



# Gesundheitsversorgung Asylsuchende

**Evaluationskonzept zuhanden BAG und SEM**

Luzern, den 31. Januar 2020

**I** Autorinnen und Autoren

Interface:

Franziska Müller, lic. rer. soc., DAS Evaluation (Projekt-Co-Leitung)

Sarah Fässler, lic. ès sciences sociales und DEA ès sciences politiques (Projektmitarbeit)

Unisanté:

Raphaël Bize, MD, MPH ((Projekt-Co-Leitung))

Prof. Patrick Bodenmann (Thematischer Experte)

**I** INTERFACE Politikstudien

Forschung Beratung GmbH

Seidenhofstrasse 12

CH-6003 Luzern

Tel +41 (0)41 226 04 26

Place de l'Europe 7

CH-1003 Lausanne

Tel +41 (0)21 310 17 90

[www.interface-pol.ch](http://www.interface-pol.ch)

**I** Unisanté

Route de la Corniche 10

CH-1010 Lausanne

Tel +41 (0)21 314 72 72

[dess.info@unisante.ch](mailto:dess.info@unisante.ch)

**I** Auftraggeber

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

**I** Projektreferenz

Projektnummer: 19-34

<b>1. Ausgangslage</b>	<b>4</b>
<b>2. Evaluationsgegenstand</b>	<b>5</b>
2.1 Das Konzept Gesundheitsversorgung Asylsuchende	5
2.2 Wirkungsmodell	6
<b>3. Zweck und Fragestellungen der Evaluation</b>	<b>11</b>
3.1 Evaluationszweck	11
3.2 Evaluationsfragen	11
<b>4. Evaluationsdesign</b>	<b>13</b>
4.1 Methodik	13
4.2 Vergleichsebenen	15
4.3 Erhebungsplan	16
<b>Anhang</b>	<b>29</b>
Impact-Indikatoren und fehlende Datenquellen	29
Mögliche Vorgehensweisen für eine Analyse von Schlüsselprozessen zur Erreichung der gewünschte Impact:	29

# 1. Ausgangslage

Das BAG hat zusammen mit dem SEM und in Zusammenarbeit mit involvierten kantonalen Stellen ein Konzept zur Gesundheitsversorgung für Asylsuchende in Asylzentren des Bundes und in den Kollektivunterkünften der Kantone erarbeitet. Das Konzept soll die Erkennung, Behandlung und Verhütung von übertragbaren Krankheiten sowie den Zugang zur notwendigen Gesundheitsversorgung sicherstellen.

Die Implementierung, Umsetzung und Wirkungsentfaltung des Konzepts soll evaluiert werden. Die Arbeitsgemeinschaft Interface/unisanté wurde vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) und vom Staatssekretariat für Migration (SEM) damit beauftragt, ein Evaluationskonzept zu erarbeiten. Dieses wird in den nachfolgenden Kapiteln präsentiert.

Für die Erarbeitung des Evaluationskonzepts wurden zum einen bestehende konzeptionelle Grundlagen gesichtet sowie Gespräche mit folgenden Personen geführt:

## I Gruppengespräch mit BAG

- Virginie Masserey Spicher, Chefin der Sektion Infektionskontrolle und Impfprogramm, Abteilung Übertragbare Krankheiten, BAG
- Serge Houmard, Co-Leitung Sektion gesundheitliche Chancengleichheit, Abteilung Gesundheitsstrategien, BAG
- Daniel Spirgi, wissenschaftlicher Mitarbeiter der Sektion Krisenbewältigung und internationale Zusammenarbeit, Abteilung Übertragbare Krankheiten, BAG
- Aylin Jaspersen, wissenschaftliche Mitarbeiterin der Sektion Impfeempfehlungen und Bekämpfungsmassnahmen, Abteilung Übertragbare Krankheiten, BAG

## I Gruppengespräch mit SEM

- Annette Koller, Expertin Medizin, Direktionsbereich Asyl, SEM
- Tiziana Jurieta, Fachspezialistin Sektion Partner & Administration (P&A), Direktionsbereich Asyl, SEM
- Patrizia Drai-Schwager, Fachspezialistin Sektion P&A, Direktionsbereich Asyl, SEM

## I Interviews mit

- Matthis Schick, Leiter Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsspital Zürich
- Otto Schoch, Leitender Arzt Kantonsspital St. Gallen, Ärztlicher Berater Kompetenzzentrum Tuberkulose
- Patricia Iseli, Zentrumsärztin Bundesasylzentrum Bern
- Bettina Bally, stellvertretende Kantonsärztin Kanton Zürich
- Ahmed Berzig, stellvertretender Kantonsarzt Kanton Waadt
- Ettore Ricci, Asylkoordination Kanton Waadt
- Ulrike Leutwyler, Leitung Betreuung und Koordination Pflege, ORS
- Marcel Tanner, Präsident der Eidgenössischen Kommission für sexuelle Gesundheit (EKSG)
- Javier Sanchis, Médecin associé, Département Vulnérabilités et médecine sociale, unisanté, Lausanne

Das Evaluationskonzept wurde an zwei Sitzungen mit dem BAG und dem SEM diskutiert und im Anschluss adaptiert.

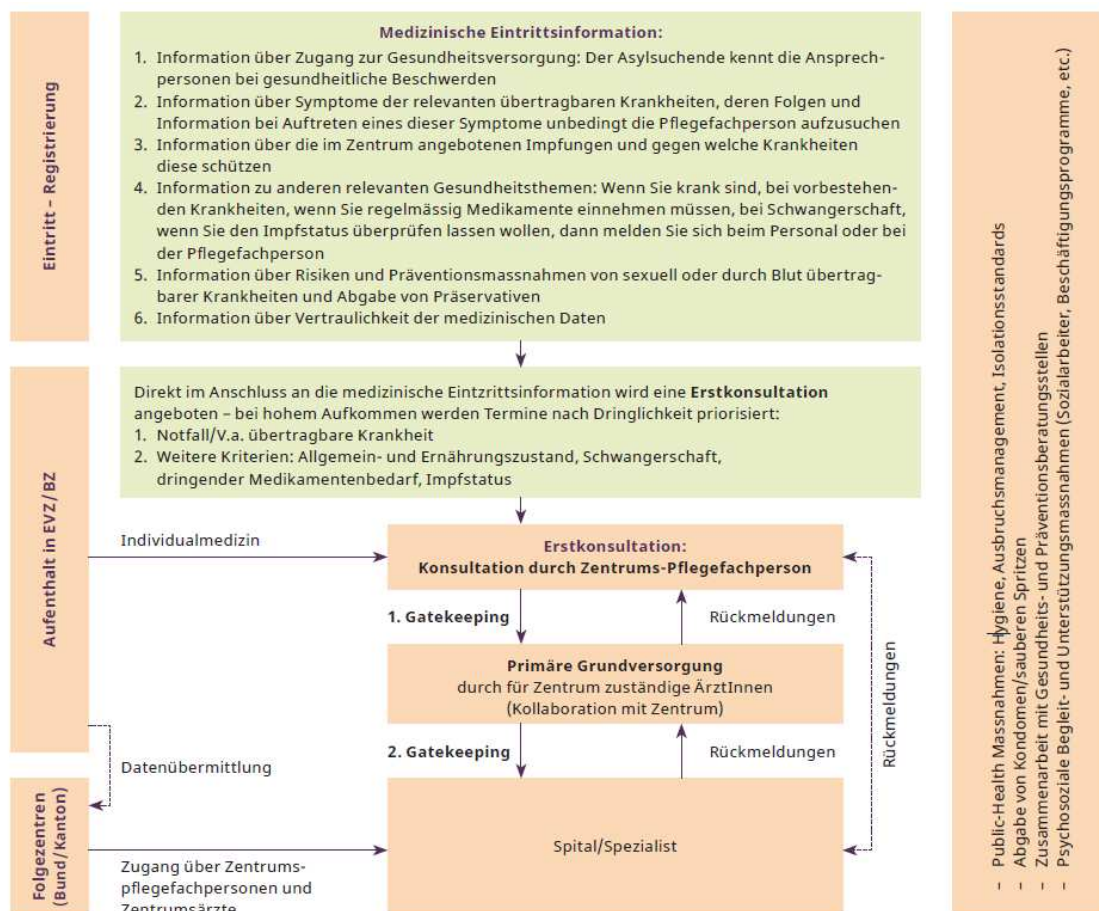
## 2. Evaluationsgegenstand

In diesem Kapitel legen wir den Gegenstand der Evaluation dar. Hierzu wird kurz das Konzept der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden vorgestellt sowie das dem Konzept zugrundeliegende Wirkungsmodell aufgeführt.

### 2.1 Das Konzept Gesundheitsversorgung Asylsuchende

Im Rahmen der Umsetzung des revidierten Epidemiengesetzes (EpG) und der entsprechenden Verordnung (EpV), die seit Januar 2016 in Kraft sind, wurde das BAG beauftragt, in einer zweijährigen Frist in Zusammenarbeit mit dem SEM und den involvierten kantonalen Stellen ein Umsetzungskonzept zu erarbeiten. 2017 wurde das Konzept «Gesundheitsversorgung für Asylsuchende in Asylzentren des Bundes und in den Kollektivunterkünften der Kantone» publiziert. Hauptziel ist es, den Zugang zur Gesundheitsversorgung sicherzustellen, um übertragbare Krankheiten und andere akute Gesundheitsprobleme rechtzeitig erkennen und behandeln zu können. Damit soll letztlich die Übertragung von Infektionen in den Zentren vermieden werden. Abzugrenzen sind die Prozesse für die medizinischen Sachverhaltsabklärungen im Rahmen des Asylverfahrens, die nicht Gegenstand dieses Konzepts sind. In der nachfolgenden Darstellung ist die Organisation des Zugangs zur medizinischen Gesundheitsversorgung dargestellt.

#### D 2.1 Konzept Gesundheitsversorgung Asylsuchende



Quelle: Konzept BAG/SEM (2017).

