



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
HEIDELBERG

Besondere Schutzbedürftigkeit und die Realitäten der Versorgung

BAfF Tagung, 4. Mai 2021

Louise Biddle & Prof. Dr. Kayvan Bozorgmehr
Sektion Health Equity Studies & Migration
Abteilung Allgemeinmedizin & Versorgungsforschung



Die Identifizierung von besonderem Schutzbedarf für eine bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung...

... Ist rechtlich notwendig

... Ist aus gesundheitlicher und ökonomischer Perspektive sinnvoll

... Ist in anderen Länder bereits lange etabliert (samt wissenschaftlichen Erkenntnissen zu Screening-Instrumenten, Prozessen, Wirksamkeit, etc.)

Warum bleibt eine systematische Identifizierung in Deutschland immer noch die Ausnahme?

Erfahrungsbericht aus der Praxis

Eine systematische Erfassung von Schutzbedarf... gängigste Fragen aus der Praxis

- Was wird abgedeckt?
- Wer führt das durch?
- Wie wird die Versorgung organisiert?
- Was passiert dann?

Was wird abgedeckt?

Was wird abgedeckt?

- Orientierung an **EU-Aufnahmerichtlinie**, für die gesundheitliche Versorgung vor allem relevant:
 - Menschen mit Behinderung
 - Menschen mit schweren körperlichen oder psychischen Erkrankungen
 - Schwangere
 - ältere Menschen
- Bei einer **systematischen** Identifizierung von Schutzbedarf sind meistens psychischen Erkrankungen Thema

Was wird abgedeckt?

- Schutzbedarfe sind jedoch oft sehr komplex und lassen sich nicht so einfach „trennen“:
 - z.B. hohes Risiko für psychische Erkrankungen rund um die Schwangerschaft, komplexe Komorbiditäten bei älteren Menschen
- Das Verständnis von besonderem Schutzbedarf kann flexibel sein: während Covid-19-Pandemie vor allem ältere Menschen und Menschen mit Vorerkrankungen

Wer führt das durch?

Wer führt das durch?

Bedarfsidentifizierung als Teil der Erstuntersuchung

- Geflüchtete oft erschöpft und überwältigt von der Vielzahl an Untersuchungen, Tests und Fragen -> Gültigkeit der Ergebnisse zweifelhaft
- Zweifel an der Freiwilligkeit des Angebots
- Einsatz von Sprachmittlern derzeit nicht Routine

“We stood there, waiting for a long time. We did not even know what was happening. It was all really unpleasant. You know, we are in a foreign country now. And we also didn’t know that we had the choice not to do it [the vaccination].”

Asylsuchender in
Etaufnahmeeinrichtung,
RESPOND-Studie

Wer führt das durch?

- Gleichzeitig ist eine zeitnahe Identifizierung wichtig
 - Zeitnaher Beginn einer Therapie
 - Asylprozess
 - Weitere Verlegungen & angemessene Unterbringung
- Viele Modelle basieren deshalb auf einer Identifizierung von besonderem Schutzbedarf durch **Sozialarbeiter*innen**
- Frage, ob hier notwendige fachliche Kompetenz (vor allem bei einer *nicht-strukturierten* Bedarfsermittlung) und ausreichend Kapazitäten vorliegen

Aufsuchende Bedarfsermittlung durch ein medizinisch geschultes Team: eine Utopie?

Konzept „Refugee Health Nurse“

- Spezifisch weitergebildete Pflegekraft
- Erste Ansprechperson für gesundheitliche Fragen und ‚Navigation‘ im Gesundheitswesen.
- Kann bei komplexen Krankheitsbildern den Zugang zur und die Versorgung koordinieren.
- Kann im Sinne einer „Gemeindeschwester“ agieren, pflegerische Sprechstunden / Assessments anbieten.
- International bereits gute Erfahrungen, ist in Deutschland bislang nur vereinzelt umgesetzt.

