# Gesundheits- und Gewaltschutzmonitoring in Aufnahmeeinrichtungen für Geflüchtete

## Perspektiven aus der Praxis am Beispiel des »PriCare« Projekts

*Rosa Jahn, Kayvan Bozorgmehr*

**Abstract**

*Ausgangspunkt dieses Kapitels sind die Wechselwirkungen zwischen der zentralen Unterbringung Geflüchteter, damit verbundenen psychischen Stressoren sowie gesundheitlichen Konsequenzen und Prädiktoren von Gewalt. Einem Einblick in die medizinische Versorgung in den Aufnahmeeinrichtungen folgt eine Beschreibung des Projektes »Surveillance der Gesundheit und primärmedizinischen Versorgung von Asylsuchenden in Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften in Deutschland« (PriCare). Der Beitrag verfolgt die These, dass die Erfahrungen aus der Entwicklung eines Gesundheitsmonitorings in Aufnahmeeinrichtungen im PriCare Projekt Gewaltschutz und -monitoring in drei Bereichen unterstützen können: 1. Identifizierung von Schutzbedarf und schutzbedürftigen Gruppen, 2. Prävention und Umgang mit Gewalt, und 3. Monitoring und Evaluation eines Gewaltschutzkonzepts. Der Beitrag schlussfolgert, dass Gesundheits- und Gewaltschutzmonitoring gemeinsam gedacht werden sollten um Synergien in den ressourcenknappen Settings optimal zu nutzen.*

## Einleitung

Gewaltschutz in Aufnahmeeinrichtungen für Geflüchtete ist eng mit ihrer Gesundheit und gesundheitlichen Versorgung verbunden. In Zusammenhang mit belastenden Migrationserfahrungen und der Unterbringungssituation in Deutschland können vorangegangene oder erneute Gewalterfahrungen zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen, die im Rahmen der medizinischen Versorgung berücksichtigt werden müssen (Couttenier et al. 2019; Scoglio/Salhi 2020). Gleichzeitig können gesundheitliche Beeinträchtigungen, Stress und psychische Belastungen im Kontext der Institution Aufnahmeeinrichtung ihrerseits zu Gewaltereignissen beitragen. Dies schließt sowohl selbstverletzendes Verhalten als auch Gewalt ge-

gen andere ein. Darüber hinaus spielt eine adäquate medizinische Begleitung von Personen mit Gewalterfahrungen sowohl für den Gewaltschutz als auch die Gesundheit eine wichtige Rolle. Gesundheit und medizinische Versorgung sollten daher einen essentiellen und integralen Bestandteil von Gewaltschutzkonzepten darstellen. Unter dieser Prämisse lassen sich aus bereits etablierten Konzepten und Bestrebungen des Gesundheitsmonitorings möglicherweise wichtige Synergien zu Gewaltschutz und Gewaltschutzmonitoring herstellen. Basierend auf den Erfahrungen der Entwicklung eines umfassenden Gesundheitsmonitorings in Aufnahmeeinrichtungen verfolgt der Beitrag die These, dass ein Monitoring der Gesundheit Gewaltschutzmaßnahmen in mindestens drei Bereichen informieren kann:

1. Bei der Identifizierung von Schutzbedarf und schutzbedürftigen Gruppen,
2. Bei der Prävention und beim Umgang mit Gewalt, und
3. Bei Monitoring und Evaluation eines Schutzkonzepts in Aufnahmeeinrichtungen.

Das Kapitel gibt zunächst einen Überblick über die reziproken Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Gewalt bei Geflüchteten in zentralen Aufnahmeeinrichtungen. Anschließend werden die Erfahrungen aus dem Aufbau eines Netzwerks für das Gesundheitsmonitoring in Aufnahmeeinrichtungen dargelegt. Der Schwerpunkt liegt hier auf den Bereichen Partizipation, Strukturbildung und Technologieeinsatz sowie relevanten technischen und datenschutzrechtlichen Aspekten eines indikatorenbasierten Monitorings. Davon ausgehend werden die relevanten Schnittstellen zu Gewaltschutzaspekten identifiziert und ausgeführt und mit exemplarischen Statistiken aus dem Gesundheitsmonitoring untermauert. Der Beitrag schlussfolgert, dass Gesundheits- und Gewaltschutzmonitoring gemeinsam gedacht werden sollten, um Synergien in den ressourcenknappen Settings optimal zu nutzen.

## Wechselwirkungen zwischen Gesundheit und Gewalt in Aufnahmeeinrichtungen

Zwischen der zentralen Unterbringung Geflüchteter, den damit verbundenen psychischen Stressoren sowie den gesundheitlichen Konsequenzen und Prädiktoren von Gewalt gibt es einige reziproke Wechselwirkungen. Geflüchtete sind sowohl vor, während und nach der Flucht überproportional häufig von individuellen oder strukturellen Gewalterfahrungen betroffen (Couttenier et al. 2019). Derartige Erfahrungen können zu Beeinträchtigungen der physischen und psychischen Gesundheit führen, unter anderem zu Störungen des Gedächtnisses und der Emotionsregulation. Insbesondere bei frühen Gewalterfahrungen können diese Prozesse

die Verarbeitung von späteren Traumata erschweren (Scoglio/Salhi 2020). Weitere körperliche Folgen beinhalten Verletzungen, Narben, Funktionseinschränkungen oder Behinderungen. Zudem kann es in Folge von Gewalterfahrungen zu psychischen Störungen in Form von Depression, Angstzuständen oder posttraumatischen Belastungsstörungen kommen (Scoglio/Salhi 2020).

Gleichzeitig geht die Postmigrationsphase in Deutschland und insbesondere die zentrale Unterbringung in Aufnahmeeinrichtungen mit zusätzlicher, hoher psychosozialer Belastung einher (Ziersch/Due 2018). Dies ist unter anderem auf eine hohe Personendichte, die institutionalisierte Form der Unterbringung mit eingeschränkter Autonomie, mangelnde Privatsphäre, mögliche soziale Spannungen zwischen Menschen aus unterschiedlichen Kriegs- und Konfliktregionen sowie die mit der Unsicherheit des Asylverfahrens verbundene prekäre Lebenssituation zurückzuführen (Kien et al. 2019; Ziersch/Due 2018). So weist die internationale Literatur darauf hin, dass Geflüchtete in Sammelunterbringungen höheren psychischen Distress aufweisen als bei Unterbringung in kleinen oder privaten Wohneinheiten (Porter/Haslam 2005; Ziersch/Due 2018). Diese Lebensumstände sind für schutzbedürftige Personen wie alleinreisende Frauen, Schwangere oder auch Gewaltopfer besonders belastend (Gewalt et al. 2019; Gewalt et al. 2018; Jesuthasan et al. 2018).