## 2.2 Wirkungsmodell

Dem Konzept der Gesundheitsversorgung für Asylsuchenden liegt ein Wirkungsmodell zugrunde. Das Wirkungsmodell erfüllt folgenden Zweck:

- Das Wirkungsmodell zeigt die wichtigsten Rahmenbedingungen, Strategien, Akteure, ihre Aktivitäten sowie die erwünschten und erzielten Wirkungen bei Adressaten/-innen und Betroffenen entlang der Wirkungskette (Konzept, Umsetzung, Output, Outcome, Impact) auf.
- Das Wirkungsmodell dient dem BAG und dem SEM als Grundlage für die künftige Evaluation. Es schafft die Basis für die Überprüfung der Umsetzung, des Outputs und der erzielten Wirkungen. Gleichzeitig schafft es für alle Beteiligten ein gemeinsam geteiltes Verständnis für die Thematik und dient so als Kommunikationsgrundlage.
- Das Wirkungsmodell dient als Ausgangspunkt für die konkrete Festlegung von Indikatoren und einzubeziehende Daten (vgl. Abschnitt 4.3).

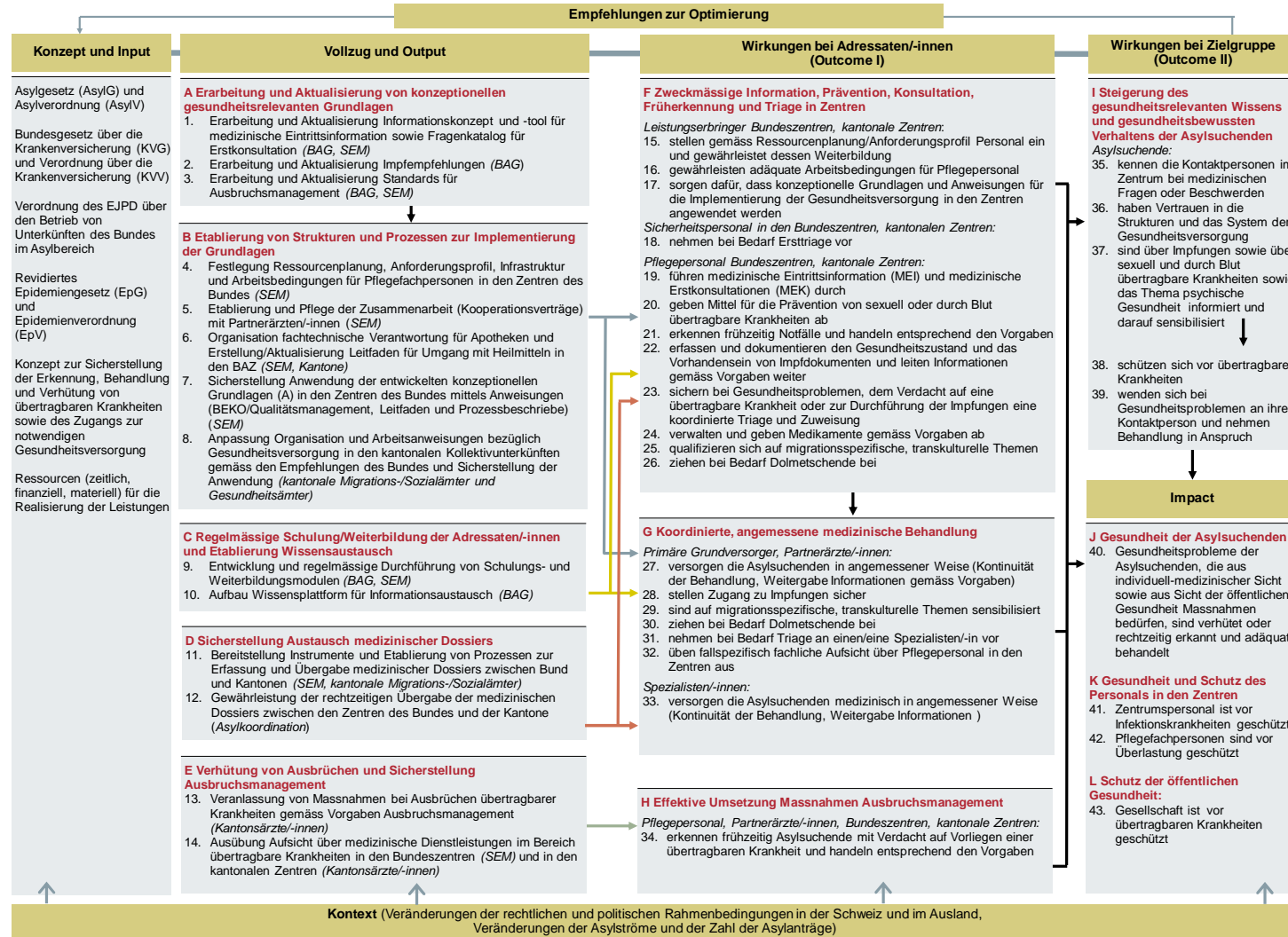
Im nachfolgend dargestellten Wirkungsmodell werden die Akteure, ihre Aktivitäten und die Wirkungsziele nach den verschiedenen Wirkungsebenen aufgelistet:

- *Konzept und Input:* Diese Ebene umfasst die konzeptionellen Grundlagen der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden. Es handelt sich dabei um rechtliche Grundlagen aus dem Asyl- wie Gesundheitsversorgungsbereich. Die zentrale Grundlage bildet das Konzept zur Sicherstellung der Erkennung, Behandlung und Verhütung von übertragbaren Krankheiten sowie des Zugangs zur notwendigen Gesundheitsversorgung. Zudem sind Angaben zu den Ressourcen, die für die Realisierung der Leistungen eingesetzt werden, aufzuführen.
- *Vollzug und Output:* Auf dieser Ebene werden die Aufgaben der Bundesbehörden und der kantonalen Behörden aufgeführt. Auf Bundesebene ist das BAG zuständig, nach Absprache mit dem SEM Empfehlungen zu den Verhütungsmassnahmen in den Bundesasylzentren und den kantonalen Kollektivunterkünften zu erstellen. Ausserdem stellt das BAG das nötige Informationsmaterial bereit. Damit die Empfehlungen in der Praxis Anwendung finden, ist das SEM für die Etablierung entsprechender Strukturen und Prozesse in den Bundeszentren mittels entsprechender Anweisungen, sowie für deren Aufsicht (z.B. mittels Audits) verantwortlich. Analog zur nationalen Ebene sind auf kantonaler Ebene die Asylbehörden (Migrations-/Sozialämter) für die Organisation und den Betrieb der Kollektivzentren zuständig. Die kantonalen Gesundheitsbehörden sind für die Aufsicht über die gesundheitsrelevanten Dienstleistungen in den kantonalen Zentren verantwortlich. Die Leistungen gliedern sich entlang von fünf Aufgabenbereichen: A. Erarbeitung und Aktualisierung von konzeptionellen, gesundheitsrelevanten Grundlagen, B: Etablierung von Strukturen und Prozessen zur Implementierung der Grundlagen, C: Regelmässige Schulung/Weiterbildung der Adressaten/-innen (siehe Definition unter Outcome I) und Etablierung Wissensaustausch, D: Sicherstellung Austausch medizinischer Dossiers, E: Verhütung von Ausbrüchen und Sicherstellung Ausbruchmanagement.
- *Outcome:* Die Leistungen der weisungsbefugten Behörden sollen bei verschiedenen Adressaten/-innen des Gesundheitssystems (Outcome I) sowie bei der Zielgruppe (Outcome II) Handlungen erwirken.
  - *Outcome I:* Unter Adressaten/-innen verstehen wir die Leistungserbringer der Bundeszentren und der kantonalen Kollektivzentren (ORS, AOZ usw.), das Pflegepersonal in den Zentren, das Sicherheitspersonal in den Zentren, die primären Grundversorger, Partnerärzte/-innen und Spezialisten/-innen in der Gesundheitsversorgung. Mit den anvisierten Handlungen bei diesen Adressaten/-innen soll das System der Gesundheitsversorgung dahingehend angepasst werden, damit

dieses zur Erreichung der Impactziele beitragen kann. Die Adressaten/-innen sollen F: eine zweckmässige Information, Prävention, Konsultation, Früherkennung und Triage in den Zentren umsetzen, G: eine koordinierte, angemessene medizinische Behandlung gewährleisten und H: effektive Massnahmen hinsichtlich des Ausbruchsmanagements umsetzen.

- *Outcome II:* Bei der Zielgruppe handelt es sich um die Asylsuchenden in den Zentren. Bei ihnen soll dank den etablierten Abläufen der Gesundheitsversorgung das gesundheitsrelevante Wissen und gesundheitsbewusste Verhalten verbessert werden (I).
- *Impact:* Diese Ebene umfasst die Wirkungen, zu welchen die Umsetzung des Konzepts der Gesundheitsversorgung letztlich beitragen soll. Im Zentrum stehen dabei der gesundheitsbezogene Schutz der Asylsuchenden (J), des Personals in den Zentren (K) sowie der Schutz der öffentlichen Gesundheit (L).
- *Kontext:* Kontextfaktoren können auf allen Ebenen des Wirkungsmodells Einfluss nehmen und durch den Bund nicht direkt gesteuert werden. Im vorliegenden Fall sind dies Veränderungen der rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen in der Schweiz und im Ausland sowie Veränderungen der Asylströme.

D 2.2: Wirkungsmodell Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden



Quelle: Interface/unisanté.



Die Erarbeitung des Wirkungsmodells erfolgte mittels Formulieren von Wirkungszusammenhängen. Das heisst, es wurde bei der Definition der einzelnen Kästchen von Argumentationsketten ausgegangen, die aufzeigen welcher Output der weisungsbefugten Umsetzungsakteure zu welchem Outcome bei welchen Adressaten/-innen und bei der Zielgruppe (Einstellungs- und Verhaltensänderung) führt und zu welchem Impact dies schliesslich beitragen soll. Nachfolgend wird, ausgehen vom erwarteten Impact die Wirkungskette erläutert:

Das zentrale Ziel ist, *Gesundheitsprobleme* von Asylsuchenden, die aus *individuell-medizinischer Sicht* sowie aus *Sicht der öffentlichen Gesundheit* Massnahmen bedürfen zu verhüten oder rechtzeitig zu erkennen und adäquat zu behandeln. Handelt es sich dabei um übertragbare Krankheiten, so, werden damit Asylsuchende, Mitarbeitende in den Zentren und letztlich die Bevölkerung vor übertragbaren Krankheiten *geschützt*.

