



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
HEIDELBERG

 **RESPOND**

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Refugee Health

Session auf der 4. Community Health Konferenz
hsg Bochum, 26.11.2021

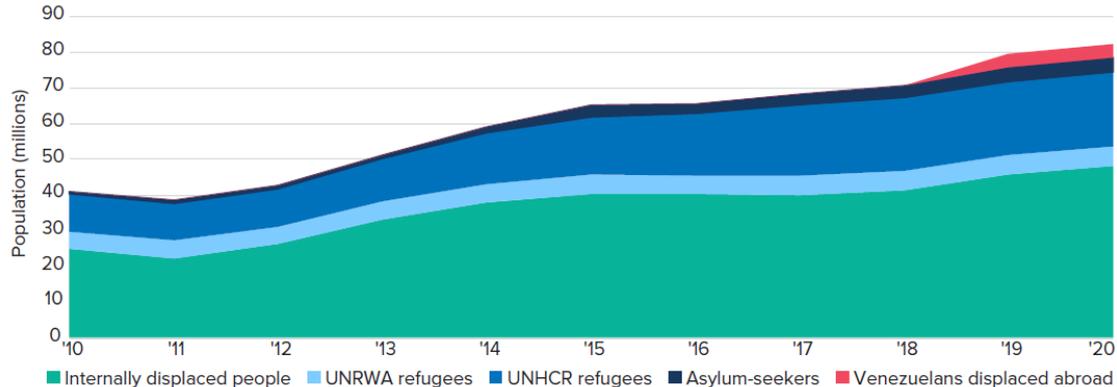
Ablauf der Session

- **Allgemeiner Hintergrund** (Andreas Gold)
- **Implementierung eines Peer-Ansatzes zur Förderung der psychischen Gesundheit geflüchteter Menschen: Chancen und Herausforderungen im kommunalen Setting** (Clara Perplies)
- **Potentiale für Community Health Nursing-Ansätze in der gesundheitlichen Versorgung geflüchteter Menschen in Deutschland** (Andreas Gold)
- **Gesundheitliche Versorgungsplanung für Geflüchtete und die Nützlichkeit des Online-Tools „RESPOND-INTENT“** (Maren Hintermeier)
- **Diskussion**

Hintergrund

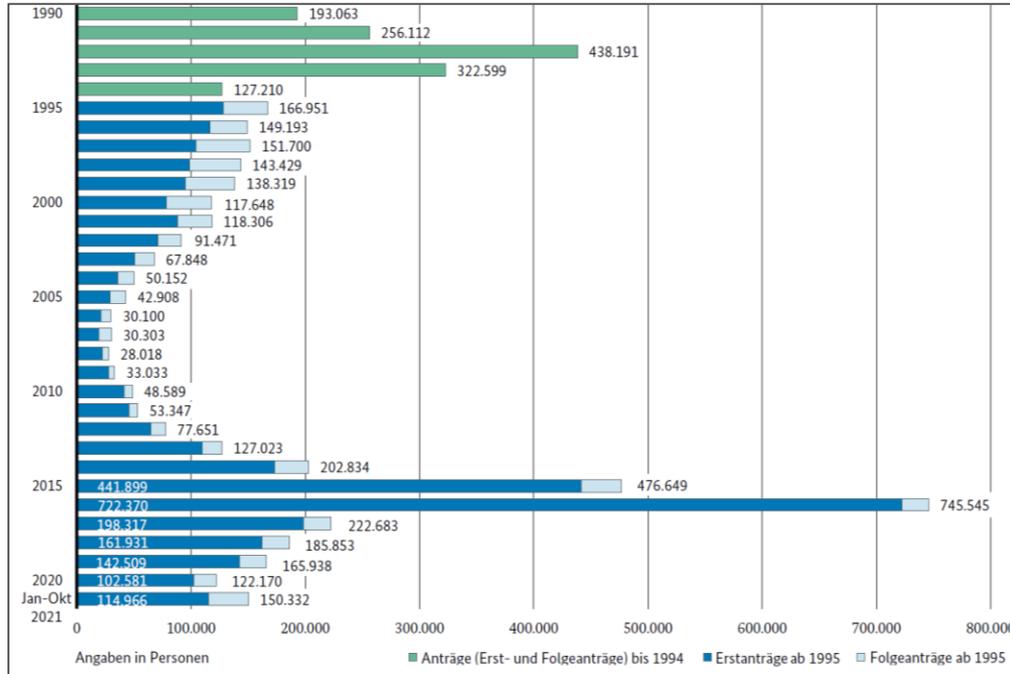
- Weltweit 82,4 Millionen Menschen aus ihrer Heimat vertrieben (Stand: Ende 2020)
- In Deutschland ca. 1,5 Millionen Geflüchete und Asylsuchende

Figure 2 | Global forced displacement | end-year

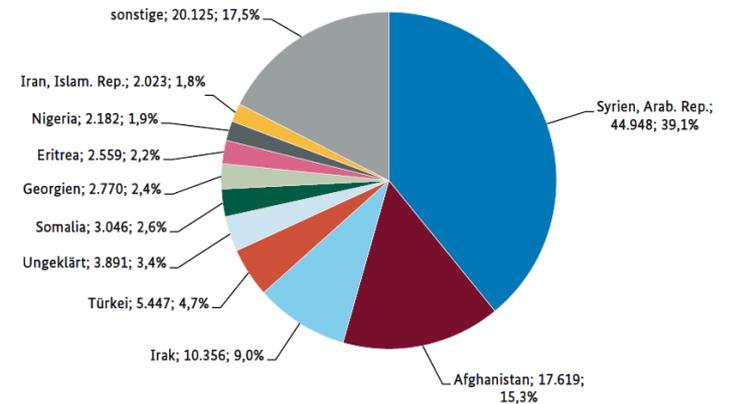


(UNHCR, 2021)

Asylanträge in Deutschland



Hauptstaatsangehörigkeiten im Zeitraum Januar-Oktober 2021
Gesamtzahl der Erstanträge: 114.966



BAMF (2021: S. 5; 9)

Gesundheit geflüchteter Menschen

- Insgesamt **unzureichende Evidenzlage** zu
 - **Gesundheitlicher Lage** und **Veränderungsdynamiken** im Zeitverlauf
 - **Strukturen der Gesundheitsversorgung** und der **Gesundheitssystemantwort** auf spezifische Bedarfe
- Durch den **Fluchtverlauf** und **Lebens- und Unterbringungsbedingungen** im Zielland ergeben sich **spezifische Risiken**

Soziale Determinanten der Gesundheit und (Flucht-)Migration



- Sozioökonomischer Status
- Zugang zu Gesundheitsleistungen (Leistungseinschränkungen nach AsylbLG)
- ...

- ungesicherter Aufenthaltsstatus
- Wohnsituation (Sammelunterkünfte)
- Zugang zum Arbeitsmarkt und fairen Arbeitsverhältnissen
- ...