Einerseits weist die heterogene Gruppe geflüchteter Menschen in Aufnahmeeinrichtungen somit als Konsequenz früherer Gewalterfahrungen substantielle gesundheitliche Beeinträchtigungen auf. Andererseits können die strukturellen Lebensbedingungen und die damit verbundenen Stressoren bestehende Belastungen verstärken sowie neue Gewalterfahrungen und die Inzidenz von Gewalt begünstigen. So sind frühere Gewalterfahrungen und psychische Störungen, insbesondere in Kombination mit Substanzmissbrauch, ihrerseits Prädiktoren dafür, gewalttätiges Verhalten auszuüben oder zu erfahren (Ahonen et al. 2019; Elbogen/Johnson 2009; Rubenstein et al. 2020)

## Die Rolle der Gesundheitsversorgung im Kontext des Gewaltschutzes

Neben den skizzierten Zusammenhängen zwischen Gesundheit und Gewalt spielen insbesondere Angebote und Strukturen der Gesundheitsversorgung eine wichtige Rolle im Kontext des Gewaltschutzes.

Erstens sind niederschwellige Ambulanzstrukturen, die sich in vielen Aufnahmeeinrichtungen befinden, Anlaufstellen für Opfer von Gewalt. Dies gilt insbesondere im Fall von psychischen oder physischen Gewaltfolgen, welche adäquat und sensibel behandelt werden müssen. So sind Ambulanzen idealerweise sichere Orte an denen Opfer von Gewalt angstfrei berichten, versorgt werden und Hilfe erhalten können. Auch wenn Personen sich nicht offen mitteilen können oder möchten,

können in der ärztlichen Konsultation über körperliche Befunde Gewaltvorgänge identifiziert oder Risiken erkannt werden. Darüber hinaus sind medizinische Versorgungsstrukturen wichtig zur Anbahnung psychosozialer oder fachärztlicher Versorgung sowie möglicher forensischer Prozesse über die Polizei oder die zuständigen Asylbehörden, wodurch sich erhebliche aufenthaltsrechtliche Implikationen zum Schutz betroffener Geflüchteter entfalten können. Eine vollumfängliche Versorgung von Gewaltopfern sowie die Identifizierung von Schutzbedarf kann daher nur unter Einbezug der medizinischen Versorgung in den Einrichtungen erreicht werden.

Zweitens ist Gewaltschutz auch in der medizinischen Versorgung selbst umzusetzen. So kann in den medizinischen Versorgungsstrukturen Diskriminierung stattfinden oder es durch mangelnde Qualitätssicherung und durch die inhärente Machtasymmetrie im Ärzt*in-Patient*inverhältnis bzw. im Verhältnis zwischen Gesundheitsfachkräften gegenüber Geflüchteten zu Gewalterfahrungen kommen. Andersherum können auch Gesundheitsfachkräfte mit verbaler und physischer Gewalt seitens Geflüchteter konfrontiert sein, so z.B. im Zuge der Versorgung von Geflüchteten mit Substanz- und Medikamentenabhängigkeiten, deren Versorgung in den fragilen Strukturen der Aufnahmeeinrichtungen eine besondere Herausforderung darstellt. Dahingehend ist die Sicherstellung von Gewaltschutz in der medizinischen Versorgung selbst und deren Einbezug in Gewaltschutzkonzepte von großer Bedeutung.

Drittens bestehen Zusammenhänge zwischen dem Monitoring von Gesundheit und Gewaltschutz. Aufgrund der genannten Wechselwirkungen zwischen Gesundheit und Gewalt ist die Gesundheitsversorgung unmittelbar mit Aspekten betraut, die die körperliche und psychische Gesundheit von Personen mit Gewalterfahrungen betreffen. Hier werden Informationen zu Gewalterfahrungen, möglicherweise vorliegenden physischen und psychischen Gewaltfolgen, oder Risikofaktoren erhoben, die Hinweise auf Gefährdungslagen oder zukünftiges gewalttätiges Verhalten (gegenüber sich selbst oder anderen) geben können. Aus der Gesundheitsversorgung heraus gibt es Bestrebungen diese sehr sensiblen und für den Gewaltschutz bedeutsamen Angaben zusammen mit weiteren Parametern im Rahmen eines Gesundheitsmonitorings zu erfassen. Da diese Aspekte möglicherweise nur im geschützten Umfeld der medizinischen Versorgung erfasst und thematisiert werden können, kommen Konzepte des Gewaltschutzmonitorings daher nicht umhin, die medizinische Versorgung einzubeziehen.

Um die genannten Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Gewaltschutz erkennen und für ein Gewaltschutzmonitoring nutzen zu können, ist zunächst ein Einblick in die Strukturen der medizinischen Versorgung in den Aufnahmeeinrichtungen notwendig. Im Folgenden wird daher ein Überblick über die Versorgung in den Ambulanzen, Hintergründe des Gesundheitsmonitorings sowie des im Rahmen des PriCare Projekts entwickelten Monitoringnetzwerks gegeben.

