



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
HEIDELBERG

HEALTH EQUITY STUDIES & MIGRATION – REPORT SERIES
2021-03 | Working Paper

Surveillance der Gesundheit geflüchteter Menschen in Aufnahmeeinrichtungen

Multizentrische Analyse des Erkrankungsspektrums und der Versorgungsqualität anhand dezentralisierter Routinedaten des Verbunds PriCare^{net}

Kayvan Bozorgmehr

Sven Rohleder

Markus Qreini

Stella Erdmann

Rosa Jahn

Herausgegeben durch die:

Sektion Health Equity Studies & Migration

Teil der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
am Universitätsklinikum Heidelberg

Bitte zitieren als:

Bozorgmehr K, Rohleder S, Qreini M, Erdmann S, Jahn R. Surveillance der Gesundheit Geflüchteter in Aufnahme-einrichtungen: Multizentrische Analyse des Erkrankungsspektrums und der Versorgungsqualität anhand dezentralisierter Routinedaten des Verbunds PriCaret. Health Equity Studies & Migration – Report Series, 2021-03. DOI: 10.11588/heidok.00030580

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

Projektzuordnung und Förderkennzeichen

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

Akronym: PRICARE

Förderkennzeichen: ZMV I 1 – 25 16 FSB 415

Förderung: Bundesministerium für Gesundheit (2016 – 2020)

Dieses Working Paper ist eine Ergänzung zum Abschlussbericht des Vorhabens PRICARE (Version 1.0 vom 30.04.2021). Die Datengrundlage für diesen Bericht entstand in Zusammenarbeit mit folgenden Verbundmitgliedern: doxx GmbH, Gesundheitsamt Hamburg-Altona, Klinikum Würzburg Mitte, Krankenhaus St. Josef Schweinfurt, MKT Krankentransport Schmitt / Obermeier OHG, Landratsamt Garmisch-Partenkirchen, Regierungspräsidium Freiburg, Regierungspräsidium Karlsruhe, Regierung von Unterfranken, Regierung von Oberbayern, Abteilung Infektiologie des Universitätsklinikums Freiburg, Ministerium für Inneres, Digitalisierung und Migration Baden-Württemberg / Justizministerium Baden-Württemberg.

Der Bericht spiegelt nicht notwendigerweise die Sicht der am Verbund beteiligten Einrichtungen oder Behörden wider. Die Verantwortung für die Inhalte des Berichts liegt ausschließlich bei den Autor*innen.

Publikationsdatum: September 2021.

Inhalt

1	Hintergrund.....	2
1.1	Ziel	3
2	Methoden	3
2.1	Datengrundlage und teilnehmende Einrichtungen.....	3
2.2	Design, Population, Morbidität und Versorgungsqualität	4
2.3	Statistische Auswertung	5
3	Ergebnisse.....	6
3.1	Behandelte Personen und Patientenkontakte	6
3.2	Erkrankungsspektrum in Aufnahmeeinrichtungen für Geflüchtete.....	10
3.2.1	Morbiditätsprofil	10
3.2.2	Psychische Erkrankungen	14
3.2.3	Covid-19 und andere Infektionserkrankungen.....	17
3.3	Versorgungsqualität in den Ambulanzen der Aufnahmeeinrichtungen.....	21
4	Diskussion	24
5	Schlussfolgerungen	27
6	Literatur	28

Projektzusammenfassung:

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 schwer zugänglich und nicht (föderal) vergleichbar. Darüber hinaus verhindert die uneinheitliche medizinische Dokumentation den Austausch von Patientendaten zur medizinischen Weiterbehandlung und führt so zu Versorgungsbrüchen und Mehrfachdiagnostik.

Das im Zeitraum 11/2016 bis 12/2020 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. Seit 2021 wird das Projekt im Forschungsverbund PriCarenet fortgeführt und konnte durch den Abschluss von Lizenzverträgen nachhaltig finanziert werden.

1 Hintergrund

Im Rahmen des Projekts „Surveillance der Gesundheit und primärmedizinischen Versorgung von Asylsuchenden in Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften in Deutschland“ konnte seit Projektbeginn im Jahr 2016 die Grundlage für ein einrichtungsübergreifendes, regelmäßiges, automatisiertes und zeitnahes Gesundheitsmonitoring in Aufnahmeeinrichtungen für Geflüchtete geschaffen werden. Dafür wurde die medizinische Dokumentationssoftware RefCare© entwickelt und in insgesamt 35 Einrichtungsambulanzen in drei Bundesländern eingeführt. Die Aufnahmeeinrichtungen sind im Verbund PriCarenet organisiert und umfassen drei Einrichtungsarten¹: 1) Ankunfts- und Registrierungscentren, in denen die Erstregistrierung sowie i.d.R. auch die Gesundheitserstuntersuchung nach §62 Asylgesetz (AsylG) stattfindet; 2) nachgelagerte Erstaufnahmeeinrichtungen der Länder, in die geflüchtete Menschen nach einem (meist kurzen) Aufenthalt in Ankunfts- und Registrierungscentren weiterverlegt werden und in denen sie bis zu 18 Monate oder bis zum Abschluss des Asylverfahrens untergebracht sind; und 3) Gemeinschaftsunterkünfte auf kommunaler Ebene, in denen geflüchtete Menschen bis zur Verlegung in private Unterkünfte leben. Wesentliches Einschlusskriterium für die Teilnahme am Verbund ist das Vorhandensein einer medizinischen Ambulanz in der Einrichtung.

Die medizinische Versorgung in den einrichtungsinternen Ambulanzen der beteiligten Einrichtungen beinhaltet mindestens eine allgemeinmedizinische ärztliche Sprechstunde. Einzige Ausnahme bildet hier eine Einrichtung mit einer pflegerischen Sprechstunde, die bei Bedarf eine Anbindung der Patient*innen in die allgemein- und fachärztliche Regelversorgung gewährleistet. Einige der Einrichtungen bieten neben der allgemeinmedizinischen auch eine psychosoziale Sprechstunde an, selten wird zusätzlich eine geburtshilfliche, gynäkologische oder pädiatrische Versorgung vor Ort gewährleistet. Eine Unterstützung der Versorgung durch Dolmetscher*innen ist insgesamt selten. Der Einsatz professioneller Präsenz- oder Videosprachmittlung ist uns aus fünf der 34 Einrichtungen bekannt.

Betrieben werden die Ambulanzen in der Regel durch externe medizinische Dienstleister. Die zuständigen Behörden sind häufig rahmengebend beteiligt und definieren Art, Umfang und Spektrum des Versorgungsangebots. Teilweise arbeiten mehrere medizinische Dienstleister in den Ambulanzen, zum Beispiel mit Zuständigkeiten für pflegerisches oder ärztliches Personal, oder für entsprechende medizinische Fachbereiche. Die Gesundheitserstuntersuchung nach §62 AsylG ist in allen beteiligten Einrichtungen grundsätzlich ausgelagert und wird außerhalb der Ambulanz durch das zuständige Gesundheitsamt durchgeführt. Diese Fragmentierung hat zur Folge, dass nicht alle medizinischen Bereiche der beteiligten Einrichtungsambulanzen zwangsläufig mit der Dokumentationssoftware RefCare© arbeiten.

Vor der Einführung der Software wurde in ungefähr zwei Drittel der Einrichtungen papierbasiert medizinisch dokumentiert, über Karteikartensysteme oder Kontaktprotokolle. In diesen Einrichtungen war in der Regel auch keine technische Ausstattung mit PCs oder Laptops vorhanden, sodass die IT-Infrastruktur mit Einführung der RefCare© Software vor Ort aufgebaut werden musste. Wenn bereits eine medizinische Dokumentationssoftware in den Einrichtungen genutzt wurde, handelte es sich meist entweder um konventionelle Praxisverwaltungssoftware, die von den Versorger*innen für das Setting der Aufnahmeeinrichtungen häufig als überfrachtet und sperrig wahrgenommen wurde, oder um eine digitale Karteikarte als Modul innerhalb der Verwaltungssoftware der Einrichtungsbetreiber, die meist keine

¹ Die Mehrzahl (27 von 34) der beteiligten Einrichtungen in PriCarenet sind nachgelagerte Erstaufnahmeeinrichtungen der Länder. Aktuell ist lediglich eine Gemeinschaftsunterkunft mit zwei Außenstellen auf kommunaler Ebene beteiligt. Dies liegt daran, dass auf kommunaler Ebene nur in seltenen Fällen einrichtungsinterne Ambulanzen vorgehalten werden. Die restlichen vier Einrichtungen sind Registrierungscentren.

ausreichende Funktionalität für eine hochwertige medizinische Dokumentation bot. Die Einführung der RefCare© Software stieß daher bei den Versorger*innen in den Ambulanzen überwiegend auf große Zustimmung und konnte so zur Harmonisierung der medizinischen Dokumentation und Verbesserung der Dokumentationsqualität sowie medizinischer Informationsflüsse beitragen².

Neben der Dokumentation der medizinischen Versorgung ermöglicht die Software über ein „Surveillance-Modul“ auch die regelmäßige automatisierte, dezentralisierte Auswertung der lokalen Versorgungsdaten und die einrichtungsübergreifende Zusammenfassung der Auswertungsergebnisse [1]. Die automatisierte Auswertung beinhaltet derzeit insgesamt 64 Gesundheits- und Versorgungsindikatoren der Bereiche Population, Morbidität, Versorgungsprozess und Versorgungsqualität, die im Forschungsverbund PriCaret gemeinsam mit den medizinischen Dienstleistern und wissenschaftlichen sowie behördlichen Partneereinrichtungen entwickelt wurden. Die Auswertungsergebnisse liegen den Einrichtungen lokal unmittelbar vor und können durch das Ambulanzpersonal eingesehen werden. Dadurch erhalten Aufnahmeeinrichtungen für geflüchtete Menschen erstmals die Möglichkeit, ihre lokalen Versorgungsdaten regelmäßig auszuwerten und so eine Datengrundlage zur lokalen und überregionalen Versorgungsplanung und zur Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung zu schaffen. Gleichzeitig können die Daten einrichtungsübergreifend und anonymisiert zusammengeführt werden, wodurch erstmalig eine regionenübergreifende Analyse der Gesundheit geflüchteter Menschen in Aufnahmeeinrichtungen mit Routinedaten ermöglicht wird [2].

1.1 Ziel

Das Ziel des vorliegenden Berichts ist eine Darstellung der einrichtungsübergreifenden Surveillance der Gesundheit geflüchteter Menschen anhand multizentrischer Daten des Verbunds PriCaret bis einschließlich Juni 2021. Insbesondere soll eine Übersicht über die Population der in den Ambulanzen behandelten Personen, das vorherrschende Erkrankungsspektrum in den Einrichtungen, sowie die Qualität der medizinischen Versorgung in den Einrichtungsambulanzen gegeben werden.

2 Methoden

2.1 Datengrundlage und teilnehmende Einrichtungen

Das Surveillance-Netzwerk umfasst derzeit (Stand 1. September 2021) 27 „aktive“ Einrichtungen, die mit der RefCare© Software arbeiten. Von diesen Einrichtungen nahmen insgesamt 23 an der vorliegenden Auswertung teil. Zwei „aktive“ Einrichtungen lehnten eine Teilnahme ab oder konnten nicht erreicht werden, zwei weitere Einrichtung wurde erst zwei Wochen vor bzw. nach Durchführung der Auswertung in Betrieb genommen und daher nicht berücksichtigt. In acht „inaktiven“ Einrichtungen wurde aufgrund von Einrichtungsschließungen und Dienstleisterwechseln die Nutzung der Software zwischenzeitlich eingestellt. Aus fünf dieser Einrichtungen lagen historische Daten vor, die ebenfalls in die vorliegenden Analysen eingeflossen sind. Die vorliegenden Analysen berücksichtigen daher Auswertungsergebnisse aus insgesamt 28 Einrichtungen in drei Bundesländern (Baden-Württemberg, Bayern und Hamburg).

Da sich einige der Einrichtungen eine gemeinsame Datenbank teilen (zum Beispiel, wenn medizinische Dienstleister eine Ambulanz mit mehreren Außenstellen betreiben) wurden aus diesen 28 Einrichtungen insgesamt 22 Datensätze für die vorliegende Analyse zusammengeführt. Die Auswertungen umfassen den

² Basierend auf Ergebnissen einer noch unpublizierten Begleitstudie, die die Usability und die Auswirkungen der Softwareeinführung aus Sicht der medizinischen Versorger*innen untersuchte

Zeitraum seit Implementierung der RefCare© Software (frühestens Oktober 2017) bis inklusive Juni 2021 (bzw. bei den „inaktiven“ Einrichtungen bis zur Beendigung der Softwarenutzung, s. unten Tabelle 1). Aufgrund der heterogenen Zeiträume werden für Zeitreihenanalysen lediglich Einrichtungen mit vollen Kalenderjahren berichtet. Bei Analysen über den Gesamtzeitraum werden hingegen alle Einrichtungen berücksichtigt.

2.2 Design, Population, Morbidität und Versorgungsqualität

Das vorliegende Design entspricht einer multizentrischen Studie mit quer- und längsschnittlichen Analysen. Auf Grundlage von Individualdaten geflüchteter Menschen, die eine offene Kohorte in 28 Einrichtungen bilden, werden Indikatoren zur Morbidität und Versorgungsqualität errechnet.

Die hier untersuchte Population stellt eine Inanspruchnahmepopulation dar, d.h. es liegen Daten von geflüchteten Menschen vor, die eine medizinische Behandlung in den Ambulanzen der o.g. teilnehmenden Einrichtungen in Anspruch genommen haben. Personen (bzw. deren gesundheitsbezogene Bedarfe), die in der Einrichtung untergebracht sind, aber *keine* Versorgungsangebote in den Ambulanzen wahrgenommen haben, werden nicht erfasst.³ Die Soziodemografie der Population umfasst Angaben zu Alter, Geschlecht und Herkunftsländern bzw. Nationalität basierend auf der ISO-3166-Klassifikation.

Die Erfassung der Morbidität basiert auf der deutschen Fassung der internationalen Klassifikation der Erkrankungen (ICD-10-GM) sowie der International Classification of Primary Care (ICPC). Bei einigen Morbiditätsindikatoren werden ergänzend die verschriebenen Medikamente basierend auf der Anatomisch-Therapeutisch-Chemischen Klassifikation (ATC) als Proxy herangezogen um einschlägige Erkrankungen abzubilden. Ergänzend zu der Analyse einzelner Erkrankungen und Erkrankungsgruppen wird in der routinemäßigen Surveillance auch das Vorliegen von Multimorbidität erfasst, das heißt Patient*innen mit mindestens zwei gleichzeitig bestehenden, meist chronischen, Erkrankungen. Die Operationalisierung orientiert sich an internationalen Studien der Multimorbidität mit primärmedizinischen Routinedaten [3-6].

Nach den ersten Fällen bestätigter SARS-CoV-2 Infektionen in Deutschland, insbesondere mit der deutschlandweiten Einführung von Eingangsscreenings (PCR-Tests) für SARS-CoV-2 Infektionen bei Asylsuchenden im Rahmen der Erstaufnahme, wurde RefCare© um ein COVID-19 Modul ergänzt. Das Modul wurde mit Versorger*innen aus verschiedenen Einrichtungen entwickelt und im April 2021 implementiert. Es besteht aus strukturierten Eingabefeldern, die die Dokumentation der Untersuchungen ermöglichen, inklusive Angabe des Untersuchungsanlasses (Screening, klinischer Verdacht, Kontaktpersonennachverfolgung), der Reise- und Kontaktanamnese, Symptome, sowie Abnahme eines Abstrichs und Ergebnis des Labortests auf SARS-CoV-2. Um die lokale Dokumentation der Untersuchungen auch in den Indikatoren abzubilden, wurde der Indikatorensatz für die regelmäßige Routinesurveillance um COVID-19-spezifische Indikatoren erweitert. Diese beinhalten Covid-19 Erkrankungen nach positivem Laborbefund, durchgeführte Untersuchungen anlässlich des Screenings, Kontaktpersonennachverfolgung sowie aufgrund eines klinischen Verdachts mit den jeweiligen Ergebnissen, nach Einreise nach Deutschland erworbene Infektionen, importierte Infektionen und klinische Verläufe von bestätigten COVID-19 Erkrankungen.

Die Analyse der Versorgungsqualität erfolgt in diesem Bericht anhand von drei Indikatoren: 1) Anteil der Patient*innen mit Antibiotika Überverordnung; 2) Anteil der Patient*innen mit HIV, die antiretrovirale

³ Dies entspricht in der Regelversorgung z.B. den Daten der Krankenkassen oder der Kassenärztlichen Vereinigung, die ebenfalls lediglich die Gesundheit der Personen abbilden, die eine ambulanter oder stationäre Leistung in Anspruch nehmen

Medikation erhalten; 3) Inzidenz der metabolischen Entgleisung bei Patient*innen mit Diabetes mellitus Typ I und Typ II.

Details zur Operationalisierung der hier verwendeten Indikatoren sind in Anlage 1 aufgeführt.

2.3 Statistische Auswertung

Basierend auf o.g. Datengrundlagen werden zunächst in jeder Einrichtung durch eine automatisierte Analyse⁴ absolute und relative Häufigkeiten der zu Grunde liegenden Indikatoren errechnet. Als Zähler dienen dabei die jeweiligen Ausprägungen bzw. ICD-, ICPC- und/oder ATC-Codes. Für relative Häufigkeiten (i.d.R. Prävalenzmaße) werden als Nenner i.d.R. die Gesamtzahl der Patient*innen pro Einrichtung im jeweiligen Beobachtungszeitraum verwendet; bei Wiederholungsbesuchen (innerhalb des Beobachtungszeitraums) wird jede Person im Nenner nur einmal berücksichtigt.

