



**Stellungnahme und Folgeeinschätzung der BNS Fachstellen XENION e.V. und Zentrum Überleben gGmbH zur Hinzuziehung von uniformiertem Personal der Bundeswehr im Rahmen von Impfungen in Erstaufnahme- und Gemeinschaftsunterkünften des LAF.**

Index

<b>1. Auftrag und Fragestellung</b>	S. 2
<b>2. Diskussion der Fragestellung</b>	S. 2
<b>3. Informationsquellen</b>	S. 3
<b>4. Die Zielgruppe - traumatisierte geflüchtete Menschen</b>	S. 3
<b>4.1. Trauma und Traumafolgeerkrankung, Epidemiologie</b>	S. 3
<b>4.2. Relevante Aspekte der Symptomatik der PTSD und komplexer Traumatisierung</b>	S. 4
<b>4.3. Zielgruppenspezifika Kulturfremdheit und Sprachbarrieren</b>	S. 6
<b>4.4. Situative Bedingungen und Kontextbedingungen</b>	S. 7
<b>5. Mögliche Auswirkungen auf die Herstellung möglichst umfangreichen Impfschutzes bei Wahrung der Freiwilligkeit der Impfung</b>	S. 7
<b>5.1. Impfbereitschaft bei anderen Bevölkerungsgruppen als geflüchteten Menschen</b>	S. 7
<b>5.2. Determinanten hoher Impfbereitschaft</b>	S. 9
<b>5.3. Mögliche Erklärungen für Unterschiede bei der Impfbereitschaft geflüchteter Menschen</b>	S. 10
<b>5.4. Förderung der Impfbereitschaft bei geflüchteten Menschen</b>	S. 12
<b>6. Beantwortung der Fragestellung</b>	S. 13
<b>7. Abschließende Empfehlungen</b>	S. 15
Literaturverzeichnis und Quellennachweis	S. 17

## 1. Auftrag und Fragestellung:

Im Auftrag von Frau Senatorin Breitenbach bitte wir das Zentrum ÜBERLEBEN um Stellungnahme bzw. zu einer Folgeneinschätzung zu folgendem Sachverhalt:

Im Rahmen einer medizinischen Maßnahme bedarf es umfangreicher Begleittätigkeiten. Für diese Tätigkeiten hat SenGPG ein Amtshilfeersuchen bei der Bundeswehr gestellt. Innerhalb dieses Amtshilfeersuchens sind Bundeswehrsoldaten in verschiedensten Einrichtungsformen im Land Berlin tätig. Zweck ist die Umsetzung der Impfungen bei den nach ImpfVO impfberechtigten Personen insbesondere in Einrichtungen durch Mobile Impfteams. Neben Bundeswehrsoldaten bestehen die Impfteams aus medizinischem Personal, welches die Impfungen selbst durchführt. Die Bundeswehr unterstützt im Bereich Dokumentation und Betreuung der zu Impfinden.

Nach § 3 Abs. 8 sind Menschen, in den Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern, vollziehbar Ausreisepflichtigen, Flüchtlingen und Spätaussiedlern impfberechtigt.

Die SenIAS möchte die Impfungen in diesen Einrichtungen durch die mobilen Impfteams umsetzen, um einen möglich zeitgleichen Impfschutz in den sehr infektionsausbruchgefährdeten Einrichtungen zu ermöglichen.

Wir bitten um Einschätzung, welche Wirkung der Einsatz von Bundeswehrsoldaten in Flecktarnuniformen in den Einrichtungen haben könnte und welchen Einfluss dies auf vorhandene Traumatisierungen/ traumatische Erfahrungen auf

- a. die in den Einrichtungen lebenden Menschen und
- b. ggf. auf den Erfolg der Herstellung eines möglichst umfangreichen Impfschutzes (unter Wahrung der Freiwilligkeit der Impfung)

haben könnte.

Wir bitten ebenfalls um Einschätzung, welche Wirkung der Einsatz von Bundeswehrsoldaten in den besagten Einrichtungen in Flecktarnuniformen mit darüber zu tragenden z.B. medizinischen Kitteln haben könnte und welchen Einfluss dies auf Traumatisierungen/ traumatische Erfahrungen auf

- a. die in den Einrichtungen lebenden Menschen und
- b. ggf. auf den Erfolg der Herstellung eines möglichst umfangreichen Impfschutzes (unter Wahrung der Freiwilligkeit der Impfung)

haben könnte.

