



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
HEIDELBERG

HEALTH EQUITY STUDIES & MIGRATION – REPORT SERIES
2020-01 | PriCare - Policy Brief #2

Sentinel Surveillance der Gesundheit und primärmedizinischen Versorgung von Asylsuchenden in Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften in Deutschland

Kayvan Bozorgmehr

Rosa Jahn

Sven Rohleder

Herausgegeben durch die:

Sektion Health Equity Studies & Migration
Teil der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
am Universitätsklinikum Heidelberg

Bitte zitieren als:

Bozorgmehr K, Jahn R, Rohleder, S. (2020) Sentinel Surveillance der Gesundheit und primärmedizinischen Versorgung von Asylsuchenden in Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften in Deutschland (PriCare – Policy Brief #2). Health Equity Studies & Migration – Report Series, 2020-01. DOI: <https://doi.org/10.11588/heidok.00030353>

Lizenzierung

Dieses Werk ist lizenziert unter CC BY-NC-ND 4.0.

Weitere Informationen finden Sie unter: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de> und <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode.de>

Kontakt

kayvan.bozorgmehr@med.uni-heidelberg.de | rosa.jahn@med.uni-heidelberg.de

Dieser Policy Brief erscheint im Kontext des Forschungsvorhabens PriCare, gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit (FKZ: ZMV I 1 – 25 16 FSB 415)

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Hintergrund

Die medizinische Versorgung von Asylsuchenden in Aufnahmeeinrichtungen in Deutschland erfolgt aufgrund der föderalen Zuständigkeiten sehr unterschiedlich. Dies betrifft insbesondere auch die Dokumentation der medizinischen Versorgung, die oft handschriftlich auf Karteikarten oder über verschiedene Praxisverwaltungssoftware erfolgt. Zeitnahe Daten zum Erkrankungsspektrum der in den Aufnahmeeinrichtungen untergebrachten Personen und deren medizinischer Versorgung sind daher in der Regel nicht verfügbar. Darüber hinaus verhindert die uneinheitliche medizinische Dokumentation den Austausch von Patientendaten zur medizinischen Weiterbehandlung und führt so zu Versorgungsbrüchen und Mehrfachdiagnostik. Das vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Projekt PriCare (www.pri.care) hat es sich zum Ziel gesetzt, die medizinische Dokumentation in Aufnahmeeinrichtungen mittels einer neu entwickelten, maßgeschneiderten Software (Refugee Care Manager, RefCare[®]) zu vereinheitlichen und ein regelmäßiges, datenschutzkonformes Monitoring der Gesundheit und medizinischen Versorgung anhand konsentierter Indikatoren zu ermöglichen. Die Software RefCare[®] wurde in einem nutzerorientierten, iterativen Prozess entwickelt, im Oktober 2017 in drei Aufnahmeeinrichtungen erfolgreich getestet, und anschließend ausgeweitet.

Projektstand

Aktuell (Stand: Januar 2020) ist RefCare[®] in **22 Aufnahmeeinrichtungen in drei Bundesländern** (Baden-Württemberg, Bayern und Hamburg) im Regelbetrieb im Einsatz und trifft bei Ärzten und zuständigen Behörden auf eine hohe Zufriedenheit. Neben der medizinischen Versorgungsdokumentation im Sinne einer Patientenakte und administrativen Funktionen zur Ambulanzorganisation ermöglicht die Software zum Zweck der Mit- und Weiterbehandlung von Geflüchteten den digitalen, verschlüsselten Versand von Patientenakten zwischen Einrichtungen, die mit RefCare[®] arbeiten. Der anlassbezogene Versand von Patientenakten mittels RefCare[®] setzt eine schriftliche Einwilligung der Patient*in voraus und stellt in vielen Einrichtungen die erste und einzige datenschutzkonforme Methode zur Weitergabe von medizinischen Informationen an Ambulanzen in nachgelagerten Aufnahmeeinrichtungen dar.