Die Chancen, dass die Bevölkerung vor übertragbaren Krankheiten geschützt ist, werden dann erhöht, wenn die Asylsuchenden in den Zentren über gesundheitsrelevantes Wissen hinsichtlich übertragbarer Krankheiten verfügen und sich adäquat schützen und verhalten (z.B. Behandlung beanspruchen und sich an Therapievorgaben halten). Um dies zu erreichen muss insbesondere das Gesundheitspersonals in den Zentren die Asylsuchenden über übertragbare Krankheiten informieren, ihnen Präventionsmaterial abgeben, den Verdacht auf übertragbare Krankheiten im Rahmen der MEK abklären, den Gesundheitszustand und das Vorhandensein von Impfdokumenten dokumentieren und die Asylsuchenden bei einem Verdacht auf eine übertragbare Krankheit respektive zwecks Verhütung (Impfen) an einen Grundversorger/Partnerarzt/Partnerärztin weiterleiten.

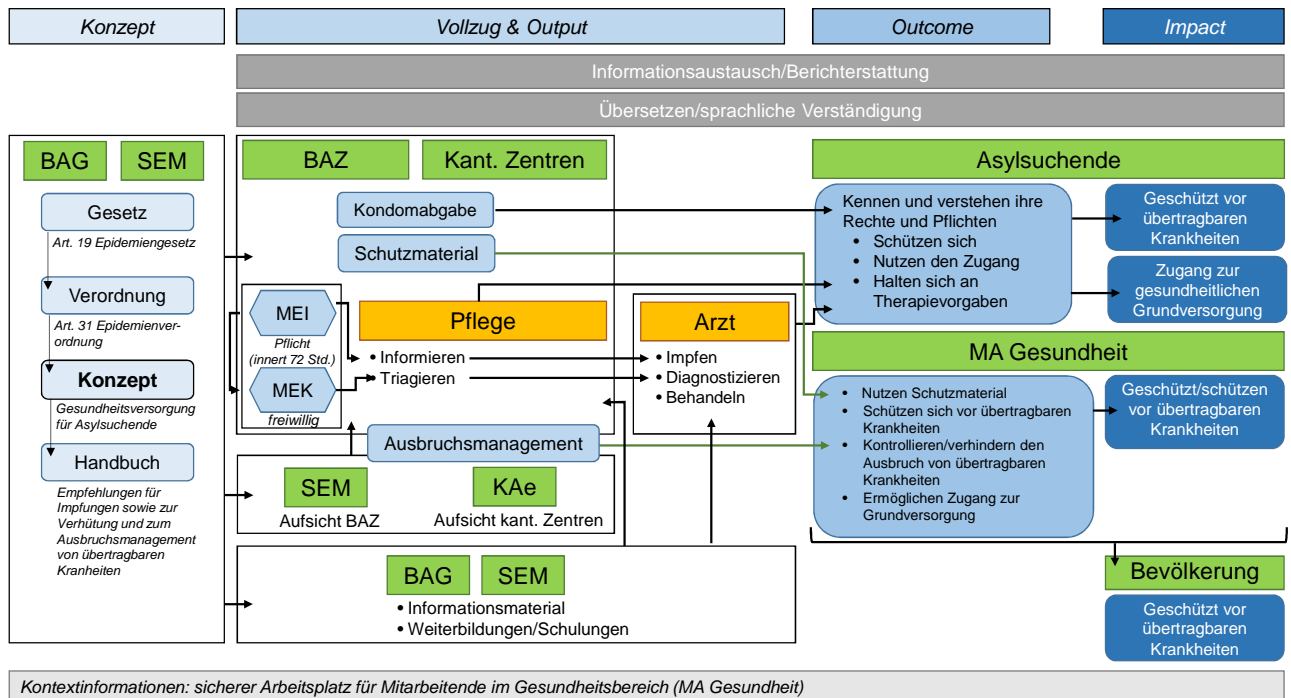
Damit der Zugang zur Grundversorgung auch bei Gesundheitsproblemen im Bereich der nicht übertragbaren Krankheiten gewährleistet ist (insbesondere psychische Gesundheit), muss das Gesundheitspersonals in den Zentren die Asylsuchenden auch über nicht übertragbare Krankheiten informieren, den Verdacht auf eine Krankheit im Rahmen der MEK abklären, den Gesundheitszustand dokumentieren und die Asylsuchenden bei Bedarf an einen Grundversorger/Partnerarzt/Partnerärztin weiterleiten.

Grundversorger/Partnerärzte/Partnerärztinnen nehmen in der Folge eine Diagnose vor und sorgen für ein adäquate, Behandlung, was bedeutet, dass die Behandlung möglich kontinuierlich durchgeführt werden kann (bei Bedarf Triage an einen Spezialisten/eine Spezialistin), migrationsspezifische und transkulturelle Themen berücksichtigt werden und die Behandlung falls notwendig unter Beizug von Dolmetschenden erfolgt. Liegt ein Verdacht auf eine übertragbare Krankheit vor, handelt das Gesundheitspersonal in den Zentren, zusammen mit den Kantonsärztinnen/ärzte entsprechend den Vorgaben des Ausbruchsmanagements.

Um die eben beschriebene effektive Umsetzung von Information, Prävention, Konsultation, Früherkennung, Triage Behandlung und Ausbruchsmanagement sicherzustellen, muss das BAG/SEM zweckmässige, nach Bedarf aktualisierte, Instrumente und konzeptionelle Grundlagen - sowohl bezogen auf übertragbare wie auch nicht übertragbaren Krankheiten - bereitstellen und diesbezügliche Schulungen und Weiterbildungen für das Zentrumspersonal und die Grundversorger/Partnerärzte/innen anbieten. Das SEM muss zudem für Strukturen und Prozesse zur Implementierung dieser Instrumente und Grundlagen in den Zentren des Bundes sorgen. Dazu gehört auch die Sicherstellung des Austauschs medizinischer Dossiers. Für eine analoge Implementierung in den Kollektivzentren der Kantone sind die kantonalen Migrations-/Sozial- und Gesundheitsämter zuständig.

Diese Wirkungszusammenhänge sind im nachfolgenden vereinfachten Wirkungsmodell dargestellt.

**D 2.3: Vereinfachtes Wirkungsmodell zur Illustration der Wirkungszusammenhänge**



Quelle: BAG/SEM.

# 3. Zweck und Fragestellungen der Evaluation

In diesem Kapitel wird aufgezeigt, *warum* die Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden evaluiert werden soll. Wir führen hierzu den Evaluationszweck und die Fragestellungen auf.

## 3.1 Evaluationszweck

Mit dem vorliegenden Konzept soll das Konzept der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden, dessen Implementierung und Wirkungsentfaltung evaluiert werden. Evaluationen sind über einen gewissen Zeitraum angelegt. Das vorliegende Konzept erstreckt sich über einen Zeitraum von rund drei Jahren (siehe Kapitel **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**).

Evaluationen können summativ oder formativ ausgerichtet sein. Bei summativen Wirkungsevaluationen steht der Zweck der Legitimation und Rechenschaftsablegung im Vordergrund. Die erzielten Wirkungen werden hierzu bilanzierend bewertet. Wirkungsevaluationen können aber auch einen formativen Charakter haben, wenn die Evaluation die Umsetzung begleitet und das Lernen und dabei die Optimierung im Vordergrund steht. Die vorliegende Evaluation soll beide Zwecke verfolgen.

## 3.2 Evaluationsfragen

Nachfolgend sind entlang der Evaluationsgegenstände und der jeweiligen Evaluationskriterien die übergeordneten Fragestellungen der Evaluation aufgeführt. Die Konkretisierung der aufgeführten Fragestellungen erfolgt im Kapitel 4.3 zum Erhebungsplan.

**D 3.1: Fragestellungen der Evaluation**

<i>Evaluationsgegenstand</i>	<i>Evaluationskriterium</i>	<i>Evaluationsfragestellungen</i>	<i>Zielerreichung gemäss Wirkungsmodell</i>
Konzept und Input => D 4.1 Erhebungsplan	Kohärenz	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sind Ziele, Mittel, Organisation und Massnahmen des Konzepts der Gesundheitsversorgung ausreichend definiert und in sich stimmig? (interne Kohärenz)</li> <li>– Welche finanziellen, personellen und materiellen Ressourcen werden in die Umsetzung des Konzepts der Gesundheitsversorgung investiert? Genügen die vorgesehenen Ressourcen für die planmässige Umsetzung?</li> <li>– Welche Änderungen haben sich durch das beschleunigte Asylverfahren ergeben und müssten in der Umsetzung berücksichtigt werden?</li> </ul>	

<i>Evaluationsgegenstand</i>	<i>Evaluationskriterium</i>	<i>Evaluationsfragestellungen</i>	<i>Zielerreichung gemäss Wirkungsmodell</i>
Vollzug und Output => D 4.2 Erhebungsplan	Zweckmässigkeit der Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erweisen sich die Organisation (Aufgaben und Kompetenzen) und Prozesse (Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen, innerhalb Bund) für die Leistungserbringung als zweckmässig?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A1 bis E14</li> </ul>
	Angemessenheit der Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wird das Konzept umgesetzt und sind die Vollzugsstrukturen auf nationaler und kantonaler Ebene zweckmässig? Erweisen sich die erarbeiteten Grundlagen <i>inhaltlich/fachlich</i> als angemessen hinsichtlich der Erreichung der anvisierten Ziele des Konzepts? <ul style="list-style-type: none"> <li>- Können mit diesen Grundlagen die gesundheitlichen, akuten Probleme der Asylsuchenden adäquat erfasst werden (z.B. psychische Beschwerden, Folgen von Gewalt, Sucht)</li> <li>- Fehlen gesundheitsrelevante konzeptionelle Grundlagen?</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A1 bis E14</li> <li>- A1 bis C10</li> </ul>
Outcome => D 4.3 Erhebungsplan	Effektivität	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wird die Information, Konsultation, Früherkennung und Triage in den Zentren von den Adressaten/-innen zweckmässig umgesetzt?</li> <li>- Erfolgt eine koordinierte und angemessene Behandlung?</li> <li>- Kann das gesundheitsrelevante Wissen und Verhalten der Asylsuchenden dank der Massnahmen effektiv gesteigert werden?</li> <li>- Gibt es Unterschiede in der Umsetzung in den Asylregionen, die zu unterschiedlichen Outcomes führen, oder zu gleichen Outcomes mit weniger Aufwand?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- F15 bis F26</li> <li>- G27 bis G33</li> <li>- I35 bis I39</li> <li>- F15 bis I39</li> </ul>
Impact => D 4.4 Erhebungsplan	Wirksamkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Werden Ausbrüche in den Zentren verhindert oder eingedämmt? Wenn nicht, was muss angepasst werden?</li> <li>- Gab es kritische Zwischenfälle im Bereich der Gesundheit, die hätten verhindert werden können und wenn ja, wie?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- J40 bis L43</li> </ul>
Optimierungen/ Empfehlungen		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wie soll die Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden auf den Ebenen Konzept und Input, Vollzug und Output angepasst werden, um die Wirkungen bei Adressaten/-innen und der Zielgruppe zu optimieren?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Synthese (gesamtes Wirkungsmodell)</li> </ul>

Quelle: Interface/unisanté.