- Trennung vom sozialen Umfeld
- soziale Ausgrenzung, Diskriminierung, Stigmatisierung und Rassismus
- ...

- Umgang mit (gesundheitsrelevanten) Informationen
- Umgang mit Stress und Belastungen
- ...

Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt

Lebens- und Arbeitsbedingungen

Soziale und kommunale Netzwerke

Faktoren individueller Lebensweisen

(orientiert an: KGC, 2021)

RESPOND – Ziele des Forschungsprojekts

RESPOND ist ein Forschungsprojekt der Sektion Health Equity Studies & Migration am Universitätsklinikum Heidelberg, gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) von 2016-2022

1. Verbesserung der Evidenzlage und Identifikation von **Barrieren und Förderfaktoren** in der gesundheitlichen Versorgung von Geflüchteten (Bestandsaufnahme)
2. Entwicklung und Evaluation von **Maßnahmen**, die modifizierbare Barrieren einer effektiven gesundheitlichen Versorgung von Geflüchteten auf individueller und organisationsbezogener Ebene überwinden

Identifizierte Interventionsansätze

- Förderung von Peer-Ansätze, u.a. zur gesundheitlichen Aufklärung und psychosozialen Stabilisierung
- Stärkung nicht-ärztlicher Versorgungsakteure in der gesundheitlichen Primärversorgung
- Verbesserung der Datengrundlage für die gesundheitliche Versorgungsplanung



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
HEIDELBERG

 **RESPOND**

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Implementierung eines Peer-Ansatzes zur Förderung der psychischen Gesundheit geflüchteter Menschen: Chancen und Herausforderungen im kommunalen Setting

Clara Perplies

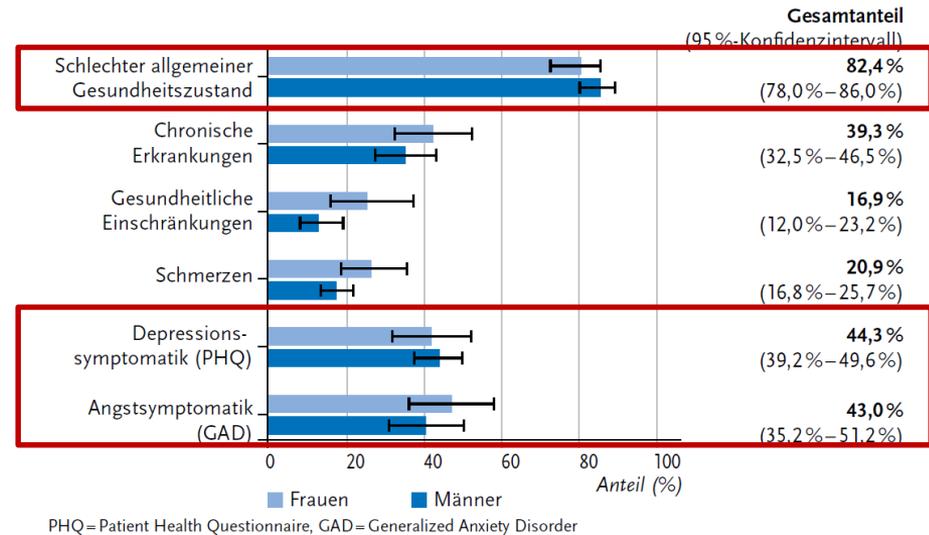
Louise Biddle, Kayvan Bozorgmehr



HINTERGRUND

Psychische Gesundheit geflüchteter Menschen

- Hohe Prävalenz eines subjektiv als schlecht eingeschätzten allgemeinen Gesundheitszustands
- Hohe Prävalenzen einer Depressions- bzw. Angstsymptomatik und einer PTBS-Symptomatik



(Biddle et al. 2021; Hoell et al. 2021)

Psychische Gesundheit geflüchteter Menschen

- Psychosoziale Belastungen
 - traumatische Erlebnisse im Herkunftsland
 - belastende bis lebensbedrohende Ereignisse während der Flucht
 - Postmigrationsstressoren



<https://www.vice.com/de/article/avqxy8/das-groesste-fluechtlingslager-deutschlands-in-berlin-tempelhof-flughafen>

Peer-Ansätze in der psychosozialen Versorgung geflüchteter Menschen

Ein Einsatz von *Peers* (Personen mit eigenen Fluchterfahrungen oder Migrationshintergrund) wird empfohlen, um

- sprachliche und kulturelle Barrieren zu reduzieren
- Bedarfsangemessene Versorgung bei begrenzten finanziellen und professionellen Ressourcen sicherzustellen
- gesundheitliche Ungleichheit abzubauen

FRAGESTELLUNG

Fragestellung

Welche hemmenden und fördernden Faktoren erleben Geflüchtete für die Teilnahme an einem gruppenbasierten Peer-Ansatz der Psychoedukation und psychosozialen Stabilisierung in einem kommunalen Setting?

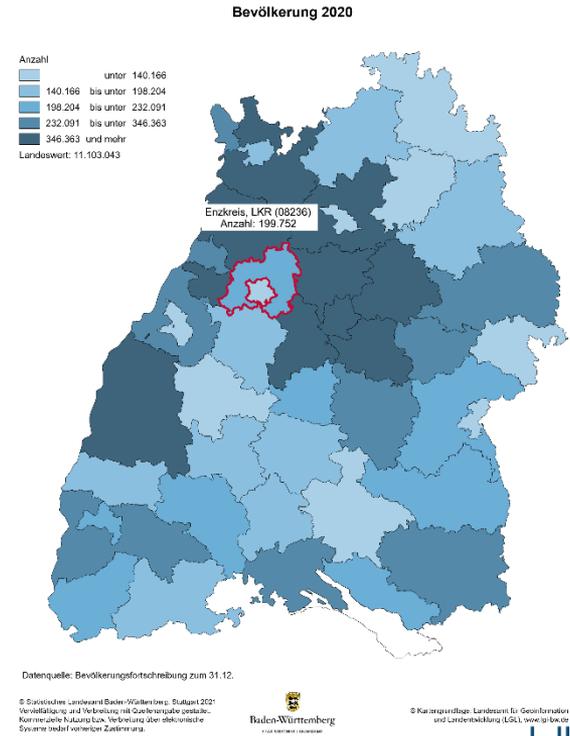
METHODEN

Mind-Spring

- gruppenbasierter Peer-Ansatz der **präventiven Psychoedukation** und **psychosozialen Stabilisierung**
- Durchführung durch ein geschultes **Trainer*innentandem**
 - Leitung durch Peer-Trainer*innen
 - Begleitung durch Co-Trainer*innen mit beruflichen Erfahrungen im Fluchtkontext und/oder psychosozialen Bereich
- **Inhalte:** Trauma, Stress, Trauer, Schuldgefühle, Depression, körperliche Beschwerden, Identität und Akkulturation