Beobachtungszeiträume sind Kalendermonate und der Gesamtzeitraum (11/2017 bis 06/2021). Basierend auf Wiederholungsbesuchen wird die Kontakthäufigkeit pro Patient*in und die durchschnittliche Kontakthäufigkeit pro Einrichtung errechnet. Stratifizierte Analysen erfolgen nach Geschlecht (männlich/weiblich) und nach Alter (Erwachsen/ Kind bzw. Jugendlich; Altersgruppen in 5 Jahresschritten). Basierend auf dem Geburtsdatum und dem Datum des Kontakts wird das Alter errechnet, die Population wird anschließend in Erwachsenen (18 Jahre und älter) sowie Kinder und Jugendliche (0 bis 18 Jahre) stratifiziert.

Bei einrichtungsübergreifenden Analysen werden die Morbiditäts-Prävalenzen aus den jeweiligen Einrichtungen anonymisiert zusammengeführt. Anhand der Gesamtanzahl der behandelten Personen bzw. Patient*innen der jeweiligen Einrichtung im berichteten Zeitraum erfolgt eine Gewichtung in einem Random Effect Model, in dem jede Einrichtung als Zufallsfaktor („random intercept“) berücksichtigt wird. Dabei wird meta-analytisch eine gepoolte Prävalenzrate (pro 100 Patient*innen) mitsamt zugehörigem 95%-Konfidenzintervall berechnet. Mögliche Nullzählungen der Morbiditätsereignisse werden um den Wert 0.1 adjustiert. Die Analysen werden unter Verwendung der statistischen Programmiersprache R⁵ (Version 4.1.0) durchgeführt. Genauere Angaben zur Methodik der einrichtungsübergreifenden Auswertung der Routinedaten sind in einem Methodenpapier im *Journal of Health Monitoring* [2] zu finden.

⁴ Das Auslösen der Analyse erfolgt dezentral durch die medizinischen Fachkräfte und wird seitens eines Surveillance-Beauftragten in den Einrichtungen autorisiert. Der Begriff „automatisiert“ bezieht sich somit auf das aktive Auslösen eines Analyseskripts, sodass keine statistischen Fachkenntnisse in den Einrichtungen zur Errechnung der Indikatoren notwendig ist. Es erfolgen *keine* Analysen „automatisch“ ohne aktive Mitwirkung der datenschutzrechtlich verantwortlichen Personen. Es erfolgt *keine* Weitergabe personenbezogener Daten an Dritte außerhalb der Einrichtung. Details zu den Datenflüssen und datenschutzrechtlichen Aspekten: siehe Jahn et al (2021), *Journal of Health Monitoring*.

⁵ R Core Team (2020). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>.

3 Ergebnisse

3.1 Behandelte Personen und Patientenkontakte

Aus den 22 an der Auswertung teilnehmenden Einrichtungen lagen im Gesamtzeitraum in RefCare© Gesundheits- und Versorgungsdaten von insgesamt 48.108 geflüchteten Personen vor. Darunter waren 37.993 (79,0%) Erwachsene, davon 13.533 (35,6%) weiblich und 24.460 (64,4%) männlich. 10.115 waren Kinder und Jugendliche (21,0 %), davon 4.693 (46,4%) weiblich und 5.422 (53,6%) männlich. Im Gesamtzeitraum wurden insgesamt 300.261 Kontakte dokumentiert, davon 245.498 (81,8%) für erwachsene Patient*innen und 54.763 (18,2%) für Kinder und Jugendliche. Die Anzahl der Patient*innen sowie die dokumentierten Kontakte pro Patient*in sind in Tabelle 1 nach Einrichtung, Geschlecht und Alter stratifiziert dargestellt.

Tabelle 1: Absolute Anzahl der behandelten Personen sowie die dokumentierten Kontakte pro Person, nach Geschlecht und Alter (≥18 Jahre, <18 Jahre)

Einrichtung	Anzahl behandelte Personen					Durchschnittliche Anzahl Kontakte pro behandelte Person					Implementierung RefCare©
	w	m	≥18 Jahre	<18 Jahre	Gesamt	w	m	≥18 Jahre	<18 Jahre	Gesamt	
1	505	885	1048	342	1390	5,07	5,53	6,02	3,35	5,36	seit 09/19
2	172	422	465	129	594	2,33	2,78	2,86	1,9	2,65	seit 01/21
3	637	2053	2275	415	2690	8,47	8,4	9,09	4,7	8,41	seit 06/18
4	532	808	979	361	1340	9,05	6,72	7,99	6,75	7,66	seit 07/19
5	5989	9311	12878	2422	15300	4,09	3,13	3,73	2,3	3,5	seit 05/18
6	84	21	75	30	105	4,35	3,52	4,16	3,1	4,18	seit 09/19
7	2271	2723	3567	1427	4994	4,13	3,47	4,11	2,91	3,77	08/18 – 07/20
8	381	524	591	314	905	4,46	4,61	5,1	3,51	4,55	04/18 – 07/20
9	613	634	812	435	1247	4,00	3,44	3,96	3,24	3,71	07/18 – 07/20
10	573	1182	1363	392	1755	5,34	4,84	5,46	3,41	5,00	seit 03/20
11	1809	2767	3667	909	4576	2,68	2,28	2,58	1,84	2,44	seit 05/19
12	371	779	924	226	1150	6,41	5,77	6,68	3,1	5,98	06/18 – 09/19
13	286	689	878	97	975	3,31	3,18	3,31	1,71	3,22	07/18 – 02/20
14	357	308	428	237	665	6,25	5,34	6,74	4,16	5,82	seit 07/19
15	0	125	125	0	125	NA	3,17	3,17	NA	3,17	seit 09/19
16	615	1034	1094	555	1649	8,92	8,38	8,16	9,63	8,65	seit 10/19
17	174	167	262	79	341	7,05	6,44	7,53	4,1	6,74	seit 09/19
18	1797	3604	4352	1049	5401	19,36	13,42	15,02	16,45	15,3	seit 10/17
19	333	778	913	198	1111	2,84	2,41	2,59	2,29	2,54	seit 01/21
20	27	66	86	7	93	2,26	2,48	2,5	1,43	2,42	seit 09/19
21	235	336	426	145	571	4,98	4,45	5,3	3,03	4,72	seit 12/19
22	465	666	785	346	1131	42,85	25,97	37,01	23,3	32,83	seit 10/17

NA: Berechnung nicht möglich aufgrund fehlender Nenner / Personengruppe kommt in der Einrichtung nicht vor

Erwachsene wiesen eine höhere Kontakthäufigkeit als Kinder auf, sowie Frauen in den meisten Einrichtung eine höhere Kontakthäufigkeit als Männer. Insbesondere Einrichtung 22 zeigt mit durchschnittlich 32,82 Kontakten pro Patient*in eine vergleichbar hohe Kontakthäufigkeit (siehe Tab. 1). Bei dieser Einrichtung handelt es sich um eine Gemeinschaftsunterkunft, in der die Bewohner*innen in der Regel über einen wesentlich längeren Zeitraum untergebracht sind als in den restlichen teilnehmenden Unterkünften.⁶ Eine Tabelle mit den stratifizierten absoluten Zahlen der behandelten Personen sowie der Anzahl dokumentierter Patientenkontakte ist in diesem Bericht in Anlage 2 beigefügt.

In Abbildung 1 ist die kumulative Anzahl der Patientenkontakte aller beteiligten Einrichtungen im monatlichen Verlauf aufgeführt, beginnend mit der Einführung von RefCare© in der ersten Einrichtung (11/2017).

In Abbildung 2 sind die zehn häufigsten Herkunftsländer der behandelten Personen in den beteiligten Einrichtungen im Jahr 2020 dargestellt. Berücksichtigt wurden für die Grafik nur Einrichtungen, für die Auswertungsergebnisse für das vollständige Jahr 2020 vorlagen. Unter den jeweils zehn häufigsten Herkunftsländern der Geflüchteten finden sich vorwiegend Länder wie Afghanistan, Syrien, Gambia und Nigeria.

Das Spektrum der häufigsten Herkunftsländer variiert jedoch insgesamt stark zwischen den Einrichtungen. Die Herkunftsländer unterliegen auch innerhalb der Einrichtungen im Zeitverlauf starken Schwankungen, wie die beispielhafte monatliche Darstellung über den Gesamtzeitraum der zehn häufigsten Herkunftsländer einer einzelnen Einrichtung zeigt (siehe Abb. 3).

⁶ Als „Kontakt“ zählen auch administrative Vorgänge, die einen Eintrag in die Patient*innen-Akte seitens der Versorgenden nach sich ziehen, z.B. Ausstellung von Folgerezepten, Organisation von Terminen, oder Ergänzung von Befunden. Es handelt sich somit nicht immer um eine persönliche Vorstellung der Patient*innen. Hierdurch werden auch administrative Vorgänge abgebildet um insbesondere bei Patient*innen mit komplexeren Beschwerdebildern den administrativ-organisatorischen Aufwand seitens des Gesundheitspersonals abzubilden.

Abb. 1: Kumulative Kontaktzahlen im monatlichen Zeitverlauf seit Beginn der RefCare© Nutzung pro Einrichtung, (N = 300.261 Kontakte, 22 Einrichtungen)

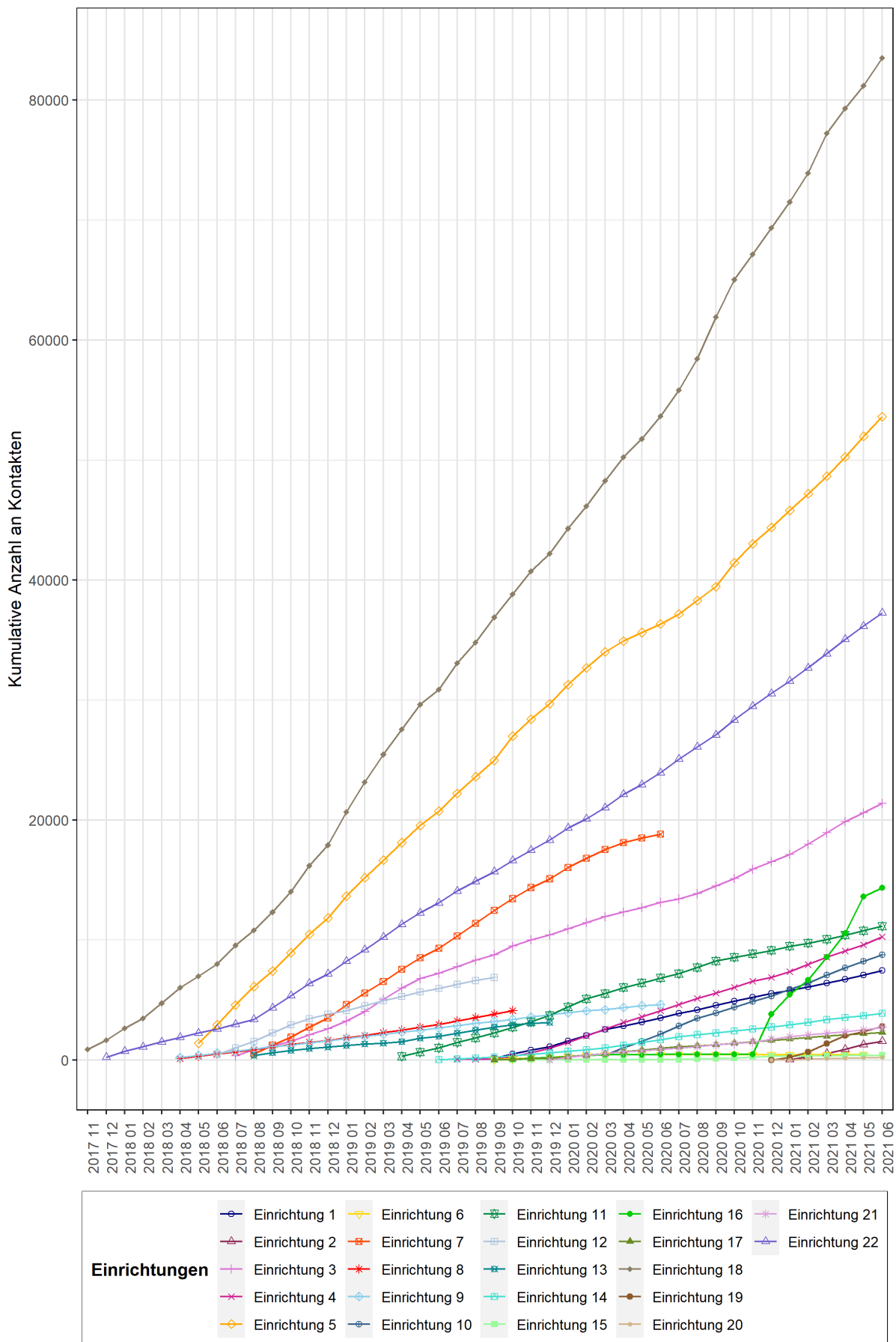


Abb. 2: Die zehn häufigsten Herkunftsländer der Patient*innen pro Einrichtung im Jahr 2020, in absoluten Zahlen (N = 21.408, 11 Einrichtungen)

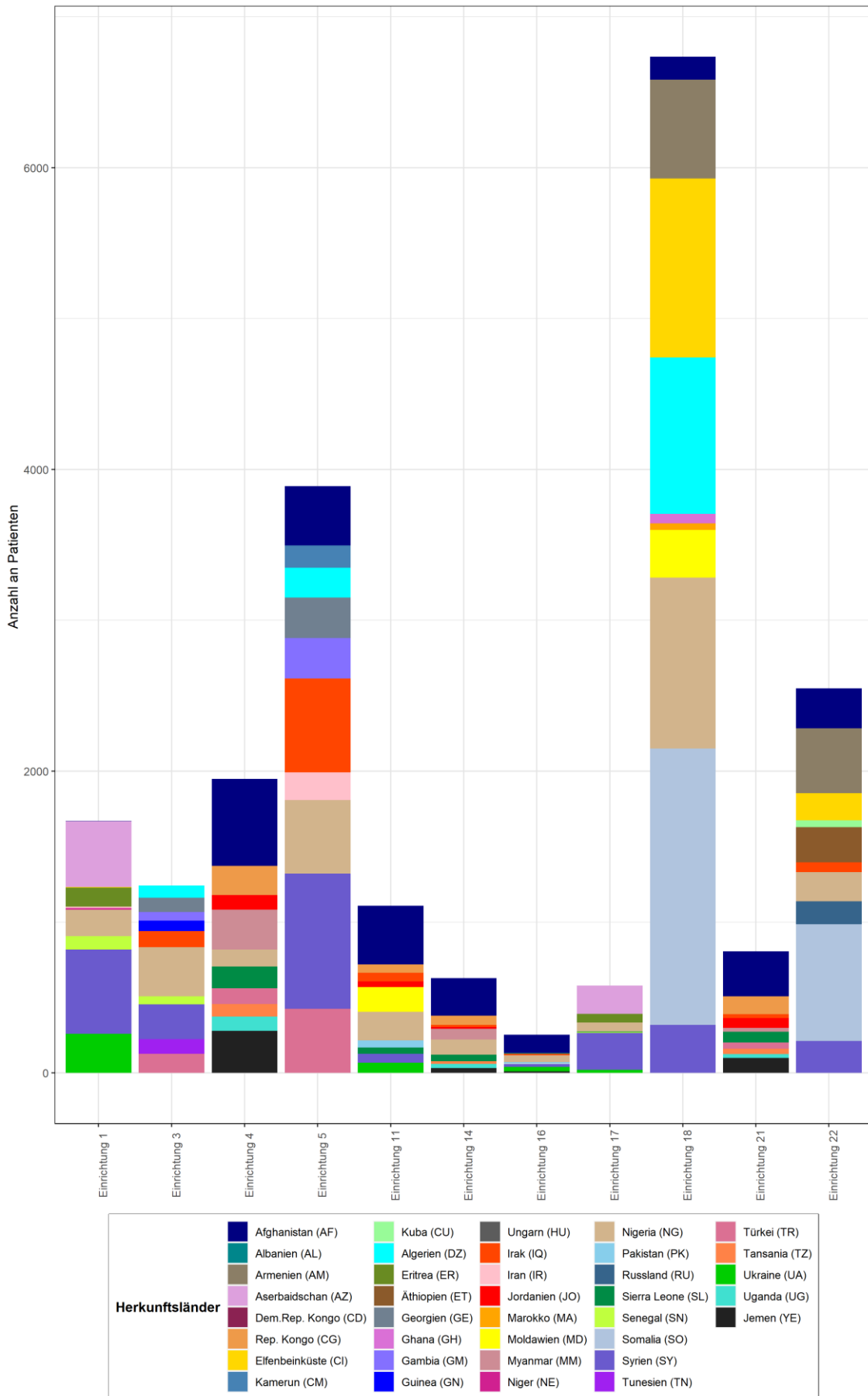
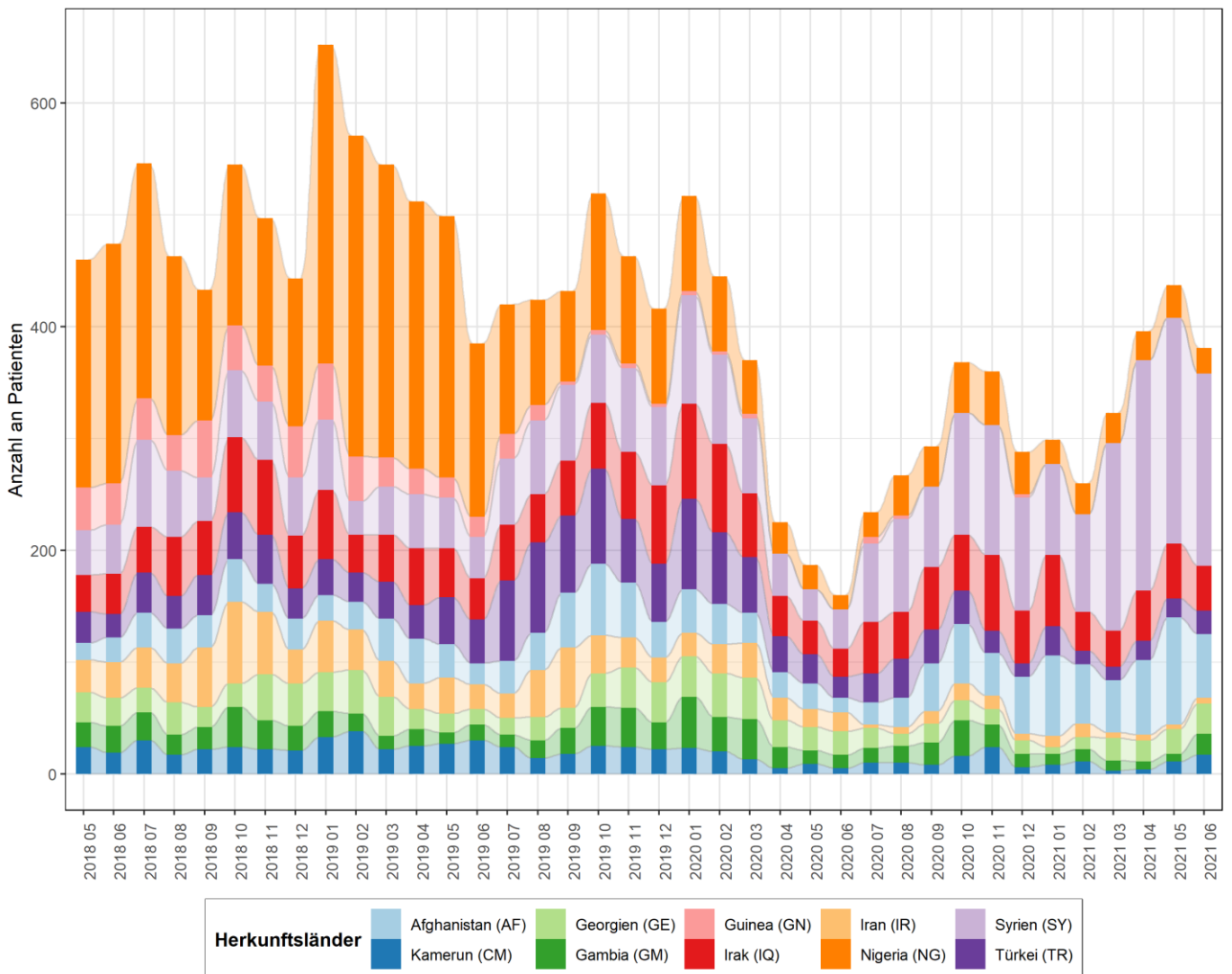