Ein Kernergebnis des Vorhabens ist die erfolgreiche Entwicklung, Testung, und Implementierung eines datenschutzkonformen, anonymen, regelmäßigen und automatisierten Verfahrens zur **regelmäßigen Gesundheitsberichterstattung** in den 22 bisher teilnehmenden Einrichtungen. Das entwickelte Verfahren beruht auf dem **Prinzip des verteilten Rechnens im Verbund**. Es erlaubt den teilnehmenden Einrichtungen die lokale Errechnung von Indikatoren auf Basis von Individualdaten, ohne dass personenbezogene Daten weitergegeben werden. Gleichzeitig erfolgt die Analyse harmonisiert in allen Einrichtungen, sodass die Ergebnisse über Standorte hinweg vergleichbar sind.

Das Vorgehen erlaubt eine nahezu Echtzeit-Analyse der Erkrankungs- und Versorgungsgeschehen. Die Anpassung, Weiterentwicklung, und Konsentierung von Indikatoren dieser regelmäßigen Berichterstattung sowie die gemeinsame Interpretation der Ergebnisse erfolgt im Forschungsverbund mit Leistungserbringern, beteiligten Behörden und akademischen Partnern. Dieser Forschungsverbund, **PriCarenet**, besteht seit 2016 und der Prozess der formalen vertraglichen Konstituierung mit Unterzeichnung eines Konsortialvertrags ist derzeit fast abgeschlossen. Im Rahmen der halbjährlich stattfindenden Verbundtreffen mit Akteuren aus teilnehmenden Einrichtungen und Bundesländern hat sich der Forschungsverbund auch über die Entwicklung der Indikatoren hinaus als wichtige und gewinnbringende Plattform für den Austausch von Erfahrungen und „Best Practices“ in der medizinischen Versorgung von Geflüchteten erwiesen.

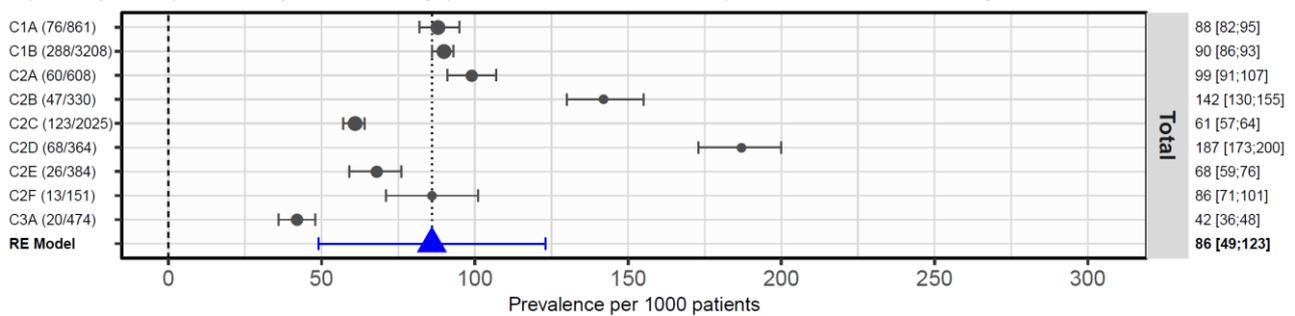
Derzeit liegen der regelmäßigen Gesundheitsberichterstattung **65 im Forschungsverbund konsentrierte Indikatoren** der Dimensionen Population, Morbidität, Versorgungsprozesse, und Versorgungsqualität sowie der Früherkennung von infektiösen Ausbruchsgeschehen zugrunde.

Einrichtungübergreifende Ergebnisse der Surveillance

Die lokale, automatisierte Berechnung dieser Indikatoren kann in allen 22 beteiligten Einrichtungen lokal monatlich „per Knopfdruck“ ausgelöst werden. Die anonymisierten Ergebnisse können direkt vor Ort durch die Versorger eingesehen und datenschutzkonform an das UniversitätsKlinikum Heidelberg weitergeleitet werden. Dort werden die Ergebnisse aufbereitet und durch statistische Verfahren (z.B. meta-analytisch) einrichtungübergreifend zusammengefasst.

Dies ist beispielhaft am Indikator „Psychische Erkrankungen“ (ICD-Kapitel F00-F99) dargestellt (s. Abb. 1). Gewichtet an der Größe der Einrichtungen bzw. der Patientenzahlen zeigt sich eine Gesamtprävalenz psychischer Erkrankungen von 86 pro 1000 Patienten, wobei es jedoch große Schwankungen zwischen den Einrichtungen gibt (95 % Konfidenzintervall: 49 – 123).