Implementierung von Mind-Spring

- Entwicklung 2002 in den Niederlanden, basierend auf Erfahrungen mit psychosozialer Versorgung in Krisengebieten
- in Dänemark und Belgien seit über 10 Jahren umgesetzt
- 2017/2018 erste Implementierung in Deutschland in den Landkreisen Enzkreis / Pforzheim und Böblingen



Mind-Spring im Enzkreis und in Pforzheim



Qualitative Prozessevaluation

- Leitfadengestützte Interviews mit zwei Peer-Trainern und sechs geflüchteten Menschen (potentielle Teilnehmer*innen)
- Inhaltsanalytische Auswertung
 - Theoretischer Rahmen: *Behavioral Model of Health Service Use* von Andersen et al (2014)

ERGEBNISSE

Charakteristika der Befragten

Tab. 2 Charakteristika der Befragten ($n=8$)

Alter/Geschlecht	30 bis 47 Jahre/5 Männer, 3 Frauen
Aufenthaltsstatus	Anerkannter Flüchtlingsstatus ($n=5$), Duldung ($n=2$), Ablehnung der Aufenthaltsgestattung mit laufender Klage ($n=1$)
Aufenthaltsdauer in Deutschland	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer: 33 Monate, Minimum: 30 Monate, längste Aufenthaltsdauer: 38 Monate
Wohnsituation	Dezentral in Wohnungen oder Sammelunterkünften, mit Ehepartner und ggf. Kindern ($n=6$), alleinerziehend mit Kindern lebend ($n=2$)
Nationalität	Syrisch ($n=4$), Afghanisch ($n=4$)
Bildungshintergrund	Fehlender Schulabschluss ($n=1$), Grundschulabschluss ($n=1$), höhere Schulbildung ($n=3$), mit Fachhochschulabschluss vergleichbare Berufsausbildung ($n=1$), Universitätsabschluss ($n=2$)

(Perplies C et al 2021)

Beweggründe zur Teilnahme

- Einschränkungen der subjektiven Gesundheit:
 - emotionaler Leidensdruck
 - kognitive Einschränkungen
 - körperliche Beschwerden

...vielleicht könnte es so irgendein Weg sein, so irgendeine Lösung für meine Einsamkeit, für meinen ganzen Stress...

Ich kenne viele Leute, die kommen zu mir, sagen: ‚[...] Fast jeden Tag habe ich **Kopfschmerzen**. Und ich gehe zum Arzt. Was Arzt gibt mir, es funktioniert nicht mehr. [...]‘ Eigentlich kommen die Probleme aus PSYCHischen Problemen. Und [...] die haben Depression oder die sind unter Stress und **die haben keine Information**.

Beweggründe zur Teilnahme

- Einschränkungen der subjektiven Gesundheit:
 - emotionaler Leidensdruck
 - kognitive Einschränkungen
 - körperliche Beschwerden
- bei verhältnismäßig guter subjektiver Gesundheit:
 - Vorhandensein psychosozialer Probleme
 - Interesse

Beweggründe zur Teilnahme

- Individuelle Erwartungen der Teilnehmenden an das Angebot:
 - Aufbau sozialer Kontakte, Austausch
 - Professionelle medizinische und psych. Unterstützung
 - Unterstützung für Kindererziehung und Wohnungssuche
 - Wissenserwerb zu soziokulturellen Aspekten

Beweggründe zur Teilnahme

- Trotz mitunter enttäuschten Erwartungen oder Zweifel an der Wirkweise teils fortlaufende Teilnahme wegen weiter erhofftem Nutzen

mit der Hoffnung, ich würde einfach gute Ergebnisse sehen, **BESONDERS**, wo man uns beschrieben hat, dass da ein Arzt aus dem AUSland kommt, und... Weil ich (.) **MÖCHTE** ja gerne, dass ich dann, dass mein Gedächtnis besser wird, und dass ich **LERNE**, besser lernen kann, und arbeite, arbeiten kann...

Niedrigschwellige Organisation

- Mündliche und schriftliche Information
- Keine zeitliche Überschneidung mit Sprach-, Integrations-, Berufsvorbereitungskursen
- Wohnortnahe Durchführung in bereits bekannten Räumlichkeiten
- Fortlaufendes Angebot, keine Terminvereinbarung
- Keine Teilnahme- und Dolmetschkosten



Pforzheim ist sehr weit. Und mit Baby und mein Kind... Nein, ich gehe nicht... Nein. Das war neben bei uns... Wenn hattet ein gute Zeit, ich WOLLTE gehen

Gruppendynamiken

- Erlebter Nutzen durch den Austausch in der Gruppe
 - “Probleme loswerden”
 - Emotionale Unterstützung erfahren
 - Auseinandersetzung mit kulturellen Gemeinsamkeiten und Unterschieden

also die [anderen Teilnehmenden] haben mir zugehört, sie haben mich auch verstanden, und die haben immer wieder auf mich Zugesprochen, dass ich mir keine großen Sorgen mache, ich soll nicht traurig sein

Zwar alle waren aus Syrien, aber aus unterschiedlichen Ortschaften. Und [...] die haben auch andere Kultur, womöglich andere Sitten... Das war auch ein Unterschied, so, wie einer der aus Syrien [kommt] und einer aus Deutschland

Gruppendynamiken

- Hürden durch die Gruppe
 - Schwierigkeit, in der Gruppe über eigene Gefühle zu sprechen
 - Sorge vor mangelnder Akzeptanz/ Stigma bei Abweichen von sozialen Normvorstellungen

nicht einfach, arabische Männer sprechen von Trauer oder Verlust oder Stress... [...] Nicht einfach für Mann, weinen.

Da war ein junger Mann, der hat aufgehört, hat's abgebrochen [...]. Vielleicht sind das [...] die Themen, die Sex oder Alkohol oder Rauchen betreffen [...]. Er hat selber geraucht und vielleicht ist er anderer Überzeugung und wollte nicht hier Infos von sich preisgeben.