Abb. 3: Die zehn häufigsten Herkunftsländer der behandelten Personen in einer Beispielinrichtung, in absoluten Zahlen über den Gesamtzeitraum (N = 15.300 Patient*innen, 1 Einrichtung)



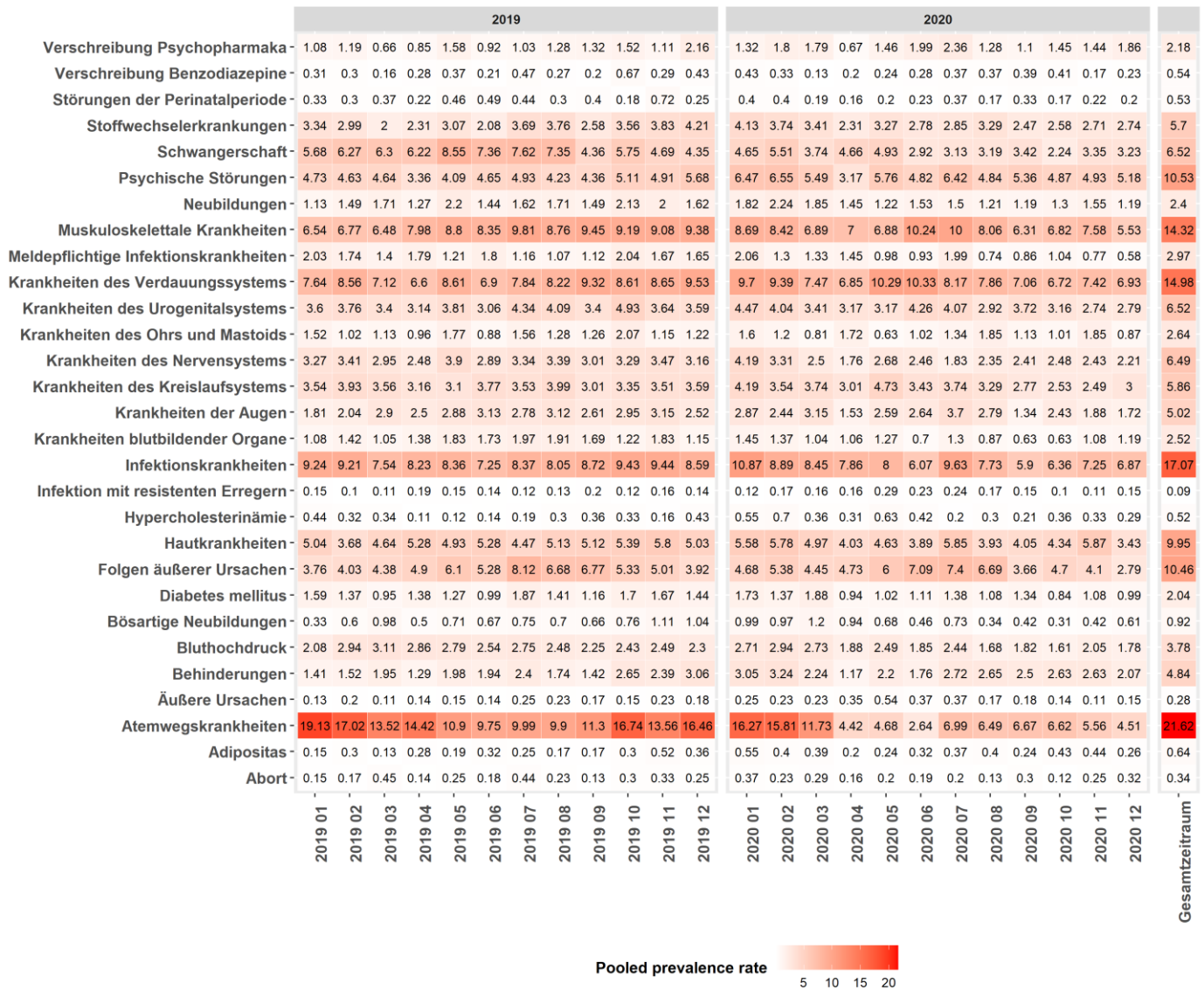
3.2 Erkrankungsspektrum in Aufnahmeeinrichtungen für Geflüchtete

3.2.1 Morbiditätsprofil

Das einrichtungsübergreifende Morbiditätsprofil beinhaltet die einrichtungsübergreifende Prävalenz (pro 100 Patient*innen) von 29 Morbiditätsindikatoren (siehe Abb. 4 auf Monatsebene für die Jahre 2019 und 2020 sowie im Gesamtzeitraum). Die Häufigkeit der Morbiditätsindikatoren wird auf einer kontinuierlichen Farbenskala von selten (weiß) bis häufig (rot) visualisiert⁷.

⁷ Dieses Morbiditätsprofil liegt den beteiligten Einrichtungen im Rahmen der Routineauswertungen für ihre jeweilige Ambulanz vor und erlaubt es den lokalen Akteuren, sich mit einem Blick einen umfassenden Überblick über das Erkrankungsspektrum zu verschaffen.

Abb.4: Einrichtungsübergreifendes Morbiditätsprofil mit gepooltem Schätzer der Prävalenz der Morbiditätsindikatoren in % behandelter Personen, pro Monat für das Jahr 2019 und 2020 sowie den Gesamtzeitraum (11/2017 – 06/2020), N = 24.523 Geflüchtete, 4 Einrichtungen



In die Analyse wurden ausschließlich Einrichtungen einbezogen, für die in den Kalenderjahren 2019 und 2020 vollständige Daten in RefCare© vorlagen. Die Operationalisierung der dargestellten Morbiditätsindikatoren ist in Anlage 1 aufgeführt. Auf Varianzmaße bzw. Konfidenzintervalle wird aus Gründen der Übersichtlichkeit der Abbildung verzichtet. Die Prävalenzen sind entsprechend der Gesamtzahl der Patient*innen in den Einrichtungen im jeweiligen Zeitraum gewichtet. Monatliche Anzahl der Patient*innen für die Kalendermonate 2019/2020 der vier Einrichtungen variieren, siehe Anlage 4. 2019: 20.184 Personenmonate. 2020: 18.038 Personenmonate.

Das einrichtungsübergreifende Morbiditätsprofil zeigt ein vorwiegend primärmedizinisches Erkrankungsspektrum. Im Vordergrund stehen Erkrankungsentitäten wie Atemwegserkrankungen (ICD-10: J00-J99) (gepoolte Prävalenz: 21,62%), Infektionskrankheiten (A00-B99) (17,07%), Krankheiten des Verdauungssystems (ICD-10: K00-K99) (14,98%) und muskuloskeletale Beschwerden wie Rückenschmerzen (ICD-10: M00-M99) (14,32%). Die gepoolten Prävalenzen meldepflichtiger Infektionserkrankungen gemäß Infektionsschutzgesetz (2,97%) und Infektionen mit resistenten Erregern (0,09%) sind im Gesamtzeitraum der hier betrachteten vier Einrichtungen vergleichsweise niedrig.

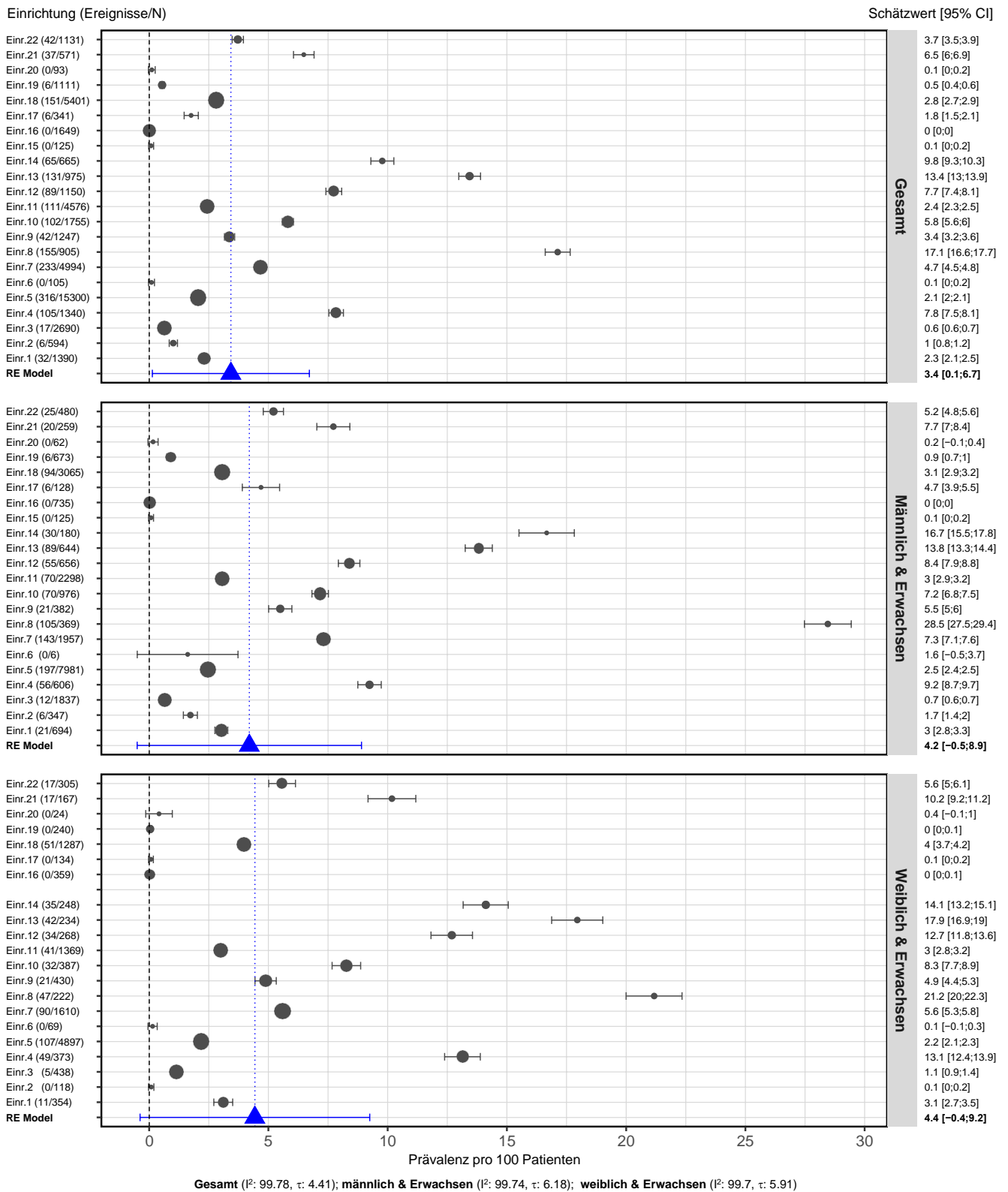
Stratifiziert nach Alter und Geschlecht betrachtet (siehe Anlage 3, alle 22 Einrichtungen), zeigt sich, dass Infektions- und Atemwegserkrankungen insbesondere bei Kindern und Jugendlichen im Vordergrund stehen. Bei erwachsenen Frauen zeigen sich zudem Entitäten mit Bezug zu Schwangerschaft und Wochenbett (ICD-10: O00-O99) als häufige Diagnosen.

Neben den allgemeinmedizinischen Bedarfen hebt das einrichtungsübergreifende Morbiditätsprofil (Abb.4) auch spezifische Bedarfe im Bereich psychischer Störungen (ICD-10: F00-F99) (10,53%) hervor. Insgesamt 2,18 % der Patient*innen erhielten Psychopharmaka, und 0,54% erhielten Benzodiazepine (siehe Abb. 4). Gesundheitliche Folgen externer Ursachen (ICD-10: S00-T98), die auf z.B. Unfälle, Angriffe oder auch Kriegshandlungen zurückgehen wurden bei 10,46% der Patient*innen diagnostiziert. Die stratifizierten Morbiditätsprofile deuten darauf hin, dass gesundheitliche Folgen externer Ursachen insbesondere bei männlichen Erwachsenen und bei Kindern und Jugendlichen diagnostiziert wurden (siehe Anlage 3). Zudem weisen 4,84% der Patient*innen im Gesamtzeitraum eine Behinderung⁸ auf (siehe Abb. 4).