Die Fragestellung wurde an die beiden Traumafachstellen des Berliner Netzwerks für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge bei XENION und Zentrum Überleben zur Bearbeitung weitergeleitet. Außerdem wurde der Kreisverband AWO Mitte e.V. als Partnerorganisation und Träger von Unterkünften mit einbezogen. Mit folgender Stellungnahme soll die Fragestellung beantwortet werden.

## 2. Diskussion der Fragestellung

Die Beantwortung der beiden Teilfragen a., inwieweit Bundeswehrsoldat\*innen entweder in Flecktarnuniformen oder mit darüber zu tragendem medizinischen Kittel als Begleitung der Impfteams in den Einrichtungen bestimmte Wirkungen auf die dort lebenden Menschen haben und welchen Einfluss dies auf traumatisierte Menschen haben könnte, ist mit klinischem Erfahrungswissen unter Zuhilfenahme epidemiologischer Untersuchungen hinreichend gut zu beantworten. Dabei können allerdings nur Erwartungswahrscheinlichkeiten beschrieben werden. Wissenschaftliche Untersuchungen

zu dieser sehr spezifischen Fragestellung gibt es unseres Wissens nach nicht. Die Kontextbedingungen und die Interaktionsmöglichkeiten der dann vor Ort Tätigen und Betroffenen dürften hier einen viel ausschlaggebenderen Einfluss darüber haben, wie die Reaktionen im Einzelnen ausfallen und wie gegebenenfalls situativ damit umgegangen werden kann. Sie müssen daher bei der Beantwortung der Fragestellung mitreflektiert werden.

Die Beantwortung der Teilfragen b., nach der Wirkung auf die Herstellung eines möglichst umfangreichen Impfschutzes unter Wahrung der Freiwilligkeit der Impfung, also mit anderen Worten eine Einschätzung auf die Impfbereitschaft der Menschen in den Unterkünften, ist dabei noch komplexer und nicht mehr allein mit klinischem Erfahrungswissen zu beantworten. Hierzu gibt es zudem weniger belastbares, wissenschaftlich fundiertes Datenmaterial. Um trotzdem eine Antwort geben zu können, wurden erste Erfahrungen aus mehreren Unterkünften des AWO-Kreisverbands Mitte e.V., Partnerorganisation im BNS, in die Abwägungen mit einbezogen.

Es muss zur Entlastung der Autor\*innen vorangestellt werden, dass die zeitliche Dringlichkeit für die Erstellung dieser Stellungnahme nur begrenzt vertiefte Recherchen zugelassen hat. Ganz abgesehen davon, sind die Erfahrungen mit der Corona-Pandemie historisch ein bisher einzigartiges Phänomen. Der Umgang in Politik und Öffentlichkeit ist neuartig. Entsprechend gibt es allgemein wenig gesichertes Erfahrungswissen. Darüber hinaus ist auch die Fragestellung an sich sehr speziell und neuartig. Damit sind die wesentlichen Schwächen der vorliegenden Arbeit beschrieben.

### **3. Informationsquellen**

Als Informationsquellen dienen im Wesentlichen:

- das klinische Erfahrungswissen der Autor\*innen als langjährig tätige klinische Psychotherapeut\*innen und Psychiater\*innen in der transkulturellen Traumabehandlung mit geflüchteten Menschen, insbesondere mit Überlebenden von Krieg, staatlicher Verfolgung und Folter
- Wissenschaftliche Literatur, thematisch relevante Veröffentlichungen (s. Literaturangaben)
- erste Erfahrungen der Fachstelle AWO Kreisverband Mitte e.V.

## **4. Die Zielgruppe - traumatisierte geflüchtete Menschen**

### **4.1. Trauma und Traumafolgerkrankung, Epidemiologie**

Bei einer Befragung geflüchteter Menschen, welche vom Wissenschaftlichen Dienst der AOK durchgeführt und ausgewertet wurde, berichteten 74,7 Prozent von persönlichen Gewalterfahrungen vor oder während ihrer Flucht. Bei mehr als 60 Prozent der Befragten waren dies Kriegserlebnisse, bei mehr als 40 Prozent direkte Angriffe durch Militärs und andere Bewaffnete. Mehr als jede\*r Dritte hat das Verschwinden, die Verschleppung oder Ermordung von Angehörigen und nahestehenden Personen zu verkraften. Jede\*r Fünfte wurde gefoltert. Jeweils knapp 16 Prozent der Betroffenen befanden sich in Lagern oder in Isolationshaft, waren Zeugen von Tötung, Misshandlung oder sexueller Gewalt. Mehr als sechs Prozent wurden selber vergewaltigt.