## 4. Evaluationsdesign

In diesem Kapitel wird erläutert, *wie* die Evaluation ablaufen soll. Hierzu werden die methodischen Zugänge und die Vergleichsebenen für die Beurteilung vorgestellt. Mit welchen Indikatoren und Methoden die im Abschnitt 3.2 aufgeführten Fragestellungen beantwortet werden sollen, wird im Erhebungsplan Abschnitt 4.3 vorgestellt.

### 4.1 Methodik

In diesem Abschnitt werden die vorhandenen Datenquellen sowie neue Erhebungen kurz vorgestellt.

#### 4.1.1 Auswertung bestehender Datenquellen (Daten- und Dokumentenanalyse)

Die Evaluation soll vorhanden Datenquellen berücksichtigen und diese Daten jährlich im ersten Quartal aufbereiten und auswerten (2020, 2021, 2022, 2023). Es handelt sich um folgende Datenquellen:<sup>1</sup>

##### I Auswertung konzeptioneller Grundlagen und Administrativdaten

Eine Datenquelle zur Beurteilung des Konzepts, der Umsetzung und des Outputs bilden insbesondere die vorhandenen konzeptionellen Grundlagen. Es sind dies neben dem Konzept zur Gesundheitsversorgung die im Wirkungsmodell unter der Spalte «Vollzug und Output» aufgeführten Dokumente.

Unter Administrativdaten verstehen wir Informationen, die im Laufe des Umsetzungsprozesses anfallen. Es sind dies beispielsweise:

- Rückmeldungen Begleitgruppe (Protokolle)
- Rückmeldungen Partnerärzte/-innen im Rahmen von Austauschsitzen mit SEM (Protokolle)
- Kurzevaluationen bei Teilnehmenden im Anschluss an Kurse/Weiterbildungen, Wissensplattform

##### I Auswertung Daten des Qualitätsmanagements SEM

Das SEM stellt mit einem Qualitätsmanagementsystem auf der Ebene der Bundesasylzentren (BAZ) (Qualitätsmanagement Unterbringung [QMU]) die Einhaltung des Betriebskonzept Unterbringung (BEKO) sicher. Kapitel 9 des BEKO umfasst das Thema Gesundheit und medizinische Versorgung. Im QMU sind hierzu entsprechende Indikatoren und Controllinginstrumente aufgeführt, die im Rahmen der Evaluation zur Beurteilung des Outcomes von Nutzen sind. Das Qualitätsmanagement wird einmal jährlich durch die Sektion Unterbringung und Projekte Regionen (SUPR) überprüft (v.a. hinsichtlich Übereinstimmung mit BEKO) und auf den neuesten Stand gebracht. Es besteht folglich die Möglichkeit, hier auch noch Anpassungen im Hinblick auf die Evaluation vorzunehmen.

Nachfolgend werden die einzelnen Instrumente kurz vorgestellt:

- *Audit*: Audits werden durch vier Mitarbeitende durchgeführt. Es sollen Mitarbeitende der Sektion Partner & Administration aus den Regionen im Rotationsmodus mit den

---

<sup>1</sup> Die epidemiologische Datenlage wird im Anhang kurz beschrieben.

Mitarbeitenden der Sektion SUPR die Audits durchführen.<sup>2</sup> Bei insgesamt 19 Unterkünften wird in jeder Unterkunft alle eineinhalb bis zwei Jahre ein Audit durchgeführt. Nach jedem Audit wird ein *Audit-Bericht* erstellt. Welche gesundheitsrelevanten Aspekte im Audit angeschaut werden, geht im Abschnitt 4.3 aus der dritten Spalte des Erhebungsplans hervor.

- *Stichtagskontrollen*: Die Stichtagskontrollen sind zweimal pro Jahr und pro Unterkunft von den Mitarbeitenden P&A vor Ort durchzuführen. Die Resultate sind per 30. März und per 30. September der Sektion SUPR einzureichen. Die Ergebnisse der Stichtagskontrollen werden in das *Quartalsreporting* aufgenommen.
- *Monatsrapporte*: Sie werden von dem LE Betreuung per Ende Monat ausgefüllt, der Sektion SUPR eingereicht und in das *Quartalsreporting* aufgenommen.
- *Auswertung MIDES*: Das Informationssystem der Zentren des Bundes und der Unterkünfte an den Flughäfen MIDES dient der Bearbeitung von Personendaten von Asylsuchenden und Schutzbedürftigen. Im Zusammenhang mit der medizinischen Versorgung sind die Angaben zur medizinischen Erstinformation (MEI) und zur medizinischen Erstkonsultation (MEK) relevant. Auswertungen hierzu sind im *Quartalsreporting* aufgenommen.

#### 4.1.2 Erhebung und Auswertung neuer Daten

Zusätzlich zu den bestehenden Datenquellen müssen zur Beantwortung der Fragestellungen auch neue Daten erhoben werden. Diese sollen im Rahmen der Evaluation zu zwei Zeitpunkten erhoben und ausgewertet werden.

##### I Befragungen

Um Informationen zur Qualität und Zweckmässigkeit der implementierten Prozesse und Instrumente zu erhalten, bietet sich die Befragung diverser Akteurguppen an, die in der Praxis das Konzept der Gesundheitsversorgung umsetzen. Wir empfehlen sowohl quantitativ wie auch qualitativ ausgerichtete Befragungsformen:

- *Quantitative halb-standardisierte Befragungen*: Folgende Akteurguppen sollen im Rahmen der Evaluation zu zwei Zeitpunkten mittels einem Online-Instrument befragt werden:
  - Gesundheitspersonal in allen BAZ (Leitungspersonen), n = 19
  - Partnerärzte/-innen aller BAZ, n = 19
  - Vertretende Gesundheitsämter (Kantonsärzte/-innen alle Kantone), n = 26
  - Vertretende Migrations-/Sozialämter (Asylkoordinatoren/-innen aller Kantone), n = 26
  - Gesundheitspersonal (Leitungspersonen) in ausgewählten kantonalen Kollektivzentren (resp. den für die Asylsuchenden vorgesehenen medizinischen Einrichtungen), netto n = 30
  - Partnerärzte/-innen in ausgewählten Kollektivzentren (resp. den für die Asylsuchenden vorgesehenen medizinischen Einrichtungen), netto n = 30
- *Qualitative Gespräche*: Um die Resultate aus den quantitativen Befragungen zu vertiefen und zu validieren, werden im Anschluss an die quantitativen Befragungen jeweils eine Reihe von rund 10 bis 15 Interviews geführt. Je nach Ergebnis der Befragungen und dem Bedarf an Vertiefung kann dabei die Zusammensetzung der Interviewpartner/-innen variieren. Es kann sich um Vertretende sämtlicher Akteurguppen handeln: weisungsbefugte Umsetzungsakteure Bund/Kantone (vertretende SEM, BAG, Migrations-/Sozialämter Kantone, Kantonsärzte/-innen), Adressa-

<sup>2</sup> Die Sektion Partner & Administration in den BAZ ist zuständig unter anderem für die Organisation der medizinischen Versorgung in Zusammenarbeit mit den Partnern (hier Betreuung – Pflege und Ärzte/-innen). In jedem BAZ gibt es eine Sektion P&A.

ten/-innen (Leistungserbringer Zentren, Pflegepersonal, Partnerärzte/-innen, Spezialisten/Spitäler) oder Vertretende der Zielgruppe (Asylsuchende).

#### **4.2 Vergleichsebenen**

Evaluieren heisst beurteilen. Die Beurteilung soll auf der Basis von Vergleichen erfolgen. Bei Evaluationen lassen sich drei Arten von Vergleichen unterscheiden, die in der geplanten Evaluation zur Anwendung kommen. Für einen *Soll-Ist-Vergleich* werden die Ziele des Konzepts (gemäss Wirkungsmodell) den tatsächlichen Ergebnissen gegenübergestellt. Im Rahmen eines *Quervergleichs* werden Unterschiede in der Umsetzung und Leistungserbringung und deren Einfluss auf die Wirkungsentfaltung in den verschiedenen Asylregionen untersucht. Schliesslich wird für einen *Vorher-Nachher-Vergleich* untersucht, wie sich auf der Ebene des Impacts die Daten über die Jahre verändert haben (z.B. wie sich die Tuberkulose-Inzidenz im Zusammenhang mit den Flüchtlingsströmen über die Jahre hinweg entwickelt hat). Die Gesamtbeurteilung erfolgt auf der Basis einer Gegenüberstellung und Synthese der Ergebnisse der verschiedenen Vergleiche.