Abbildung 1: Einrichtungübergreifende Darstellung der Prävalenz psychischer Erkrankungen“ pro 1000 Patienten seit der Einführung von RefCare®, single centre und gepoolte Schätzer mit 95% Konfidenzintervall (Auswertung: 2018/11)



Eine digitale Reporting-Plattform befindet sich im Aufbau. Bis dahin erfolgt die Berichterstattung anlassbezogen als Feedbackbericht an die Einrichtung. Die erfolgreiche Umsetzung und praktische Implementierung dieses Verfahrens zeigt, dass über die innovative Lösung des verteilten Rechnens im Verbund eine regelmäßige und zeitnahe Auswertung von Behandlungsdaten aus Ambulanzen der Aufnahmeeinrichtungen datenschutzkonform möglich ist.

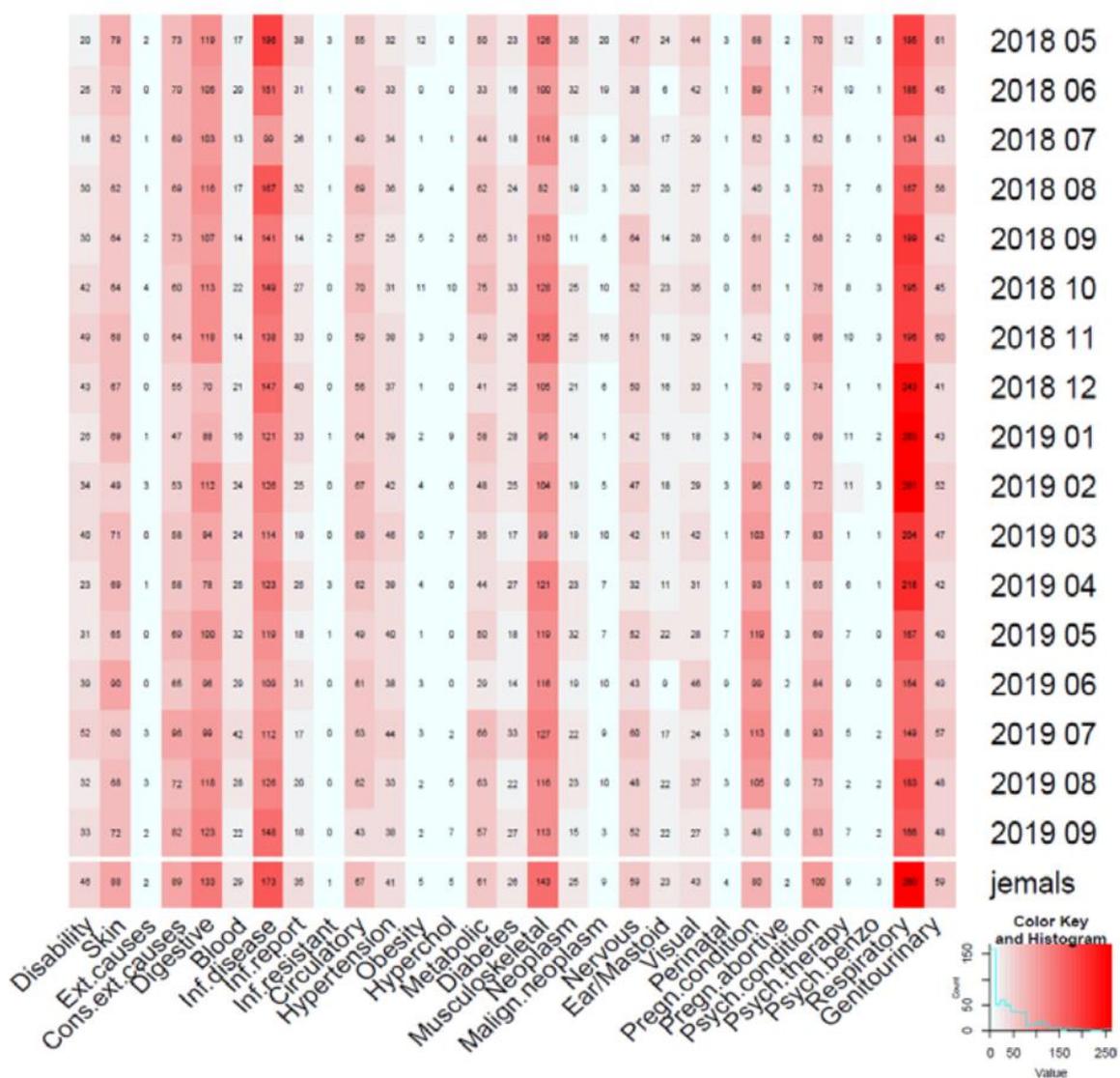
Zuletzt wurde eine einrichtungübergreifende Auswertung am 30. September 2019 mit Auswertungsergebnissen aus fünf Einrichtungen durchgeführt. Insgesamt wurden in diesen Einrichtungen seit Einführung der RefCare® Software, d.h. über einen Zeitraum von insgesamt 16,2 Einrichtungs-Monaten, **164.463 Patientenkontakte** von 26.854 Geflüchteten dokumentiert. Die **häufigsten Diagnosen** entsprechen, konsistent mit Analysen voriger Zeiträume, dem allgemeinmedizinischen Spektrum: Atemwegserkrankungen bei 12,3% - 37,1% der Geflüchteten, Verdauungsbeschwerden (10,9% - 23,4%), Beschwerden der Muskeln und Gelenke wie Rücken- oder Kopfschmerzen (8,6% - 17,9%) und nicht-meldepflichtige Infektionserkrankungen (11,3% - 21,2%). Seltener war das Vorkommen meldepflichtiger Infektionserkrankungen (1,5%-4,7%). Darüber hinaus bestehen unter Geflüchteten in Aufnahmeeinrichtung besondere medizinische Bedarfe im Bereich psychische Erkrankungen (6,5% - 10,7%) sowie Folgen äußerer Ursachen wie Unfälle, Verletzungen oder Kriegshandlungen (5,9% - 19,5%).