Konzept „Gesundheitslotse“

- Multiplikator*innen häufig mit eigenem Fluchthintergrund/ Einwanderungsgeschichte.
- häufig muttersprachlich, „Peer Learning“ möglich.
- Zielt primär auf Aufklärung und Information.
- Wird bereits in einigen Kreisen umgesetzt.

Modellprojekt zur Identifizierung und Versorgung von psychischem Bedarf unter schwangeren Geflüchteten

Ziel: Screening und psychische Versorgung von schwangeren Asylsuchenden bei Erstkontakt in der Hebammensprechstunde, Erstaufnahmeeinrichtung Patrick Henry Village

- Förderung: Ministerium für Wissenschaft und Kunst, Baden-Württemberg
- Kooperation: Psychosomatische Klinik Heidelberg, Hebammensprechstunde Patrick Henry-Village, Abteilung für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

Modellprojekt zur Identifizierung und Versorgung von psychischem Bedarf unter schwangeren Geflüchteten

- Routineuntersuchung schwangerer auf psychische Belastungen
- Auffälligkeiten werden mit einem **standardisierten Mental Health Screening** in der Hebammensprechstunde erfasst (PHQ-2, GAD-7, PHQ-P, SCID,WHO-5; 11 Sprachen)
- Die Ergebnisse werden anschließend mit der Hebamme besprochen
- Betroffene Frauen werden in eine speziell eingerichtete **psychosoziale Sprechstunde** überwiesen.

Wie wird die Versorgung organisiert?

Wie wird die Versorgung organisiert?

Wilson und Jungers klassische Prinzipien zum Einsatz von Screening Programmen für Erkrankungen (1968):

1. The condition sought should be an important health problem.
2. There should be an accepted treatment for patients with recognized disease.
3. Facilities for diagnosis and treatment should be available.
4. There should be a recognizable latent or early symptomatic stage.
5. There should be a suitable test or examination.
6. The test should be acceptable to the population.
7. The natural history of the condition, including development from latent to declared disease, should be adequately understood.
8. There should be an agreed policy on whom to treat as patients.
9. The cost of case-finding (including diagnosis and treatment of patients diagnosed) should be economically balanced in relation to possible expenditure on medical care as a whole.
10. Case-finding should be a continuing process and not a "once and for all" project.

Es sollten ausreichend Kapazitäten für Diagnose und Therapie zur Verfügung stehen

Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Geneva: WHO; 1968.

Wie wird die Versorgung organisiert?

- Erhebliche **Versorgungsengpässe** in der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland
- Für Geflüchtete: weitere **Barrieren im Zugang**
- Sorge von Psychotherapeut*innen und Psychiater*innen: wie soll **zusätzlicher Bedarf** gestemmt werden, wenn derzeit bereits große Wartelisten bestehen?
- Zudem: sehr schwierig einzuschätzen, wie hoch der Bedarf sein würde -> große Heterogenität der Patientengruppe
- Ähnliche Situation in anderen medizinischen Fachbereichen

Wie wird die Versorgung organisiert?

- Verschiedene Modelle:
 - Stufenmodelle
 - Peer-Ansätze
 - Gruppen-Therapie
 - Sozialberatung
- **Klar ist jedoch, dass der Bedarf an (psychotherapeutischer) Versorgung durch ein Screening unweigerlich steigen würde und Kapazitäten ausgebaut werden müssten**

Was passiert dann?

Was passiert dann?

- Weiterverlegungen in andere Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünfte der Kreise sind häufig, aber *selten gut planbar*
 - Kapazitäten werden häufig innerhalb 1-2 Tagen zwischen Einrichtungen ausgehandelt
 - Verlegungsmuster sind je nach „Bleibeperspektive“ unter Geflüchteten sehr unterschiedlich
- Wie kann hier eine kontinuierliche Versorgung & Informationsweitergabe sichergestellt werden?

Was passiert dann?