## Medizinische Versorgung in Aufnahmeeinrichtungen

Zunächst erfolgt in den Aufnahmeeinrichtungen für Asylsuchende die medizinische Versorgung in der Regel vor Ort über einrichtungsinterne Ambulanzen. Für Aufnahmeeinrichtungen der Länder liegt der Auftrag zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung bei der für die Unterbringung zuständigen Regierungsbehörde, die Ausgestaltung und Umsetzung dieses Versorgungsauftrags erfolgen jedoch unterschiedlich und oft einrichtungsbezogen (Wahedi et al. 2020). Zur Durchführung der Versorgung werden in den meisten Fällen medizinische Dienstleister beauftragt. Diese Dienstleister sind vielfältig und unterscheiden sich zwischen sowie innerhalb der Bundesländer; auch die Rolle und das Ausmaß der Mitgestaltung durch die zuständigen Regierungsbehörden variiert. Das Spektrum beinhaltet vor allem umliegende Kliniken, niedergelassene oder berentete, teils in Vereinen organisierte, Ärzt*innen oder private medizinische Dienstleister (Bozorgmehr et al. 2016a). Allein aufgrund der Vielzahl an Dienstleistern und Einzelverträgen in den Einrichtungen bestehen Unterschiede in der Durchführung der medizinischen Versorgung. Es ist davon auszugehen, dass die Verträge sich hinsichtlich der Vorgaben zu Versorgungsstruktur, aber auch Qualitätssicherung und Trainingsmaßnahmen für die medizinischen Versorger*innen unterscheiden – sofern sie überhaupt entsprechende Vorgaben beinhalten. So besteht bereits im Hinblick auf vertragliche Aspekte sowie beteiligte Akteure in beinahe jeder Einrichtung eine andere Struktur, welche in der Entwicklung und Umsetzung von Konzepten des Gesundheits- oder Gewaltschutzmonitoring berücksichtigt werden will (Wahedi et al. 2020).

In der Praxis bestehen in den Ambulanzen Unterschiede insbesondere in Bezug auf medizinisches Versorgungsspektrum, Ambulanzstruktur sowie Sprachmittlung. Während die meisten Einrichtungen eine allgemeinmedizinische Sprechstunde anbieten, wird in einigen Einrichtungen darüber hinaus frauen- sowie kinderärztliche Versorgung vorgehalten. Eine professionelle psychosoziale Versorgung hingegen ist eher in Ausnahmefällen vor Ort gegeben, obwohl, wie oben beschrieben, bei Asylsuchenden in Aufnahmeeinrichtungen in diesem Bereich große Bedarfe bestehen (Nöst et al. 2019). Auch auf organisatorischer Ebene fehlt eine Standardisierung der Ambulanzen, sodass Zuständigkeiten und Rollen in den Einrichtungen individuell ausgehandelt werden. Während dies in einigen Fällen gut gelingen mag, sind Führungsrollen oder Strukturen der Selbstorganisation in den Ambulanzen oft wenig entwickelt (Wahedi et al. 2020). Die Umsetzung von Qualitätssicherung sowie bei Bedarf der Sanktionierung ist unter diesen Bedingungen erschwert. Gleichzeitig ist auch eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen oder Beschwerdemanagement für die Mitarbeitenden kaum möglich. Die Forschung zeigt jedoch, dass Ärzt*innen in den Aufnahmeeinrichtungen ihre Arbeit teils als sehr belastend erleben und über mangelnde Ausstattung klagen (Jahn

et al. 2018). Zudem gibt es Hinweise auf rassistische Denk- und Verhaltensmuster, Diskriminierung und Konflikte in der Ärzt*in-Patient*in-Beziehung, welche unter anderem mit der Arbeitsbelastung sowie fehlender fachlicher Unterstützung und Austauschmöglichkeiten in Zusammenhang stehen (Jahn/Biddle 2020).

Darüber hinaus wird die Arbeit vor Ort durch eine oft fehlende Sprachmittlung erschwert. Während einzelne Einrichtungen zwar Video- oder Telefondolmetschdienste, selten auch Präsenzdolmetscher, nutzen, hält der überwiegende Anteil der Ambulanzen in Aufnahmeeinrichtungen keine Sprachmittlung für die medizinische Versorgung vor (Bozorgmehr et al. 2021). Zur Kommunikation werden in diesen Fällen oft mehrsprachige Mitarbeitende aus der Ambulanz sowie der Security herangezogen, oder die Sprachmittlung erfolgt über Familienangehörige oder Freund*innen. Besonders der Einsatz von Kindern, die für ihre Eltern dolmetschen, ist jedoch als hochgradig problematisch und potentiell schädigend zu bewerten, zum Beispiel bei der Erfassung von physischer oder sexueller Gewalt oder bei anderen sensiblen Gesundheitsthemen (Bozorgmehr et al. 2016b).

Insbesondere vor dem Hintergrund der beschriebenen Heterogenität, den Hinweisen auf Problemlagen in den Ambulanzen sowie den fehlenden einheitlichen Vorgaben zur medizinischen Versorgung in Aufnahmeeinrichtungen, ist ein zeitnahes, automatisches und flächendeckendes Monitoring der Gesundheit der Asylsuchenden sowie der durchgeführten Versorgung unerlässlich.

## Gesundheitsmonitoring in Aufnahmeeinrichtungen: Ziele und Herausforderungen

Aktuelle und zuverlässige Information zur Gesundheit und Versorgung Asylsuchender in Aufnahmeeinrichtungen sind notwendig um einerseits die Kontinuität der medizinischen Versorgung und Informationsweitergabe zwischen behandelnden Versorger*innen zu gewährleisten; und andererseits als Planungsgrundlage der lokalen und regionalen medizinischen Versorgung und Gewährleistung der Versorgungsqualität. Derzeit bestehen in Deutschland in beiden Bereichen jedoch große Defizite. Eine Studie unter Gesundheitsämtern aus dem Jahr 2016 ergab, dass die fehlende Verfügbarkeit von medizinischen Informationen in der Gesundheitsversorgung eine große Herausforderung darstellt (Bozorgmehr et al. 2016b).