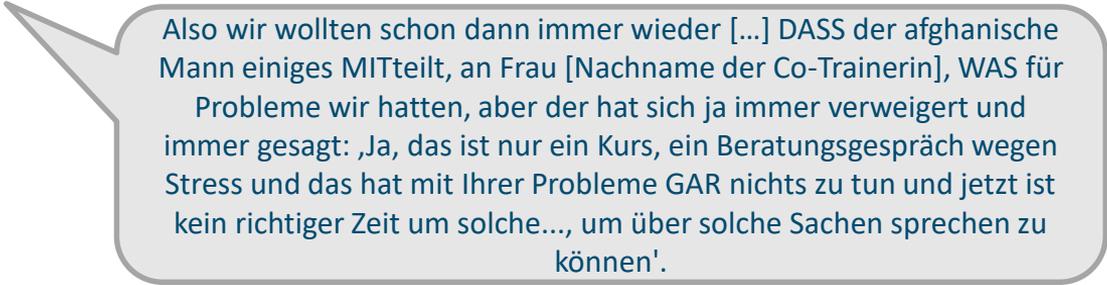
Trainer*innentandem

- Peer-Trainer*innen als Sprach- und Kulturmittler*innen
- Co-Trainer*innen als Personen mit
 - fachlicher Expertise
 - Wissen über institutionelle Strukturen und Abläufe
 - Kenntnis von Werten und Normen in Deutschland, Vertreter*innen der Mehrheitsgesellschaft

die **Aufklärung beruhte auf Gegenseitigkeit**. [...] Dass man sieht, dass wir auch mal so unser Eigenes haben, [...] Und den Wert dessen. Und auf der anderen Seite bekamen wir auch erklärt, die offenen Fragen, die wir mit kritischem Auge anfangs gesehen haben.

Trainer*innentandem

- Die Akzeptanz der Inhalte ist abhängig von
 - Hilfsbereitschaft und Glaubwürdigkeit der Durchführenden
 - Übertragbarkeit auf die individuelle Lebenssituation
- aus einem unterschiedlichen Verständnis von Mind-Spring und den Rollen der Trainer*innen können sich Konfliktpotentiale ergeben



Also wir wollten schon dann immer wieder [...] DASS der afghanische Mann einiges MITteilt, an Frau [Nachname der Co-Trainerin], WAS für Probleme wir hatten, aber der hat sich ja immer verweigert und immer gesagt: ‚Ja, das ist nur ein Kurs, ein Beratungsgespräch wegen Stress und das hat mit Ihrer Probleme GAR nichts zu tun und jetzt ist kein richtiger Zeit um solche..., um über solche Sachen sprechen zu können‘.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Schlussfolgerungen

- Eine **klare Zielsetzung** ist relevant, um eine gute Passung zwischen der Ausrichtung und den Erwartungen von geflüchteten Menschen an das jeweilige Angebot zu erreichen.
- Bei der Durchführung sind **Niedrigschwelligkeit** und eine **vertrauensvolle Atmosphäre** entscheidend.

Schlussfolgerungen

- Die Einbindung von geflüchteten Menschen in die Durchführung von psychosozialen Angeboten kann zu einer **Reduzierung sprachlicher Barrieren** und einem verstärkten **Zugehörigkeitsgefühl** beitragen.
- Die Akzeptanz psychosozialer Angebote und ihrer Inhalte ist nicht allein von **Peerness** abhängig, sondern auch von **Kompetenzerwartungen**. Eine **Anbindung an professionelle Versorgungsstrukturen** kann dies unterstützen.

Literatur

- Andersen RM, Davidson PL, Baumeister SE (2014) Improving Access to Care. In: Kominski GF (Hrg) Changing the US health care system: Key issues in health services policy and management. Jossey-Bass, San Francisco, S 33-69
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2021) Aktuelle Zahlen (10/2021) <https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Statistik/AsylinZahlen/aktuelle-zahlen-oktober-2021.html>
- Biddle L, Hintermeier M, Mohsenpour A, Sand M, Bozorgmehr K (2021) Monitoring der Gesundheit und Gesundheitsversorgung geflüchteter Menschen in Sammelunterkünften: Ergebnisse des bevölkerungsbezogenen Surveys RESPOND. Journal of Health Monitoring 6(1): 7–29. DOI 10.25646/7862
- Benson-Martin J, Edwards A, Joggerst B (2017) Determining the Mental Health & Psycho-Social Needs of a Refugee Population in Pforzheim/Enzkreis: First Results. Gesundheitswesen 79(04): 299-374
- Hoell A, Kourmpeli E, Salize HJ, Heinz A, Padberg F, Habel U, et al. (2021) Prevalence of depressive symptoms and symptoms of post-traumatic stress disorder among newly arrived refugees and asylum seekers in Germany: Systematic review and meta-analysis. BJPsych Open, 7(3), E93
- Perplies C, Biddle L, Benson-Martin J, Joggerst B, Bozorgmehr K (2021) Förderung der psychischen Gesundheit von geflüchteten Menschen. Prävention und Gesundheitsförderung (Epub ahead of print) <https://doi.org/10.1007/s11553-021-00899-w>
- Uitterhaegen B (2005) Psycho-education and psychosocial support in the Netherlands; a program by and for refugees. Intervention 3(2): 141-147
- United Nations High Commissioner for Refugees (2021) Trends at a Glance. <https://www.unhcr.org/60b638e37/unhcr-global-trends-2020>

Zum Nachlesen

Originalarbeit

Präv Gesundheitsf
<https://doi.org/10.1007/s11553-021-00899-w>
Eingegangen: 13. Juni 2021
Angenommen: 8. August 2021

© Der/die Autor(en) 2021



Clara Perplies¹ · Louise Biddle¹ · Janine Benson-Martin^{2,3} · Brigitte Jöggerst² · Kayvan Bozorgmehr^{1,4}

¹ Sektion Health Equity Studies & Migration, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

² Gesundheitsamt Enzkreis und Stadt Pforzheim, Landratsamt Enzkreis, Pforzheim, Deutschland

³ Heidelberger Institut für Global Health, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

⁴ Abteilung Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, Bielefeld, Deutschland

Förderung der psychischen Gesundheit von geflüchteten Menschen

Erkenntnisse aus der Implementierung eines gruppenbasierten Peer-Ansatzes im kommunalen Setting

Zusatzmaterial online

Zusätzliche Informationen sind in der Online-Version dieses Artikels (<https://doi.org/10.1007/s11553-021-00899-w>) enthalten.

Geflüchtete Menschen sind vielfältigen psychosozialen Belastungen ausgesetzt. Um Versorgungs- und Präventionsbedarfe dieser Bevölkerungsgruppe niedrigschwellig und diversitätssensibel zu decken, werden vermehrt Peer-Ansätze verfolgt. Der vorliegende Beitrag informiert den Diskurs über die (Wei-

aus Syrien, Irak und Afghanistan nach Deutschland [26]. Zusätzlich zu traumatischen Erlebnissen im Herkunftsland und belastenden bis lebensbedrohlichen Ereignissen während der Flucht sind geflüchtete Menschen¹ oftmals mit Postmigrationsstressoren konfrontiert [9, 11]. Sie weisen daher eine erhöhte Vulnerabilität für psychische Erkrankungen auf.

Angesichts von sprachlichen und kulturellen Barrieren, die geflüchtete Menschen bei der Inanspruchnahme psychosozialer Versorgungsangebote erleben [3], aber auch mit dem Ziel einer bedarfsangemessenen Versorgung bei

nen mit eigenen Fluchterfahrungen oder Migrationshintergrund werden in der Prävention und Gesundheitsförderung, bei der Identifizierung und Weiterweisung von geflüchteten Menschen mit psychischem Unterstützungsbedarf, zur Beratung und zur psychosozialen Stabilisierung und Ressourcenaktivierung eingesetzt [7, 8, 10, 12, 14, 28].