### 4.3 Erhebungsplan

#### D 4.1: Konzept und Input

<i>Evaluationsfragen</i>	<i>Indikatoren</i>	<i>Methode und Datenquelle (kursiv: neu zu erhebende Daten)</i>
Sind Ziele, Mittel, Organisation und Massnahmen des Konzepts der Gesundheitsversorgung ausreichend definiert und in sich stimmig? (interne Kohärenz)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Rollen und Aufgaben der weisungsbefugten Umsetzungsakteure und Adressaten/-innen sind ausreichend und eindeutig schriftlich definiert</li> <li>– Weisungsbefugte Umsetzungsakteure und Adressaten/-innen teilen ein gemeinsames Verständnis der Massnahmen und Zielsetzungen des Konzepts (z.B. bezüglich Gesundheitsverständnis)</li> <li>– Umsetzungsakteure und Adressaten/-innen beurteilen das Konzept als klar, vollständig und konsistent</li> <li>– Die zu erbringenden medizinischen Leistungen (Akutversorgung) sind klar definiert</li> <li>– Unterschiedliche Interessen/Ziele zwischen dem Asylsystem und dem Gesundheitssystem sind aus Sicht der Umsetzungsakteure und Adressaten/-innen adäquat berücksichtigt</li> <li>– Änderungen aufgrund des beschleunigten Asylverfahrens sind hinsichtlich Umsetzung berücksichtigt</li> </ul>	<p>Dokumentenreview konzeptionelle Grundlagen</p> <p><i>Quantitative Befragung Umsetzungsakteure und Adressaten/-innen</i></p> <p><i>Gespräche mit Umsetzungsakteuren und Adressaten/-innen</i></p>
Welche finanziellen, personellen und materiellen Ressourcen werden in die Umsetzung des Konzepts der Gesundheitsversorgung investiert? Genügen die vorgesehenen Ressourcen für die planmässige Umsetzung?	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ressourcenaufwand</li> <li>– Ressourceneinsatz wird aus Sicht der Umsetzungsakteure und Adressaten/-innen als adäquat beurteilt</li> </ul>	<p>Dokumentenreview konzeptionelle Grundlagen</p> <p><i>Gespräche mit Umsetzungsakteuren und Adressaten/-innen</i></p>

Quelle: Interface/unisanté.



**D 4.2: Vollzug und Output**

Ziele gemäss Wirkungsmodell	Indikatoren	Methode und Datenquelle (kursiv: neu zu erhebende Daten)
<i>A Erarbeitung und Aktualisierung von konzeptionellen gesundheitsrelevanter Grundlagen</i>		
1. Erarbeitung und Aktualisierung Informationskonzept und -tool für medizinische Eintrittsinformation sowie Fragenkatalog für Erstkonsultation (BAG, SEM)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Instrumente medizinische Eintrittsinformation MEI und MEK liegen vor. Ein Qualitätsprozess ist definiert, der festlegt, wie oft und unter welchen Umständen die Instrumente aktualisiert werden sollen</li> <li>– Aktualisierung MEI und MEK erfolgt gemäss vorgesehenem Qualitätsprozess</li> </ul>	<p>Dokumentenreview konzeptionelle Grundlagen <i>Gespräch mit BAG</i></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Negative Kritikpunkte seitens der Begleitgruppe Gesundheit und Asyl am MEI und MEK sind wenig zahlreich und dokumentierte Antworten auf diese Punkte liegen vor</li> <li>– Fachpersonen beurteilen das MEI als angemessen (ZW: 90%)</li> <li>– Fachpersonen beurteilen die MEK als angemessen (ZW: 90%)</li> </ul>	<p>Dokumentenreview Rückmeldungen seitens Begleitgruppe G+A <i>Quantitative Befragung Gesundheitspersonal, Partnerärzte/-innen</i></p>
2. Erarbeitung und Aktualisierung Impfpfehlungen (BAG)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Aktualisierung Impfpfehlungen erfolgt gemäss Schweizerischem Impfpfehlungen</li> </ul>	<p>Dokumentenreview konzeptionelle Grundlagen <i>Gespräch mit BAG</i></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Negative Kritikpunkte seitens der Begleitgruppe G+A an den Impfpfehlungen in Bezug auf die Anwendbarkeit im Asylbereich sind wenig zahlreich. Dokumentierte Antworten auf diese Punkte liegen vor.</li> <li>– Fachpersonen beurteilen die Impfpfehlungen in Bezug auf die Anwendbarkeit im Asylbereich als angemessen (ZW: 90%)</li> </ul>	<p>Dokumentenreview Rückmeldungen seitens Begleitgruppe G+A <i>Quantitative Befragung Gesundheitspersonal in den Unterkünften, Partnerärzte/-innen, Kantonsärzte/-innen</i></p>
3. Erarbeitung und Aktualisierung Standards für Ausbruchsmanagement (BAG, SEM)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Standards für das Ausbruchsmanagement liegen vor. Ein Qualitätsprozess ist definiert, der festlegt, wie oft und unter welchen Umständen das Ausbruchsmanagement aktualisiert werden soll</li> <li>– Aktualisierung des Ausbruchsmanagements erfolgt gemäss vorgesehenem Qualitätsprozess</li> </ul>	<p>Dokumentenreview konzeptionelle Grundlagen <i>Gespräch mit BAG, SEM</i></p>

Ziele gemäss Wirkungsmodell	Indikatoren	Methode und Datenquelle (kursiv: neu zu erhebende Daten)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Negative Kritikpunkte seitens der Begleitgruppe G+A am Ausbruchsmangement sind wenig zahlreich. Dokumentierte Antworten auf diese Punkte liegen vor</li> <li>– Fachpersonen beurteilen die Standards für das Ausbruchsmangement als angemessen (ZW: 90%)</li> </ul>	Dokumentenreview Rückmeldungen seitens Begleitgruppe G+A Auswertung quantitativer Befragung des BAG nach Schulung Handbuch <i>Quantitative Befragung der Empfänger des Handbuchs</i>
<b>B Etablierung von Strukturen und Prozessen zur Implementierung der Grundlagen</b>		
4. Festlegung Ressourcenplanung, Anforderungsprofil, Infrastruktur und Arbeitsbedingungen für Pflegefachpersonen in den Zentren des Bundes (SEM)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Vorgaben Ressourcenplanung, Anforderungsprofil, Infrastruktur und Arbeitsbedingungen für Pflegefachpersonen liegen vor</li> <li>– Ein Qualitätsprozess ist definiert, der festlegt, wie oft und unter welchen Umständen die Vorgaben aktualisiert werden sollen</li> <li>– Aktualisierung der Vorgaben erfolgt gemäss vorgesehenem Qualitätsprozess</li> </ul>	Dokumentenreview BEKO <i>Gespräch mit SEM</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Negative Kritikpunkte seitens der Begleitgruppe G+A zu Anforderungsprofil, Infrastruktur und Arbeitsbedingungen für Pflegefachpersonen sind wenig zahlreich. Dokumentierte Antworten auf diese Punkte liegen vor</li> <li>– Fachpersonen schätzen Vorgaben zu Ressourcenplanung, Anforderungsprofil, Infrastruktur und Arbeitsbedingungen als zweckmässig ein (ZW: 90%)</li> </ul>	Dokumentenreview Rückmeldungen seitens Begleitgruppe G+A <i>Quantitative Befragung Gesundheitspersonal</i> <i>Gespräch mit Leistungserbringern BAZ (ORS, AOZ)</i>
5. Etablierung und Pflege der Zusammenarbeit (Kooperationsverträge) mit Partnerärzte/innen (SEM)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Pro BAZ liegt mindestens ein Kooperationsvertrag mit Partnerarzt/-ärztin vor</li> <li>– Es findet mindestens einmal jährlich eine Austauschsitzung zwischen Partnerarzt/-ärztin und SEM statt</li> </ul>	Dokumentenreview Verträge, Protokolle Austauschsitzungen
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Zusammenarbeit zwischen SEM und Partnerärzten/-ärztinnen wird positiv eingeschätzt</li> </ul>	<i>Quantitative Befragung Partnerärzte/-innen</i> <i>Gespräch mit SEM</i>

Ziele gemäss Wirkungsmodell	Indikatoren	Methode und Datenquelle (kursiv: neu zu erhebende Daten)
6. Organisation fachtechnischer Verantwortung für Apotheken und Erstellung/Aktualisierung Leitfaden für Umgang mit Heilmitteln in den BAZ (SEM, Kantone)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Vorgaben für die fachtechnische Verantwortung Apotheken und den Umgang mit Heilmitteln liegen vor</li> <li>– Ein Qualitätsprozess ist definiert, der festlegt, wie oft und unter welchen Umständen die Vorgaben aktualisiert werden sollen</li> <li>– Aktualisierung der Vorgaben erfolgt gemäss vorgesehenem Qualitätsprozess</li> </ul>	<p>Dokumentenreview Vorgaben  <i>Gespräch mit SEM</i></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Fachpersonen schätzen Organisation (fachtechnische Verantwortung Apotheken und Umgang mit Heilmitteln) als zweckmässig ein (ZW: 90%)</li> </ul>	<p><i>Quantitative Befragung Gesundheitspersonal, Partnerärzte/-innen, Kantonsärzte/-innen</i></p>
7. Sicherstellung der Anwendung der entwickelten konzeptionellen Grundlagen in den Zentren des Bundes (SEM)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Medizinische Abläufe sind schriftlich geregelt im Leitfaden «Medizinische Abklärungen in den BAZ» und im Prozessablauf Gesundheitsversorgung</li> <li>– Ein Qualitätsprozess ist definiert, der festlegt, wie oft und unter welchen Umständen die Abläufe aktualisiert werden sollen</li> <li>– Aktualisierung der Abläufe erfolgt gemäss vorgesehenem Qualitätsprozess</li> <li>– Die Adressaten/-innen werden vom SEM zeitnah über Neuerungen und Anpassungen informiert</li> </ul>	<p>Dokumentenreview Leitfäden und Abläufe  <i>Gespräch mit SEM</i></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Fachpersonen schätzen Quantität und Qualität der Kommunikation/Information SEM-BAZ als gut ein (ZW: 90%)</li> </ul>	<p><i>Quantitative Befragung Gesundheitspersonal, Partnerärzte/-innen  Gespräche mit Leistungserbringern BAZ (ORS, AOZ)</i></p>
8. Anpassung Organisation und Arbeitsanweisungen bezüglich Gesundheitsversorgung in den kantonalen Kollektivunterkünften gemäss den Empfehlungen des Bundes und Sicherstellung der Anwendung (Migrations-/Sozialämter, Gesundheitsämter)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Alle weisungsbefugten Umsetzungsakteure der Kantone sind über konzeptionelle Grundlagen BAG und SEM für die Gesundheitsversorgung informiert</li> <li>– Weisungsbefugte Umsetzungsakteure der Kantone schätzen Empfehlungen des BAG/SEM als zweckmässig ein (ZW: 90%)</li> </ul>	<p><i>Quantitative Befragung weisungsbefugte kantonale Umsetzungsbehörden (Migration-/Sozialämter, Gesundheitsämter)</i></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Konzeptionelle Grundlagen BAG und SEM sind in den Vorgaben aller Kantone an die Kollektivzentren aufgenommen</li> </ul>	<p>Dokumentenreview kantonaler Vorgaben zur Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden in den Kollektivzentren</p>