Als Ursache für den Informationsmangel wurden fehlende Standards in Bezug auf die medizinische Dokumentation und Informationsweitergabe identifiziert. Der Mangel führt dazu, dass in den Ambulanzen mit unterschiedlicher und inkompatibler Praxissoftware oder gänzlich papierbasiert gearbeitet wird. Dieser Umstand erschwert die Erfassung und Weitergabe von medizinischen Informationen an mitbehandelnde Ärzt*innen (Jahn et al. 2018). Problematisch ist der Informationsmangel insbesondere, da er zu Brüchen in der medizinischen Versorgung

sowie zu Über-, Unter- und Fehlversorgung führen kann (Bozorgmehr et al. 2016b; Nöst et al. 2019). Zudem sind medizinische Routinedaten, die in unterschiedlichen Softwaresystemen oder gar papierbasiert vorliegen, einer strukturierten Auswertung nur punktuell und mit großer Latenz zugänglich. Eine digitale Infrastruktur zur zeitnahen und einrichtungsübergreifenden Datenauswertung fehlt bisher gänzlich und populationsbasierte Routinedaten zur Gesundheit Geflüchteter sind in Deutschland kaum verfügbar (Bozorgmehr et al. 2017; Jahn et al. 2021). Hinzu kommt, dass in der Wissenschaft in Deutschland kein Konsens zu relevanten Parametern im Monitoring der Gesundheit und Versorgung Asylsuchender besteht. Bisher erfassen Studien zur Gesundheit und medizinischen Versorgung Asylsuchender in Deutschland daher in der Regel einzelne Einrichtungen, kurze Zeiträume und unterschiedliche Parameter; und werden mit mehrjähriger Latenz veröffentlicht (Bozorgmehr et al. 2017; Razum et al. 2016). Eine solide Grundlage zur bedarfsorientierten und aktuellen Versorgungsplanung und Qualitätssicherung bietet diese Studienlage jedoch nicht. Die Entwicklung und Implementierung eines Gesundheitsmonitorings in Aufnahmeeinrichtungen in Deutschland setzt daher eine Vereinheitlichung und Digitalisierung der medizinischen Dokumentation sowie den Aufbau einer digitalen, einrichtungsübergreifenden Analyseinfrastruktur voraus.

## Das PriCare Projekt

Um ein zeitnahes Gesundheitsmonitoring in Aufnahmeeinrichtungen zu erreichen und den oben genannten Herausforderungen zu begegnen, wurde im Jahr 2016 (unter der Projektleitung des Letztautors dieses Beitrags) am Universitätsklinikum Heidelberg, mit Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit, das Projekt »Surveillance der Gesundheit und primärmedizinischen Versorgung von Asylsuchenden in Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften in Deutschland« *(PriCare)* begonnen (Bozorgmehr et al. 2021; Jahn et al. 2021; Nöst et al. 2019). Ziel des Projektes ist die Verbesserung der medizinischen Versorgung in Aufnahmeeinrichtungen durch die Entwicklung und Implementierung einer einheitlichen und maßgeschneiderten medizinischen Dokumentationssoftware (RefCare©), sowie eines regelmäßigen, automatisierten und einrichtungsübergreifenden Gesundheitsmonitoring.

Die Dokumentationssoftware RefCare© wurde in einem iterativen Prozess gemeinsam mit in Aufnahmeeinrichtungen tätigen Ärzt*innen entwickelt und beinhaltet neben den üblichen Funktionen einer Patient*innenenakte (Dokumentation von Diagnose, Befund, Medikation, Verlaufsübersicht, Impfstatus, Formulardruck) auch Verwaltungsfunktionen zur Organisation der Ambulanzen (Tages- und Aufgabenlisten) (siehe Abb.1). Um die Kommunikation zwischen Ärzt*innen und

Patient*innen in den Aufnahmeeinrichtungen für Asylsuchende zu unterstützen, beinhaltet die Software zudem ein mehrsprachiges Patient*inneninterface. Dieses Modul ermöglicht die Integration von Fragebögen, zum Beispiel zur Erstanamnese, die in mehreren Sprachen über ein Tablet durch die Patient*innen selbst beantwortet werden können. Darüber hinaus ist mit der Software zum ersten Mal der datenschutzkonforme Austausch von Patient*innendaten zwischen behandelnden Versorger*innen möglich. Zudem bilden die in RefCare© einheitlich erfassten medizinischen Routinedaten die Grundlage eines regelmäßigen, automatisierten Gesundheitsmonitoring, welches über ein »Surveillancemodul« in die RefCare© Software integriert ist.

Aktuell (Stand: September 2021) arbeiten 28 Aufnahmeeinrichtungen in Bayern, Baden-Württemberg und Hamburg mit der RefCare© Software. Die Software wird kontinuierlich weiterentwickelt, stößt aber bereits jetzt auf große Zufriedenheit bei dem Ambulanzpersonal.

*Abbildung 1: Funktionsübersicht RefCare©*

| **Verwaltungsfunktionen** | **Patient*innenakte** |
|---|---|
| Patient*innenverwaltung<br>Aufgaben- und Tageslisten<br>Dokumentenablage<br>Benutzerverwaltung<br>Verwaltung externer Ärzt*innen, Unterkunfts- und Ambulanzdaten | Konsultationsdokumentation (u.a. Anamnese, Befund, Diagnose, Therapie)<br>Verlaufsansicht<br>Medikationsplan, Impfstatus, Arztbriefe ablegen und schreiben<br>Formulardruck (u.a. Rezepte) |
| **Patient*inneninterface** | **Transfer von Patient*innenakten** |
| Interface zur Integration mehrsprachiger Fragebögen, die Patient*innen auf einem Tablet selbst beantworten können | Verschlüsselter Transfer von Patient*innenakten zwischen teilnehmenden Einrichtungen zu Zwecken der Mit- und Weiterbehandlung |
| **Gesundheitsmonitoring (Surveillancemodul)** | Lokale Auslösung der Datenauswertung per »Knopfdruck«<br>Export der Ergebnisse für Metaanalyse und Reporting |

Parallel zur Softwareentwicklung wurde, sowohl zur Entwicklung der Inhalte des Gesundheitsmonitorings als auch als datenschutzrechtliche Grundlage der einrichtungsübergreifenden Datenauswertung, ein Forschungsverbund gegründet (PriCare*net*). Diesem Forschungsverbund gehören Vertreter*innen der Ambulanzen der Aufnahmeeinrichtungen an, in denen mit RefCare© gearbeitet wird, sowie von beteiligten Behörden und wissenschaftlichen Projektpartnern. Die Verbundleitung wird durch die Projektleitung des PriCare Projektes übernommen.

