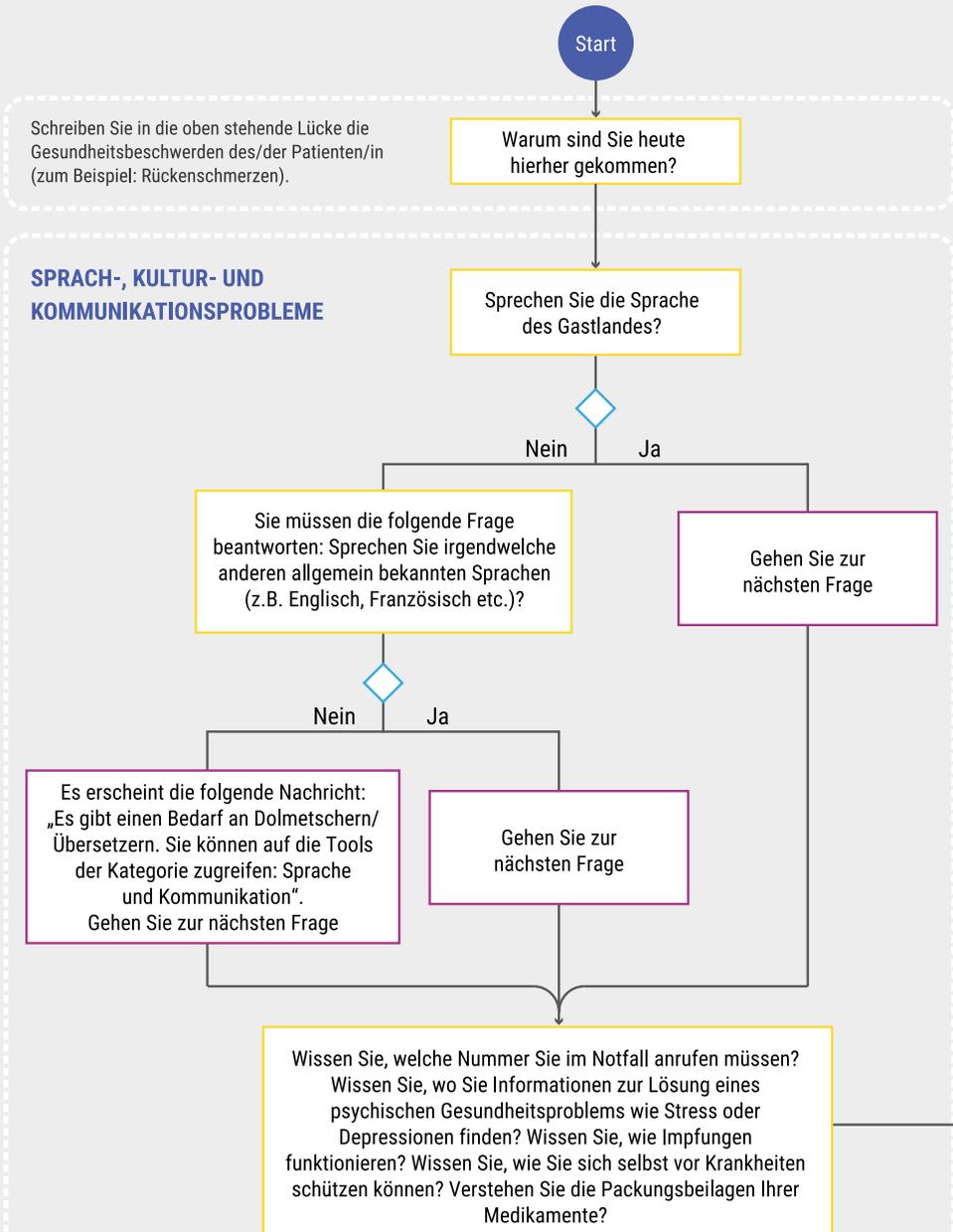
Die WHO legt auch wichtige Indikatoren für Versorgungsanbieter in Bezug auf NCDs unter Migranten/Flüchtlingen fest:

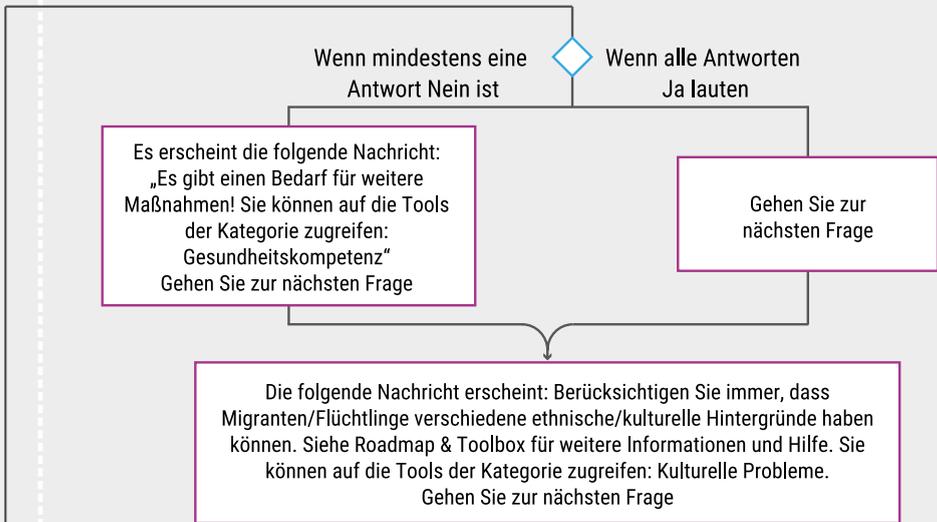
- › Alle primären Gesundheitseinrichtungen haben klare Standardarbeitsanweisungen für Überweisungen von Patienten mit NCDs zu sekundären oder tertiären Versorgungseinrichtungen.
- › Alle primären Gesundheitsversorgungseinrichtungen haben die notwendigen Medikamente, um die Behandlung von Patienten mit NCDs vor dem Auftreten eines Notfalls fortzusetzen, einschließlich der Schmerzlinderung.



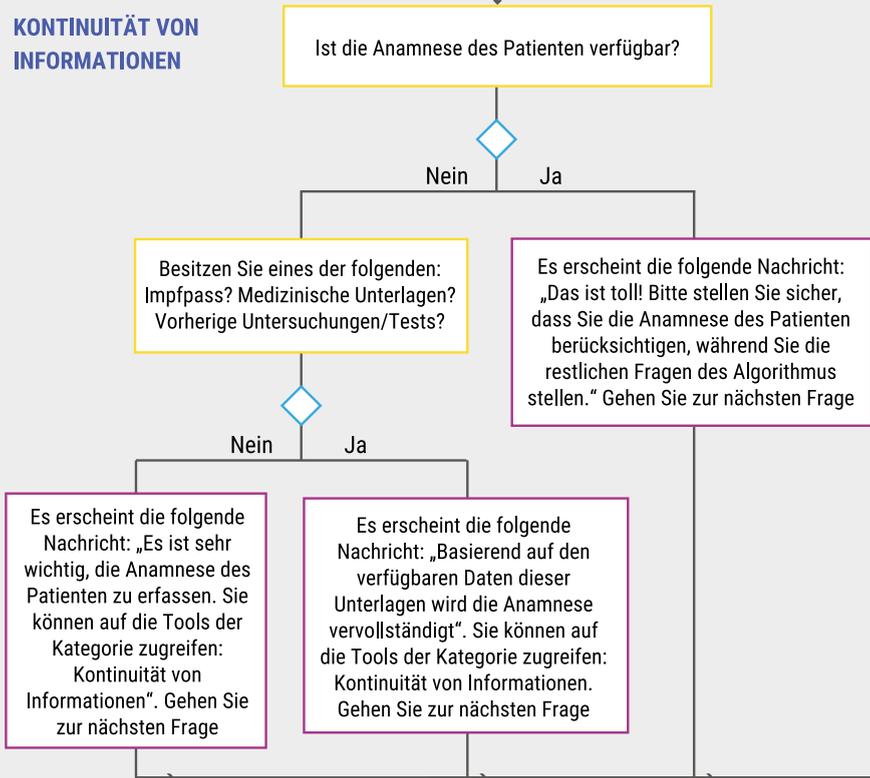
Bitte greifen Sie auf unsere Toolbox für zusätzliche Tools bezüglich des Managements von „NCDs“ unter Migranten und Flüchtlinge über den folgenden Link zu: https://mighealthcare.eu/index.php?option=com_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=10&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0

► Der Mig-HealthCare-Algorithmus





KONTINUITÄT VON INFORMATIONEN



PSYCHISCHE GESUNDHEIT

Die folgenden Fragen beziehen sich darauf, wie die Patienten sich fühlen und wie es bei ihm/ihr in den vergangenen 4 Wochen erging. Bitte geben Sie die Antwort, die dem am nächsten kommt, wie sie sich gefühlt haben.