Die einrichtungsübergreifende Analyse unter Verwendung von Daten aller 22 Einrichtungen zeigt, dass insgesamt 3,4% der Patient*innen eine Multimorbidität aufweisen (siehe Abb. 5). Bei männlichen Erwachsenen liegt die Prävalenz bei 4,2% und bei weiblichen Erwachsenen bei 4,4%, wobei die Schätzer jeweils sehr breite Konfidenzintervalle aufweisen und daher mit Vorsicht zu interpretieren sind (Abb. 5)

⁸ Blindheit und Sehbehinderung, Sprach- und Sprechstörungen, Taubheit und Schwerhörigkeit, Gleichgewichtsstörungen, Funktionseinschränkung, Deformation der Extremitäten, Verlust von Gliedmaßen, Querschnittlähmung, Funktionsstörungen des Gehirns, geistig-seelische Behinderungen, Suchtkrankheiten

Abb. 5: Einrichtungsbezogene Punktschätzer der Prävalenz der Multimorbidität mit 95 % Konfidenzintervall sowie gepoolter Schätzer der Prävalenz (pro 100 Patient*innen) mit 95 % Konfidenzintervall über den Gesamtzeitraum (11/2017 – 06/2020), stratifiziert nach Alter, Geschlecht und Gesamtpopulation, N = 48.108 Geflüchtete, 22 Einrichtungen

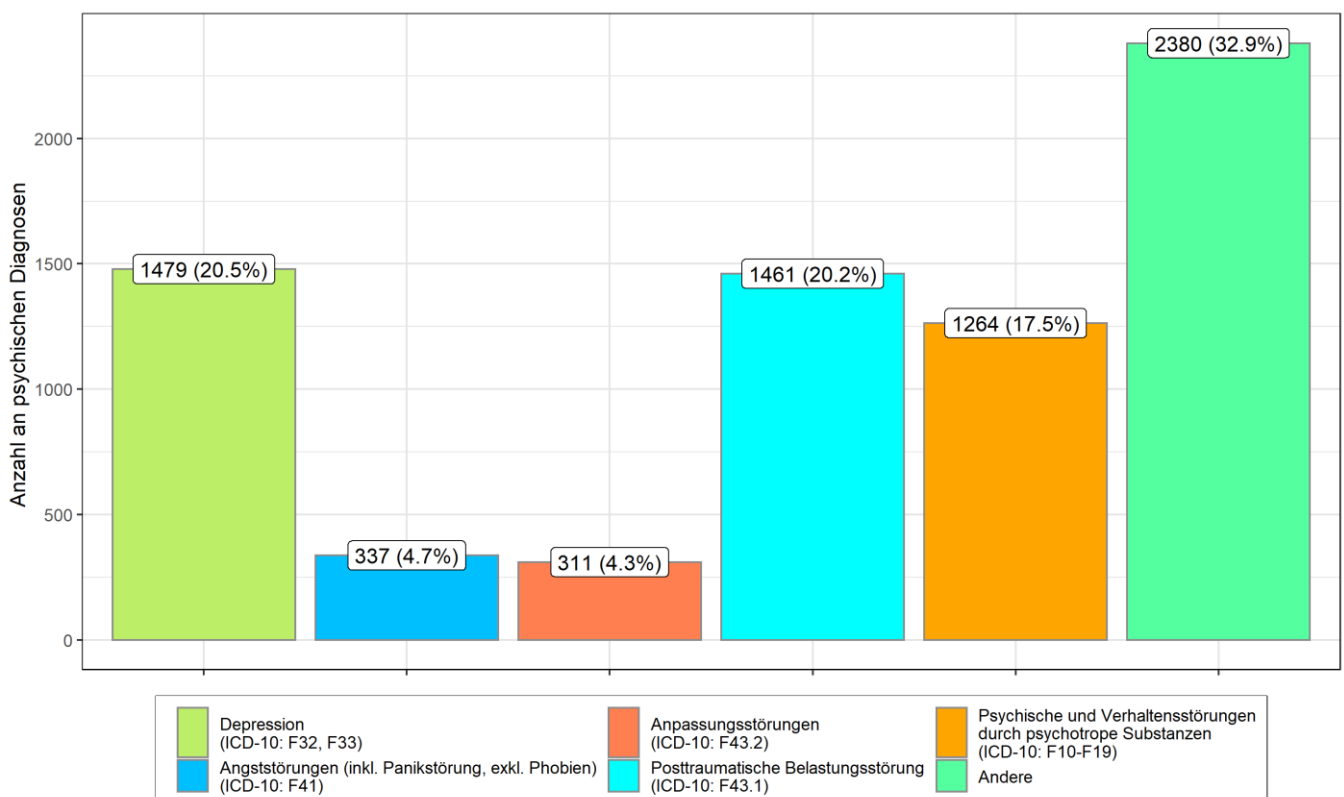


Kreise: Einrichtungsbezogene Punktschätzer. Blaue Dreiecke: gepoolte Schätzer. 95% CI / Whisker: Konfidenzintervalle. Größe der Kreise: gewichtet nach Gesamtzahl der Patient*innen (N) pro Einrichtung im Gesamtzeitraum. RE Model: gepoolter Schätzer des Random Effect Modells. I^2 : Heterogenitätsmaß. Erwachsene Männer n = 24.460. Erwachsene Frauen n = 13.533.

3.2.2 Psychische Erkrankungen

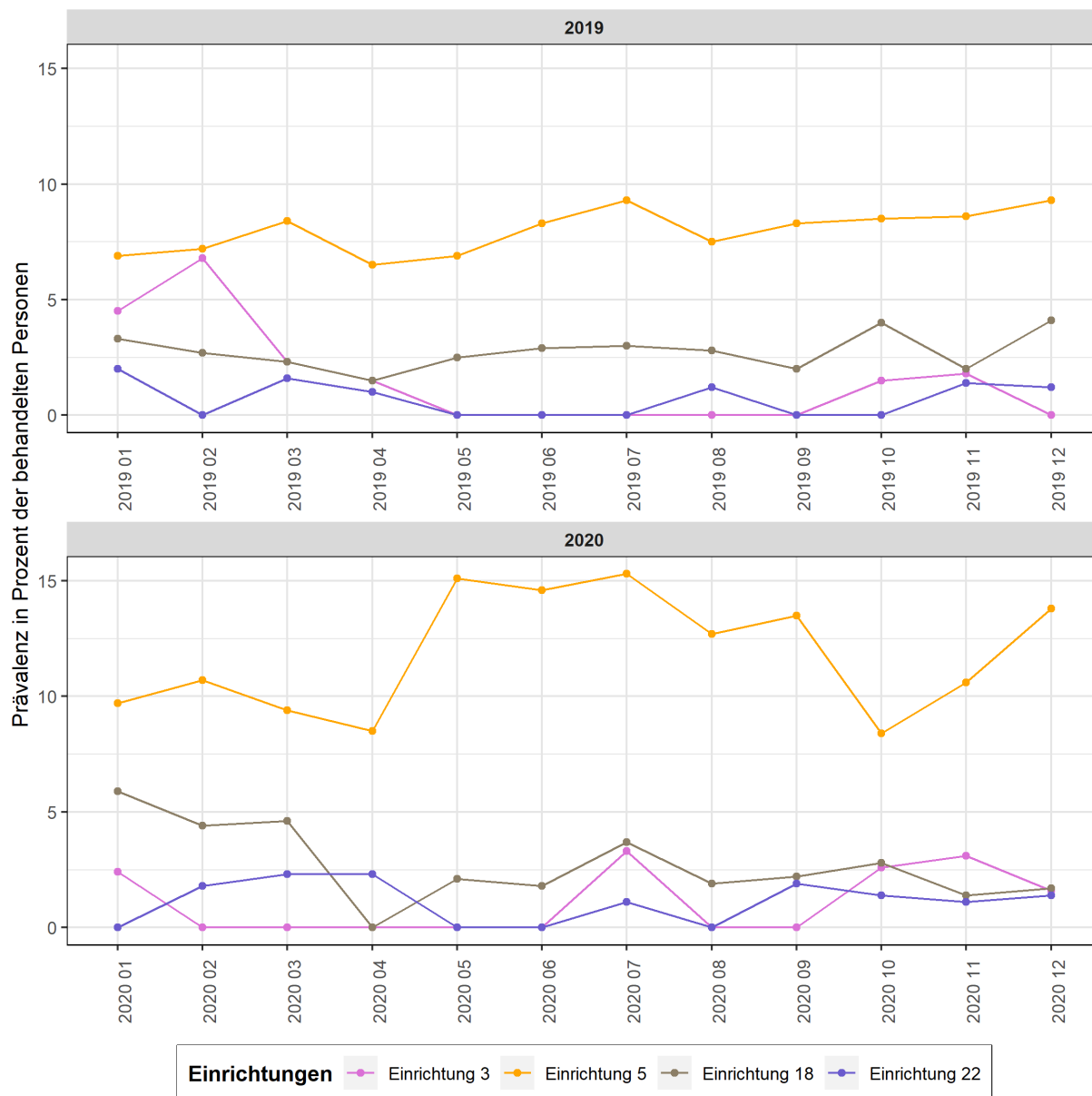
Die gepoolte Prävalenz psychischer Erkrankungen lag bei 10,53% (siehe Abb. 4). Um eine Differenzierung des psychischen Erkrankungsspektrums zu ermöglichen, enthält die routinemäßige Auswertung auch Angaben zu einzelnen Diagnosegruppen. Diese beinhalten Depression (ICD-10: F32, F33), posttraumatische Belastungsstörungen (ICD-10: F43.1) (PTSD), Anpassungsstörungen (ICD-10: F43.2) und Störungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10: F10-F19). Unter diesen Gruppen ist die Depression mit 20,5% aller in den Einrichtungen im Gesamtzeitraum in RefCare© dokumentierten psychischen Diagnosen am häufigsten, gefolgt von PTSD (20,2%) und psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (17,5%) (siehe Abb. 6)

Abb.6: Absolute Anzahl und prozentualer Anteil bestimmter psychischer Diagnosegruppen an allen im Gesamtzeitraum und in allen Einrichtungen dokumentierten psychischen Diagnosen (ICD-10: F00-F99), N= 48.108 behandelte Personen in 22 Einrichtungen, insgesamt 7.232 dokumentierte psychische Diagnosen



Um den Verlauf von psychischen Erkrankungen über den Zeitverlauf zu untersuchen, ist in Abbildung 7 die Prävalenz des Indikators pro Monat für 2019 und 2020 dargestellt. Berücksichtigt wurden nur Einrichtungen mit vollständigen Auswertungsergebnissen für die beiden Jahre.

Abb. 7: Prävalenz des Indikators „Psychische Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten“ (ICD-10: F00 - F99) in % behandelter Personen, nach Geschlecht und Alter für vier Einrichtungen im Jahr 2019 und 2020



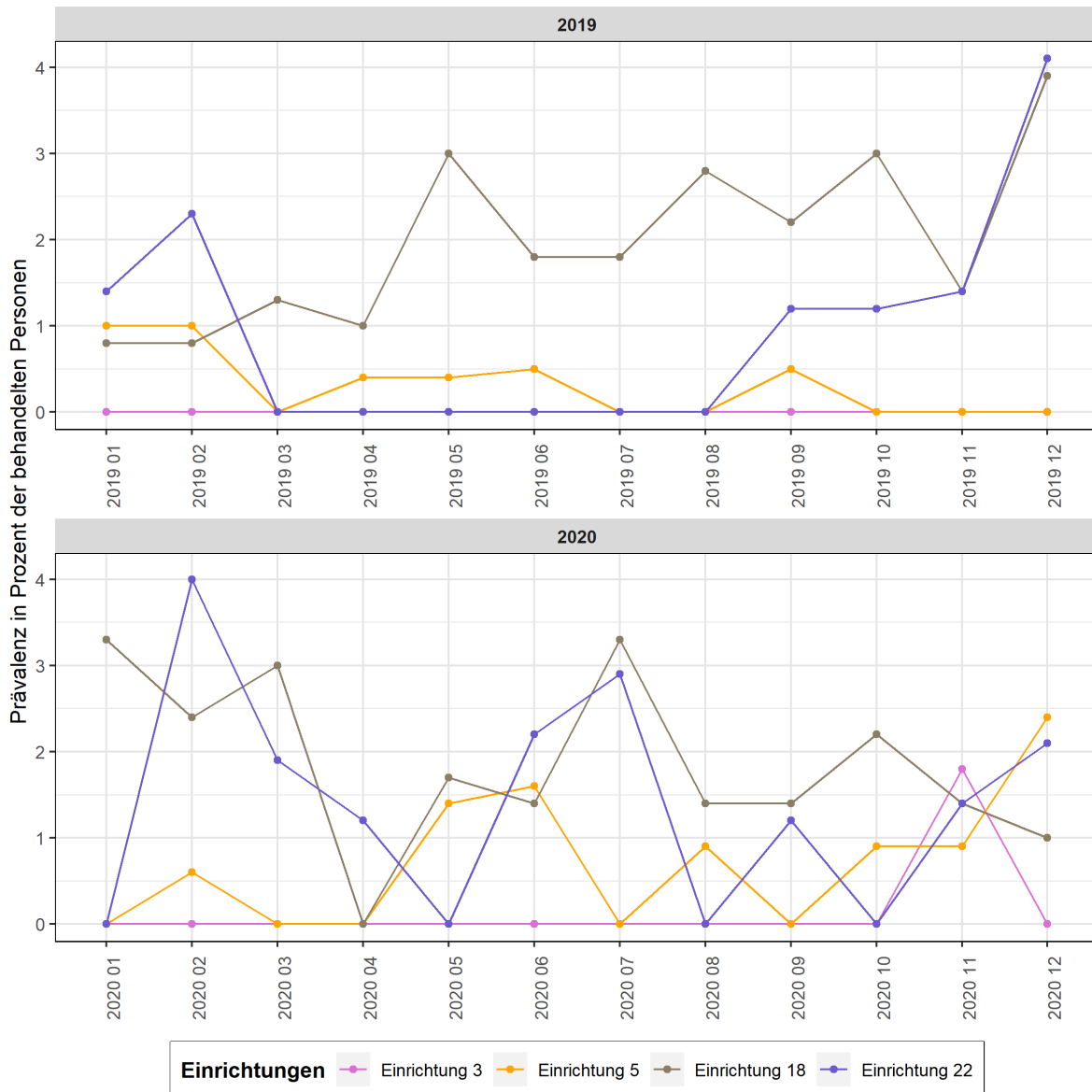
Monatliche Anzahl der Patient*innen für die Kalendermonate 2019/2020 der vier Einrichtungen variieren, siehe Anlage 4. 2019: 20.184 Personenmonate. 2020: 18.038 Personenmonate.

In Abbildung 7 zeigen sich für die Einrichtungen monatliche Schwankungen der Prävalenz psychischer Erkrankungen. Insgesamt weist Einrichtung 5 im Vergleich zu den anderen dargestellten Einrichtungen eine wesentlich höhere Prävalenz psychischer Erkrankungen auf.

Neben den diagnostisch festgestellten psychischen Erkrankungen gibt auch der Indikator „Verschreibungen mit Psychopharmaka“ (ATC-Codes: N05, N06A, N06B, N06C, N07BB) einen Einblick in die psychosoziale Situation der Geflüchteten in den teilnehmenden Einrichtungen. Dieser Indikator kann als Proxy insbesondere für behandlungsbedürftige psychische Erkrankungen gesehen werden. In Abbildung 8 sind,

ebenfalls im Jahresvergleich der vier oben dargestellten Einrichtungen, die Verschreibungsraten von Psychopharmaka bezogen auf die Anzahl der Patient*innen in den Einrichtungen abgebildet. In der Abbildung liegen die Verschreibungsraten zwischen 0% und 4% und unterliegen ebenfalls monatlichen Schwankungen. Dabei liegen die Verschreibungen allgemein unter den Prävalenzen psychischer Erkrankungen, mit einer leichten Tendenz zu höheren Verschreibungen im Jahr 2020 verglichen mit 2019.

Abb. 8: Prävalenz des Indikators „Verschreibung von Psychopharmaka“ (ATC-Codes: N05; N06A, N06B, N06C; N07BB) in % behandelter Personen, nach Geschlecht und Alter für vier Einrichtungen im Jahr 2019 und 2020



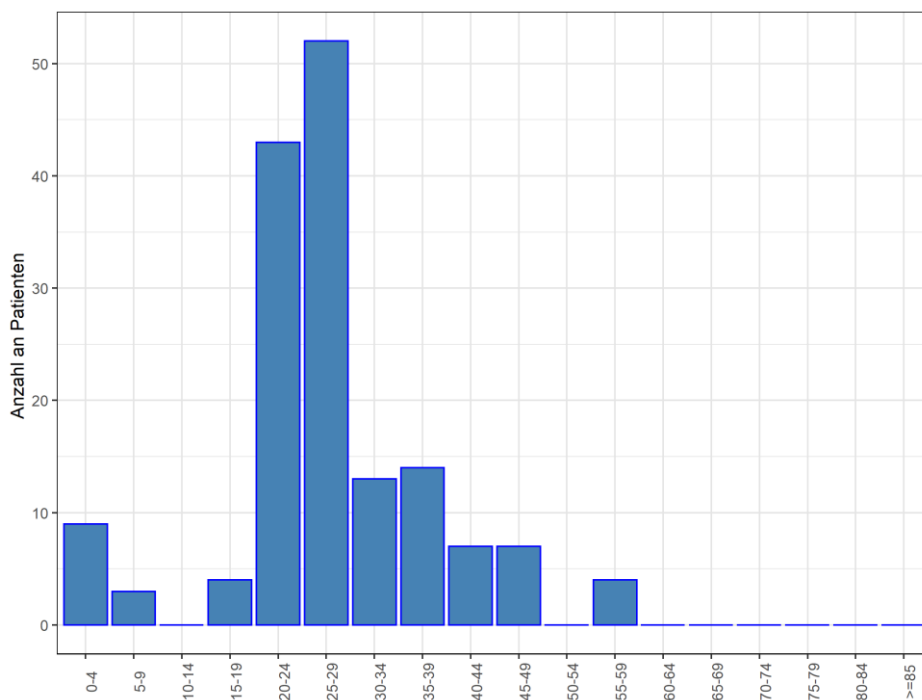
Monatliche Anzahl der Patient*innen für die Kalendermonate 2019/2020 der vier Einrichtungen variieren, siehe Anlage 4. 2019: 20.184 Personenmonate. 2020: 18.038 Personenmonate.

3.2.3 Covid-19 und andere Infektionserkrankungen

In der vorliegenden Auswertung wurden erstmalig auch die neuen Covid-19 Indikatoren berechnet. Die Auswertung zeigt, dass das Modul, obwohl es seit April 2021 in den Einrichtungen genutzt werden kann, nicht flächendeckend zum Einsatz kommt. Dies kann daran liegen, dass die Screenings außerhalb der Ambulanzen stattfinden, oder dass aus anderen Gründen keine Covid-19 Dokumentation der damit verbundenen Ereignisse (z.B. Testanlass, Testergebnis) in RefCare© erfolgt (z.B. weil andere Melde- oder Dokumentationsvorgaben bestehen, oder papierbasierte Paralleldokumentationen erfolgen).