Im Forschungsverbund werden die in der routinemäßigen Datenauswertung für das Gesundheitsmonitoring erfassten Gesundheits- und Versorgungsindikatoren entwickelt und kontinuierlich angepasst. Diese Anpassung basiert zunächst auf Vorschlägen für Änderungen bestehender oder neuer Indikatoren, die durch Verbundmitglieder vorgebracht werden können. Diese Vorschläge werden anschließend von einem gewählten Gremium (*Data Use and Access Committee*) im Hinblick auf Machbarkeit, Wissenschaftlichkeit und ethische Aspekte begutachtet und es wird eine Empfehlung ausgesprochen. Zuletzt stimmen alle wahlberechtigten Verbundmitglieder über die vorgeschlagene Anpassung ab. Konsentierte Indikatoren werden anschließend an der Universität Heidelberg in ein Analyseskript übernommen, welches in der Programmiersprache »R« programmiert und den Einrichtungen zur dezentralisierten, automatisierten Analyse zur Verfügung gestellt wird. Über das in der Dokumentationssoftware integrierte »Surveillancemodul« kann autorisiertes Ambulanzpersonal »auf Knopfdruck«, in beliebigen Abständen und für frei wählbare Zeiträume lokale Datenauswertungen durch das Analyseskript starten. Die anonymisierten Ergebnisse liegen sofort lokal als Excel-Dateien zur Sichtung vor, sind aber über alle Einrichtungen harmonisiert und generieren somit ohne zentrale Speicherung personenbezogener Daten einrichtungsübergreifend vergleichbare Ergebnisse. Dieser mit einem »Schwarm« vergleichbare Ansatz bildet ein dezentralisiertes, jedoch harmonisiertes Surveillancenetzwerk aus dessen Einzelanalysen sich auch übergreifende Erkenntnisse ableiten lassen. Dies erfolgt über einen Export der anonymisierten, lokalen Auswertungsergebnisse an die Universität Heidelberg, wo die Kennzahlen einrichtungsbezogen aufbereitet, grafisch dargestellt, und Login-geschützt über eine Reporting Plattform den jeweiligen Standorten zur Verfügung gestellt werden. Hierdurch, sowie in regelmäßig stattfindenden Verbundtreffen, erfolgt die Rückkopplung der Monitoringergebnisse in die Praxis um mögliche Konsequenzen abzuleiten. Darüber hinaus können einrichtungsübergreifend meta-analytische Auswertungen durchgeführt werden, diese werden in Berichten ohne Einrichtungsbezug veröffentlicht. Sowohl die Durchführung der Datenauswertung als auch der Export erfolgen jeweils freiwillig. Alle 28 Aufnahmeeinrichtungen für Asylsuchende, die derzeit mit der Software arbeiten, können daher jederzeit und über beliebige Zeiträume ihre lokalen medizinischen Routinedaten zu Planungs- und Monitoringzwecken auswerten. Derzeit beinhaltet die Datenauswertung einen im Forschungsverbund konsentierten Indikatorensatz, der die Dimensionen Morbidität, Versorgungsprozesse und Versorgungsqualität beinhaltet (siehe Abb. 2) (Nöst et al. 2019).

*Abbildung 2: Indikatorensatz des Gesundheitsmonitorings (Stand: Juni 2020)*

| **Indikatoren** | |
|---|---|
| Population | Krankheiten des Nervensystems |
| Gesamtbevölkerung | Krankheiten der Ohren und des Mastoids |
| Patient*innen | Krankheiten der Augen und Augenanhangsgebilde |
| Morbidität | Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben |
| Multimorbidität | Ereignisse im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett |
| Behinderungen nach Diagnose | Häufigkeit von Schwangerschaften |
| Krankheiten der Haut und Unterhaut | Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten |
| Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität | Therapie mit Psychopharmaka |
| Folgen äußerer Ursachen | Verschreibungen Benzodiazepine |
| Häufige ambulante Diagnosen nach ICD-10 | Krankheiten des Atmungssystems |
| Krankheiten des Verdauungssystems | Krankheiten des Urogenitaltrakts |
| Krankheiten der blutbildenden Organe | Versorgungsqualität |
| Bestimmte infektiöse und parasitäre Erkrankungen | Antibiotikaverordnungen bei Erwachsenen |
| Meldepflichtige Infektionserkrankungen | Häufigkeit intern durchgeführter STIKO Impfungen |
| Infektionserreger mit Resistenzen gegen bestimmte Antibiotika oder Chemotherapeutika | Häufigkeit extern durchgeführter STIKO Impfungen |
| Krankheiten des Kreislaufsystems | Patient*innen mit HIV-Diagnose unter Therapie |
| Hypertonie | Diabetes Mellitus Therapie |
| BMI | Stoffwechselentgleisungen bei Diabetes Mellitus |
| Hypercholesterinämie | Versorgungsprozess |
| Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen | Gesamtzahl Patient*innenkontakte |
| Diabetes Mellitus | Durchschnittliche Anzahl Kontakte pro Patient*in |
| Neubildungen | 10 häufigste Beratungsanlässe |
| Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes | Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen |

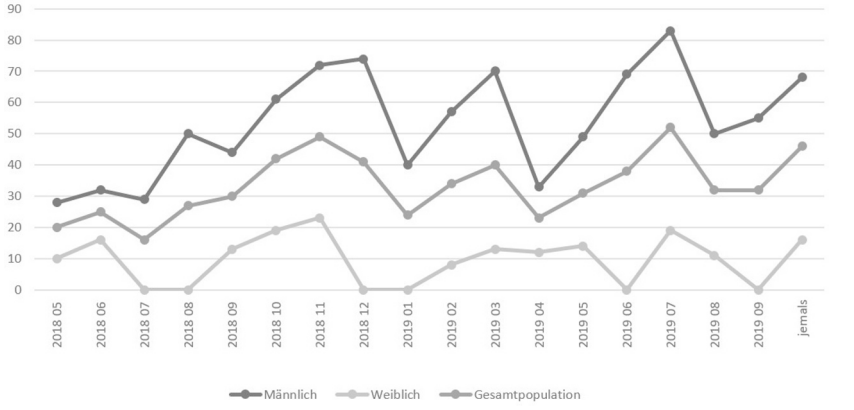
## Synergien: Gesundheitsmonitoring und Gewaltschutz

Synergien zwischen Gesundheitsmonitoring und Gewaltschutz ergeben sich im Hinblick auf drei Aspekte, die im Rahmen der Mindeststandards zum Schutz von geflüchteten Menschen in Flüchtlingsunterkünften berücksichtigt werden (Bundesministerium für Familie 2018). Erstens kann die bestehende Datenauswertung zur Identifizierung schutzbedürftiger Gruppen beitragen (Mindeststandard 1), zweitens kann die RefCare© Software in den Ambulanzen Prävention und Umgang mit Gewalt stärken (Mindeststandard 4), und drittens kann das Gesundheitsmonitoring das Monitoring der Gewaltschutzkonzepte inhaltlich sowie technisch unterstützen (Mindeststandard 6).