Der Einsatz von „Peers“ kann zu einer Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit beitragen und sich positiv auf die psychische Gesundheit auswirken – auch wenn diese keine formale psychologische Qualifikation aufweisen [4]. Insbeson-



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
HEIDELBERG

 RESPOND

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Fragen?

Kontakt:

Sektion Health Equity Studies & Migration, Universitätsklinikum Heidelberg

<https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/kliniken-institute/institute/sektion-health-equity-studies-migration>

clara.perplies@med.uni-heidelberg.de





UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
HEIDELBERG



UNIVERSITÄT
BIELEFELD

Fakultät für
Gesundheitswissenschaften

 **RESPOND**

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Potentiale für Community Health Nursing-Ansätze in der gesundheitlichen Versorgung geflüchteter Menschen in Deutschland

Andreas W. Gold (*MPH, B.A. Pflege, Gesundheits- und Krankenpfleger*)

Clara Perplies, Louise Biddle, Kayvan Bozorgmehr



HINTERGRUND

Hintergrund

- **Spezifische gesundheitlichen Risiken** durch
 - häufig strapaziöse Fluchtverläufe
 - **Lebens- und Unterbringungsbedingungen** im Zielland
- Vielerorts keine **niedrigschwellig zugänglichen** oder **aufsuchenden Angebote**, die daraus resultierende gesundheitliche Bedarfe adressieren

(Abubakar et al., 2018; Puchner et al., 2018; WHO, 2018)

Zugang zu gesundheitlicher Versorgung

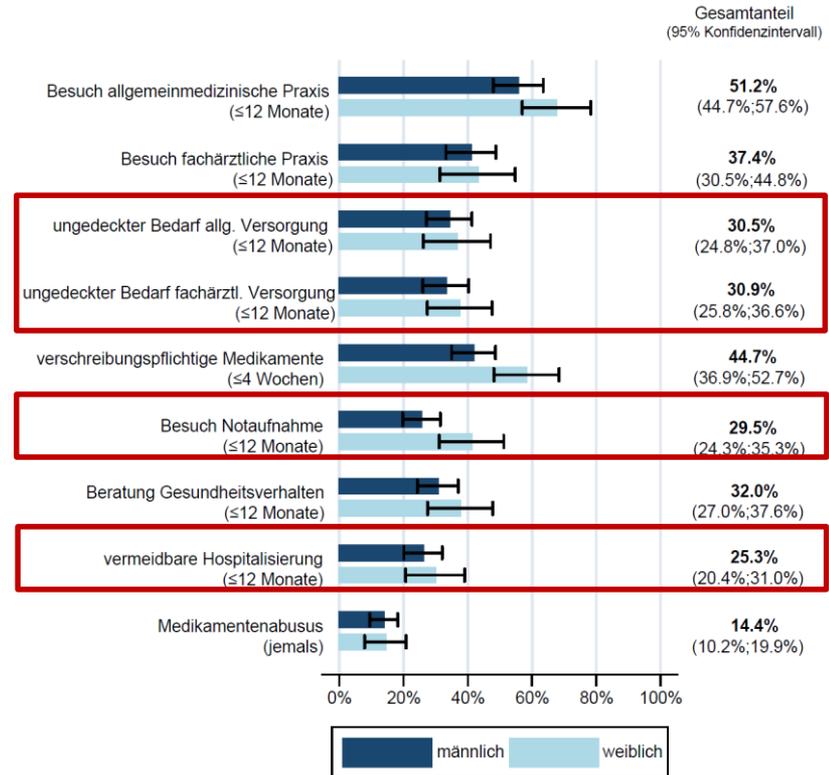
„Der Zugang zu medizinischer Versorgung ist, so das zentrale Ergebnis, im Erleben der meisten befragten Asylsuchenden sehr **hürdenreich, bürokratisch-ineffizient und entmündigend**“ (Spura et al. 2017)

- komplexes und intransparentes Behandlungsscheilverfahren, insbesondere im ländlichen Raum zusätzlich logistisch herausfordernd
 - Strukturen zur Sprachmittlung häufig noch unzureichend ausgebaut
 - Fehlende „Lotsenfunktion“, welche die Navigation durch das Gesundheitssystem unterstützt
- Häufig entscheidet der **Zufall** über den **Zugang zur gesundheitlichen Versorgung** (Razum, Wenner & Bozorgmehr, 2016)

(Spura et al. 2017; Razum, Wenner & Bozorgmehr, 2016)

Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung

- Ungedeckte Bedarfe in der allgemein- bzw. fachärztlichen Versorgung bei 30% der Befragten
- Besuche von Notaufnahmen und vermeidbare Hospitalisierungen geben Hinweise auf unzureichende primärmedizinische Versorgung



(Biddle et al 2021)

Verbesserung der Gesundheitssystemantwort

- **Abbau formeller und informeller Hürden** für Geflüchtete bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen.
- Veränderungen auf **übergeordneter Ebene** notwendig, ebenso wie auf **Ebene der lokalen Versorgungsstrukturen**.
- Ein Interventionsansatz: Einsatz von **Community Health Nurses (CHN)** in der gesundheitlichen Versorgung Geflüchteter

Community Health Nursing in Deutschland

- Community Health Nurses (CHN) agieren im Sinne einer **erweiterten Pflegepraxis** als **eigenständige Akteure** in der **Primärversorgung**.
 - International: In etlichen Ländern etablierter Bestandteil der Versorgungsstrukturen
 - In Deutschland: Verstärkte Bemühungen auf konzeptioneller und politischer Ebene in den letzten Jahren, einzelne Erprobungen im Rahmen von Modellvorhaben.
- **Geflüchtete** werden grundsätzlich als **mögliche Zielgruppe** von CHN-Angeboten benannt.

FRAGESTELLUNG

Fragestellungen

1. Welche **nationalen und internationalen Erfahrungen** mit pflegerischen Versorgungsmodellen in der gesundheitlichen Versorgung Geflüchteter existieren bereits?
2. Welche **möglichen pflegerischen Tätigkeitsfelder** in der gesundheitlichen Versorgung Geflüchteter in Deutschland lassen sich aus einer **Erhebung regionaler Versorgungsbedarfe** identifizieren?