Waren Sie eine sehr nervöse Person?	1	2	3	4	5	6
Waren Sie so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern konnte?	1	2	3	4	5	6
Waren Sie ruhig und friedlich?	1	2	3	4	5	6
Waren Sie niedergeschlagen und traurig?	1	2	3	4	5	6
Waren Sie eine glückliche Person?	1	2	3	4	5	6

Immer (1) Meistens (2) Oft (3) Manchmal (4) Selten (5) Nie (6)

$52 > \text{score}$

$52 < \text{score}$

Gehen Sie zur nächsten Frage

Es erscheint die folgende Nachricht: „Es gibt einen Bedarf an einem Spezialisten für psychische Gesundheit“. Sie können auf die Tools der Kategorie zugreifen: Psychische Gesundheit. Gehen Sie zur nächsten Frage

IMPFUNGEN

Haben Sie einen Impfausweis?

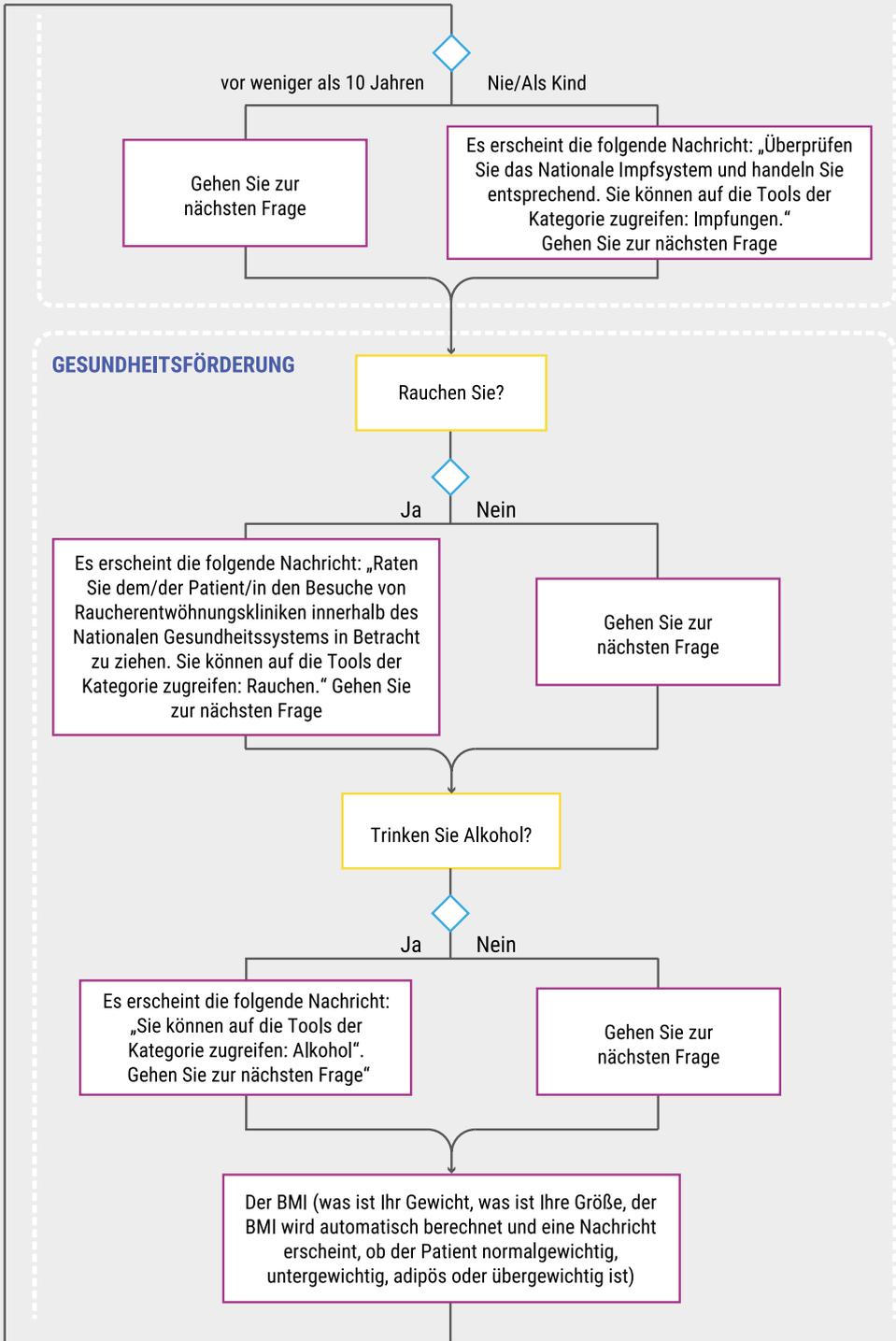
Ja

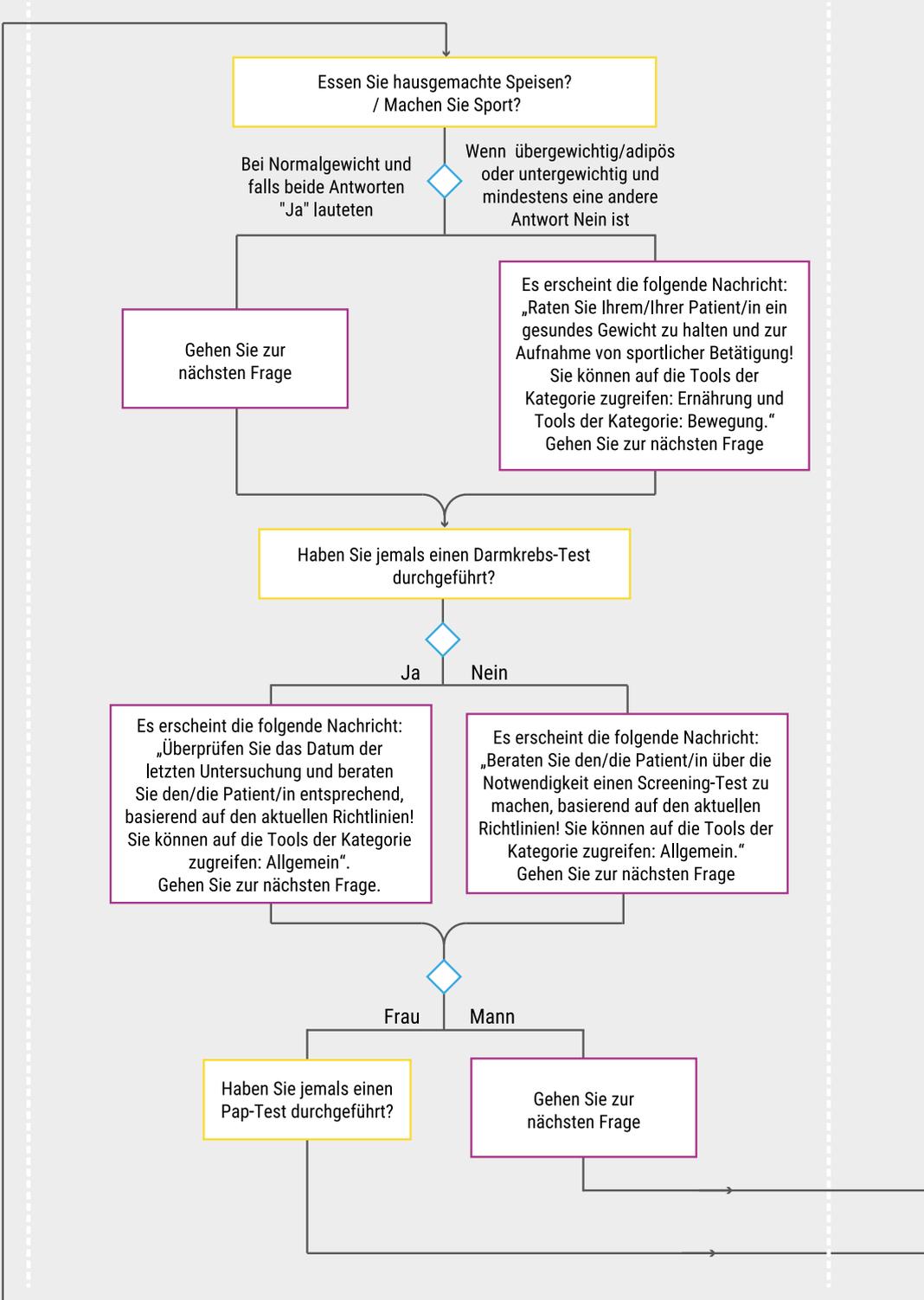
Nein

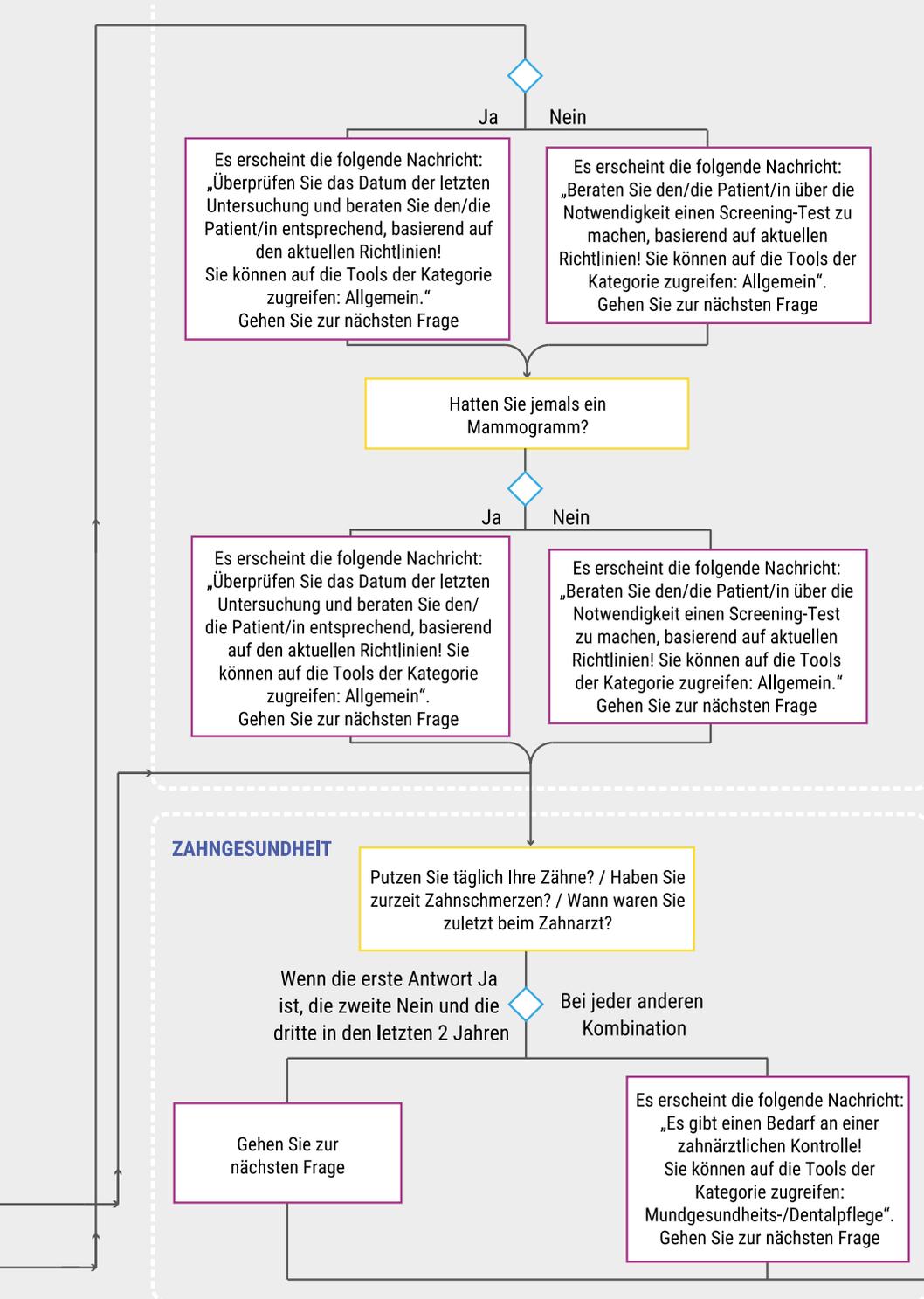
Gehen Sie zur nächsten Frage

Es erscheint die folgende Nachricht: „Sie können auf die Tools der Kategorie zugreifen: Impfungen“. Gehen Sie zur nächsten Frage

Wann wurden Sie zum letzten Mal geimpft?







Ja Nein

Es erscheint die folgende Nachricht:
„Überprüfen Sie das Datum der letzten
Untersuchung und beraten Sie den/die
Patient/in entsprechend, basierend auf
den aktuellen Richtlinien!
Sie können auf die Tools der Kategorie
zugreifen: Allgemein.“
Gehen Sie zur nächsten Frage

Es erscheint die folgende Nachricht:
„Beraten Sie den/die Patient/in über die
Notwendigkeit einen Screening-Test zu
machen, basierend auf aktuellen
Richtlinien! Sie können auf die Tools der
Kategorie zugreifen: Allgemein.“
Gehen Sie zur nächsten Frage

Hatten Sie jemals ein
Mammogramm?