Notwendigkeit für Kontinuität ist internationaler Konsens

„Appropriate measures should be taken **to promote continuity** and quality of care for migrants, ... and equal quality standards of care defined, delivered and monitored.“

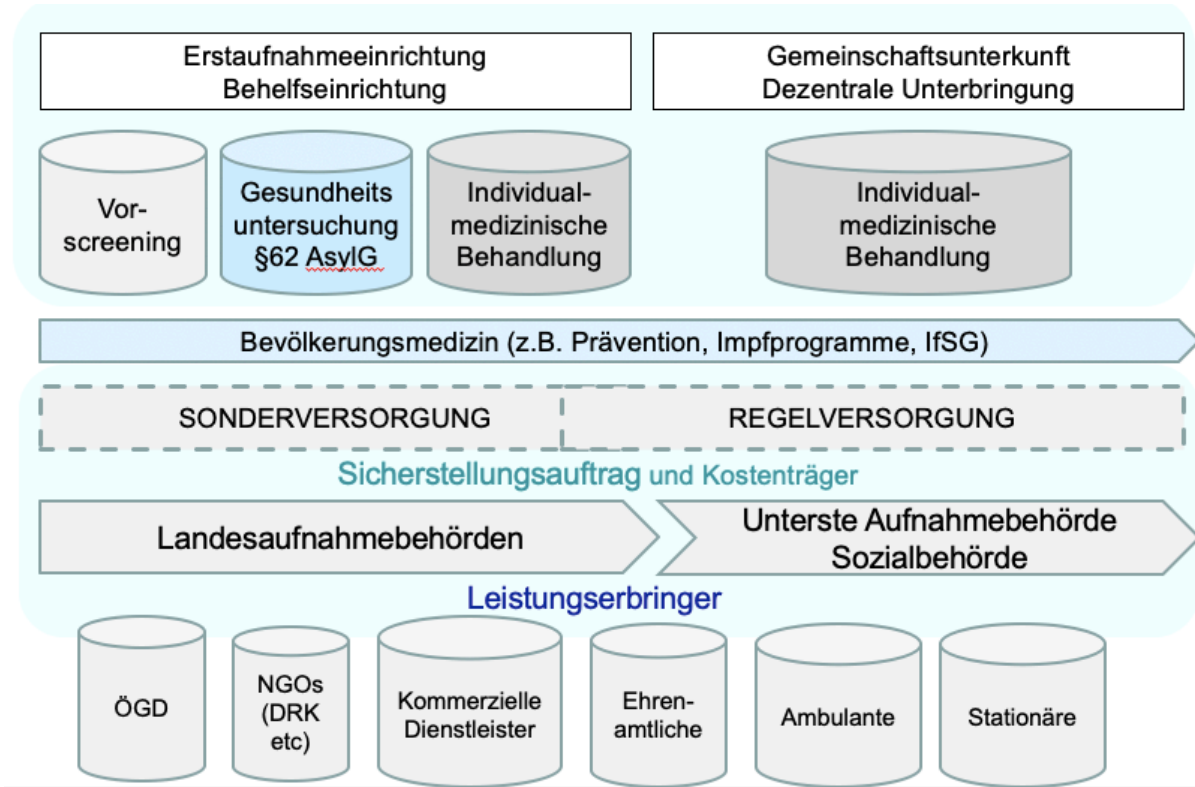
WHO, Regional Office for Europe (2015): Stepping up action on refugee and migrant health. Towards a WHO European framework for collaborative action. **Outcome document of the High-level Meeting on Refugee and Migrant Health**. 23-24 November 2015. Rome, Italy

Was passiert dann?

Kontinuität...