METHODEN

Systematic Review

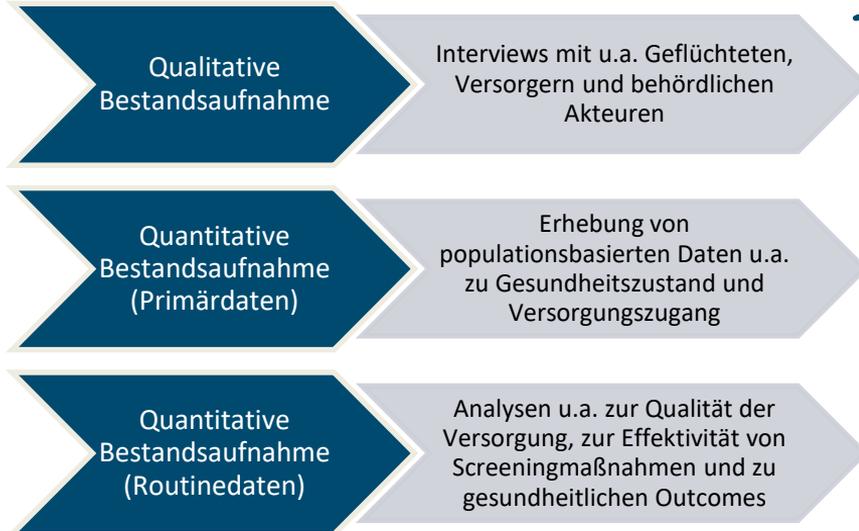
Welche nationalen und internationalen Erfahrungen mit pflegerischen Versorgungsmodellen in der gesundheitlichen Versorgung Geflüchteter existieren bereits?

- Durchführung eines systematischen Reviews zu:
Health Care Delivery for Refugees in a Primary Care Setting and the Involvement of Nurses: A Systematic Review
(registriert in PROSPERO (CRD42020221045))
 - Systematische Recherche in wiss. Datenbanken (PubMed, Web of Science, CINAHL)
 - Systematisches Screening der jeweils ersten 100 Ergebnisse in Suchmaschinen (Google, Google Scholar, Bing, DuckDuckGo)
 - Einbezug von Publikationen und Ergebnissen auf Englisch, Deutsch, Französisch und Spanisch

(Gold et al. 2020)

Mögliche pflegerische Tätigkeitsfelder

Welche möglichen pflegerischen Tätigkeitsfelder in der gesundheitlichen Versorgung Geflüchteter in Deutschland lassen sich aus Erhebungen zu regionalen Versorgungsbedarfen identifizieren?



Systematisierte Sichtung von 22 bisher erschienen Publikationen aus dem RESPOND-Projekt und Extraktion von Erkenntnis zur

- gesundheitlichen Ausgangslage
 - ungedeckten Versorgungsbedarfen
 - bestehenden Versorgungsstrukturen unter Beteiligung von Pflegenden
- Ableitung möglicher pflegerischer Tätigkeitsfelder

ERGEBNISSE

Vorläufige Ergebnisse des Systematic Reviews

Übersicht

[PRISMA-Chart, vorläufige Ergebnisse entfernt für Upload]

Kurzzusammenfassung

- Versorgungsmodelle unter pflegerischer Beteiligung werden in verschiedenen Ländern beschrieben, einen Schwerpunkt bildet Australien
- Hohe Heterogenität der Angebote (Struktur, Umfang, Schwerpunktsetzung)
- Häufig werden Aufbau, Abläufe und Prozessparameter von Versorgungsmodellen beschrieben, nicht aber die übernommenen Rollen und Tätigkeiten der beteiligten Akteur*innen

Geografische Verteilung eingeschlossener Studien

- [Vorläufige Ergebnisse, entfernt für Upload]

Versorgungsstrukturen in Australien

- In Australien existieren in den verschiedenen Provinzen dezidierte **Refugee Health Nursing**-Angebote, die unterschiedliche Versorgungsansätze verfolgen, u.a.
 - pflegerisch geleitete Primärversorgungszentren für Geflüchtete
 - multidisziplinäre Primärversorgungszentren für Geflüchtete
 - „beacon practices“
(initials Assessment, „begleitete“ Anbindung an Regelversorgung, konsiliarische und beratende Tätigkeit für Akteure der Regelversorgung)

(Desmyth et al. 2021; Kay et al. 2010; McBride et al. 2016; McBride et al. 2017; Sackey et al. 2020).

Geografische Verteilung eingeschlossener Studien

- [Vorläufige Ergebnisse, entfernt für Upload]

Evidenzlage in Deutschland

- Publikationen zu gesundheitlichen Versorgungsmodellen für Geflüchtete in Deutschland:
 - Fokussieren nahezu ausschließlich auf medizinische Ambulanzen in Erstaufnahmeeinrichtungen
 - benennen teils Pflegende als Akteure am Versorgungsgeschehen, zumeist aber nicht deren Rolle und Tätigkeiten
- Explorative Recherchen zeigen vereinzelt pflegerische Versorgungsangebote für Geflüchtete in Deutschland, diese sind jedoch bislang nicht wissenschaftlich beschrieben / evaluiert

(Lichtl und Bozorgmehr 2019; Nikendei et al. 2017; Weissenbacher et al. 2017; Borgschulte et al. 2018)

Erhebung regionaler Versorgungsbedarfe in RESPOND

Regionale Versorgungssituation

- Gesundheitssystemantwort auf (spezifische) Bedarfe Geflüchteter vielerorts unzureichend
- Anbindung an haus- und fachärztliche Strukturen je nach Unterbringungsort herausfordernd
- Fehlende Koordination zwischen beteiligten Akteuren, insbesondere bei komplexen Fällen
- Niedrigschwellig zugängliche Unterstützungs- und Beratungsstrukturen sind nicht regelhaft verankert

(Biddle et al. 2021; Gold et al. 2021; Wahedi et al. 2020)

Mögliche pflegerische Tätigkeitsfelder

Tätigkeitsfelder für Pflegende in der gesundheitlichen Primärversorgung Geflüchteter



Tätigkeitsfelder für Pflegende in der gesundheitlichen Primärversorgung Geflüchteter

Ergänzend in med. Ambulanzen in Erstaufnahmeeinrichtungen:

- Triage von Patienten
- Pflegerische und Notfall-/Erstversorgung (auch außerhalb ärztlicher Sprechzeiten)
- Bei vulnerablen Personengruppen aufsuchendes Angebot



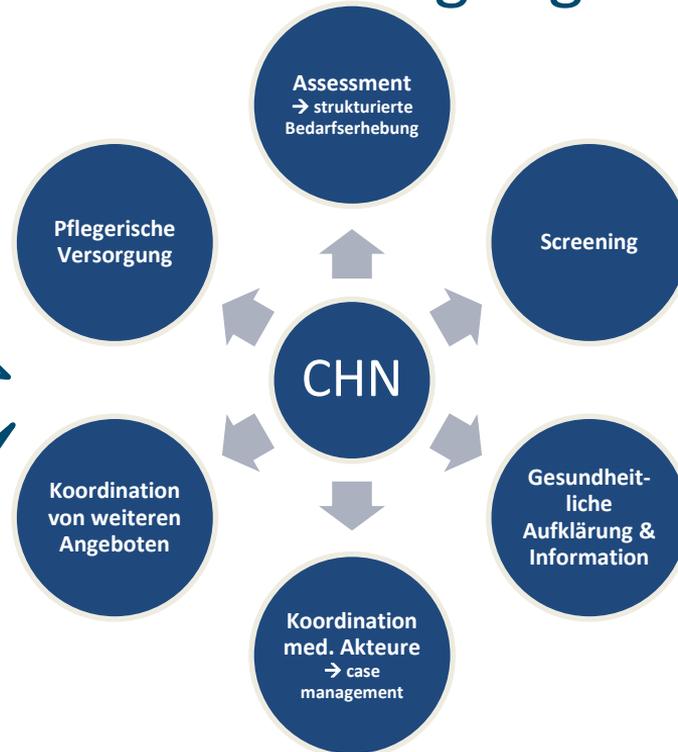
Tätigkeitsfelder für Pflegende in der gesundheitlichen Primärversorgung Geflüchteter