Ziele gemäss Wirkungsmodell	Indikatoren	Methode und Datenquelle (kursiv: neu zu erhebende Daten)
<i>C Regelmässige Schulung/Weiterbildung der Adressaten/-innen und Etablierung Wissensaustausch</i>		
9. Entwicklung und regelmässige Durchführung von Schulungs- und Weiterbildungsmodulen (BAG, SEM)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Der Bedarf an Schulungs- und Weiterbildungsangeboten ist geklärt</li> <li>– Die Verantwortlichkeiten bei dem Schulungs- und Weiterbildungsangeboten sind definiert (SEM, BAG)</li> <li>– Schulungs- und Weiterbildungsangebote sind aufgebaut und werden vom BAG und vom SEM durchgeführt (ZW: pro Jahr mind. eine Durchführung)</li> </ul>	Dokumentenreview Unterlagen zu Schulungs- und Kursangeboten, Angebots- und Teilnehmerzahlen
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Adressaten/-innen sind über Schulungs- und Weiterbildungsangebote informiert (ZW: 80% kennen Angebote)</li> </ul>	<i>Quantitative Befragung Gesundheitspersonal, Partnerärzte/-innen</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Teilnehmende sind mit der Qualität des Angebots zufrieden (ZW: 80%)</li> </ul>	Dokumentenreview Kurzevaluation bei Teilnehmenden im Anschluss an die Weiterbildung
10 Aufbau Wissensplattform für Informationsaustausch (BAG)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Das BAG hat die Bedürfnisse bezüglich der Wissensplattform evaluiert und bei etabliertem Bedarf ein Konzept erarbeitet (Nutzen, Zielgruppe, Umsetzung)</li> </ul>	Dokumentenreview Unterlagen zu Wissensplattform
<i>D Verhütung von Ausbrüchen und Sicherstellung Austausch medizinischer Dossiers</i>		
11. Bereitstellung Instrumente und Etablierung von Prozessen zur Erfassung und Übergabe medizinischer Dossiers zwischen Bund und Kantonen (SEM, kantonale Migrations-/Sozialämter)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Instrumente für Datenaustausch liegen vor (Formulare, HIN-Account in jedem BAZ für verschlüsselten E-Mail-Verkehr ist vorhanden)</li> <li>– Prozesse für Datenaustausch sind schriftlich definiert</li> </ul>	Dokumentenreview Instrumente und Prozessabläufe Datenaustausch <i>Gespräch mit SEM</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Positive Einschätzung der Praxistauglichkeit der Instrumente und Prozesse zum Datenaustausch durch die Fachpersonen</li> </ul>	<i>Quantitative Befragung Gesundheitspersonal, Partnerärzte/-innen</i>
12. Gewährleistung der rechtzeitigen Übergabe der medizinischen Dossiers zwischen den Zentren des Bundes und der Kantone (Asylkoordination)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Übergabe aller medizinisch relevanten Informationen (medizinisches Dossier) gemäss den Vereinbarungen mit den Kantonen; Angaben im Dossier sind vollständig und verständlich</li> </ul>	Auswertung Auditberichte SEM Gespräch mit SEM <i>Quantitative Befragung Gesundheitspersonal Kollektivzentren</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Datenübergabe BAZ-Kollektivzentren wird als zweckmässig eingeschätzt</li> </ul>	<i>Quantitative Befragung Gesundheitspersonal Kollektivzentren</i>

Ziele gemäss Wirkungsmodell	Indikatoren	Methode und Datenquelle (kursiv: neu zu erhebende Daten)
<i>E Sicherstellung Ausbruchsmangement</i>		
13. Veranlassung von Massnahmen bei Ausbrüchen übertragbarer Krankheiten gemäss Empfehlungen Ausbruchsmangement (Kantonsärzte/-innen)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Kantonsärzte/-innen kennen bei einem Ausbruch einer übertragbaren Krankheit ihre Rolle und Verantwortung</li> <li>– Kantonsärzte/-innen kennen das Handbuch «Ausbruchsmangement und Impfempfehlungen in den Asylzentren des Bundes und in den Kollektivunterkünften der Kantone» und orientieren sich daran</li> </ul>	<i>Quantitative Befragung Gesundheitsämter, Kantonsärzte/-innen</i>
14. Ausübung Aufsicht über medizinische Dienstleistungen im Bereich übertragbare Krankheiten in den Bundeszentren (SEM) und in den in den kantonalen Zentren (Kantonsärzte/-innen)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Das SEM nimmt Aufsichtspflicht über die medizinischen Dienstleistungen in den Bundeszentren wahr</li> <li>– Kantonsärzte/-innen nehmen Aufsichtspflicht über die medizinischen Dienstleistungen in den kantonalen Zentren wahr</li> </ul>	<i>Gespräch mit SEM</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Aufgabenerfüllung der Kantonsärzte/-innen wird seitens der Leistungserbringer der Zentren und des Gesundheitspersonals positiv eingeschätzt</li> </ul>	<i>Quantitative Befragung Gesundheitspersonal Gespräche mit Leistungserbringern BAZ (ORS, AOZ)</i>

Quelle: Interface/unisanté.

Legende: ZW = Zielwert, G+A = Gesundheit und Asyl, HIN = Health Info Net.

**D 4.3: Wirkungen bei Adressaten/-innen (Outcome I) und Zielgruppe (Outcome II)**

Ziele gemäss Wirkungsmodell	Indikatoren	Methode und Datenquelle (kursiv: neu zu erhebende Daten)
<i>F Zweckmässige Information, Konsultation, Früherkennung und Triage in Zentren</i>		
<i>Leistungserbringer Bundeszentren, kantonale Zentren:</i> 15. stellen gemäss Ressourcenplanung und Anforderungsprofil Personal ein und gewährleisten dessen Weiterbildung	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Quantität: Anzahl VZÄ an Pflegefachpersonal und Präsenzzeiten (Sprechstunden, Pikett) gemäss BEKO werden eingehalten</li> <li>– Qualität: Das Pflegefachpersonal verfügt über einen Abschluss HF oder einen äquivalenten Abschluss</li> </ul>	<i>Auswertung Quartalsreporting mit Ergebnissen Stichtagskontrollen Auswertung Auditberichte SEM</i>

Ziele gemäss Wirkungsmodell	Indikatoren	Methode und Datenquelle (kursiv: neu zu erhebende Daten)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Gesundheitspersonal in den Zentren hat die Möglichkeit, Weiterbildungen/Schulungen gemäss Weiterbildungskatalog der Betreiber der Unterkünfte zu besuchen. (ZW: Der regelmässige Besuch von Kursen in Notfallbehandlung sowie eine Weiterbildung im Bereich Migrationsmedizin und mindestens eine spezifische Weiterbildung pro Jahr im Bereich von vulnerablen Personengruppen sind obligatorisch)</li> </ul>	Auswertung Auditberichte SEM
16. gewährleisten adäquate Arbeitsbedingungen für Pflegepersonal gemäss den Vorgaben des SEM	<ul style="list-style-type: none"> <li>– In den Zentren werden marktübliche Löhne für das Gesundheitspersonal ausbezahlt</li> </ul>	Auswertung Auditberichte SEM (neu)
17. sorgen dafür, dass konzeptionelle Grundlagen und Anweisungen für die Implementierung der Gesundheitsversorgung in den Zentren angewendet werden	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Das Gesundheitspersonal wird in regelmässigen Abständen über die Vorgaben zur Gesundheitsversorgung und allfällige Aktualisierungen zeitnah informiert</li> <li>– Prozessabläufe sind bei Bedarf in betriebsinternen Dokumenten spezifiziert</li> </ul>	Auswertung Auditberichte SEM <i>Interviews mit Leistungserbringern BAZ (ORS, AOZ)</i> <i>Quantitative Befragung Gesundheitspersonal, Partnerärzte/-innen</i>
<i>Sicherheitspersonal in den Bundeszentren, kantonalen Zentren:</i> 18. nehmen bei Bedarf Ersttrriage vor	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Häufigkeit und Umstände der Triage durch Sicherheitspersonal</li> </ul>	Auswertung Quartalsreporting mit Ergebnissen aus Monatsrapporten BAZ
<i>Pflegepersonal Bundeszentren, kantonale Zentren:</i> 19. führen medizinische Eintrittsinformation (MEI) und medizinische Erstkonsultationen (MEK) durch	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Alle Asylsuchenden ab 14 Jahren erhalten eine MEI innerhalb von drei Arbeitstagen nach Eintritt ins definitiv zugewiesene BAZ (ZW: mind. 80%, basierend auf den monatlichen Eintritten)</li> <li>– Die MEK findet innerhalb von drei Arbeitstagen nach Eintritt ins definitiv zugewiesene BAZ statt (ZW: mind. 80% der Asylsuchenden über 14 Jahre, basierend auf den monatlichen Eintritten)</li> <li>– Für Kinder bis 14 Jahre ist der Prozess für die Umsetzung der MEI und des MEK definiert und wird entsprechend umgesetzt.</li> </ul>	Auswertung Quartalsreporting mit Ergebnissen aus MIDES zu MEI und MEK