### Mindeststandard 1: Einrichtungsinternes Schutzkonzept

Das unter Mindeststandard 1 beschriebene Schutzkonzept, welches jede Einrichtung erarbeiten soll, sieht insbesondere die Berücksichtigung besonders schutzbedürftiger Personengruppen vor. Zu diesen Personengruppen gehören unter anderem Frauen, Kinder, Jugendliche, Menschen mit Behinderungen und Personen mit schweren körperlichen Erkrankungen. Diese schutzbedürftigen Personengruppen werden im Gesundheitsmonitoring durch die Morbiditätsindikatoren sowie durch Auswertungen zur Alters- und Geschlechtsverteilung erfasst. Da zudem alle Morbiditätsindikatoren nach Alter und Geschlecht stratifiziert werden, können auch Überschneidungen von Diskriminierungsmerkmalen, zum Beispiel weibliches Geschlecht und Behinderung, erfasst werden (siehe Abb.3 für Beispielauswertung). Das Gesundheitsmonitoring kann daher, durch die routinemäßige Auswertung, anonym die aktuelle Größe schutzbedürftiger Personengruppen in medizinischer Behandlung in den Einrichtungen anzeigen und dadurch Schutzkonzepte informieren. Angesichts bis dato mangelnder Daten zu Behinderungen und fehlenden Standards zur routinemäßigen Erfassung dieses Schutzbedarfs bei Geflüchteten (Deutsches Institut für Menschenrechte 2017), ist dies, trotz aller Einschränkungen der ICD-basierten Erfassung, ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung der Schutzbedarfsermittlung.

*Abbildung 3: Prävalenz von Behinderungen pro 1000 Patient*innen[1], nach Geschlecht, pro Monat und jemals, N=8.207 Patient*innen*




Bisher werden in der RefCare© Software und damit in den medizinischen Routinedaten routinemäßig Basisangaben wie Alter und Geschlecht erfasst. Andere Aspekte, wie zum Beispiel Foltererfahrungen, werden jedoch in der Regel lediglich als Zufallsbefund oder bei Behandlungsbedarf erkannt. Durch ein regelmäßiges, mehrsprachiges Screening auf Schutzbedarf bei Patient*innen, die sich in den Ambulanzen vorstellen, ließen sich allerdings auch weitere Aspekte systematisch und damit zuverlässiger erfassen. Hier wäre in Zukunft eine mehrsprachig angelegte Erstanamnese über das RefCare© Patient*inneninterface denkbar, über die in der Muttersprache des*r Patient*in Fragen zum persönlichen Schutzbedarf gestellt werden können. Die Indikatoren zu schutzbedürftigen Personengruppen könnten daraufhin erweitert und mit dem Gewaltschutz abgestimmt werden.

Darüber hinaus können besonders schutzbedürftige Einzelpersonen, die individuellen Schutz oder besondere Unterbringungsbedingungen benötigen, durch das Ambulanzpersonal auch gezielt anhand entsprechender Merkmale in der Patient*innendatenbank gesucht und identifiziert werden. Darüber könnte bei Bedarf eine Nachverfolgung durch das ärztliche Personal oder eine Weiterleitung an den*die Gewaltschutzkoordinator*in oder Mitarbeiter*innen der Sozial- und Verfahrensberatung ermöglicht werden. Über die Weitergabe von persönlichem Schutzbedarf an die für die Weiterverlegungen zuständige behördliche Stelle, kann

1 Behinderungen (ICD-10 Codes): Blindheit und Sehbehinderung (H54), Sprach- und Sprechstörungen (R47), Taubheit und Schwerhörigkeit (H90-H91), Gleichgewichtsstörungen (H80-H82), Funktionseinschränkung (Q71-Q73), Deformation der Extremitäten (M20-M21), Verlust von Gliedmaßen (Z89), Querschnittlähmung (G82), Funktionsstörungen des Gehirns (F06-F07, I68, P91), geistig-seelische Behinderungen (F7), Suchtkrankheiten (F1)

zudem eine Berücksichtigung besonderer Bedarfe bei der räumlichen Unterbringung erfolgen. Sofern dazu die Weitergabe von persönlichen Angaben an nichtärztliches Personal in der Einrichtung notwendig ist, muss die datenschutzrechtliche Grundlage eingehend geprüft werden.

### Mindeststandard 4: Prävention und Umgang mit Gewalt

In Bezug auf Erkennung und Behandlung von Gewalt kann das Gesundheitsmonitoring ebenfalls einen beträchtlichen Beitrag leisten. Zunächst kann bereits jetzt Gewalt und deren Folgen gemäß der internationalen medizinischen Klassifikation ICD-10 codiert und dokumentiert werden. Dadurch können Ärzt*innen im Rahmen der medizinischen Versorgung nachvollziehen, bei welchen Patient*innen Gewalterfahrungen vorliegen und weitere Informationen dokumentieren. Auch hier sind entsprechende Suchabfragen denkbar, sodass das Ambulanzpersonal einzelne von Gewalt betroffene Patient*innen nachverfolgen und deren Versorgung sicherstellen kann. Zudem kann eine Weiterleitung an entsprechende Ansprechpartner*innen, wie die Gewaltschutzkoordination, erfolgen, sofern der Datenschutz berücksichtigt wird.