Ergänzend in med. Ambulanzen in Erstaufnahmeeinrichtungen:

- Triage von Patienten
- Pflegerische und Notfall-/Erstversorgung (auch außerhalb ärztlicher Sprechzeiten)
- Bei vulnerablen Personengruppen aufsuchendes Angebot

Ergänzend in Gemeinschaftsunterkünften (ohne Ambulanz):

- Auf- und Ausbau regionaler Versorgungsnetzwerke mit relevanten Akteuren



SCHLUSSFOLGERUNGEN

Schlussfolgerungen

- Bedarf an **niedrigschwelligen Unterstützungsangeboten, strukturierter Ermittlung gesundheitlicher und Schutzbedarfe, sowie Versorgungssteuerung**
- In diesen Bereichen können **qualifizierte Pflegefachpersonen** in der gesundheitlichen Primärversorgung eine wichtige **eigenständige Rolle** übernehmen
 - *CHNs sind gesundheitsfachlich qualifiziert*
 - *Assessments, Screenings, gesundheitliche Aufklärung und Versorgungssteuerung sind etablierte pflegerische Tätigkeiten*
- **Keine Schaffung paralleler Behandlungsstrukturen, sondern Unterstützung der Integration in Strukturen der Regelversorgung.**

Schlussfolgerungen

- **International bereits etablierte Modelle** können eine wertvolle **Orientierung** für die Ausgestaltung von **Angeboten in Deutschland** bieten
- **National bereits umgesetzte Modelle** bedürfen wissenschaftlicher **Begleitung und Evaluation**, um einen evidenzgestützten Austausch von **good practice-Ansätzen** zu ermöglichen
- Es bedarf **weiterer Evidenz** zu Versorgungsmodellen für Geflüchtete und den daran beteiligten professionellen Akteur*innen, um hierdurch u.a.
 - **Nachhaltige Finanzierungsoptionen** zu identifizieren
 - **Adäquate Personalplanung** vornehmen zu können
 - **Qualifizierungsmaßnahmen für Fachkräfte** entwickeln und durchführen zu können

Literatur

- Abubakar, I., Aldridge, R. W., Devakumar, D., Orcutt, M., Burns, R., Barreto, M. L. et al. (2018). The UCL–Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. *The Lancet*, 392(10164), 2606–2654. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32114-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32114-7)
- Biddle, L., Hintermeier, M., Mohsenpour, A., Sand, M. & Bozorgmehr, K. (2021). Monitoring der Gesundheit von Geflüchteten: Integrative Ansätze mit Surveys und Routinedaten. *Journal of Health Monitoring*, 6(1), 7–29. <https://doi.org/10.25646/7862>
- Borgschulte, H. S., Wiesmüller, G. A., Bunte, A. & Neuhann, F. (2018). Health care provision for refugees in Germany - one-year evaluation of an outpatient clinic in an urban emergency accommodation. *BMC Health Services Research*, 18(1), 488. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3174-y>
- DBfK Bundesverband e.V. (2019). *Community Health Nursing in Deutschland. Eine Chance für die bessere Gesundheitsversorgung in den Kommunen* (2.).
- Desmyth, K., Eagar, S., Jones, M., Schmidt, L. & Williams, J. (2021). Refugee health nursing. *Journal of Advanced Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jan.14910>
- Gold, A. W., Perplies, C., Biddle, L. & Bozorgmehr, K. (2020). *PROSPERO-Registration: Health Care Delivery for Refugees in a Primary Care Setting and the Involvement of Nurses: A Systematic Review (CRD420221045)*. PROSPERO - International prospective register of systematic reviews. Zugriff am 23.12.2020. Verfügbar unter: https://www.crd.york.ac.uk/prospéro/display_record.php?RecordID=221045
- Gold, A. W., Perplies, C., Rast, E., Bozorgmehr, K. & Biddle, L. (2021). Gesundheitliche Versorgung von geflüchteten Menschen – Eine Erhebung unter Sozialarbeiter*innen in Baden-Württemberg. *Sektion Health Equity Studies & Migration - Report Series*, (1). <https://doi.org/10.11588/heidok.00030262>
- Kay, M., Jackson, C. & Nicholson, C. (2010). Refugee health: a new model for delivering primary health care. *Australian Journal of Primary Health*, 16(1), 98–103. <https://doi.org/10.1071/py09048>
- KGC. (2021). *Gesundheitsförderung mit Geflüchteten. Lücken schließen – Angebote ergänzen* (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, Hrsg.). Berlin. Verfügbar unter: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=bc6035e6ae90be1feccae141f3d6e254>
- Lichtl, C. & Bozorgmehr, K. (2019). Effects of introducing a walk-in clinic on ambulatory care sensitive hospitalisations among asylum seekers in Germany: a single-centre pre–post intervention study using medical records. *BMJ open*, 9(12). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027945>
- McBride, J., Block, A. & Russo, A. (2017). An integrated healthcare service for asylum seekers and refugees in the South-Eastern Region of Melbourne: Monash Health Refugee Health and Wellbeing. *Australian Journal of Primary Health*, 23(4), 323–328. <https://doi.org/10.1071/PY16092>
- McBride, J., Russo, A. & Block, A. (2016). The Refugee Health Nurse Liaison: a nurse led initiative to improve healthcare for asylum seekers and refugees. *Contemporary Nurse*, 52(6), 710–721. <https://doi.org/10.1080/10376178.2016.1238774>
- Nikendei, C., Huhn, D., Adler, G., Rose, P. B. von, Eckstein, T. M., Fuchs, B. et al. (2017). Entwicklung und Implementierung einer Medizinischen Ambulanz in einer Erstaufnahmeeinrichtung für Asylsuchende des Landes Baden-Württemberg. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* [Development and implementation of an outpatient clinic at an initial reception centre for asylum seekers in the German federal state of Baden-Wuerttemberg], 126, 31–42. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2017.07.011>
- Puchner, K., Karamagioli, E., Pikouli, A., Tsiamis, C., Kalogeropoulos, A., Kakalou, E. et al. (2018). Time to Rethink Refugee and Migrant Health in Europe: Moving from Emergency Response to Integrated and Individualized Health Care Provision for Migrants and Refugees. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6). <https://doi.org/10.3390/ijerph15061100>
- Razum, O., Wenner, J. & Bozorgmehr, K. [K.]. (2016). Wenn Zufall über den Zugang zur Gesundheitsversorgung bestimmt: Geflüchtete in Deutschland. *Gesundheitswesen* [When Chance Decides About Access to Health Care: The Case of Refugees in Germany], 78(11), 711–714. <https://doi.org/10.1055/s-0042-116231>
- Sackey, D., Jones, M. & Farley, R. (2020). Reconceptualising specialisation: integrating refugee health in primary care. *Australian Journal of Primary Health*, 26(6), 452–457. <https://doi.org/10.1071/PY20138>
- Spura, A., Kleinke, M., Robra, B.-P. & Ladebeck, N. (2017). Wie erleben Asylsuchende den Zugang zur medizinischer Versorgung? *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* [How do asylum seekers experience access to medical care?], 60(4), 462–470. <https://doi.org/10.1007/s00103-017-2525-x>
- Wahedi, K., Biddle, L., Jahn, R., Ziegler, S., Kratochwill, S., Pruskil, S. et al. (2020). Medizinische Versorgung von Asylsuchenden in Erstaufnahmeeinrichtungen: Eine qualitative Bestandsaufnahme aus Versorgungsperspektive. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* [Healthcare provision for asylum seekers in reception centres : Qualitative survey from the perspective of healthcare providers]. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03243-3>
- Weissenbacher, C., Schmidt, H., Sydlik, C. & Nicolai, T. (2017). Erfahrungen in München mit der Erstversorgung von Flüchtlingskindern. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 165(1), 12–17. <https://doi.org/10.1007/s00112-016-0212-x>
- WHO. (2018). *Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region: No public health without refugees and migrant health*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
HEIDELBERG