Ja Nein

Es erscheint die folgende Nachricht:
„Überprüfen Sie das Datum der letzten
Untersuchung und beraten Sie den/
die Patient/in entsprechend, basierend
auf den aktuellen Richtlinien! Sie
können auf die Tools der Kategorie
zugreifen: Allgemein.“
Gehen Sie zur nächsten Frage

Es erscheint die folgende Nachricht:
„Beraten Sie den/die Patient/in über die
Notwendigkeit einen Screening-Test
zu machen, basierend auf aktuellen
Richtlinien! Sie können auf die Tools
der Kategorie zugreifen: Allgemein.“
Gehen Sie zur nächsten Frage

ZAHNGESUNDHEIT

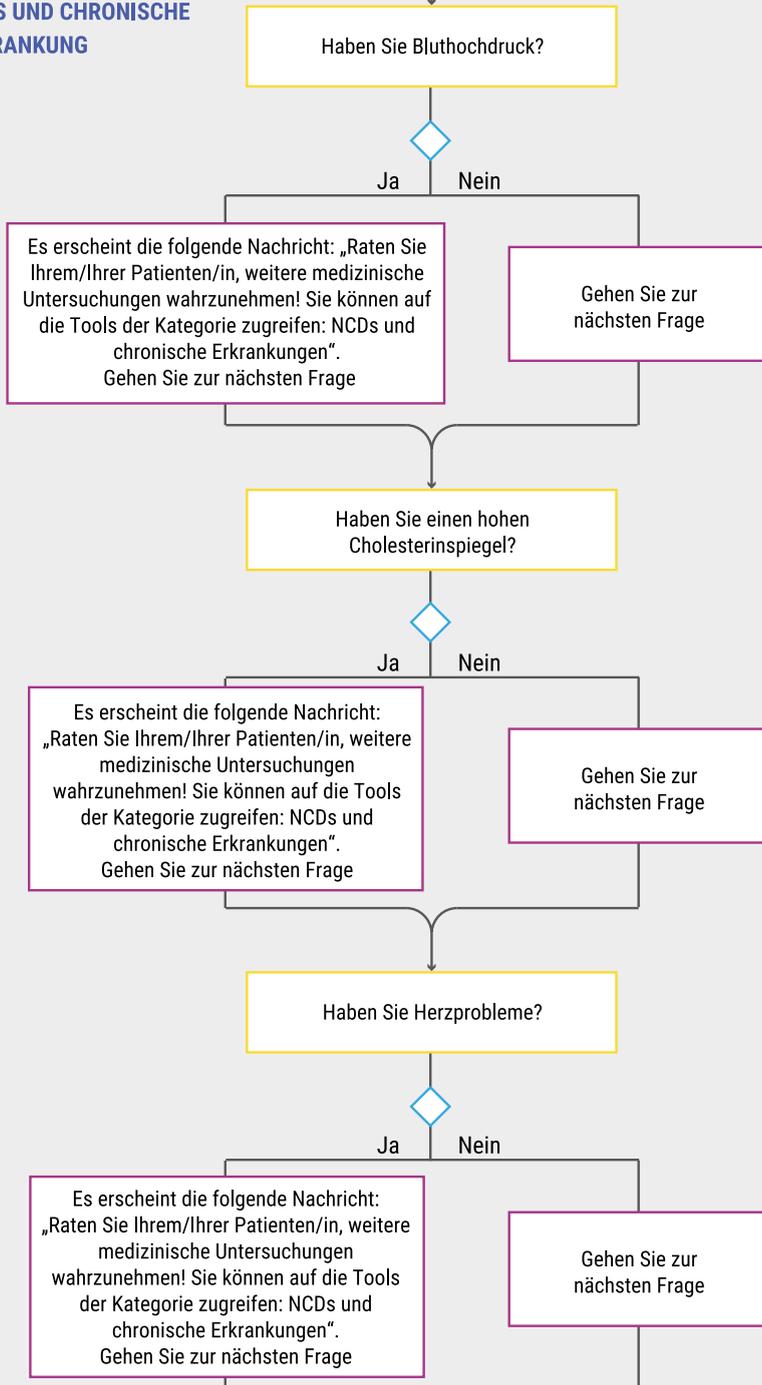
Putzen Sie täglich Ihre Zähne? / Haben Sie
zurzeit Zahnschmerzen? / Wann waren Sie
zuletzt beim Zahnarzt?