Adäquate Auswertungsergebnisse der Patient*innen mit labordiagnostisch bestätigten Infektionen mit SARS-CoV-2 liegen lediglich aus einer Einrichtung vor, die im Folgenden dargestellt werden. Insgesamt wurden in der Einrichtung seit Einführung des Moduls bei 162 behandelten Personen eine Infektion mit SARS-CoV-2 bestätigt, davon 147 (90,7%) Erwachsene und 15 (9,2%) Kinder. 97 (59,9%) der Infektionen wurden bei männlichen und 64 (39,5%) bei weiblichen behandelten Personen festgestellt, bei einer Person fehlte die Geschlechtsangabe. Die Inzidenz von SARS-CoV-2 Infektionen unter den behandelten Personen betrug über den Gesamtzeitraum 3,3% bei Erwachsenen und 1,4% bei Kindern, 2,7% bei männlichen und 3,6% bei weiblichen behandelten Personen. Betroffen waren ausschließlich Personen im Alter von unter 60 Jahren, insbesondere in der Altersgruppe zwischen 20 und 30 Jahren (siehe Abb. 9).

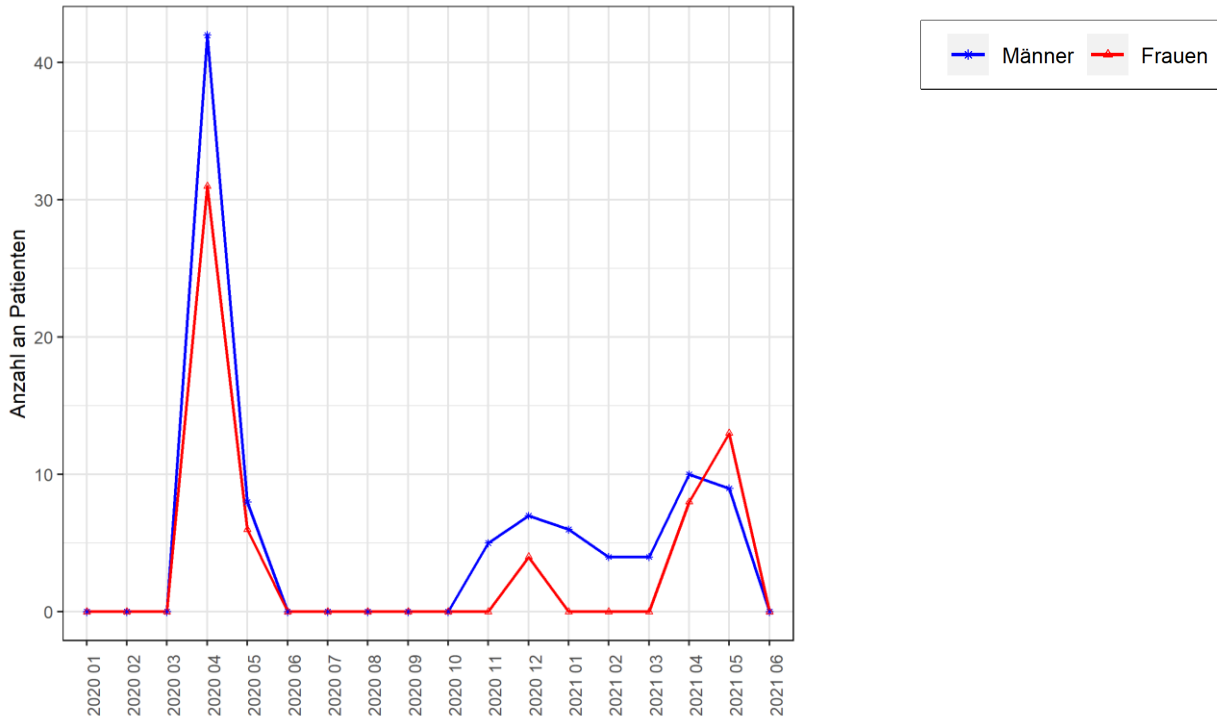
Abbildung 9: Patient*innen mit labordiagnostisch bestätigten SARS-CoV-2 Infektionen stratifiziert nach 5-Jahresgruppen in absoluten Patientenzahlen seit Einführung des Covid-19-Moduls (N=11.462 Geflüchtete, n = 156 Fälle, 1 Einrichtung)



X-Achse: Altersgruppen.

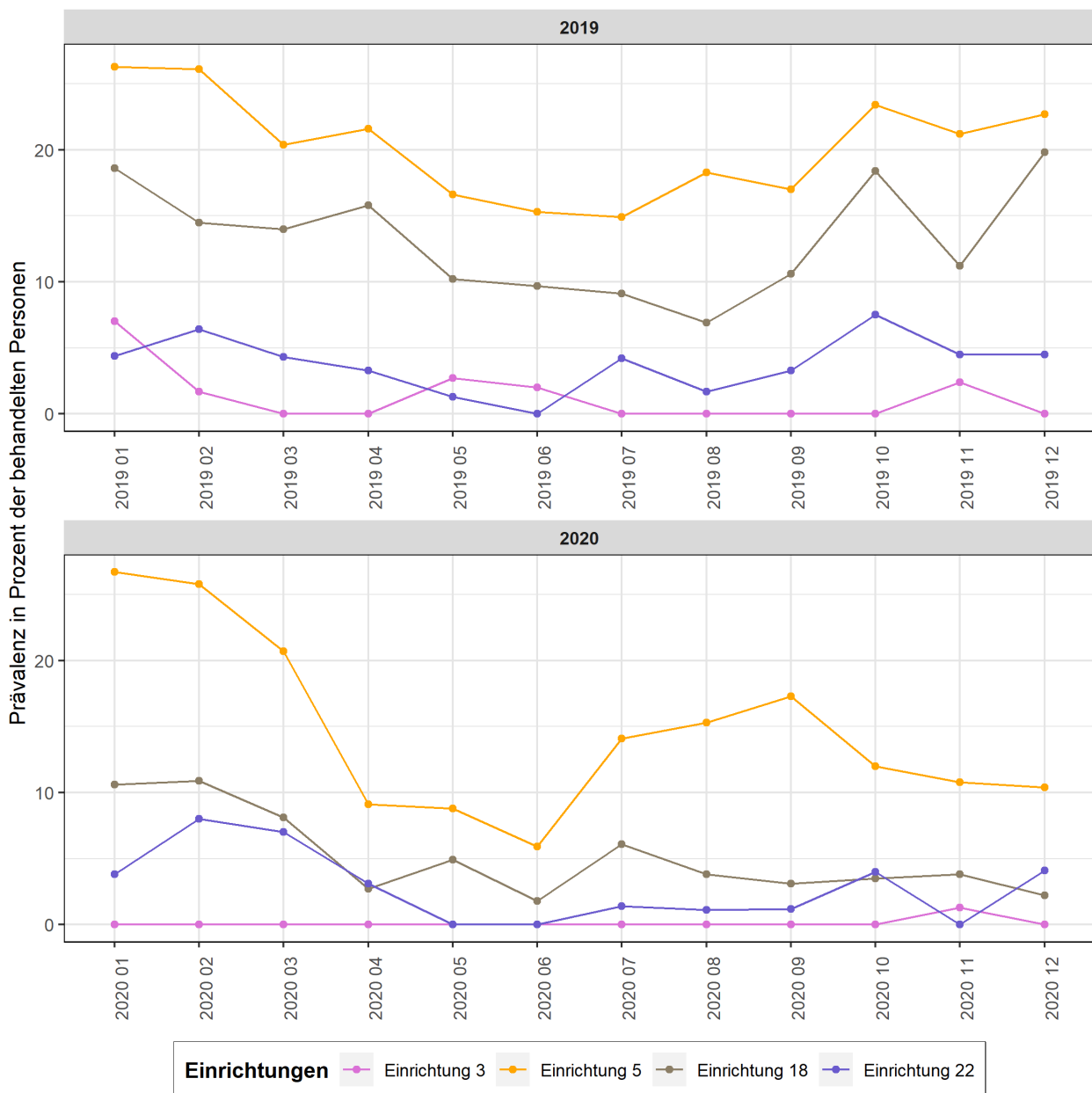
Die absoluten Fallzahlen bestätigter SARS-CoV-2 Infektionen in der dargestellten Einrichtung pro Monat zeigt, dass Infektionen vor allem zu Beginn der Pandemie sowie im Herbst 2020 und Frühjahr 2021 festgestellt wurden (siehe Abb. 10).

Abb. 10: Patient*innen mit labordiagnostisch bestätigten SARS-CoV-2 Infektionen, in absoluten Patientenzahlen nach Geschlecht pro Monat (N=11.462 Geflüchtete, n = 157 Fälle, 1 Einrichtung)



Auch in Einrichtungen, die das Covid-19 Modul in RefCare© nicht vollumfänglich nutzen, können relevante Aussagen zum Infektionsgeschehen gemacht werden. Insbesondere lässt sich aus dem Verlauf des Indikators „Atemwegserkrankungen“ (J00-J99), der unter anderem Infektionen der Atemwege misst, eine Aussage über die Auswirkungen der ergriffenen Infektionsschutzmaßnahmen in den Einrichtungen ableiten. In Abbildung 11 sind die monatlichen Prävalenzen von Atemwegserkrankungen bei Patient*innen für die Jahre 2019 und 2020 dargestellt, mit Ergebnissen der vier Einrichtungen mit vollständigen Daten für beide Kalenderjahre. Die Darstellung zeigt, dass die Prävalenzen von Atemwegserkrankungen in den Monaten Februar bis Dezember 2020 in allen vier Einrichtungen unter denen des gleichen Zeitraums im Vorjahr lagen.

Abb. 11: Prävalenz des Indikators „Atemwegserkrankungen“ (ICD-10: J00-J99) in %, nach Geschlecht und Alter für vier Einrichtungen im Jahr 2019 und 2020



Monatliche Anzahl der Patient*innen für die Kalendermonate 2019/2020 der vier Einrichtungen variieren, siehe Anlage 4. 2019: 20.184 Personenmonate. 2020: 18.038 Personenmonate.

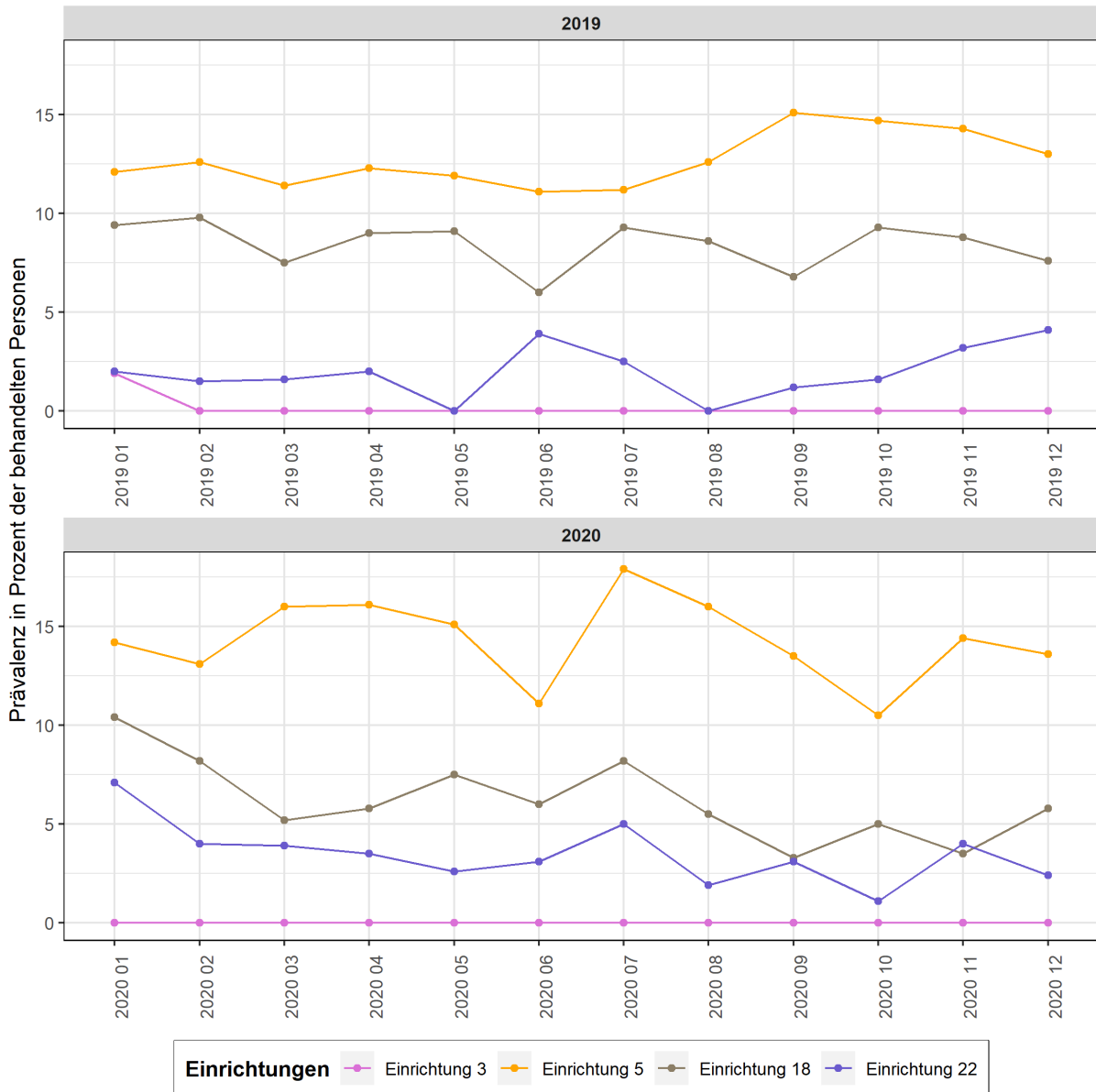
Dass dies nicht an einem allgemeinen Rückgang an Infektionserkrankungen liegt, sondern vermutlich auf eine Reduktion von aerogenen Übertragungen und Tröpfcheninfektionen zurückgeht, zeigt die Darstellung der Prävalenzen der Indikatoren „Bestimmte infektiöse und parasitäre Erkrankungen“⁹ (A00-B99) (Abb. 12) und „meldepflichtige Infektionserkrankungen“¹⁰ (Abb. 13) im Jahresvergleich zwischen 2019 und 2020. In beiden

⁹ Der Indikator „Bestimmte infektiöse und parasitäre Erkrankungen“ beinhaltet unter anderem Infektionserkrankungen des Darms, sexuell übertragbare Infektionserkrankungen, Virushepatitiden, sowie Helminthosen, Mykosen und Pedikulosen

¹⁰ Der Indikator „meldepflichtige Infektionserkrankungen“ beinhaltet die ICD-10 Codes B30.0, B30.1, A05.1, A23.0, A23.1, A23.3, A23.8, A23.9, A04.5, A92.0, A00, A81.0, A97, A36, A98.4, A04.4, B67, A04.3, A75.0, A84.1, A95, A07.1, A41.3, A49.2, G00.0, J09, J14, J20.1, P23.6, A98.5, B15, B16, B17.1, B18.2, B19, B16.0, B16.1, B17.0, B17.2, B17.8, B20- - B24, D59.3, M31.1, J09, J10, J11, A37,

Grafiken ist keine oder nur eine leichte Reduktion der Prävalenzen im Laufe des Jahres 2020 gegenüber dem Vorjahr erkennbar.