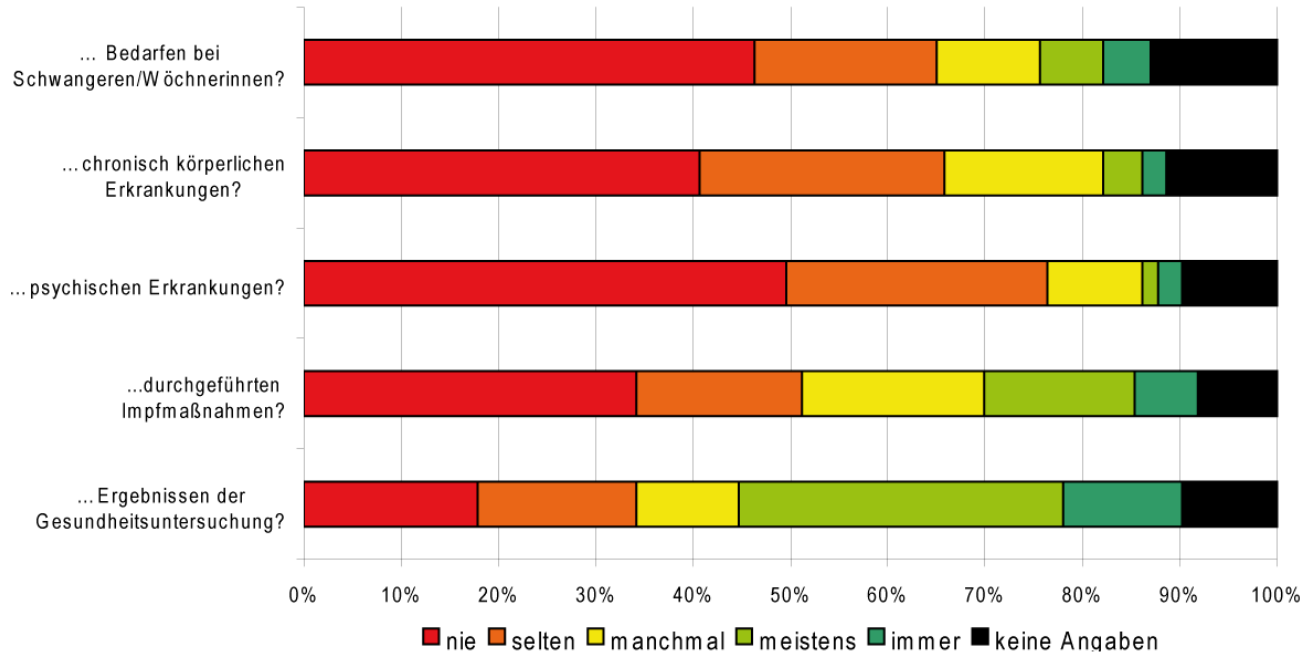
- ... in der Arzt-Patienten Beziehung
- ... in der Kommunikation und Informationsübermittlung zwischen Versorgern verschiedener Sektoren
- ... in der diagnostischen und therapeutischen Versorgungskette zwischen Behandlern verschiedener Sektoren

Was passiert dann?



Kontinuität in einem (hyper-)fragmentierten System?

Wenn Asylsuchende aus Erstaufnahmestellen zu Ihnen verlegt werden, wie häufig erhalten Sie alle für Sie relevanten Informationen zu...



Bozorgmehr K, Nöst S, Thaiss HM, Razum O. Die Versorgungssituation von Asylsuchenden: Bestandsaufnahme über die Gesundheitsämter, Bundesgesundheitsblatt, 2016

N=123 Gesundheitsämter

Kontinuität in einem (hyper-)fragmentierten System?

Evaluation des Modellprojekts zum Screening psychischer Belastungen in einer Hebammensprechstunde:

- N=228 Patienten wurden von der Hebammensprechstunde an die psychosozialer Sprechstunde weitergeleitet
 - Diagnose: 41 % PTBS, 25% Depression, 6% Angststörung
- Nach drei Monaten: psychische Gesundheit verschlechtert (hoher loss-2-fup)
- Von den Patienten, denen eine Therapie empfohlen wurden, hatten 0% diese bei Nachbefragung nach 3 Monaten erhalten

-> Dezidiertes Schnittstellenmanagement dringend notwendig

Nikendei, Christoph, et al. "Asylum seekers' mental health and treatment utilization in a three months follow-up study after transfer from a state registration-and reception-center in Germany." *Health Policy* 123.9 (2019): 864-872.