Es sind neben diesen bestehenden Möglichkeiten aber auch im Rahmen des Mindeststandard 4 weitere Funktionen denkbar – zum Beispiel gäbe es die Möglichkeit, in der Dokumentationssoftware Handlungsanweisungen und -algorithmen für den Umgang mit Gewalt zu hinterlegen und bei der Eingabe entsprechender Diagnosen anzuzeigen. Diese Hinweise würden die behandelnden Ärzt*innen in der Versorgung von Opfern von Gewalt sowie der Prävention von Gewalt unterstützen. Außerdem wäre auch eine systematischere Erfassung von Gewalterfahrungen über eine eigene, strukturierte Dokumentationszeile möglich. Hier könnten Dokumentationsfelder zum Einsatz kommen, die auch Bestandteil des Gewaltschutzmonitorings darstellen, sodass sich die Ergebnisse der beiden Systeme anschließend vergleichen und gemeinsam auswerten lassen.

### Mindeststandard 6: Monitoring und Evaluierung des Schutzkonzeptes

Zuletzt kann das Gesundheitsmonitoring einen wichtigen Beitrag zum Monitoring von Gewaltschutz in Aufnahmeeinrichtungen leisten. Angaben zu Gewalt sind bereits jetzt im routinemäßigen Gesundheitsmonitoring unter den Indikatoren »Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität« (ICD-10 Codes: V01-Y84) und »Folgen äußerer Ursachen« (ICD-10-Codes: S00-T98), wie Verletzungen, Vergiftungen oder Verbrennungen, berücksichtigt. Der Indikator zu äußeren Ursachen beinhaltet als Untergruppen unter anderem »Unfälle« (ICD-10-Codes V01-X59), »Tätlicher Angriff« (X85-Y09) und »Gesetzliche Maßnahmen und Kriegshandlungen« (Y35-Y36), welche ebenfalls ausgewertet werden. Über die Patient*innen, welche sich in

medizinischer Versorgung in den Einrichtungsambulanzen befinden, kann so, bei korrekter Dokumentation, im Rahmen des Gesundheitsmonitorings, ein Überblick über Gewalt und Folgen von Gewalt gewonnen werden (siehe Abb. 4).

*Abbildung 4: Prävalenz von Folgen äußerer Ursachen (ICD-10 Codes V01-Y84) pro 1000 Patient*innen in einer Beispieleinrichtung, nach Geschlecht und Alter, pro Monat und jemals, N=8.207 Patient*innen*

Zudem findet über eine Zusatzabfrage bei den Behörden monatlich die Erhebung von »*Critical Incidents*« statt, in Form von Polizei- und Notarzteinsätzen. Dies ermöglicht eine Erfassung der Gewaltvorfälle, die im Rahmen der medizinischen Konsultation dokumentiert werden, sowie deren Monitoring im Verlauf. Darüber hinaus sind im Verlauf auch weitere Indikatoren denkbar, die gemeinsam mit dem Gewaltschutzmonitoring gedacht und entwickelt werden könnten. Hier kämen zum Beispiel Indikatoren zur Gewalt in Paarbeziehungen oder weibliche Genitalverstümmelung in Frage. Es gibt darüber hinaus bei Bedarf auch die Möglichkeit, Auswertungen des Gesundheitsmonitorings in kürzeren Abständen, zum Beispiel wochenweise, durchzuführen. Nähere Details zum Prozess der Datenanalysen, datenschutzrechtlichen Aspekten und der technischen sowie praktischen Umsetzung des Montoringansatzes sind im *Journal of Health Monitoring* des Robert Koch-Instituts ausgeführt (Jahn et al. 2021).

## Schlussfolgerungen

Gesundheitsversorgung und Gewaltschutz, sowie das Monitoring beider Bereiche, sind eng miteinander verknüpft. Synergien und Unterstützungsmöglichkeiten bestehen vor allem in den Bereichen Identifizierung von Schutzbedarf und schutzbedürftigen Personengruppen in der ärztlichen Konsultation, in der Prävention und im Umgang mit Gewalt in der medizinischen Versorgung sowie dem inhaltlichen wie technischen Aufbau des Gewaltschutzmonitorings durch die Erfahrungen des Gesundheitsmonitorings. Das PriCare Projekt kann durch die Einführung der standardisierten Dokumentationssoftware in den Aufnahmeeinrichtungen dazu beitragen, die Versorgungskontinuität und -qualität auch im Bereich der Versorgung von Gewaltfolgen zu verbessern. Zudem eröffnet die Software Möglichkeiten der Standardisierung im Hinblick auf die Dokumentation von Gewalt und Gewaltfolgen sowie der mehrsprachigen, sensiblen Erfassung von Schutzbedarf.

Das im Rahmen des PriCare Projekt implementierte Gesundheitsmonitoring kann durch die Abbildung von schutzbedürftigen Personengruppen die bedarfsorientierte Entwicklung der Gewaltschutzkonzepte in den Einrichtungen unterstützen und die Folgen von Gewalt abbilden. Die Indikatoren, die diesen Bereich erfassen, könnten jedoch gemeinsam mit dem Gewaltschutzmonitoring weiterentwickelt und ergänzt werden, um die Synergien optimal zu nutzen. Gleichzeitig bietet das Gesundheitsmonitoring wichtige Erfahrungswerte und Anhaltspunkte für die Entwicklung eines Konzeptes für das Gewaltschutzmonitoring. So hat sich zum Beispiel die Gründung des Forschungsverbundes PriCare*net* als wichtige Infrastruktur nicht nur im technischen Sinne herausgestellt. Der gemeinsame Austausch über Inhalte und Ergebnisse des Gesundheitsmonitorings, aber auch über darüberhinausgehende Herausforderungen und *best practice* in der me-

dizinischen Versorgung, hat sich als sehr gewinnbringend erwiesen. Der Verbund ermöglicht nicht nur persönlichen und institutionellen Austausch in der heterogenen und fragmentierten Versorgungslandschaft in Aufnahmeeinrichtungen in Deutschland, er erlaubt auch einen Einblick in die Praxis und Strukturen vor Ort, der für die Einführung und Aufrechterhaltung eines Monitoringkonzepts unerlässlich ist.