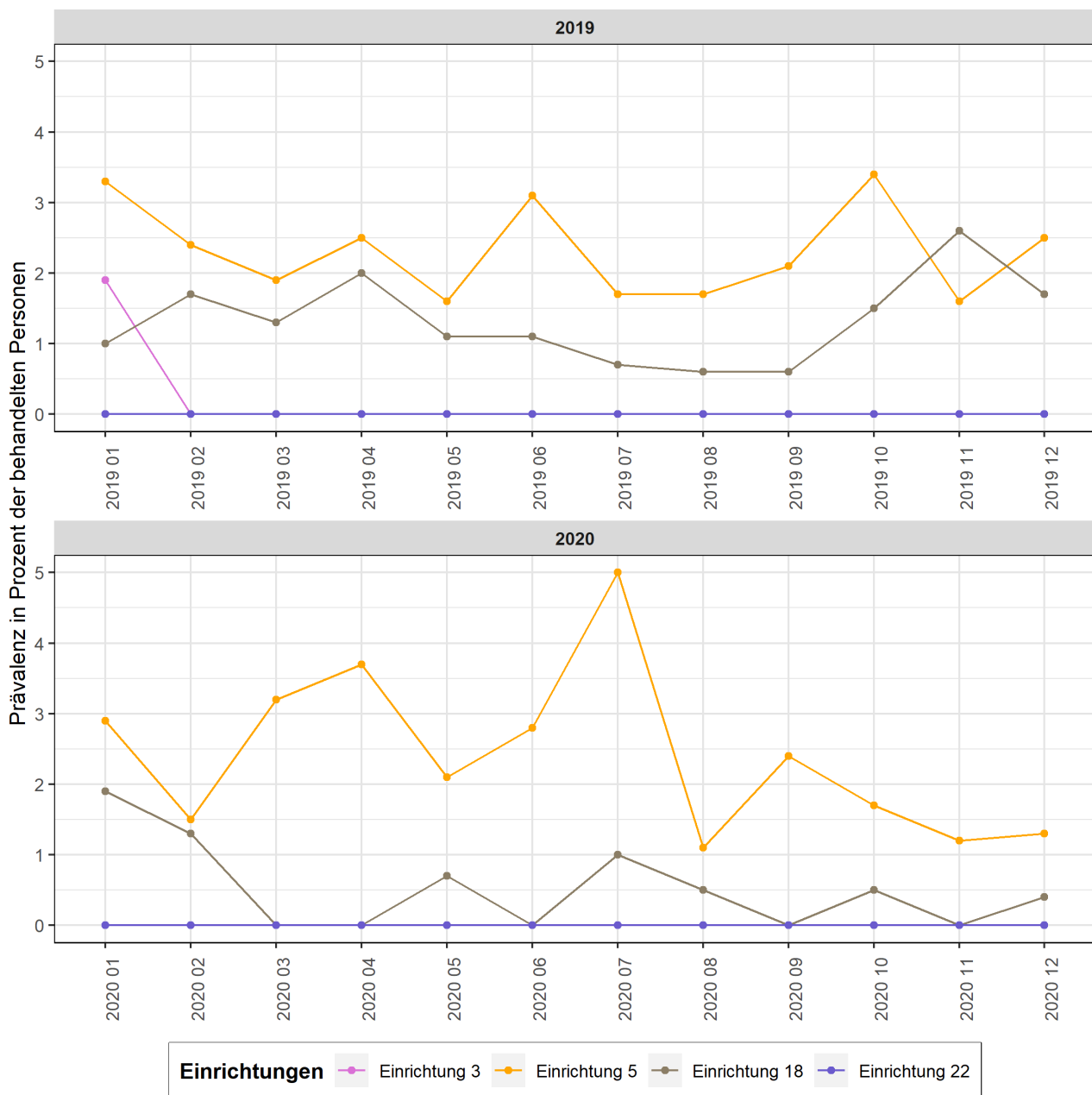
Abb. 12: Prävalenz des Indikators „Bestimmte infektiöse und parasitäre Erkrankungen“ (ICD-10: A00-B99) in %, nach Geschlecht und Alter für vier Einrichtungen im Jahr 2019 und 2020



Monatliche Anzahl der Patient*innen für die Kalendermonate 2019/2020 der vier Einrichtungen variieren, siehe Anlage 4. 2019: 20.184 Personenmonate. 2020: 18.038 Personenmonate.

A07.2, A96.2, A68.0, A48.1, A48.2, A30, A27, A32, P37.2, B50- - B54, A98.3, B05, A39, A41.0, A49.0, G00.3, P36.2, A22, B26.8, B26.9, A08.1, A70, A01.1, A01.2, A01.3, A01.4, A20, A80, A78, A08.0, P35.0, B06.8, B06.9, A0, A03, A50, A53, A82, Z20.3, P37.1, B75, A15 - - A19, P37.0, O98.0, A21, A01.0, A92.0, A92.4, A96, A98.0, A98.1, A99, B02, P35.8, und A04.6

Abb. 13: Prävalenz des Indikators „Meldepflichtige Infektionserkrankungen“ in %, nach Geschlecht und Alter für vier Einrichtungen im Jahr 2019 und 2020



Monatliche Anzahl der Patient*innen für die Kalendermonate 2019/2020 der vier Einrichtungen variieren, siehe Anlage 4. 2019: 20.184 Personenmonate. 2020: 18.038 Personenmonate.

3.3 Versorgungsqualität in den Ambulanzen der Aufnahmeeinrichtungen

Zusätzlich zur Erfassung des Erkrankungsspektrums der in den Ambulanzen der Aufnahmeeinrichtungen behandelten Personen soll die routinemäßige Surveillance auch Einblicke in die Versorgungsqualität geben. Hierzu beinhaltet die Surveillance unter anderem die Indikatoren „Antibiotikaüberverordnung“, „Antiretrovirale Therapie bei HIV“ und „Entgleisungen bei Diabetes Mellitus“. Die Ergebnisse dieser drei Indikatoren sind in den Tabellen 2, 3 und 4 dargestellt.

Der Indikator „**Antibiotikaüberverordnung**“ erfasst die antibiotische Therapie von Infektionserkrankungen, die häufig eine virale Ursache haben und somit keine oder nur in Ausnahmefällen (z.B. bei einer

Superinfektion) einer Therapie mit Antibiotika bedürfen. Bei den in diesem Zusammenhang betrachteten Infektionen handelt es sich um akute Infektionen der oberen Atemwege, akute Bronchitis und Otitis media (Zielerkrankungen). In Tabelle 2 ist die Anzahl der erwachsenen behandelten Personen mit einer der Zielerkrankungen dargestellt, sowie davon die Anzahl der Personen, die eine antibiotische Therapie erhalten und die daraus berechnete Verschreibungsrate in Prozent. Bei den hier ausgewerteten Einrichtungen liegt die Verschreibungsrate im Durchschnitt der Einrichtungen bei 7,70 % (Min: 0,00 – Max: 19,47 %). Insgesamt liegt der Indikator damit im Zielbereich von unter 30% [7]. Nicht betrachtet wurden für die Berechnung dieses Indikators Einrichtungen, die weniger als 30 dokumentierte Diagnosen der Zielerkrankungen aufwiesen, da die Berechnung der Verschreibungsrate bei kleinen Fallzahlen unzuverlässig ist.

Tabelle 2: Verschreibungen von Antibiotika für Erwachsene bei Erkrankungen, die in der Regel keine antibiotische Therapie benötigen (Zielerkrankungen) im Gesamtzeitraum (11/2017- 06/2021), N=4.590 Geflüchtete, 16 Einrichtungen

Einrichtung	Personen mit Zielerkrankungen			Davon Personen mit Verschreibung von Antibiotika (Verschreibungsrate in %)		
	w	m	Gesamt	w	m	Gesamt
1	61	129	190	9 (14,75)	28 (21,72)	37 (19,47)
3	9	30	39	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
4	70	95	165	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
5	552	835	1387	62 (11,23)	83 (9,94)	145 (10,45)
7	224	317	541	24 (10,71)	29 (9,15)	53 (9,80)
8	49	86	135	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
9	44	51	95	5 (11,36)	3 (5,88)	8 (8,42)
10	61	97	158	3 (4,92)	5 (5,15)	8 (5,06)
11	144	259	403	5 (3,47)	11 (4,25)	16 (3,97)
12	53	152	205	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
13	44	145	189	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
14	46	28	74	3 (6,52)	0 (0,00)	3 (4,05)
17	20	21	41	0 (0,00)	5 (23,81)	5 (12,2)
18	287	535	822	19 (6,62)	33 (6,17)	52 (6,33)
21	24	49	73	6 (25,00)	8 (16,33)	14 (19,18)
22	39	34	73	5 (12,82)	3 (8,82)	8 (10,96)
Gesamt	1727	2863	4590	141 (8,16)	208 (7,27)	349 (7,60)

Anzahl aller Patient*innen in den 16 Einrichtungen: N = 44.557.

In Tabelle 3 sind die Ergebnisse des Indikators „Therapie bei HIV“ dargestellt. Die Tabelle beinhaltet die behandelten Personen mit einer diagnostizierten HIV Infektionen sowie davon die Personen mit einer Verschreibung von antiretroviraler Medikation (ARV) und die daraus resultierende Verschreibungsrate in Prozent. Dargestellt sind alle Einrichtungen mit dokumentierten HIV Diagnosen. Es zeigt sich, dass zwischen 0% und ca. 28% der Personen mit HIV in den beteiligten Einrichtungen eine Therapie mit antiretroviralen Medikamenten erhalten haben. Insgesamt lag die Verschreibungsrate bei 19,14 %, mit deutlich geringeren Werten bei Männern (12,75 %) im Vergleich zu Frauen (25,23%).

Tabelle 3: Absolute Anzahl der Personen mit HIV Diagnose und Anzahl/Anteil der Personen mit HIV-Diagnose unter Therapie mit anti-retroviralen Medikamenten (ARV), N= 209 Geflüchtete, 8 Einrichtungen

Einrichtung	Personen mit HIV Diagnose			Davon Personen mit Verschreibung von ARVs (Verschreibungsrate in %)		
	w	m	Gesamt	w	m	Gesamt
1	0	4	4	0 (NA)	0 (0,00)	0 0 (0,00)
5	71	47	118	27 (38,03)	6 (12,77)	33 (27,97)
7	7	4	11	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
10	0	6	6	0 (NA)	0 (0,00)	0 (0,00)
11	0	16	16	0 (NA)	3 (18,75)	3 (18,75)
18	21	19	40	0 (0,00)	4 (21,05)	4 (10,00)
21	0	3	3	0 (NA)	0 (0,00)	0 (0,00)
22	8	3	11	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Gesamt	107	102	209	27 (25,23)	13 (12,75)	40 (19,14)

Berücksichtigt sind lediglich Einrichtungen, in denen mindestens 3 Personen mit einer HIV-Diagnose berichtet sind. Werte unter 3 werden aus Gründen der Anonymisierung nicht berichtet. Anzahl aller Patient*innen in den 8 Einrichtungen: N = 35.119 Patient*innen.

In Tabelle 4 sind die Ergebnisse des Indikators „**Stoffwechselentgleisungen bei Diabetes Mellitus**“ abgebildet. Dieser stellt dar, wie viele Personen mit einer Diagnose von Diabetes Mellitus (ICD-10: E10-E14) eine Stoffwechselentgleisung erlitten. In Einrichtung 11 kam es bei drei von 114 Patient*innen (2,63%) mit Diabetes Mellitus zu einer Stoffwechselentgleisung. Vier weitere Einrichtungen (Einrichtungen 4, 5, 7, und 10) wiesen bei 9,68%, 8,14%, 9,35% und 10% der Personen mit Diabetes Mellitus eine Stoffwechselentgleisung auf. Im Durchschnitt aller Einrichtungen lag der Anteil der Stoffwechselentgleisungen bei Patient*innen mit Diabetes Mellitus bei 5,51 %, mit einem höheren Anteil bei Frauen (6,32%) im Vergleich zu Männern (4,95 %).

Tabelle 4: Stoffwechsellentgleisung bei Personen mit der Diagnose Diabetes Mellitus, N=926 Geflüchtete, 19 Einrichtungen

Einrichtung	Personen mit Diabetes mellitus (ICD-10: E10-E14)			Personen mit Entgleisung bei Diabetes Mellitus		
	w	m	Gesamt	w	M	Gesamt
1	14	11	25	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
2	5	4	9	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
3	8	12	20	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
4	11	20	31	0 (0,00)	3 (15,00)	3 (9,68)
5	154	227	381	15 (9,74)	16 (7,05)	31 (8,14)
7	52	55	107	5 (9,62)	5 (9,09)	10 (9,35)
8	6	16	22	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
9	12	14	26	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
10	17	23	40	4 (23,53)	0 (0,00)	4 (10,00)
11	51	63	114	0 (0,00)	3 (4,76)	3 (2,63)
12	10	13	23	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
13	11	16	27	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
14	5	6	11	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
16	3	7	10	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
17	6	0	6	0 (0,00)	0 (NA)	0 (0,00)
18	23	56	79	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
19	6	10	16	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
21	5	7	12	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
22	8	13	21	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Gesamt	380	546	926	24 (6,32)	27 (4,95)	51 (5,51)

Berücksichtigt sind lediglich Einrichtungen, in denen mindestens 3 Personen mit einer Diagnose „Diabetes mellitus“ (ICD-10: E10-E14) berichtet sind. Werte unter 3 werden aus Gründen der Anonymisierung nicht berichtet. Anzahl aller Patient*innen in den 19 Einrichtungen: N = 47.786 Patient*innen.

4 Diskussion

Die hier dargestellten Ergebnisse des multizentrischen Gesundheitsmonitoring über den Forschungsverbund PriCaret beinhalten Auswertungen von bis zu 22 Aufnahmeeinrichtungen für Geflüchtete in drei Bundesländern. Die einrichtungübergreifende Analyse des Morbiditätsspektrums basierend auf vier Einrichtungen mit insgesamt 24.523 Patient*innen weist auf ein vorwiegend primärmedizinisches Spektrum hin. Mit einer gepoolten Prävalenz von 21,62% der Patient*innen sind Atemwegserkrankungen die am häufigsten diagnostizierte Erkrankungsentität, gefolgt von Infektionserkrankungen (17,07%), Krankheiten des Verdauungssystems (14,98%), und muskuloskelettalen Beschwerden wie Rückenschmerzen (14,32%). Darüber hinaus bestehen besondere Bedarfe in den Bereichen psychische Störungen (gep. Prävalenz: 10,53%) und Folgen externer Ursachen (10,46%), wie Unfälle, Angriffe oder auch Kriegshandlungen. Im Vergleich zu den anderen Erkrankungsentitäten weist lediglich ein geringer Anteil der Patient*innen meldepflichtige Infektionen auf.

Neben dem primärmedizinischen Spektrum weisen die Aufnahmeeinrichtungen auch Patient*innen mit komplexen Beschwerdebildern auf. Ein kleiner, aber nicht unbeträchtlicher Anteil der Patient*innen weist Behinderungen (4,84 %) auf. In den 22 Einrichtungen mit 48.108 Patient*innen wiesen 3,40% der Patient*innen eine Multimorbidität auf. Einrichtungsübergreifende Daten zu Behinderungen und

Multimorbidität bei Geflüchteten im deutschsprachigen Raum werden hierdurch erstmalig beachtet und lagen bis dato nicht vor [8, 9].

Dies verdeutlicht die Relevanz von z.B. strukturierter Identifizierung solcher besonderer Bedarfe, was jedoch bisher mit Blick auf Behinderungen [10] oder die Identifizierung psychosozialer Bedarfe [11] nicht flächendeckend und systematisch erfolgt.

Die einrichtungsübergreifende Auswertung von Indikatoren aus dem psychosozialen Bereich zeigt hohe Unterschiede in den Prävalenzen zwischen den dargestellten Einrichtungen auf. Um ein genaueres Verständnis der psychosozialen Belastung von Geflüchteten in Aufnahmeeinrichtungen zu erhalten, ist hier der Einbezug weiterer Kontextfaktoren notwendig. Insbesondere müssen Umfang und Struktur der psychosozialen Versorgung in den Einrichtungen berücksichtigt werden. So verfügen die Einrichtungen 3 und 5, die in den Ergebnissen eine vergleichsweise hohe Prävalenz psychischer Erkrankungen zeigen, über psychosoziale Ambulanzen mit regelmäßigen Sprechstunden. In der Einrichtung 5 ist z.B. trotz einer deutlich höheren Diagnosestellung die Verschreibungsrates an Psychopharmaka geringer, was darauf hindeuten könnte, dass psychosoziale Bedarfe durch das niederschwellige und spezialisierte Angebot nicht-medikamentös aufgefangen werden. Die ebenfalls dargestellte Einrichtung 18 hält zwar ein peer-basiertes niedrigschwelliges Unterstützungsangebot für psychisch belastete Bewohner*innen vor, allerdings wird vor Ort keine psychosoziale Versorgung im Sinne von therapeutischen Maßnahmen durchgeführt. Bei Einrichtung 22 handelt es sich um eine Ambulanz mit pflegerischer Sprechstunde. Es ist anzunehmen, dass diese Heterogenität der Kontexte in Bezug auf psychosoziale Versorgung Auswirkungen auf die Diagnosestellung und -dokumentation von psychischen Erkrankungen nimmt. Da nur wenige der im Forschungsverbund PriCaret beteiligten Einrichtungen eine psychosoziale Sprechstunde anbieten, ist bei der hier berichteten gepoolten Prävalenz von 10,53% der behandelten Personen daher insgesamt von einer Untererfassung auszugehen.¹¹

Hingegen zeigt die Verteilung der psychischen Diagnosen, dass besondere Bedarfe vorwiegend im Bereich der Versorgung von Traumafolgestörungen, Depression und Suchterkrankungen bestehen. In diesen Bereichen wäre die Einführung von gezielten, niedrigschwelligen Unterstützungs- und Versorgungsangeboten in den Einrichtungen sinnvoll und notwendig. Ein Vergleich der Prävalenzen psychischer Erkrankungen zeigt darüber hinaus einen Prävalenzanstieg in Einrichtung 5 ab Juni 2020. In diesem Zeitraum stand die Einrichtung mehrere Wochen aufgrund eines Ausbruchs von SARS-CoV-2 unter Kollektivquarantäne, was zu einer zusätzlichen psychischen Belastung für die Bewohner*innen der Einrichtung geführt haben könnte. In den anderen drei Einrichtungen ist seit dem Frühjahr 2020 kein oder nur ein leichter Anstieg bemerkbar, der möglicherweise ebenfalls durch Belastungen durch Covid-19 begründet sein könnte. Auch wenn hierdurch keine kausalen Schlüsse gezogen werden dürfen, zeigen die Ergebnisse das Potential einer regelmäßigen strukturierten Surveillance der Gesundheit auf: so können auf der Grundlage von Routinedaten und deren datenschutzkonformer Zusammenführung mögliche Zusammenhänge dieser Art in zukünftigen Studien regionen- und einrichtungsübergreifend untersucht werden [2].