Datenschutzrechtliche Überlegungen

- Durch die Identifizierung von Schutzbedarf werden sensible, personenbezogenen Daten erhoben
- Diese sollen oft verschiedenen Zwecken dienen (und somit an verschiedene Stellen weitergeleitet werden), u.a.:
 - Einleiten von medizinischer Versorgung und Therapie (med. Dienstleister)
 - Einleiten von Sozial- und Verfahrensberatung (Sozialverbände)
 - Berücksichtigung im Asylprozess (BAMF)
 - Berücksichtigung in der Unterbringung (Einrichtungsleitung)
- **Eine informierte Einwilligung zum Zweck des Screenings und Art der Informationsweitergabe muss dringend vor Datenerhebung eingeholt werden**

Praxiserfahrung zeigt:

Eine strukturierte Identifizierung von besonderem Schutzbedarf im Kontext der Gesundheitsversorgung ist komplex und aufwendig aber umsetzbar

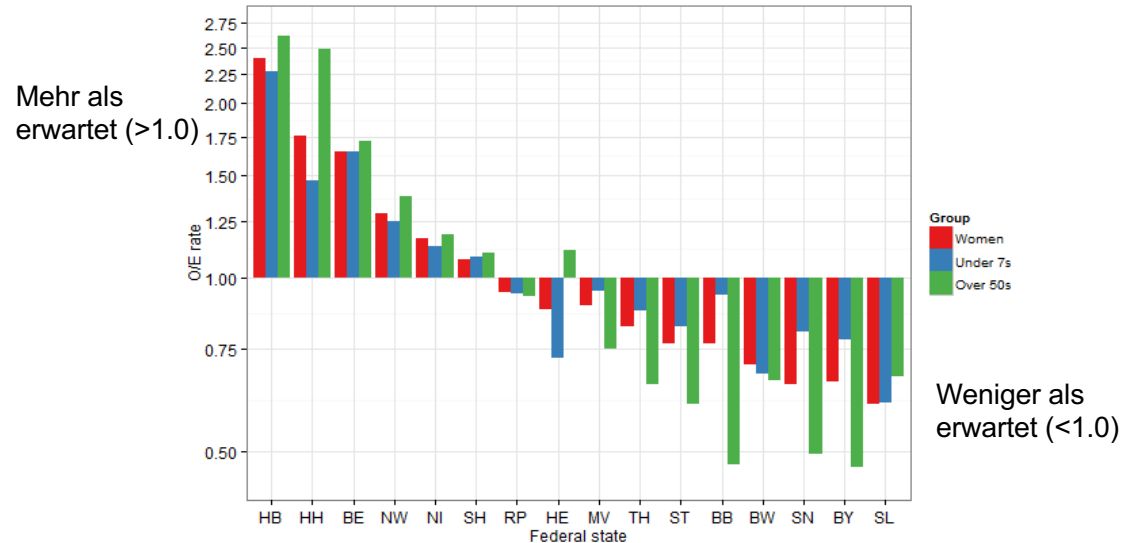
Die Frage bleibt jedoch, welche Anreize das System setzt, um sich diese Mühe zu machen...

Aus der Praxis auf die Systemebene

Gesundheitsrisiken und –chancen sind nicht gleich verteilt

Beobachtete Verteilung der Anzahl „vulnerabler“ Asylsuchende (Regelleistungsempfänger, 2013: Frauen, Kinder < 7 Jahre, Personen > 50 Jahre) im Verhältnis zur erwarteten Verteilung (nach Königsteiner Schlüssel, 2012)

Bozorgmehr K, Szecsenyi J, Stock C, Razum O. Europe's response to the refugee crisis: why relocation quotas will fail to achieve 'fairness' from a health perspective. *European Journal of Public Health*, 2016.