Knapp 28 Prozent der Befragten berichteten von zwei oder drei traumatischen Erfahrungen und über 30 Prozent gaben sogar an, mehr als drei solcher psychischen Erschütterungen erfahren zu haben. Lediglich 22,5 Prozent der geflüchteten Menschen gaben an, keine traumatischen Erfahrungen erlitten zu haben.

Anzahl Befragte	1.965
Kriegserlebnisse	60,4
Angriff durch Militär	40,2
Verschleppte, verschwundene Angehörige	34,8
Gewalterfahrungen im Zusammenhang mit Flucht	29,2
Foltererfahrung	19,0
Andere lebensbedrohliche Situationen	16,1
Lagerhaft, Geiselaft, Isolationshaft	15,7
Zeuge von Folter, Tötungen, sexueller Gewalt	15,4
Gewaltsamer Tod wichtiger Bezugspersonen	15,4
Andere schwer belastende Ereignisse	11,9
Sexueller Angriff, Vergewaltigung	6,2
Nichts davon	22,5

Quelle: WIdO 2018

Einigen Menschen gelingt im Verlauf die nachhaltige Verarbeitung derartiger Erlebnisse, so dass sie vergleichsweise unbeschadet ihr Leben wiederaufnehmen können. Bei einem Teil der Betroffenen entwickeln sich jedoch nachhaltige, manchmal auch chronische Folgeerscheinungen, die häufig erst Monate nach dem traumatischen Ereignis auftreten. Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist nicht die einzige, aber die häufigste psychische Erkrankung infolge von traumatischen Erlebnissen.

Eine Übersichtsarbeit von Bozorgmehr et al. (2016a) analysierte alle Studien, die zwischen 1990 und 2014 die Häufigkeit von PTBS bei geflüchteten Menschen in Deutschland untersucht haben. Die Bozorgmehr-Übersichtsarbeit nennt eine Mindesthäufigkeit in fast allen Studien bei 16 bis 22 Prozent. Darüber hinaus untersuchten Kröger et al. (2016) im Sommer 2015 280 erwachsene geflüchtete Menschen in der Landesaufnahmestelle Niedersachsen. Dabei lag die Prävalenzrate für eine mögliche PTBS bei 24 Prozent. Gäbel et al. (2006) gehen mit 40 Prozent von einer wesentlich höheren Prävalenzrate für PTBS bei Asylbewerber\*innen aus.

**Zusammenfassung:** Anhand der aktuellen Studienlage kann davon ausgegangen werden, dass nahezu 75 Prozent der in Deutschland ankommenden geflüchteten Menschen traumatische Gewalterfahrungen vor und in Zusammenhang mit der Flucht erlebt haben. Zwischen 16 und 40 Prozent der Asylbewerber\*innen in den Unterkünften haben traumabedingte psychische Erkrankungen. Bei der differenzierten Betrachtung der traumatischen Stressoren ist außerdem bemerkenswert, dass über 60 Prozent „Kriegserlebnisse“ nennen und 40 Prozent „Angriff durch Militär“. Dabei kann davon ausgegangen werden, dass es auch bei den Stressoren wie „Folter und Zeugenschaft von Folter“, „sexueller Angriff und Vergewaltigung“ sowie „bei allen Arten von Haft“ für einen Teil der Traumatisierten zu einer direkten Konfrontation mit Uniformierten gekommen sein dürfte.

#### 4.2. Relevante Aspekte der Symptomatik der PTSD und komplexer Traumatisierung

Es wird vorliegend auf die vollständige Darstellung der Symptomatik von PTSD und komplexer Traumafolgestörungen verzichtet. Lediglich einige wichtige Aspekte, die zur Beantwortung der Fragestellung von Bedeutung sind, sollen hervorgehoben werden.

Typische Merkmale nach ICD-10 sind:

#### F 43.1 Posttraumatische Belastungsstörung

- das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks).
- Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten.
- Meist tritt ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit auf.
- Angst ist häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert.