 RESPOND

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Fragen?

Kontakt:

Sektion Health Equity Studies & Migration, Universitätsklinikum Heidelberg

<https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/kliniken-institute/institute/sektion-health-equity-studies-migration>

andreas.gold@med.uni-heidelberg.de





UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
HEIDELBERG



UNIVERSITÄT
BIELEFELD

Fakultät für
Gesundheitswissenschaften

 **RESPOND**

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Gesundheitliche Versorgungsplanung für Geflüchtete und die Nützlichkeit des Online-Tools „RESPOND-INTENT“

Maren Hintermeier (*MSc., BSc. Physiotherapie*)

Andreas W. Gold, Stella Erdmann, Clara Perplies, Kayvan Bozorgmehr, Louise Biddle



Identifizierte Interventionsansätze

- Förderung von Peer-Ansätze, u.a. zur gesundheitlichen Aufklärung und psychosozialen Stabilisierung
- Neue Rollen für Gesundheitsprofessionen in der gesundheitlichen Primärversorgung
- Verbesserung der Datengrundlage für die gesundheitliche Versorgungsplanung

HINTERGRUND

Hintergrund

- Für die Regelbevölkerung in Deutschland regelt die KBV die Bedarfsplanung für die ambulante Versorgung
 - Es soll eine flächendeckende, wohnortnahe vertragsärztliche Versorgung der Bevölkerung gewährleistet und Fehlversorgung vermieden werden
- Keine systematische Erfassung gesundheitsbezogener Daten von Geflüchteten
- Bisher keine Informationen über die gesundheitliche Versorgungsplanung für Geflüchtete verfügbar

(KBV 2021; Bozorgmehr et al. 2019)

Forschungsfrage

Wie können wissenschaftlich erhobene Daten Entscheidungsträger:innen in der gesundheitlichen Versorgungsplanung unterstützen?

Hierzu wurde von Mai – Juli 2021 eine Interviewstudie mit Entscheidungsträger:innen in Baden-Württemberg durchgeführt. Die Ergebnisse stehen vermutlich ab Mai/Juni 2022 in Form einer Publikation zur Verfügung. Daher können wir die Ergebnisse in dieser Präsentation noch nicht veröffentlichen.

Literatur

- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2021). Bedarfsplanung – die Bedarfsplanung als Instrument zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung. Berlin. Verfügbar unter: <https://www.kbv.de/html/bedarfsplanung.php>
- Bozorgmehr, K., Biddle, L., Rohleder, S., Puthooppambal, S.J., Jahn, R. (2019). What is the evidence on availability and integration of refugee and migrant health data in health information systems in the WHO European Region? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 66).

Weiterführende Literatur:

- Biddle, L., Menold, N., Bentner, M., Nöst, S., Jahn, R., Ziegler, S., Bozorgmehr, K. (2019). Health monitoring among asylum seekers and refugees: a state-wide, cross-sectional, population-based study in Germany. *Emerging Themes in Epidemiology*, 16, 1-21. <https://doi.org/10.1186/s12982-019-0085-2>
- Biddle, L., Hintermeier, M., Mohsenpour, A., Sand, M., & Bozorgmehr, K. (2021). Monitoring the health and healthcare provision for refugees in collective accommodation centres: Results of the population-based survey RESPOND. *Journal of Health Monitoring*, 6(1).
- Bozorgmehr, K., & Hövener, C. (2021). Monitoring der Gesundheit von Geflüchteten: Integrative Ansätze mit Surveys und Routinedaten. *Journal of Health Monitoring*, 6(1), 3.
- Jahn, R., Rohleder, S., Qreini, M., Erdmann, S., Kaur, S., Aluttis, F., & Bozorgmehr, K. (2021). Health monitoring of refugees in reception centres for asylum seekers: Decentralized surveillance network for the analysis of routine medical data. *Journal of Health Monitoring*, 6(1).
- Nesterko, Y., Jäckle, D., Friedrich, M., Holzapfel, L., & Glaesmer, H. (2020). Prevalence of post-traumatic stress disorder, depression and somatisation in recently arrived refugees in Germany: An epidemiological study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, E40. doi:10.1017/S2045796019000325
- Baron, J., & Flory, L. (2020). Versorgungsbericht. Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland. 6. akt.



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
HEIDELBERG

 RESPOND

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Fragen?

Kontakt:

Sektion Health Equity Studies & Migration, Universitätsklinikum Heidelberg

<https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/kliniken-institute/institute/sektion-health-equity-studies-migration>

maren.hintermeier@med.uni-heidelberg.de





UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
HEIDELBERG

 RESPOND

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Diskussion

Kontakt:

Sektion Health Equity Studies & Migration, Universitätsklinikum Heidelberg

<https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/kliniken-institute/institute/sektion-health-equity-studies-migration>

clara.perplies@med.uni-heidelberg.de

andreas.gold@med.uni-heidelberg.de

maren.hintermeier@med.uni-heidelberg.de