Gesundheitsrisiken und –chancen sind nicht gleich verteilt

„Vulnerable“ Asylbewerber
überproportional häufig in Landkreisen
mit höherer regionaler Deprivation

N=224,993 Empfänger/innen von Leistungen nach AsylbLG (31.12.2013)

Relative Rate* der Anzahl vulnerabler Asylbewerber anteilig an der Bevölkerungsgröße in
Landkreisen höchster Regionaler Deprivation (Q5) vs. niedrigster Regionaler
Deprivation:

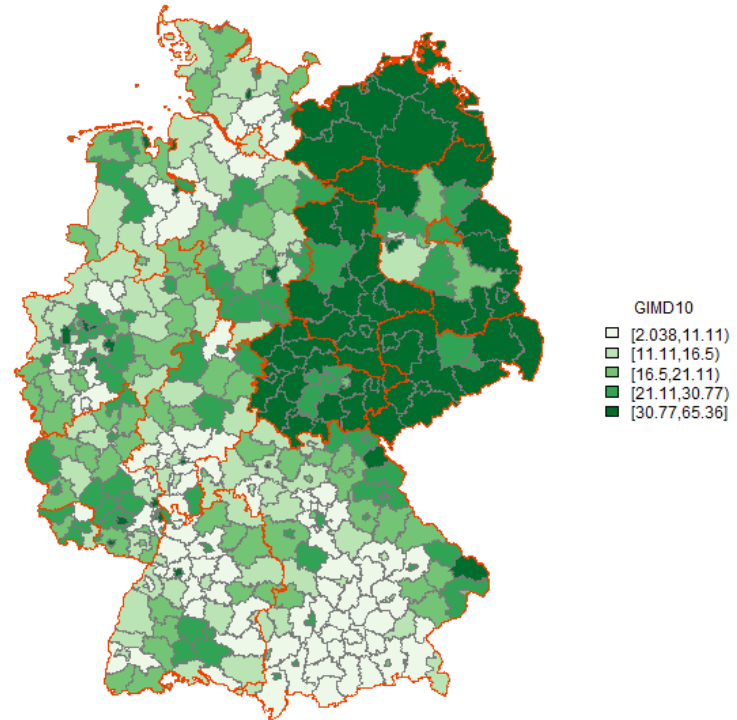
Frauen: 1.26 (1.03 - 1.53)

Kinder < 7 Jahre: 1.28 (1.04 - 1.58)

Männer/Frauen > 65 Jahre: 1.50 (1.08 - 2.08)

**Adjustiert f. räumliche Korrelationen und Bundesland-Effekte*

Bozorgmehr K, Razum O, Szecsenyi, Maier W, Stock C. Regional deprivation is associated with the
distribution of vulnerable asylum-seekers in Germany: a nation-wide small-area analysis.
Unpublished. 2016



Gesundheitsrisiken und –chancen sind nicht gleich verteilt

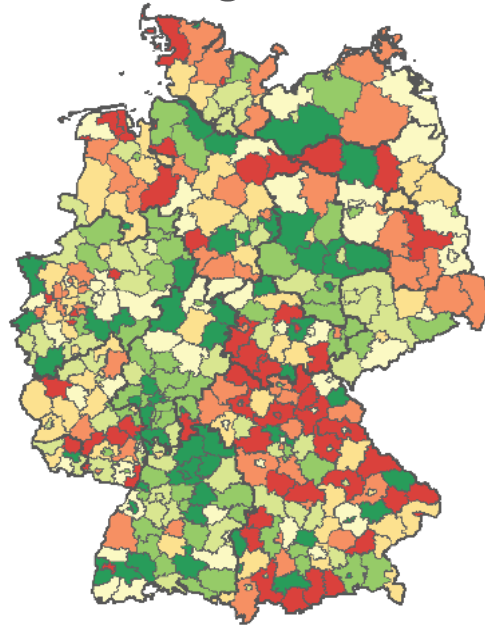
...die jetzige Verfahrensweise ist ja die, dass für die Gesundheitskosten der jeweilige Landkreis zuständig ist und wenn ich dann einen Flüchtling habe mit horrenden Gesundheitskosten...und die Landkreise kriegen eine Pauschale vom Land, egal was derjenige hat. Das führt aber dazu wenn die Erkrankung schon in der Erstaufnahmeeinrichtung bekannt wird dann ist es ein Riesenproblem eigentlich so jemanden einem Landkreis zuzuteilen in dem Wissen der hat 500 000 Euro jährliche Therapiekosten lebenslang und das Schuster ich einem Landkreis zu der eine einmalige Pauschale von ich glaub im Moment 14 000 Euro für den Flüchtling kriegt...einmalig.