Zudem müssen Gewaltschutzkonzepte auch über das Monitoring hinaus die Akteure der Gesundheitsversorgung in den Ambulanzen mit einbeziehen um das gewaltpräventive und schützende Potential der medizinischen Räume im Versorgungsalltag zu realisieren. Die medizinische Versorgung kann als sicherer Ort der Erkennung und Versorgung von Gewaltopfern dienen, insbesondere wenn eine adäquate Ausstattung, Fortbildung und Supervision der dort tätigen Ärzt*innen zur Verfügung gestellt werden kann. Besonders vor dem Hintergrund der Heterogenität der Ambulanz- und Personalstrukturen in den Einrichtungen sowie den Hinweisen auf Überlastung der Versorger*innen sowie Diskriminierung der asylsuchenden Patient*innen muss jedoch zumindest die Gewaltfreiheit der medizinischen Versorgung gewährleistet werden.

Prinzipiell sollten daher sowohl Gesundheitsversorgung und Gewaltschutz als auch das Monitoring beider Bereiche gemeinsam gedacht werden, um Synergien optimal zu nutzen und adäquaten Gewaltschutz für Asylsuchende in Aufnahmeeinrichtungen sicherzustellen.

## Literatur

Ahonen, Lia/Loeber, Rolf/Brent, David A. (2019), The Association Between Serious Mental Health Problems and Violence: Some Common Assumptions and Misconceptions, *Trauma, Violence, & Abuse*, 20 (5), 613–625.

Bozorgmehr, Kayvan, et al. (2016a), Die gesundheitliche Versorgungssituation von Asylsuchenden, *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 59 (5), 545–555.

Bozorgmehr, Kayvan, et al. (2016b), Die gesundheitliche Versorgungssituation von Asylsuchenden: Bundesweite Bestandsaufnahme über die Gesundheitsämter, *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 59 (5), 545–555.

Bozorgmehr, Kayvan, et al. (2017), How do countries' health information systems perform in assessing asylum seekers' health situation? Developing a health information assessment tool on asylum seekers (HIATUS) and piloting it in two European countries, *International journal of environmental research and public health*, 14 (8), 894.

Bozorgmehr, Kayvan, et al. (2021), Surveillance der Gesundheit geflüchteter Menschen in Aufnahmeeinrichtungen: Multizentrische Analyse des Erkrankungs-

spektrums und der Versorgungsqualität anhand dezentralisierter Routinedaten des Verbunds PriCarenet, *Health Equity Studies & Migration – Report Series,* 03.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend/United Nations Children's Fund (UNICEF) (2018), *Mindeststandards zum Schutz von geflüchteten Menschen in Flüchtlingsunterkünften*, Berlin.

Couttenier, Mathieu, et al. (2019), The Violent Legacy of Conflict: Evidence on Asylum Seekers, Crime, and Public Policy in Switzerland, *American Economic Review*, 109 (12), 4378–4425.

Deutsches Institut für Menschenrechte (2017), *Entwicklung der Menschenrechtssituation in Deutschland: Juli 2016–Juni 2017. Bericht an den Deutschen Bundestag gemäß § 2 Absatz 5 DIMRG*. Berlin.

Elbogen, Eric B./Johnson, Sally C. (2009), The Intricate Link Between Violence and Mental Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, *Archives of General Psychiatry,* 66 (2), 152–161.

Gewalt, Sandra Claudia, et al. (2018), Psychosocial health of asylum seeking women living in state-provided accommodation in Germany during pregnancy and early motherhood: A case study exploring the role of social determinants of health. *PLOS ONE*, 13 (12), e0208007.

Gewalt, Sandra Claudia, et al. (2019), »If you can, change this system« -Pregnant asylum seekers' perceptions on social determinants and material circumstances affecting their health whilst living in state-provided accommodation in Germany – a prospective, qualitative case study, *BMC Public Health*, 19 (1), 287.

Jahn, Rosa, et al. (2018), Early evaluation of experiences of health care providers in reception centers with a patient-held personal health record for asylum seekers: a multi-sited qualitative study in a German federal state, *Globalization and health*, 14 (1), 71.

Jahn, Rosa, et al. (2021), Gesundheitsmonitoring bei geflüchteten Menschen in Aufnahmeeinrichtungen: dezentrale Analyse medizinischer Routinedaten im Verbund, *Journal of Health Monitoring*, 1, 30–54.

Jahn, Rosa/Biddle, Louise (2020), Conceptualizing difference: an analysis of physicians' views on delivering care to asylum seekers, *European Journal of Public Health*, 30 (S5).

Jesuthasan, Jenny, et al. (2018), Near-death experiences, attacks by family members, and absence of health care in their home countries affect the quality of life of refugee women in Germany: a multi-region, cross-sectional, gender-sensitive study, *BMC Medicine*, 16(1), 15.

Kien, Christina, et al. (2019), Prevalence of mental disorders in young refugees and asylum seekers in European Countries: a systematic review, *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28 (10).

Nöst, Stefan, et al. (2019), Surveillance der Gesundheit und primärmedizinischen Versorgung von Asylsuchenden in Aufnahmeeinrichtungen: Konzept, Entwicklung und Implementierung, *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 62 (7), 881–892.

Porter, Matthew/Haslam, Nick (2005), Predisplacement and Postdisplacement Factors Associated With Mental Health of Refugees and Internally Displaced Persons. A Meta-analysis. *JAMA*, 294 (5), 602–612.

Razum, Oliver, et al. (2016), Gesundheitsversorgung von Geflüchteten: Zu gesicherten Daten kommen, *Deutsches Ärzteblatt International*, 113 (4), A-130.

Rubenstein, Beth L., et al. (2020), Predictors of Interpersonal Violence in the Household in Humanitarian Settings: A Systematic Review, *Trauma, Violence, & Abuse*, 21(1), 31–44.

Scoglio, Arielle A. J./Salhi, Carmel (2020), Violence Exposure and Mental Health Among Resettled Refugees: A Systematic Review, *Trauma, Violence, & Abuse*, 0 (0).

Wahedi, Katharina, et al. (2020), Medizinische Versorgung von Asylsuchenden in Erstaufnahmeeinrichtungen, *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 63 (12).

Ziersch, Anna/Due, Clemence (2018), A mixed methods systematic review of studies examining the relationship between housing and health for people from refugee and asylum seeking backgrounds, *Social Science & Medicine*, 213, 199–219.