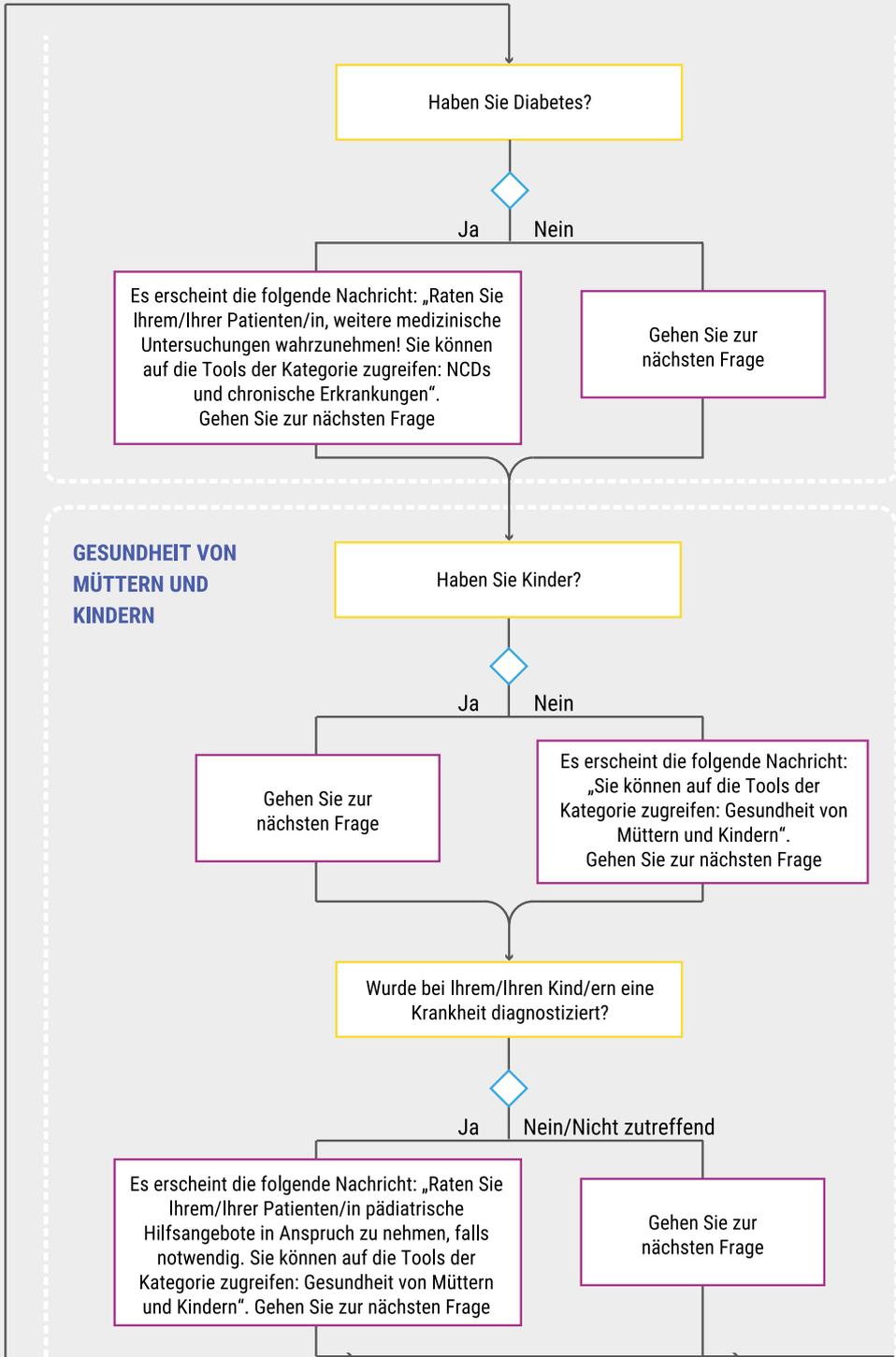
Wenn die erste Antwort Ja
ist, die zweite Nein und die
dritte in den letzten 2 Jahren Bei jeder anderen
Kombination