Vor dem Hintergrund der Covid-19 Pandemie wurde im April 2021 zudem ein neues RefCare© Modul zur Erfassung von Untersuchungen auf Covid-19 entwickelt und in den Einrichtungen aufgespielt. Um die im Rahmen der Covid-19 Untersuchungen in RefCare© dokumentierten Versorgungsdaten abbilden zu können,

¹¹ Insgesamt sind bei allen hier berichteten Daten die Limitationen zu berücksichtigen, die im Rahmen von Routinedatenanalysen vorliegen. Dies betrifft u.a. die Vollständigkeit von Daten, fehlende flächendeckende Sprachmittlung, die Heterogenität der Dokumentations- und Kodierungspraxis, die Abhängigkeit vom Inanspruchnahmeverhalten. Für eine detaillierte Diskussion der Stärken und Limitationen der Daten des Verbunds Pricaret siehe Jahn et al. (2021), Journal of Health Monitoring [2].

wurden neue, spezifische Indikatoren für die routinemäßige Surveillance entwickelt und für den vorliegenden Bericht erstmals ausgewertet. Die hier berichteten Auswertungsergebnisse des Indikators „labortechnisch bestätigte Infektionen mit SARS-CoV-2“ zeigen die Relevanz und das Potential einer zeitnahen Berichterstattung zu SARS-CoV-2 Infektionen im Zeitverlauf und nach Altersgruppen auf. Voraussetzung dafür ist allerdings der flächendeckende Einsatz bzw. die tatsächliche Nutzung des Covid-19 Moduls. Die vorliegende Auswertung zeigte jedoch, dass das Modul nur in wenigen Einrichtungen im Ambulanzalltag genutzt wurde. Um ähnliche Aussagen zu Covid-19 auch für andere Einrichtungen, oder bestenfalls einrichtungsübergreifend, machen zu können, ist eine flächendeckende Nutzung des Covid-19 Moduls unerlässlich.

Allerdings zeigt sich hier die anfangs erwähnte Heterogenität und Fragilität des Versorgungssettings in Aufnahmeeinrichtungen [12, 13], in denen die Möglichkeiten zur Einführung neuer Dokumentationswerkzeuge und die Erarbeitung von Dokumentationsstandards sowie die umfassende Information aller in der Ambulanz Tätigen erschwert ist. Hinzu kommen die unterschiedlichen Zuständigkeiten und die in einigen Einrichtungen hohe Zahl an beteiligten Dienstleistern, wodurch einige Bereiche der medizinischen Versorgung, insbesondere die zur Erstuntersuchung nach §62 [14], Impfungen und das Eingangsscreening auf Covid-19, außerhalb der einrichtungsinternen Ambulanz stattfinden und damit nicht in der Surveillance-Software erfasst werden. Diese Heterogenität und Fragmentierung der Versorgungssettings erschwert unserer Erfahrung nach sowohl das Einführen neuer Technologien als auch das Festlegen und Anpassen von Dokumentationsstandards. Auch ohne die Covid-19 spezifischen Auswertungsergebnisse konnten jedoch aus anderen Indikatorergebnissen Schlussfolgerungen für das allgemeine (nicht COVID-19 bezogene) Infektionsgeschehen und insbesondere die Auswirkungen der im Zuge der Pandemie ergriffenen Infektionsschutzmaßnahmen [15] gezogen werden. So lässt die Abnahme der Häufigkeit der Atemwegsinfektionen im Jahresvergleich 2020 mit 2019 darauf schließen, dass die Pandemiemaßnahmen in den Einrichtungen sich auch günstig auf andere aerogene und durch Tröpfchen übertragen Infektionserkrankungen auswirken.

Die hier dargestellten Ergebnisse im Bereich der Versorgungsqualität geben erstmals einen einrichtungsübergreifenden Einblick in die Prozess- und Ergebnisqualität der medizinischen Versorgung in den Aufnahmeeinrichtungen. Die Antibiotikaverordnungen bei bestimmten, meist viralen Infektionserkrankungen in den Einrichtungsambulanzen liegen im empfohlenen Zielbereich und deuten somit auf eine rationale Verordnungspraxis und nicht auf eine Überverordnung von Antibiotika hin.

In Hinblick auf die medikamentöse Versorgung von behandelten Personen mit einer HIV-Infektion deuten die dargestellten Verschreibungsraten jedoch auf eine ausgeprägte Unterversorgung hin, selbst die höchste Verschreibungsrate der beteiligten Einrichtungen liegt unter 30%. Sowohl die deutsche Leitlinie für die Versorgung von HIV [16] als auch die Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation [17] empfehlen den Beginn einer antiretroviralen Therapie aller betroffenen Personen so früh wie möglich nach Diagnosestellung und unabhängig von Faktoren wie klinisches Stadium oder Anzahl der CD-4 Zellen. Dies scheint in den beteiligten Einrichtungsambulanzen nicht gewährleistet zu sein, auch wenn eine Untererfassung antiretroviraler Therapien durch lückenhafte Dokumentation nicht gänzlich ausgeschlossen werden kann. Die Struktur des Verbunds *PriCaret* erlaubt es jedoch diese Befunde in den regelmäßigen Verbundtreffen mit den Verbundpartnern zu diskutieren, wodurch Feedbackschleifen in die Praxis erfolgen können [2].

In Hinblick auf die Ergebnisqualität kann der Indikator „Stoffwechselentgleisungen bei Diabetes mellitus“ einen Hinweis auf die Qualität der Versorgung von Personen mit Diabetes Mellitus geben. Während die Mehrzahl der Einrichtungen keine Entgleisungen aufwies, wurden in fünf der beteiligten Einrichtungen Stoffwechselentgleisungen bei Personen mit Diabetes Mellitus festgestellt. Diese traten bei 2,63% bis 9,68% der Personen mit einer Diagnose Diabetes Mellitus auf, insgesamt lag der Anteil der Entgleisungen bei 5,51%.

Dies weist auf Herausforderungen der zeitgerechten und kontinuierlichen primärärztlichen Versorgung von Diabetes Mellitus (und als Proxy möglicherweise anderer chronischer Erkrankungen) in einigen der beteiligten Aufnahmeeinrichtungen hindeutet.

Zur Untersuchung der Ursachen für diese Qualitätseinschränkungen sind weitere Studien notwendig, insbesondere im Hinblick auf den Einfluss von strukturellen und rechtlichen Aspekten der Versorgung von Geflüchteten, sowie der Organisationsabläufe und -standards in den Ambulanzen. In Bezug auf chronische Erkrankungen kann zum Beispiel die rechtliche Einschränkung des Zugangs zu medizinischer Versorgung in §4 des AsylbLG zu Unsicherheiten in Bezug auf den Anspruch auf medikamentöse Versorgung oder weiterführende apparative Diagnostik führen und - in Abwesenheit der flächendeckenden Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Geflüchtete [18, 19] - durch das Beantragen von Kostenübernahmen zur Verzögerung des Therapiebeginns beitragen [19, 20].

Darüberhinaus können, nebst patientenseitigen Faktoren wie Inanspruchnahmeverhalten, auch praktische und organisationbezogene Herausforderungen innerhalb der Ambulanzen dazu beitragen, dass die primärmedizinische Versorgung nicht zeitgerecht oder effektiv erfolgt [12, 21]. In dem Zusammenhang ist eine stärkere Qualitätssicherung in den Einrichtungen notwendig, zu der die routinemäßige Auswertung in RefCare© einen wichtigen Beitrag leisten kann. In Abwesenheit bundesweiter Standards für die medizinische Versorgung in Aufnahmeeinrichtungen [12, 15, 22] wäre die Erarbeitung rahmengebender Empfehlungen und Mindeststandards für die medizinischen Versorgungsstrukturen in Aufnahmeeinrichtungen zu empfehlen.

5 Schlussfolgerungen

Die im vorliegenden Ergebnisbericht dargestellten Ergebnisse geben einen Überblick über das Erkrankungsspektrum in den Ambulanzen von bis zu 22 Aufnahmeeinrichtungen aus drei Bundesländern und unterstreichen den Nutzen eines einrichtungsübergreifenden, zeitnahen und automatisierten Gesundheitsmonitoring auf Grundlage von Routinedaten. Die Ergebnisse zeigen, dass in den beteiligten Einrichtungen primärmedizinische Erkrankungen vorherrschen und zudem besondere Bedarfe im Bereich psychischer Erkrankungen und Folgen externer Ursachen wie Unfälle, Angriffe oder Kriegshandlungen bestehen. Um diese Bedarfe zu adressieren benötigen die Einrichtungen neben einer robusten Ambulanzinfrastruktur mit einer allgemeinärztlichen Sprechstunde auch Zugang zu spezialisierter Versorgung, insbesondere im psychosozialen, gynäkologischen und pädiatrischen Bereich. Zudem wären niedrigschwellige Unterstützungsangebote für besondere Zielgruppen und Patient*innen mit komplexen Beschwerdebildern eine wichtige Ergänzung zur ärztlichen Versorgung.

Der vorliegende Bericht deutet auch auf fortbestehende Herausforderungen in Bezug auf die Implementierung neuer Softwarefunktionen und Dokumentationsstandards hin. Diese Herausforderungen resultieren aus strukturellen Einschränkungen in der Unterbringung und Organisation der gesundheitlichen Versorgung Geflüchteter in Aufnahmeeinrichtungen, für die die Formulierung von Rahmenempfehlungen zur Qualitätssicherung richtungsweisend wäre.

6 Literatur

1. Nöst S, Jahn R, Aluttis F, Drepper J, Preussler S, Qreini M, et al. Surveillance der Gesundheit und primärmedizinischen Versorgung von Asylsuchenden in Aufnahmeeinrichtungen: Konzept, Entwicklung und Implementierung. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2019 2019/07/01;62(7):881-92.
2. Jahn R, Rohleder S, Qreini M, Erdmann S, Kaur S, Aluttis F, et al. Gesundheitsmonitoring bei geflüchteten Menschen in Aufnahmeeinrichtungen: dezentrale Analyse medizinischer Routinedaten im Verbund. Journal of Health Monitoring. 2021 (1):30--54. ger.
3. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. The Lancet. 2012 2012/07/07;380(9836):37-43.
4. Diederichs C, Berger K, Bartels DB. The Measurement of Multiple Chronic Diseases—A Systematic Review on Existing Multimorbidity Indices. The Journals of Gerontology: Series A. 2010;66A(3):301-11.
5. Quan H, Sundararajan V, Halfon P, Fong A, Burnand B, Luthi J-C, et al. Coding Algorithms for Defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 Administrative Data. Medical Care. 2005;43(11):1130-9.
6. Busse R, Drösler S, Glaeske G, Greiner W, Schäfer T, Schrappe M. Wissenschaftliches Gutachten für die Auswahl von 50 bis 80 Krankheiten zur Berücksichtigung im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. Wissenschaftlicher Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs 2007.
7. Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit, Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie e.V., Infektiologie Freiburg. GERMAP 2012 – Bericht über den Antibiotikaverbrauch und die Verbreitung von Antibiotikaresistenzen in der Human- und Veterinärmedizin in Deutschland. Antiinfectives Intelligence. 2014.
8. Biddle L, Hintermeier M, Mohsenpour A, Sand M, Bozorgmehr K. Monitoring der Gesundheit von Geflüchteten: Integrative Ansätze mit Surveys und Routinedaten. Journal of Health Monitoring. 2021 (1):1--54. ger.
9. Bozorgmehr K, Mohsenpour A, Saure D, Stock C, Loerbroks A, Joos S, et al. [Systematic review and evidence mapping of empirical studies on health status and medical care among refugees and asylum seekers in Germany (1990-2014)]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2016 2016/05//;59(5):599-620. PubMed PMID: 27090243. ger.
10. Deutsches Institut für Menschenrechte. Entwicklung der Menschenrechtssituation in Deutschland: Juli 2016–Juni 2017. Bericht an den Deutschen Bundestag gemäß § 2 Absatz 5 DIMRG. . Berlin; 2017.
11. vom Felde L, Flory L, Baron J. Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit am Beispiel von Personen mit Traumafolgestörungen. Status quo in den Bundesländern, Modelle und Herausforderungen. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF e V. 2020.
12. Wahedi K, Biddle L, Jahn R, Ziegler S, Kratochwill S, Pruskil S, et al. Medizinische Versorgung von Asylsuchenden in Erstaufnahmeeinrichtungen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2020 2020/12/01;63(12):1460-9.
13. Biddle L, Wahedi K, Jahn R, Straßner C, Kratochwill S, Bozorgmehr K. Wissenschaftliche Erkenntnisse zu Strukturen der medizinischen Versorgung in den Aufnahmeeinrichtungen für Geflüchtete. Vorläufige Ergebnisse der Studie RESPOND: Entwicklung und Evaluation kontextspezifischer Interventionen zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Asylsuchenden Health Equity Studies & Migration – Report Series. 2019;2019-01.
14. Wahedi K, Nöst S, Bozorgmehr K. Die Gesundheitsuntersuchung von Asylsuchenden: Eine bundesweite Analyse der Regelungen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2017 2017/01/01;60(1):108-17.

15. Biddle L, Jahn R, Perplies C, Gold AW, Rast E, Spura A, et al. COVID-19 in Sammelunterkünften für Geflüchtete: Analyse von Pandemiemaßnahmen und prioritäre Bedarfe aus behördlicher Sicht. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2021 2021/03/01;64(3):342-52.
16. Deutsche AIDS-Gesellschaft (DAIG). Deutsch-Österreichische Leitlinien zur antiretroviralen Therapie der HIV-1-Infektion. AWMF-Register-Nr.: 055-001. 2020.
17. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. Geneva, 2021.
18. Bozorgmehr K, Razum O. Lost in Ambiguity: Facilitating Access or Upholding Barriers to Health Care for Asylum Seekers in Germany? Refugees in Canada and Germany: From Research to Policies and Practice. 25: GESIS-Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften Köln; 2020.
19. Gold AW, Janho L, Biddle L, Bozorgmehr K. Die elektronische Gesundheitskarte für Asylsuchende. Zusammenfassung der wissenschaftlichen Evidenz. Health Equity Studies & Migration – Report Series. 2021;2021-02.
20. Lindner K. Ansprüche auf Gesundheitsleistungen für Asylsuchende in Deutschland. Rechtslage und Reformbedarfe. MIDEM-Policy Paper.02/21.
21. Straßner C, Gewalt SC, Becker von Rose P, Lorenzen D, Szecsenyi J, Bozorgmehr K. Quality circles to identify barriers, facilitating factors, and solutions for high-quality primary care for asylum seekers. BJGP Open. 2017;1(3):bjgpopen17X101133.
22. Bozorgmehr K, Nöst S, Thaiss HM, Razum O. Die gesundheitliche Versorgungssituation von Asylsuchenden. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz. 2016;59(5):545-55.

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: 08.10.2021

Anlage 1: Operationalisierung der berichteten Indikatoren, nach ICD-10 und ATC -Codes

Indikator Titel	Operationalisierung (ICD-10 -Codes)
Morbiditätsindikatoren	
Behinderungen	H54, R47, H90-H91, H80-H82, Q71-Q73, M20-M21, Z89, G82, F06-F07, I68, P91, F7, F1
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	L00-L99
Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität nach Diagnose	V01-Y84
Folgen äußerer Ursachen von Morbidität und Mortalität	S00-T98
Krankheiten des Verdauungssystems	K00-K99
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	D50-D90
Infektiöse und parasitäre Erkrankungen	A00-B99
Meldepflichtige Infektionserkrankungen	B30.0, B30.1, A05.1, A23.0, A23.1, A23.3, A23.8, A23.9, A04.5, A92.0, A00, A81.0, A97, A36, A98.4, A04.4, B67, A04.3, A75.0, A84.1, A95, A07.1, A41.3, A49.2, G00.0, J09, J14, J20.1, P23.6, A98.5, B15, B16, B17.1, B18.2, B19, B16.0, B16.1, B17.0, B17.2, B17.8, B20-B24, D59.3, M31.1, J09, J10, J11, A37, A07.2, A96.2, A68.0, A48.1, A48.2, A30, A27, A32, P37.2, B50-B54, A98.3, B05, A39, A41.0, A49.0, G00.3, P36.2, A22, B26.8, B26.9, A08.1, A70, A01.1, A01.2, A01.3, A01.4, A20, A80, A78, A08.0, P35.0, B06.8, B06.9, A0, A03, A50, A53, A82, Z20.3, P37.1, B75, A15 - A19, P37.0, O98.0, A21, A01.0, A92.0, A92.4, A96, A98.0, A98.1, A99, B02, P35.8, A04.6
Infektionserreger mit Resistenzen gegen bestimmt Antibiotika oder Chemotherapeutika	U80-U85
Krankheiten des Kreislaufsystems	I00 – I99
Hypertonie	I10-I15 (oder Vitalparameter: Blutdruck >140/90 mmHg)
Body Mass Index (BMI)	E65-E68-
Hypercholesterinämie	E78
Endokrine und Stoffwechselerkrankungen	E00-E9
Diabetes Mellitus	E10-E14
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	M00-M99
Neubildungen nach Diagnose	C00-D48
Bösartige Neubildungen	C00-C97
Krankheiten des Nervensystems	G00-G99
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	H60-H99
Erkrankungen der Augen und Augenanhangsgebilde	H00-H59
Störungen mit Ursprung in der Perinatalperiode	P00-P96
Ereignisse in Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	O00-O99
Abort	O00-O08
Psychische und Verhaltensstörungen	F00-F99