Ziele gemäss Wirkungsmodell	Indikatoren	Methode und Datenquelle (kursiv: neu zu erhebende Daten)
20. geben Mittel für die Prävention von sexuell oder durch Blut übertragbare Krankheiten ab	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Verhütungsmittel stehen in den Zentren (Bund und Kanton) zur Verfügung und werden allen Asylsuchenden über 14 Jahre abgegeben</li> </ul>	<i>Quantitative Befragung Gesundheitspersonal</i> Gespräche mit Asylsuchenden Auswertung Auditberichte SEM
21. erkennen frühzeitig Notfälle und handeln gemäss Vorgaben	<ul style="list-style-type: none"> <li>– In jedem Zentrum (Bund und Kanton) sind die Kontakte und Telefonnummern für medizinische und psychiatrische Notfälle, einschliesslich Transportmöglichkeiten, auf einer Notfallliste zusammengestellt und für das Personal zugänglich</li> </ul>	Auswertung Auditberichte SEM
22. erfassen und dokumentieren den Gesundheitszustand und das Vorhandensein von Impfdokumenten und leiten Informationen gemäss Vorgaben weiter	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Das medizinische Dossier wird gemäss Leitfaden «Medizinische Abklärungen in den BAZ» fachgerecht geführt (MEK Fragebogen, Arztberichte, F2 Formular, Kopie Impfausweis, Austrittsblatt mit aktuellen Informationen zu Diagnosen, Medikation, Impfungen)</li> <li>– Die medizinischen Dossiers werden verschlossen aufbewahrt</li> <li>– Überweisung an behandelnde/-n/-s Ärztin/Arzt/Spital erfolgt immer mittels Formular F2</li> <li>– Kantone: Prozesse sind etabliert und die medizinischen Dossiers werden im Kanton an zuständiges Zentrum weitergeleitet</li> </ul>	Auswertung Quartalsreporting mit Ergebnissen Stichtagskontrollen Auswertung Auditberichte SEM
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Übergabe medizinischer Informationen zwischen Zentren und Leistungserbringern wird von den Grundversorgern, Partnerärzten/-innen, Spitälern als angemessen eingeschätzt (ZW: 80%)</li> </ul>	<i>Quantitative Befragung Partnerärzte/-innen</i>
23. sichern bei Gesundheitsproblemen, dem Verdacht auf eine übertragbare Krankheit oder zur Durchführung der Impfungen eine koordinierte Triage und Zuweisung	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Anteil vermittelte Arzttermine am Total der MEK pro Monat</li> <li>– Anteil vermittelte Spitaleintritte am Total der MEK pro Monat</li> </ul>	Auswertung Quartalsreporting mit Ergebnissen aus Monatsrapporten BAZ
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Kinder, UMA werden bei Gesundheitsproblemen direkt zum/zur Spezialisten/-in geschickt (ZW: 100%)</li> <li>– Schwangere werden zeitnah nach Eintritt ins BAZ zur Schwangerschaftskontrolle an Spezialisten/-innen triagiert (ZW: 100%)</li> </ul>	<i>Quantitative Befragung Gesundheitspersonal</i>

<i>Ziele gemäss Wirkungsmodell</i>	<i>Indikatoren</i>	<i>Methode und Datenquelle (kursiv: neu zu erhebende Daten)</i>
24. verwalten und geben Medikamente gemäss Vorgaben ab	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Die Anwendung von Heilmitteln und die Führung der Zentrumsapotheke erfolgt nach den Vorgaben im Leitfaden «Anwendung von Heilmitteln in den BAZ»</li> </ul>	Auswertung Auditberichte SEM
25. qualifizieren sich auf migrationsspezifische, transkulturelle Themen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Gesundheitspersonal besucht mindestens eine migrationsspezifische Weiterbildung pro Jahr</li> </ul>	Auswertung Auditbericht mit Liste zu Mitarbeitenden, die an den durchgeführten fachlichen Weiterbildungen und Schulungen teilgenommen haben
26 ziehen bei Bedarf Dolmetschende bei	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Alle Zentren (BAZ, kantonale Kollektivzentren) sind beim regionalen Telefondolmetscherdienst registriert</li> </ul>	Auswertung Auditberichte SEM Auswertung Daten der regionalen Dolmetschdienste (Vermittlungsstellen)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Das Gesundheitspersonal in den Zentren kennt die Kriterienliste für den Einbezug von Dolmetschenden und nutzt diese</li> </ul>	<i>Quantitative Befragung Gesundheitspersonal</i> <i>Interviews mit Gesundheitspersonal</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Die Qualität (Erreichbarkeit, Sprachverfügbarkeit, Gendersensibilität, Eindruck Dolmetschende) des Dolmetscheinsatzes wird positiv beurteilt</li> </ul>	<i>Quantitative Befragung Gesundheitspersonal</i> <i>Gespräche mit Gesundheitspersonal</i> <i>Gespräch mit Asylsuchenden</i>
<i>G Koordinierte, angemessene medizinische Behandlung</i>		
<i>Primäre Grundversorger, Partnerärzte/-innen:</i> 27. versorgen die Asylsuchenden in angemessener Weise (Kontinuität der Behandlung, Weitergabe Informationen gemäss Vorgaben)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Es existieren Standards für eine angemessene medizinische Versorgung</li> <li>– Es existieren Standards für das Verfassen medizinischer Kurzberichte</li> <li>– Partnerärzte/-innen sind zeitnah verfügbar</li> </ul>	<i>Quantitative Befragung Gesundheitspersonal, Partnerärzte/-innen</i> <i>Interviews mit Partnerärzten/-innen</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Partnerärzte/-innen erstellen verständlichen/gut lesbaren Arztbericht (F2-Formular oder eigenes Formular)</li> <li>– Partnerärzte/-innen übermitteln Arztberichte immer an Gesundheitspersonal des Zentrums</li> <li>– Austausch medizinischer Daten per E-Mail erfolgt immer verschlüsselt über HIN</li> </ul>	<i>Quantitative Befragung Gesundheitspersonal, Partnerärzte/-innen</i> <i>Interviews mit Partnerärzten/-innen</i>



<i>Ziele gemäss Wirkungsmodell</i>	<i>Indikatoren</i>	<i>Methode und Datenquelle (kursiv: neu zu erhebende Daten)</i>
28. stellen Zugang zu Impfungen sicher	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Nötige Prozesse und Ressourcen seitens Pflegefachpersonen und Partnerärzte sind vorhanden</li> <li>– Die Pflegefachpersonen und Partnerärzte kennen die Impfeempfehlungen des BAG für den Asylbereich</li> <li>– Die Impfungen werden dokumentiert (Impfausweis)</li> </ul>	<i>Quantitative Befragung Gesundheitspersonal, Partnerärzte/-innen</i> <i>Interviews mit Partnerärzten/-innen</i>
29. sind auf migrationsspezifische, transkulturelle Themen sensibilisiert	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Partnerärzte/-innen besuchen migrationsspezifische Weiterbildungen (ZW: 80% der befragten hat schon an einer migrationsspezifischen WB teilgenommen)</li> </ul>	<i>Quantitative Befragung Partnerärzte/-innen</i>
30. ziehen bei Bedarf Dolmetschende bei	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Alle Partnerärzte/-innen sind beim regionalen Telefondolmetschendienst registriert</li> </ul>	Auswertung Auditberichte SEM Auswertung Daten der regionalen Dolmetschdienste (Vermittlungsstellen)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Partnerärzte/-innen kennen die Kriterienliste für den Einbezug von Dolmetschenden und nutzen diese</li> </ul>	<i>Quantitative Befragung Partnerärzte/-innen</i> <i>Gespräche mit Partnerärzten/-innen</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Die Qualität (Erreichbarkeit, Sprachverfügbarkeit, Gendersensibilität, Eindruck Dolmetschende) des Dolmetscheinsatzes wird positiv beurteilt</li> </ul>	<i>Quantitative Befragung Partnerärzte/-innen</i>
31. nehmen bei Bedarf Triage an einen/eine Spezialisten/-in vor	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Anteil Weiterweisungen an Spezialisten/-innen (aufgeschlüsselt nach Diagnosegruppen)</li> </ul>	<i>Quantitative Befragung Partnerärzte/-innen</i> <i>Interviews mit Partnerärzten/-innen</i>
32. üben fallspezifisch fachliche Aufsicht über Pflegepersonal in den Zentren aus	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Gesundheitspersonal schätzt fallspezifische fachliche Aufsicht durch Zentrumsarzt/-ärztin positiv ein</li> </ul>	<i>Quantitative Befragung Gesundheitspersonal und Partnerärzte/-innen</i>
<i>Spezialisten/-innen:</i> 33. versorgen die Asylsuchenden medizinisch	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Kontinuität der Behandlung ist gewährleistet (keine Unterbrüche)</li> </ul>	<i>Quantitative Befragung Gesundheitspersonal, Partnerärzte/-innen</i> <i>Interviews mit Spezialisten/-innen</i>

<i>Ziele gemäss Wirkungsmodell</i>	<i>Indikatoren</i>	<i>Methode und Datenquelle (kursiv: neu zu erhebende Daten)</i>
in angemessener Weise (Kontinuität der Behandlung, Weitergabe Informationen )	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Behandelnde/-r Ärztin/Arzt erstellt verständlichen, gut lesbaren Arztbericht (F2-Formular oder eigenes Formular)</li> <li>– Behandelnde/-r Ärztin/Arzt übermittelt Arztbericht an Gesundheitspersonal des Zentrums</li> <li>– Austausch medizinischer Daten per E-Mail erfolgt immer verschlüsselt über HIN</li> </ul>	<i>Quantitative Befragung Gesundheitspersonal, Partnerärzte/-innen</i> <i>Interviews mit Spezialisten/-innen</i>
<i>Effektive Umsetzung Massnahmen Ausbruchsmangement</i>		
<i>Pflegepersonal, Partnerärzte/-innen, Bundeszentren, kantonale Zentren:</i> 34. erkennen frühzeitig Asylsuchende mit Verdacht auf Vorliegen einer übertragbaren Krankheit und handeln entsprechend den Vorgaben	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Gesundheitspersonal und Partnerärzte/-innen kennen Handbuch Impfen/Ausbruchsmangement (ZW: alle)</li> <li>– Gesundheitspersonal und Partnerärzte/-innen handeln gemäss Empfehlungen Handbuch Impfen/Ausbruchsmangement</li> </ul>	Auswertung Auditberichte SEM  <i>Quantitative Befragung Gesundheitspersonal, Partnerärzte/-innen</i>
<i>I Steigerung des gesundheitsrelevanten Wissens und gesundheitsbewussten Verhaltens der Asylsuchenden</i>		
<i>Asylsuchende:</i> 35. kennen die Kontaktpersonen im Zentrum bei medizinischen Fragen oder Beschwerden	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Asylsuchende wissen an wen sie sich bei gesundheitlichen Problemen wenden können</li> </ul>	<i>Gespräche mit Asylsuchenden</i> <i>Quantitative Befragung Gesundheitspersonal</i>
36. haben Vertrauen in die Strukturen und das System der Gesundheitsversorgung	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Asylsuchende haben Vertrauen in das System</li> </ul>	<i>Gespräche mit Asylsuchenden</i> <i>Quantitative Befragung Gesundheitspersonal</i>
37. sind über Impfungen sowie sexuell und durch Blut übertragbare Krankheiten sowie das Thema psychische Gesundheit informiert und darauf sensibilisiert	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Asylsuchende kennen Informationstool <a href="http://www.medic-help.ch">www.medic-help.ch</a></li> <li>– Informationstool <a href="http://www.medic-help.ch">www.medic-help.ch</a> wird genutzt</li> </ul>	<i>Auswertung Zugriffsdaten Informationstool</i> <i>Quantitative Befragung Gesundheitspersonal</i> <i>Gespräche mit Asylsuchenden und Gesundheitspersonal</i>
38. schützen sich vor übertragbaren Krankheiten	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Nutzung Kondome</li> </ul>	<i>Gespräche mit Asylsuchenden</i>