Einrichtungsspezifische Ergebnisse der Surveillance

Die Auswertungsergebnisse liegen lokal, als auch zur Aufbereitung und Darstellung über die Reporting Plattform einrichtungsbezogen vor und erlauben eine Übersicht über die Indikatoren im Zeitverlauf. Dies ist hier anhand eines farbcodierten Morbiditätsprofils einer Beispieleinrichtung exemplarisch dargestellt (s. Abb 2).

In der Abbildung sind die Prävalenzen der Morbiditätsindikatoren pro 1000 Patienten aufgeführt, höhere Prävalenzen sind über eine stärkere rote Einfärbung erkennbar und die jeweilige Monats- sowie Gesamtprävalenz ist in den entsprechenden Zellen angegeben. Auch in dieser Beispiel- einrichtungen ist erkennbar, dass Krankheits-entitäten des primär-medizinischen Spektrums im Vordergrund stehen und darüber hinaus besondere Bedarfe im Bereich psychische Erkrankungen sowie gesundheitliche Folgen von äußeren Ursachen bestehen.

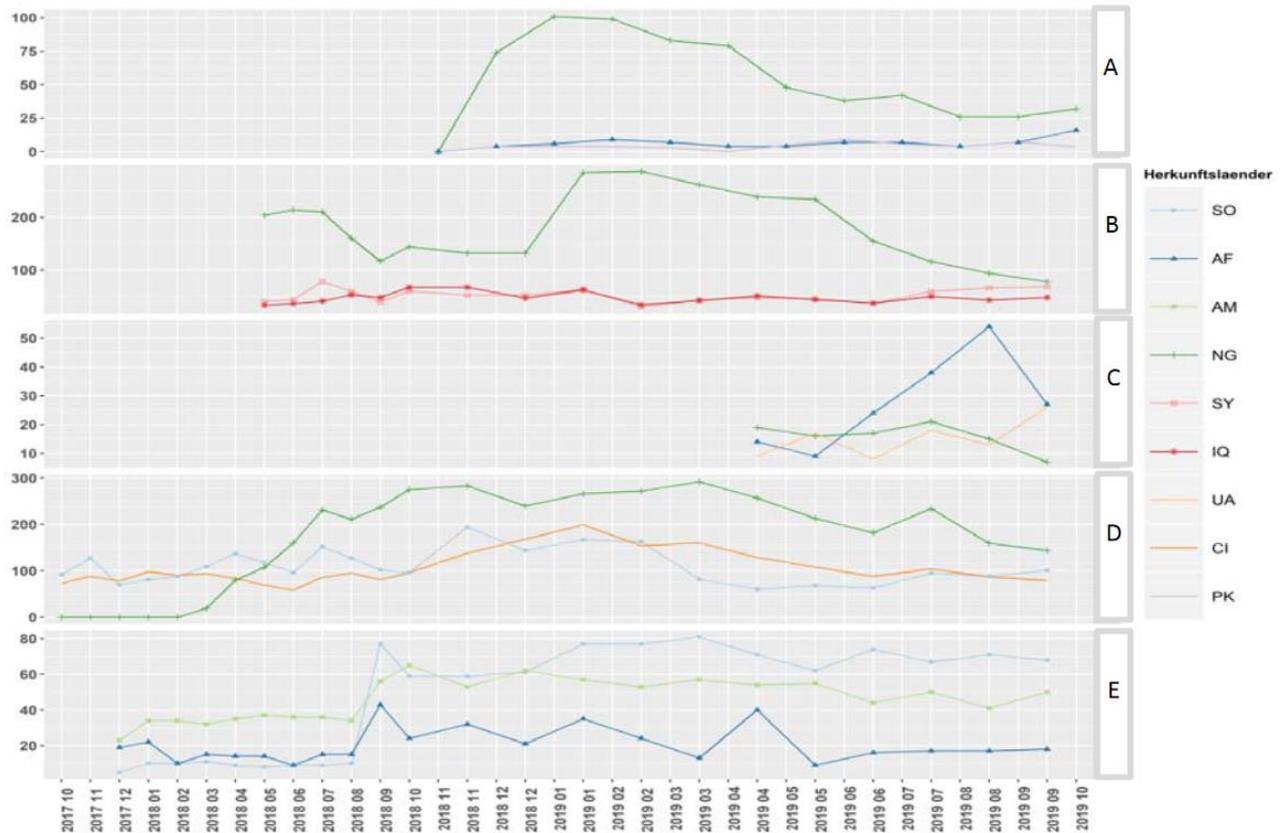
Abbildung 2: Morbiditätsprofil Beispieleinrichtung A



Herkunftsländer

In der beispielhaft aufgeführten einrichtungsübergreifenden Auswertung zeigt sich, dass es sich bei Geflüchteten in Aufnahmeeinrichtungen um eine sehr heterogene und dynamische Population handelt. So zeigte zum Beispiel die Auswertung der drei häufigsten Herkunftsländer der fünf betrachteten Einrichtungen (s. Abb. 3), dass sich die Herkunftsländer der Patient*innen zwischen den Einrichtungen sehr stark unterscheiden und darüber hinaus zeitlichen Schwankungen unterliegen. Dies unterstreicht einmal mehr die Notwendigkeit einer Surveillance der Gesundheit und Gesundheitsversorgung, die zeitnah, in regelmäßigen Abständen und in möglichst fächendeckend stattfindet.

Abbildung 3: Darstellung der 3 häufigsten Herkunftsländer nach Patient*innen, absolute Zahlen