#### F 62.0 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung, der chronischen Verlaufsform der Posttraumatischen Belastungsstörung

- Die Störung ist gekennzeichnet durch eine feindliche oder misstrauische Haltung gegenüber der Welt
- durch sozialen Rückzug
- ein chronisches Gefühl der Anspannung wie bei ständigem Bedrohtsein und Entfremdungsgefühl.

### Zur Erläuterung:

#### Merkmale des Stressorkriteriums der PTBS

Nicht jede als gefährlich oder bedrohlich erlebte Situation ist geeignet, eine traumatische Folgeerkrankung auszulösen. Wichtige Merkmale der traumatischen Situation, die einen Stressor qualifizieren, eine PTBS auszulösen, das sogenannte Stressorkriterium der PTBS, sind dadurch charakterisiert, dass die Person die Situation als lebensbedrohlich erlebt, dass die Konfrontation in einer Situation von Ausweglosigkeit erfolgt und dass das Gefühl von Hilflosigkeit und Überwältigung das Geschehen dominiert.

#### Nachhallerinnerungen/Flashbacks

Menschen können sich an gewöhnliche Ereignisse aus der Vergangenheit erinnern. Sie wissen, was sie erlebt haben und können dieses der Vergangenheit zuordnen. Diese Erinnerungen sind demnach Teil ihres biographischen Gedächtnisses.

Bei traumatischen Erinnerungen ist dies anders. Während des traumatischen Ereignisses ist das Gehirn überfordert und die Eindrücke können nicht in geordneter Weise verarbeitet werden. Die unterschiedlichen Eindrücke werden in einzelnen Fragmenten und nicht als zusammengehöriges Ereignis abgespeichert. Traumatische Erinnerungen werden Teil des menschlichen Alarmsystems. Man geht davon aus, dass sie auch in einer bestimmten Hirnregion gespeichert werden, dem sog. „Mandelkern“ oder Amygdala. Dort gespeicherte Erinnerungen bleiben lebenslang erhalten. Die Erinnerung kann somit nicht „normaler“ Bestandteil der Biographie werden. Diese Erinnerungsfragmente können später jederzeit unwillkürlich sehr realistisch empfundene Nachhallerinnerungen oder Flashbacks auslösen, oder triggern. Erinnern Menschen in der Umgebung der Betroffenen an Personen, mit denen das traumatische Ereignis in Verbindung gebracht wird, kann dies solche Nachhallerinnerungen hervorrufen. Es ist dabei ausreichend, wenn nur eine symbolische Ähnlichkeit der Personen besteht, bspw. wenn die Person in der Umgebung eine Uniform trägt und die Person, die für das traumatische Geschehen verantwortlich war, auch eine Uniform trug. Werden zu einem späteren Zeitpunkt traumatische Erinnerungen getriggert, haben Betroffene

das Gefühl, als würde das traumatische Ereignis (oder zumindest ein bestimmter Aspekt davon) in der Gegenwart wieder passieren. Die Reaktionen können von leichtem Stresserleben oder kurzen Angstimpulsen bis zur völligen Überflutung mit überwältigenden Gefühlen, Bildern, Geräuschen, Gerüchen, Körperempfindungen und einem innerlichen Abschalten (dissoziieren). Das variiert im Einzelfall sehr stark und ist nur bei Kenntnis der individuellen Geschichte zu prognostizieren.

### **Vermeidungsverhalten bei Psychotrauma**

Eine Folge des quälenden Wiedererlebens ist ein häufig generalisiertes Vermeidungsverhalten. Dabei versuchen die Betroffenen zum einen, traumaassoziierte Bilder, Gedanken und Gefühle zu unterdrücken oder Situationen zu vermeiden (zum Beispiel bestimmte Personengruppen), die mit dem Trauma in Verbindung gebracht werden.

### **Generalisiertes Misstrauen und sozialer Rückzug**

Diese, besonders bei schwerer oder langanhaltender Traumatisierung beobachtete chronische Folge beeinflusst in sehr starkem Maße die Kontakt- und Beziehungsfähigkeit der Betroffenen und führt im Alltag immer wieder zu ernststen Missverständnissen und Konflikten mit schwer traumabedingt erkrankten Menschen.

## **4.3. Zielgruppenspezifika Kulturfremdheit und Sprachbarrieren**

Zwei Parameter, die geflüchtete Menschen von nicht traumatisierten Personen unterscheiden und die im Diskurs unter keinen Umständen unbeachtet bleiben können, sind „Kulturfremdheit“ und „Sprachbarrieren“. Sie beeinflussen in entscheidender Weise die psychische Gesundheit und die Möglichkeiten der Interaktion von geflüchteten Menschen mit ihrer sozialen Umgebung.