(Amtsleiter I04)

Ausgangsanalyse der Versorgungssituation von Asylsuchenden und Flüchtlingen: eine bundesweite Befragung der Gesundheitsämter
Gefördert von der „Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit“

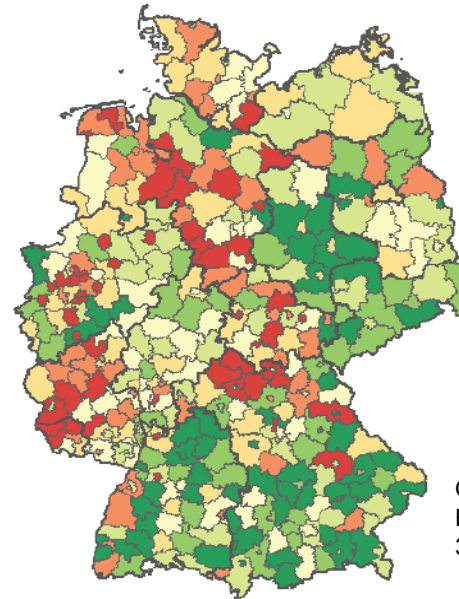
Gesundheitsrisiken und –chancen sind nicht gleich verteilt

Viele Kostenträger, unterschiedliche Verteilung der Bedarfe, KEIN „Risikoausgleich“ / KEINE systemische Integration



Anteil der
Regelleistungsempfänger
unter 7 Jahren
in Relation zum
Bundesdurchschnitt
(Mittlerer Anteil = 14%)

- [0,0 7073]
- [0.7073,0.8218]
- [0.8218,0.939]
- [0.939,1.047]
- [1.047,1.17]
- [1.17,1.301]
- [1.301,1.96]



Frauenanteil
in Relation zum
Bundesdurchschnitt
(Mittlerer Anteil = 38%)

- [0,0 7507]
- [0.7507,0.8834]
- [0.8834,0.9779]
- [0.9779,1.068]
- [1.068,1.138]
- [1.138,1.241]
- [1.241,1.552]

Quelle: Bozorgmehr K, Stock C. Unveröffentlicht.
Eigene Analysen der Daten des Stat. Bundesamts,
31.12.2013, Landkreise/ Kreisfreie Städte.

Die elektronische Gesundheitskarte als Möglichkeit zum Risikoausgleich

- Landesweit: 6 Bundesländer
- Kommunal: 3 Bundesländer (NRW: 22 von 396; RP: 2 von 2305; NS: 3 von 944)
- Keine Einführung: 7 Bundesländer

Zeichenerklärung:

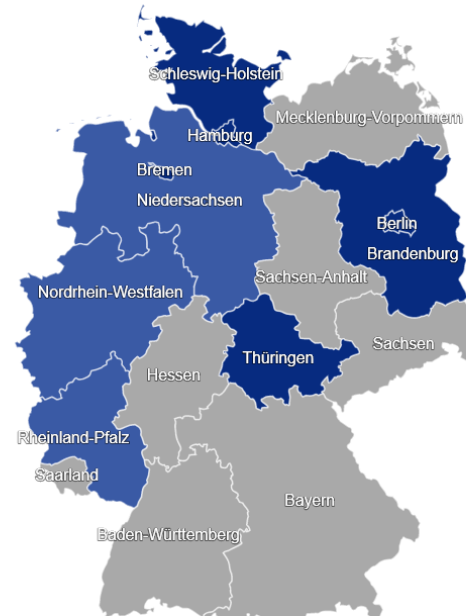
Implementiert

In Umsetzung

Im politischen Prozess

Teilweise Implementiert

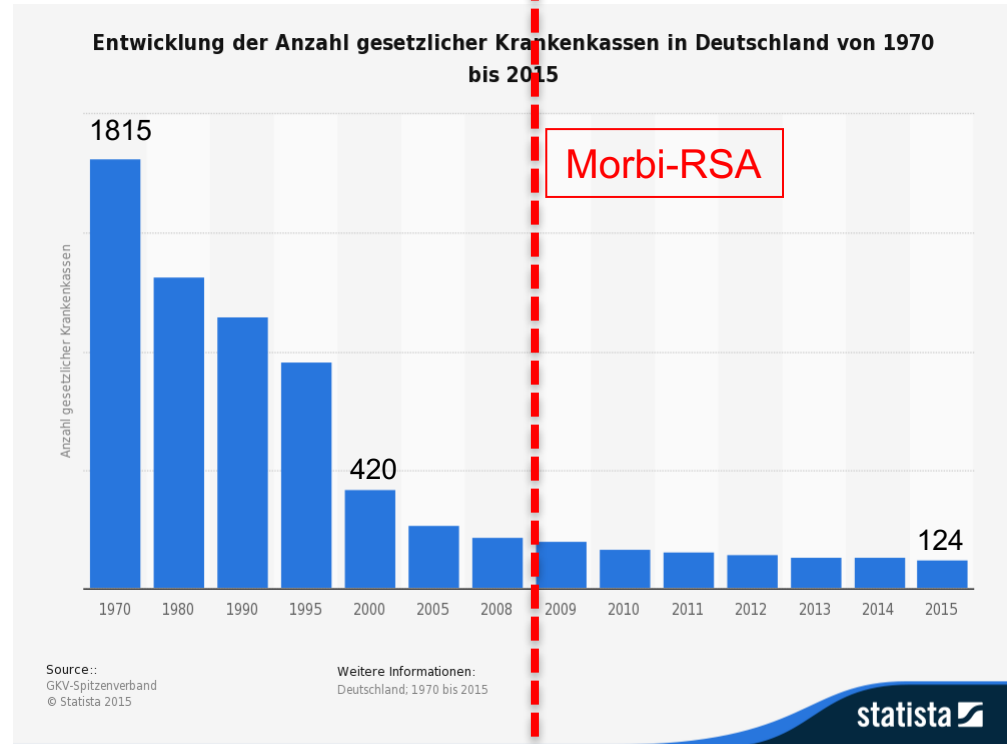
Politisch abgelehnt



Quelle: <http://gesundheit-gefluechtete.info/regelung-in-den-bundeslaendern/>

Die elektronische Gesundheitskarte als Möglichkeit zum Risikoausgleich

Prinzip des Risikoausgleichs durch die Vergrößerung des finanziellen Pools in der Regelbevölkerung bereits seit Jahrzehnten bekannt



Die Identifizierung von besonderem Schutzbedarf für eine bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung...

... Ist rechtlich notwendig

... Ist aus gesundheitlicher und ökonomischer Perspektive sinnvoll

... Ist in anderen Länder bereits lange etabliert (samt wissenschaftlichen Erkenntnissen zu Screening-Instrumenten, Prozessen, Wirksamkeit, etc.)

Warum bleibt eine systematische Identifizierung in Deutschland immer noch die Ausnahme?

Fazit

1. Es bleibt oft unklar, wer die **fachliche Kompetenz und Kapazitäten** für die Umsetzung einer Bedarfsermittlung hat.
2. Es wird befürchtet, dass **neu entstehender Bedarf** nicht vorhergesehen und/oder nicht gedeckt werden kann.
3. Eine Bedarfsermittlung wird erst durch ein effizientes und datenschutzkonformes **Schnittstellenmanagement** effektiv
4. Die **finanzielle Fragmentierung** führt dazu, dass keine Instanz auf den aus der Bedarfsermittlung resultierenden Kosten „sitzen bleiben“ möchte
5. **Kostenausgleich** auf Bundes-/Landesebene kann finanzielle Risiken ausgleichen, die durch eine Bedarfsermittlung entstehen