Ziele gemäss Wirkungsmodell	Indikatoren	Methode und Datenquelle (kursiv: neu zu erhebende Daten)
39. wenden sich bei Gesundheitsproblemen an ihre Kontaktperson und nehmen Behandlung in Anspruch	– Nutzung Sprechstunde (Medic-Help) in den Zentren	Auswertung Quartalsreporting mit Angaben aus Monatsrapporten zu Konsultationen bei Medic-Help <i>Quantitative Befragung Gesundheitspersonal</i> <i>Gespräche mit Asylsuchenden und Gesundheitspersonal</i>

Quelle: Interface/unisanté.

Legende: ZW = Zielwert, HIN = Health Info Net, MIDES = Informationssystem der Zentren des Bundes und der Unterkünfte an den Flughäfen, UMA = Unbegleitete Minderjährige Asylsuchende.

#### D 4.4: Längerfristige Wirkungen (Impact)

Ziele gemäss Wirkungsmodell	Indikatoren	Methode und Datenquelle (kursiv: neu zu erhebende Daten)
<i>J Gesundheit der Asylsuchenden</i>		
40. Gesundheitsprobleme der Asylsuchenden, die aus individuell-medizinischer Sicht sowie aus Sicht der öffentlichen Gesundheit Massnahmen bedürfen, sind verhütet, rechtzeitig erkannt und adäquat behandelt*	<p>Übertragbare Krankheiten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Anzahl Verdachtsfälle Tuberkulose aufgrund MEK pro Jahr</li> <li>– Anzahl Verdachtsfälle Tuberkulose aufgrund MEK pro Jahr, die weiter untersucht sind</li> <li>– Anzahl Verdachtsfälle Tuberkulose aufgrund MEK pro Jahr, die durch weitere Untersuchungen bestätigt werden</li> <li>– Anzahl der bestätigten Tuberkulosefälle, die mit der Behandlung beginnen</li> <li>– Anzahl Ausbrüche übertragbarer Krankheiten in den Zentren (ZW: Reduktion)</li> </ul> <p>Nicht übertragbare Krankheiten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Anzahl Fälle mit psychischen Problemen pro Jahr</li> <li>– Anzahl weitergewiesene Fälle mit psychischen Problemen pro Jahr</li> <li>– Anzahl Unfälle pro Jahr</li> </ul>	<p>Auswertung Quartalsreporting mit Ergebnissen aus MIDES zu MEK</p> <p>Auswertung Quartalsreporting SEM zu Angaben aus Monatsrapporten BAZ (Mögliche Vorgehensweisen für eine Analyse von Schlüsselprozessen zur Erreichung des gewünschten Impacts sind im Anhang aufgeführt)</p>
<i>K Gesundheit und Schutz des Personals in den Zentren</i>		
41. Zentrumspersonal ist vor Infektionskrankheiten geschützt.	– Anzahl Ansteckungen beim Personal mit einer übertragbaren Krankheit (ZW: gleichbleiben)	Auswertung Auditberichte SEM

Ziele gemäss Wirkungsmodell	Indikatoren	Methode und Datenquelle (kursiv: neu zu erhebende Daten)
42. Pflegefachpersonen ist vor Überlastung geschützt	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fluktuationsrate Gesundheitspersonal ist stabil auf tiefem Niveau (ZW: Schweizer Spitaldurchschnitt)</li> <li>- Anzahl Tage krankheitsbedingter Abwesenheit ist stabil auf tiefem Niveau (ZW: Schweizer Spitaldurchschnitt)</li> </ul>	<i>Interviews mit Leistungserbringern BAZ (ORS, AOZ)</i> <i>Quantitative Befragung Gesundheitspersonal</i>
<i>L Schutz der öffentlichen Gesundheit</i>		
43. Gesellschaft ist vor übertragbaren Krankheiten geschützt	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anzahl jährlicher Fälle Tuberkulose in der Bevölkerung mit Schweizer Nationalität bleibt stabil oder verringert sich</li> </ul>	Daten Meldewesen Infektionskrankheiten BAG

Quelle: Interface/unisanté.

Legende: \* Es sind nur Indikatoren, zu welchen auch eine Datenquelle vorliegt. Im Anhang sind weitere Indikatoren, für welche momentan keine Daten auf Bundesebene verfügbar sind, aufgeführt; ZW = Zielwert, MIDES = Informationssystem der Zentren des Bundes und der Unterkünfte an den Flughäfen.

# Anhang

## Impact-Indikatoren und fehlende Datenquellen

### I J Gesundheit der Asylsuchenden

*Ziel gemäss Wirkungsmodell:* Gesundheitsprobleme der Asylsuchenden, die aus individuell-medizinischer Sicht sowie aus Sicht der öffentlichen Gesundheit Massnahmen bedürfen, sind verhütet, rechtzeitig erkannt und adäquat behandelt (Ziel Nr. 40).

### I Epidemiologische Datenlage:

Gemäss BAG sind die Daten aus dem Meldesystem übertragbarer Krankheiten nicht geeignet, um eine Impact-Evaluation durchzuführen, da der rechtliche Status nicht erhoben werden darf. Die Daten zu Nationalität/Geburtsland werden nur in geringer Qualität und das Ankunftsdatum in der Schweiz wird in sehr schlechter Qualität erhoben. Als bestehende Datenquelle sind die BAG-Meldedaten daher nicht hilfreich.

Es ist davon auszugehen, dass die Kantone teilweise über spezifische Daten zur Gesundheit von Asylsuchenden, beispielsweise im Rahmen von medizinischen Netzwerken für Migranten/-innen (z.B. Le REseau de SAnTé et MIgration [RESAMI] im Kanton Waadt) verfügen.<sup>3</sup> Die Datenlage dürfte aber je nach Kanton sehr unterschiedlich sein. Inwiefern solche Daten verfügbar sind, müsste im Rahmen der Evaluation (Befragung der Kantone) geprüft werden.

### I Indikatoren, deren Verfügbarkeit für die Impact-Evaluation relevant wäre:

- Anzahl Asylsuchende mit bestätigter Tuberkulose-Erkrankung pro Jahr (Zielwert: beobachtete Inzidenz nicht grösser als die erwartete Inzidenz: Modellierung auf der Grundlage von Daten aus den Vorjahren und unter Berücksichtigung der Migrationsströme und der Herkunftsländer)
- Anteil der Asylsuchenden mit positiver, kultivierter Lungentuberkulose, die ein ungünstiges Ergebnis ihrer Tuberkulose-Behandlung haben pro Jahr (Zielwert: weniger als 10% der Ergebnisse sind ungünstig: Tod, Misserfolg oder Beendigung der Behandlung) oder unbestimmt (Transfer, unbekanntes Ergebnis oder «anderes Ergebnis»)
- Anzahl Asylsuchende mit Masern pro Jahr (Zielwert: Inzidenz, ist nicht grösser als die in der Allgemeinbevölkerung beobachtete)

## Mögliche Vorgehensweisen für eine Analyse von Schlüsselprozessen zur Erreichung der gewünschte Impact:

1. Durchführung einer Studie zur Bestimmung der Sensitivität und Spezifität des MEI-/MEK-Prozessablaufs zur Identifizierung von Tuberkulosefällen:  
Eine Stichprobe von Asylsuchenden in den BAZ könnte parallel zum MEI-/MEK-Prozessablauf eine gründliche ärztliche Beratung und paraklinische Untersuchung («Goldstandard») erhalten, um das Vorhandensein oder Fehlen einer Tuberkulose-Infektion festzustellen.  
Dies würde in der realen Situation ermöglichen, den Anteil der falsch Negativen im Zusammenhang mit dem MEI-/MEK-Prozessablauf festzustellen und zu prüfen, ob dieser Anteil auf einem akzeptablen Niveau liegt.

<sup>3</sup> <https://www.resami.ch/resami/le-reseau-en-bref/>.

**2. Retrospektive Tuberkulose-Fallstudien:**

Ziel wäre es, für einen definierten Zeitraum die Betreuungsprozesse aller Asylsuchenden mit neu diagnostizierter Tuberkulose von der Ankunft in der Schweiz bis zum Zeitpunkt der Diagnose zu analysieren.

Damit wäre es möglich, den Anteil der mit Tuberkulose-infizierten Asylsuchenden zu berechnen, bei denen diese Diagnose in den BAZ nicht vermutet wird («missed opportunity»). Zudem würde dies Hinweise dazu liefern, wo mögliche Lücken oder Schwächen in den Prozessen bestehen.

Längerfristig käme zur Überwachung des Gesamtprozesses auch ein Critical Incident Reporting System (CIRS) in Frage. Der Zweck eines solchen Systems ist es, die Sicherheit der betreuten Personen zu erhöhen und die Prozesse kontinuierlich zu verbessern. Die Einführung eines solchen Systems kann auch zu einer positiven Veränderung der Fehlerkultur beitragen. Wenn möglich, sollten die «Critical Incident» auf einem Mindestsatz von Daten basieren, die nachweislich für den Betrieb des Systems relevant sind. Die Entwicklung eines Formulars für die Meldung kritischer Vorfälle ermöglicht die Sammlung dieser Daten. Die Evaluation wird Hinweise darauf geben, welche Informationen für ein solches Instrument geeignet wären.