Therapie mit Psychopharmaka	ATC-Codes: N05- (Antipsychotika, Anxiolytika); N06A-, N06B-, N06C- (Antidepressiva, Psycho-stimulantien, pflanzliche Psychopharmaka); N07BB- (Mittel zu Behandlung der Alkoholabhängigkeit)	
Verschreibungen Benzodiazepine	ATC – Codes: N05BA- (Anxiolytika) ODER N05CD- (Hypnotika)	
Krankheiten des Atmungssystems	J00-J99	
Krankheiten des Urogenitalsystems	N00-N99	
Multimorbidität		
Erkrankungen	ICD-10 Codes	Bedingungen
Hypertension	I10-I15-	Diagnose
Depression	F32-; F33-;	Diagnose ODER Therapie (jemals mind. 1 Verschreibung von Antidepressiva [N06A-])
Schmerzhafter Zustand	R52.1, R52.2, R.52.9; M50-M54-; F45.4-; G44-; M47-; M48.0-; M48.4-;M48.5-; N25-; M10-	Diagnose ODER Therapie (≥ 3 dokumentierte Verschreibungen in den letzten 12 Monaten ¹ von ODER([N01-], [N02-], [M01-],[M02-]) außer alleinige niedrig dosierte ASS Verschreibung [N02BA01 \leq 325mg/d]) ODER (≥ 2 Antiepileptika [N03-] in Abwesenheit einer kodierten Epilepsie (d.h. nicht [G40-G41-])) ODER (≥ 2 dokumentierte Verschreibungen von Muskelrelaxantien [M03-])
Asthma (in Therapie)	J45-	Diagnose UND Therapie (jemals mind. eine dokumentierte Verschreibung von [R03-])
Koronare Herzerkrankung	I20-; I21-; I22-; I25-;	Diagnose
Dyspepsie	K30; K21-; K25; K26-; K29-; R12; K22.0,K22.1, K22.2, K22.4; K22.7	Diagnose UND Therapie (jemals ≥ 2 dokumentierte Verschreibungen von [A02- OR A03-])
Diabetes	E10-E14-	Diagnose
Erkrankungen der Schilddrüse	E00-E07-	Diagnose
Rheumatoide Arthritis, andere inflammatorische Polyarthritiden und systemische Bindegewebs-erkrankungen	M05-M14-; M30-M36-; M45-	Diagnose
Hörminderung	H90-; H91-; H83.3	Diagnose
COPD	J44-	Diagnose
Angst & andere neurotische, stressassoziierte & somatoforme Störungen	F40-F42-; F43.1; F44-F48-; F93.1; F93.2	Diagnose ODER (≥ 2 dokumentierte Verschreibungen von [N05B- ODER N05C ODER N05H-] in den letzten 12 Monaten ¹), ODER (≥ 2 dokumentierte Verschreibungen von [N06AB ODER N06AX16]) UND NICHT (M02 ODER M03))
Reizdarmsyndrom	K58-	Diagnose
Neubildungen (bösartige, in-situ, oder	C00-C97-; D00-D09-; D37-D48-	Diagnose

¹ 12 Monate oder seit der ersten dokumentierten Konsultation, je nachdem welcher Zeitraum kürzer ist (gezählt ab Tag der Skript-Ausführung)

unsicher/unklares Verhalten)		
Alkoholabusus	F10-	Diagnose
Missbrauch anderer psychoaktiver Substanzen	F11-F19-	Diagnose
Behandelte Obstipation	K59-	Diagnose UND Therapie ((≥2 dokumentierte Verschreibungen von([A03FA-] ODER [A06-] ODER [A12CC02])) in den letzten 6 Monaten)
Zerebrovaskuläre Erkrankungen	I60-I64-; I69-; G45-; G46-	Diagnose
Chronische Nierenerkrankung	N18-; N19-; Z99.2	Diagnose
Divertikulitis	K57-	Diagnose
Arrhythmien	I47-; I48-; I49.0	Diagnose
Periphere Gefäßerkrankung	I70.2-; I70.9; I73-	Diagnose
Herzinsuffizienz	I50-; I13.0-; I13.2-; P29.0;	Diagnose
Erkrankungen der Prostata	N40; N41.1; N42-	Diagnose
Glaukom	H40-H42-	Diagnose
Epilepsie (in Therapie)	G40-; G41-	Diagnose UND Therapie (mind. 1 dokumentierte Verschreibung von [N03-] in den letzten 12 Monaten ¹)
Demenz	F00-; F01-; F02-; F03-; F04-; F05.1	Diagnose
Schizophrenie (und verwandte nicht-organische Psychosen) und bipolare Störungen	F20-; F21; F22-; F25-; F28; F29	Diagnose ODER Therapie (mind. eine dokumentierte Verschreibung von [N05A-])
Psoriasis oder Ekzem	L40-; L20-; L23-; L24-; L25-	Diagnose (ICD L40- ODER L23- ODER L24- ODER L25-) ODER (Diagnose ICD L20- UND Therapie (≥ 2 dokumentierte Verschreibungen mit [D11AH01] ODER [D11AH02] ODER [L04A-]))
Entzündliche Darm-erkrankungen	K50-K52-	Diagnose
Migräne	G43-	Diagnose UND Therapie (≥ 2 dokumentierte Verschreibungen von [N02C-] ODER [A03FA01] ODER [A03FA03])
Erblindung und Sehstörungen	H17-; H18-; H25-28; H31-; H33-; H34.1; H34.2; H34.8; H34.9; H35-H36; H43-; H47-; H48-; H54-; H53-	Diagnose
Chronische Sinusitis	J32-	Diagnose
Entwicklungs-störungen	F80-F89-	Diagnose
Anorexie oder bulimia nervosa	R63.0; F50-;	Diagnose
Bronchiektasien	J47	Diagnose
Parkinson	G20-; G21-;G22-	Diagnose
Multiple Sklerose	G35-	Diagnose

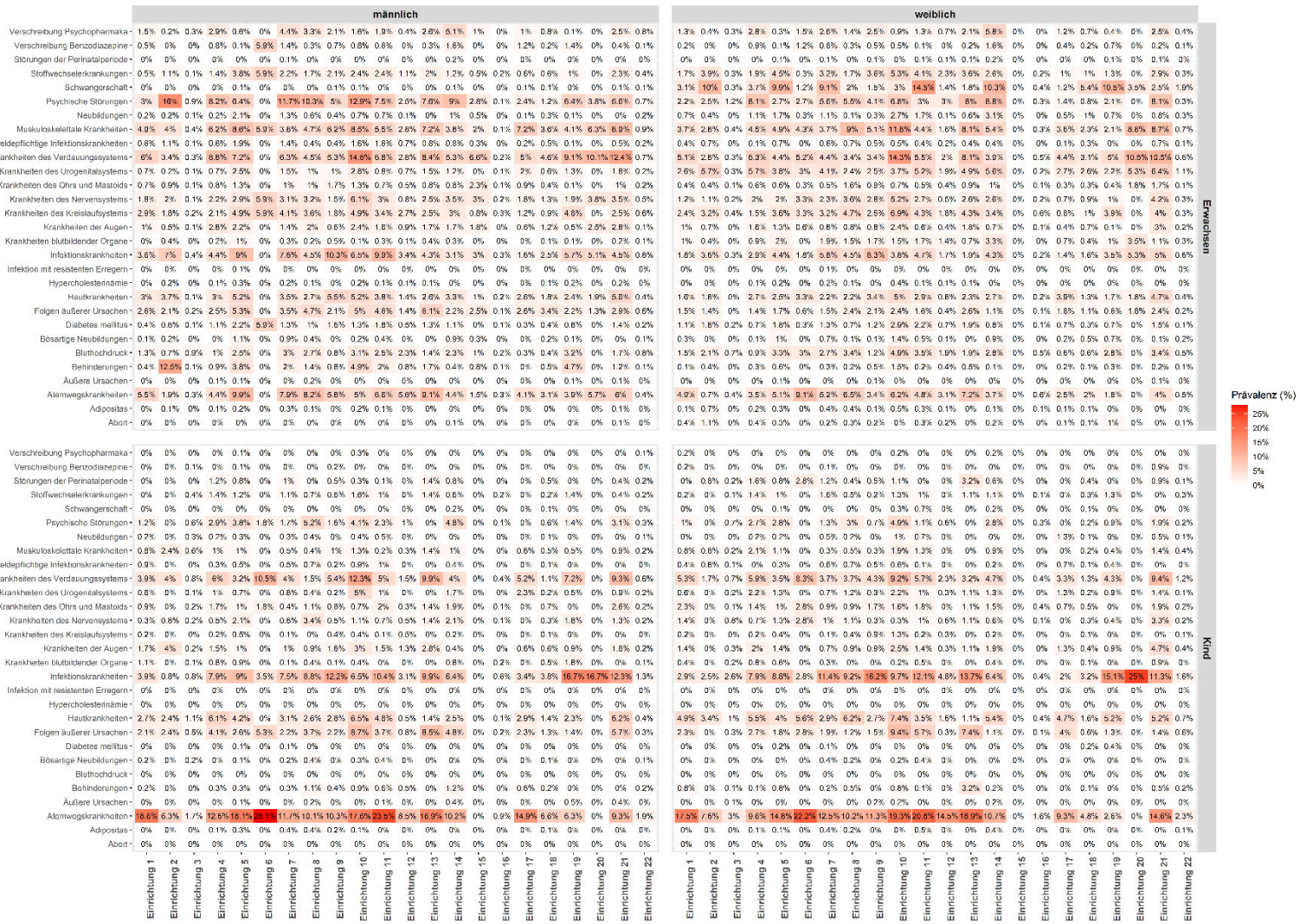
Virale Hepatitis	B18-; K73-; B15.0; B16.0; B16.1; B16.2; B16.9; B17.0; B17.1; B17.2. B17.8; B19.0	Diagnose
Chronische Lebererkrankung	K70-; K71-; K72.1; K72.9; K73-; K74-; K76.0; K76.1 ; K76.6; K76.7	Diagnose
AIDS/HIV	B20, B21, B22, B24; U85!	Diagnose
Tuberkulose	A15.-, A16.-, A17.-, A18.-, A19.-, P37.0, O98.0	Diagnose
Versorgungsqualität		
Indikator	Zähler	Nenner
Antibiotikaüberverordnung bei Erwachsenen	ICD-10: J00-; J01-, J02-; J03-, J04-; J06-; J10.1; J11.1, J20-, J21-, J22-, J32-, J36-, J40-, H65.0; H66.0; H66.4; H66.9; H73.0) UND ATC-Code J01-	ICD-10: J00-; J01-, J02-; J03-, J04-; J06-; J10.1; J11.1, J20-, J21-, J22-, J32-, J36-, J40-, H65.0-; H66.0; H66.4; H66.9; H73.0
Antiretrovirale Therapie bei HIV-Infektion	ICD-10: Z21-, B20-B24-, O98.7 UND ATC-Code: ODER(J05AE-, J05AF-, J05AG-, J05AR-, J05AX07, J05AX08, J05AX09, J05AX11, J05AX12, J05AX23, J05AX29)	ICD-10: Z21-, B20-B24-, O98.7
Versorgung Diabetes Mellitus Stoffwechsellentgleisungen bei Diabetes Mellitus	ICD-10: E10.01, E10.11, E10.21, E10.31, E10.41, E10.51, E10.61, E10.73, E10.75, E10.81, E10.91, E11.01, E11.11, E11.21, E11.31, E11.41, E11.51, E11.61, E11.73, E11.75, E11.81, E11.91, E12.01, E12.11, E12.21, E12.31, E12.41, E12.51, E12.61, E12.73, E12.75, E12.81, E12.91, E13.01, E13.11, E13.21, E13.31, E13.41, E13.51, E13.61, E13.73, E13.75, E13.81, E13.91, E14.01, E14.11, E14.21, E14.31, E14.41, E14.51, E14.61, E14.73, E14.75, E14.81, E14.91	ICD-10: E10-E14-

Anhang 2: Absolute Patienten- und Kontaktzahlen jeder Einrichtung und insgesamt, nach Alter und Geschlecht

Einrichtung	Geschlecht	Patienten			Kontakte		
		Erwachsenen	Kind	Gesamt	Erwachsenen	Kind	Gesamt
1	Männlich	694	191	885	4230	660	4890
	Weiblich	354	151	505	2074	487	2561
	Gesamt	1048	342	1390	6304	1147	7451
2	Männlich	347	75	422	1047	126	1173
	Weiblich	118	54	172	281	119	400
	Gesamt	465	129	594	1328	245	1573
3	Männlich	1837	216	2053	16197	1043	17240
	Weiblich	438	199	637	4486	907	5393
	Gesamt	2275	415	2690	20683	1950	22633
4	Männlich	606	202	808	4134	1297	5431
	Weiblich	373	159	532	3692	1121	4813
	Gesamt	979	361	1340	7826	2418	10244
5	Männlich	7981	1330	9311	26170	2941	29111
	Weiblich	4897	1092	5989	21832	2643	24475
	Gesamt	12878	2422	15300	48002	5584	53586
6	Männlich	6	15	21	17	57	74
	Weiblich	69	15	84	329	36	365
	Gesamt	75	30	105	346	93	439
7	Männlich	1957	766	2723	7358	2092	9450
	Weiblich	1610	661	2271	7306	2063	9369
	Gesamt	3567	1427	4994	14664	4155	18819
8	Männlich	369	155	524	1881	536	2417
	Weiblich	222	159	381	1133	566	1699
	Gesamt	591	314	905	3014	1102	4116
9	Männlich	382	252	634	1353	826	2179
	Weiblich	430	183	613	1866	585	2451
	Gesamt	812	435	1247	3219	1411	4630
10	Männlich	976	206	1182	5013	705	5718
	Weiblich	387	186	573	2427	631	3058
	Gesamt	1363	392	1755	7440	1336	8776
11	Männlich	2298	469	2767	5460	839	6299
	Weiblich	1369	440	1809	4014	837	4851
	Gesamt	3667	909	4576	9474	1676	11150
12	Männlich	656	123	779	4107	390	4497
	Weiblich	268	103	371	2067	310	2377
	Gesamt	924	226	1150	6174	700	6874
13	Männlich	644	45	689	2119	71	2190
	Weiblich	234	52	286	853	95	948
	Gesamt	878	97	975	2972	166	3138
14	Männlich	180	128	308	1127	519	1646
	Weiblich	248	109	357	1765	467	2232
	Gesamt	428	237	665	2892	986	3878
15	Männlich	125	0	125	396	0	396
	Weiblich	0	0	0	0	0	0
	Gesamt	125	0	125	396	0	396
16	Männlich	735	299	1034	5704	2959	8663
	Weiblich	359	256	615	3227	2259	5486
	Gesamt	1094	555	1649	8931	5218	14149
17	Männlich	128	39	167	901	174	1075

	Weiblich	134	40	174	1076	150	1226
	Gesamt	262	79	341	1977	324	2301
18	Männlich	3065	539	3604	39287	9069	48356
	Weiblich	1287	510	1797	26572	8219	34791
	Gesamt	4352	1049	5401	65859	17288	83147
19	Männlich	673	105	778	1652	221	1873
	Weiblich	240	93	333	715	232	947
	Gesamt	913	198	1111	2367	453	2820
20	Männlich	62	4	66	158	6	164
	Weiblich	24	3	27	57	4	61
	Gesamt	86	7	93	215	10	225
21	Männlich	259	77	336	1297	227	1524
	Weiblich	167	68	235	959	212	1171
	Gesamt	426	145	571	2256	439	2695
22	Männlich	480	186	666	12658	4640	17298
	Weiblich	305	160	465	16501	3422	19923
	Gesamt	785	346	1131	29159	8062	37221
Gesamt	Männlich	24460	5422	29882	142266	29398	171664
	Weiblich	13533	4693	18226	103232	25365	128597
	Gesamt	37993	10115	48108	245498	54763	300261

Anlage 3: Prävalenz der 29 Morbiditätsindikatoren stratifiziert nach Alter, Geschlecht im Gesamtzeitraum (11/2017-06/2021), N=48.108 Geflüchtete in 22 Einrichtungen



Anlage 4: Absolute Anzahl behandelter Personen pro Monat für den Zeitraum 2019 und 2020, 4 Einrichtungen

Monat	Einrichtung 3	Einrichtung 5	Einrichtung 18	Einrichtung 22
2019 01	157	934	881	294
2019 02	177	793	777	265
2019 03	213	721	709	258
2019 04	194	709	614	303
2019 05	184	679	530	223
2019 06	149	587	453	231
2019 07	160	636	569	239
2019 08	185	602	463	242
2019 09	142	616	511	245
2019 10	201	714	474	255
2019 11	169	638	500	220
2019 12	138	599	410	244
2020 01	123	756	479	266
2020 02	167	655	450	225
2020 03	160	561	579	257
2020 04	122	353	554	256
2020 05	125	284	427	193
2020 06	112	253	496	226
2020 07	92	340	525	281
2020 08	140	451	633	270
2020 09	154	467	806	259
2020 10	156	810	838	277
2020 11	225	648	662	276
2020 12	184	463	782	292

Es werden lediglich Einrichtungen berichtet mit vollständigen Daten für 2019 und 2020. Alle Patient*innen werden pro Monat nur einmal gezählt, auch bei Wiederholungsbesuchen im selben Monat. Bei einem Wiederholungsbesuch im Folgemonat werden Patient*innen für diesen Monat erneut gezählt. Die Anzahl der Patient*innen in den Einrichtungen stellt den Nenner für die Berechnung der jeweiligen Indikatoren dar.