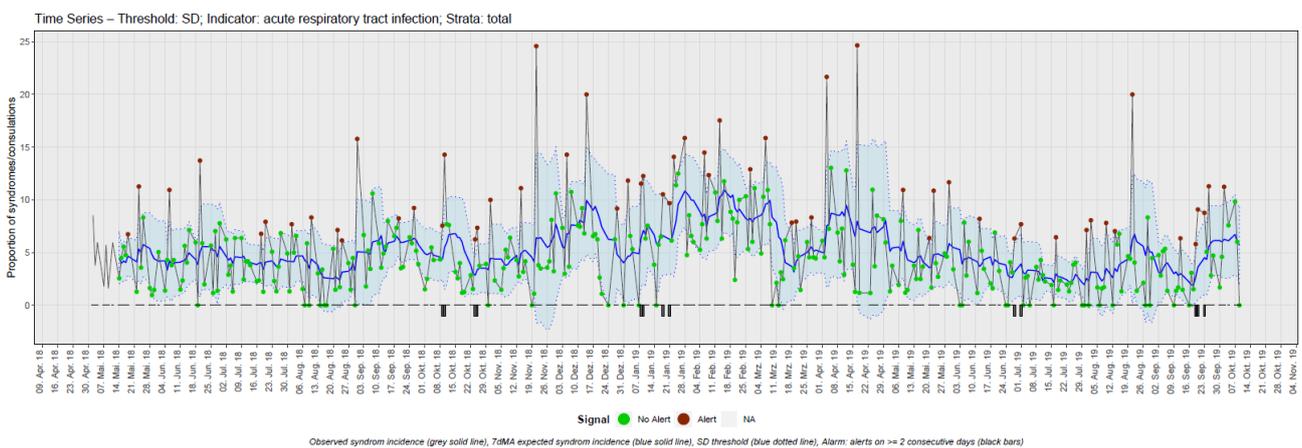
Frühwarnsystem

Die Indikatoren der regelmäßigen Surveillance beinhalten neben den Dimensionen Morbidität, Versorgungsqualität und Versorgungsprozessen auch ein **Frühwarnsystem für epidemiologisch relevante Infektionsgeschehen**. Diese **syndromische Surveillance** erzeugt bei überhäufigem Auftreten definierter Symptomkombinationen zu „Akute Atemwegsinfektionen“, „Akuter Ikterus“, „Hautparasitose“ oder „Gastroenteritis“ sowie bei Einzelfällen der Syndrome „Meningitis“, „Blutige Diarrhoe, Fieber und Blutungen“ sowie „Chronischer Husten“ lokale Warnungen in RefCare®. Dies ermöglicht dem Gesundheitspersonal eine rasche Prüfung der Situation und der eventuellen Einleitung entsprechender Gegenmaßnahmen. Das zugrundeliegende Verfahren ist bereits entwickelt und befindet sich derzeit in der Evaluationsphase um die Genauigkeit und Zuverlässigkeit der erzeugten Warnungen sicherzustellen. Eine Implementierung in der Versorgungspraxis ist bis Ende 2020 vorgesehen.

Für die Detektion von unerwartetem Infektionsgeschehen in den Einrichtungen werden Zeitreihenanalysen verwendet, mithilfe dessen bei kritischer Überschreitung einer definierten Tagesschwelle eine Warnung (rote Punktdaten) und bei zwei aufeinanderfolgenden Konsultationstagen ein Alarm (schwarze Balken) signalisiert wird. Die bisherigen retrospektiven Auswertungen der akuten Atemwegsinfektionen (Abb. 4) zeigen, dass insbesondere in den Wintermonaten Oktober bis Februar 2019 erhöhte Tagesinzidenzen (9 bis 24 Syndromindikationen pro 100 Arztkontakte) und damit einhergehend vermehrt Warnungen sowie Alarmer zu verzeichnen waren.

Durch PriCare ist erstmalig eine einheitliche, bundeslandübergreifende, digitale Infrastruktur zur medizinischen Dokumentation in Aufnahmeeinrichtungen entstanden, die zudem datenschutzkonforme Verfahren zum Austausch von Patientenakten und zur regelmäßigen Gesundheitsberichterstattung beinhaltet. Durch die Implementierung der Software RefCare[®] sowie den Austausch im Forschungsverbund leistet das Projekt einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der medizinischen Versorgung in Aufnahmeeinrichtungen. Außerdem wurden durch die regelmäßige Gesundheitsberichterstattung bereits jetzt lokal und einrichtungsübergreifend Erkenntnisse zur Gesundheit und medizinischen Versorgung von Geflüchteten in Aufnahmeeinrichtungen gewonnen, die eine bedarfsgerechte Planung von Gesundheitsversorgung unterstützen können.

Abbildung 4: Zeitreihenanalyse akuter Atemwegsinfektionen, April 2018 – Okt 2019 (Beispielinrichtung)



Herausgeber:

Sektion Health Equity Studies & Migration

Abt. Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

Universitätsklinikum Heidelberg

Im Neuenheimer Feld 130.3

69120 Heidelberg

SektionEquityMig.AMED@med.uni-heidelberg.de

Stand: 28.01.2020