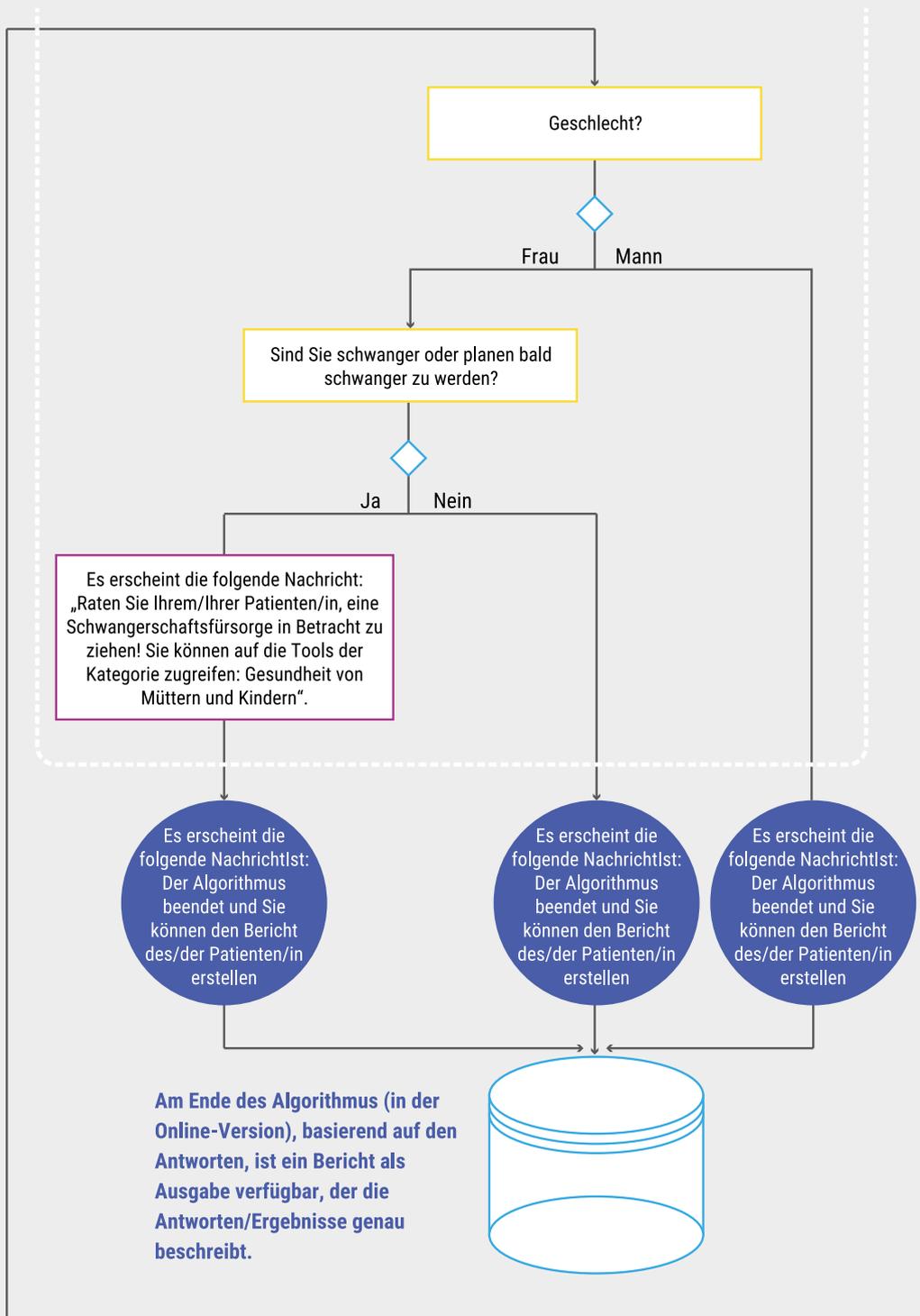
Gehen Sie zur
nächsten Frage

Es erscheint die folgende Nachricht:
„Es gibt einen Bedarf an einer
zahnärztlichen Kontrolle!
Sie können auf die Tools der
Kategorie zugreifen:
Mundgesundheits-/Dentalpflege“.
Gehen Sie zur nächsten Frage

NCDs UND CHRONISCHE ERKRANKUNG







► Referenzen

Auf die Volltextreferenzen der Bibliografie, die in jedem Abschnitt zu den Gesundheitsfragen erwähnt werden, welche in diesem Dokument abgedeckt werden, kann über die folgenden Links zugegriffen werden:

- › [https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Language%20Culture%20Communication\[1\].pdf](https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Language%20Culture%20Communication[1].pdf)
- › [https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Continuity%20of%20Information\[2\].pdf](https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Continuity%20of%20Information[2].pdf)
- › [https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Mental%20Health\[3\].pdf](https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Mental%20Health[3].pdf)
- › [https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Vaccinations\[4\].pdf](https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Vaccinations[4].pdf)
- › [https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Maternal%20and%20Child%20Health\[5\].pdf](https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Maternal%20and%20Child%20Health[5].pdf)
- › [https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Health%20Promotion\[6\].pdf](https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Health%20Promotion[6].pdf)
- › [https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Oral%20health-Dental%20care\[7\].pdf](https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Oral%20health-Dental%20care[7].pdf)
- › [https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/NCDs\[8\].pdf](https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/NCDs[8].pdf)



Co-funded by the European Union's
Health Programme (2014-2020)

This publication is part of the project '738186 / Mig-HealthCare' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020). The content of this publication represents the views of the author only and is his/her sole responsibility; it can not be considered to reflect the views of the European Commission and/or the Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency or any other body of the European Union. The European Commission and the Agency do not accept any responsibility for use that may be made of the information it contains.