- Sprachbarrieren können im Zweifelsfall darüber entscheiden, Missverständnisse und Konflikte zu lösen oder hervorzurufen und zu verschärfen.
- Geflüchtete Menschen ohne sprachlichen Zugang sind in der Regel abgetrennt von gesellschaftlichen Diskursen, öffentlicher Aufklärung und allgemein zugänglichen Informationen für Muttersprachler\*innen.
- Geflüchtete Menschen sind daher in aller Regel über einen längeren Zeitraum ausschließlich auf Informationsquellen in ihrer Muttersprache und aus den Heimatländern angewiesen.
- Das Fehlen der Sprache als notwendige Kulturtechnik der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben verunsichert zusätzlich und verändert die Chancen, ein Zusammengehörigkeitsgefühl mit der sozialen Umgebung zu entwickeln und eine Identifikation mit Werten und der Kultur des Gastlandes zu empfinden.
- Kulturfremdheit und der durch die Flucht bedingte Kontakt mit einer neuen bzw. anderen Kultur können sich bei traumabedingt erkrankten Menschen zu einem nachhaltigen Rückzug aus dem sozialen Leben verfestigen. Insbesondere dann, wenn der erste Kontakt mit dem Gastland von Frustrationen und Enttäuschungen geprägt ist, was bei geflüchteten Menschen eher die Regel als die Ausnahme darstellen dürfte.
- Kulturelle Verschiedenheit wird in ihrer Wirksamkeit in allen Lebensbereichen meist unterschätzt und selten als selbstverständliche Voraussetzung der Kommunikation verstanden. Das, was für den Rest der Bevölkerung gelebte Selbstverständlichkeit ist, kann bei geflüchteten Menschen heftige Irritationen hervorrufen und in höchstem Maße erklärungsbedürftig sein.
- Der Übertragbarkeit von Erfahrungen der restlichen Bevölkerung auf geflüchtete Menschen zu Fragen des Umgangs mit Gesundheitsversorgung, zur Impfbereitschaft,

zur Begegnung mit Uniformierten Funktionsträger des Staates sind kulturbedingt Grenzen gesetzt.

#### **4.4. Situative Bedingungen und Kontextbedingungen**

Es ist beispielsweise bekannt, dass die unvorbereitete Konfrontation mit traumamimetischen Reizen wesentlich stärkere psychische Reaktionen hervorbringt, als wenn Betroffene auf eine solche Konfrontation vorbereitet sind. Insofern variiert der Grad, wie dramatisch die Begegnung mit einem „Staatsbürger in Uniform“ ausfällt. Grundsätzlich wäre die Anwesenheit eine\*r Soldat\*in bei einer Gesundheitsmaßnahme für jeden von uns erklärungsbedürftig. Die Frage drängt sich förmlich auf, was sie/er dabei für eine Funktion haben soll. Wenn dies zum Beispiel im Vorfeld bereits erklärt werden kann, kann die nachfolgende Konfrontation für eine potentiell vulnerable Person dann durchaus beherrschbar sein, wo die unvorbereitete Konfrontation hochgradig angstauslösend wäre und einen Flucht- oder Verteidigungsimpuls zur Folge hätte.

Wenn es durch die Anwesenheit eine\*r Sprachmittler\*in die Möglichkeit gäbe, Fragen zu stellen, Unannehmlichkeiten zur Sprache zu bringen oder Ängste zu thematisieren, könnte dies ebenfalls den ausgelösten Stress so weit reduzieren, dass er für Betroffene kontrolliert werden kann, wo andernfalls die aufkommende Angst zu einer problematischen Interaktion eskalieren könnte.

Wenn dort vor Ort Personen anwesend wären, die den zu Impfen bereits persönlich bekannt wären und zu denen ein erstes Vertrauensverhältnis bestünde, dann wäre dies sicherlich sehr hilfreich. Anders kann es sich in der Situation darstellen, in der Impfpersonal und begleitendes Mitarbeiterteam in der Einrichtung für die Betroffenen völlig fremde Personen sind.

Solche Faktoren sind wichtige situative Prädiktoren dafür, ob eine Konfrontation mit Uniformierten in Flecktarnuniformen bei einer Impfung zu einer positiven oder negativen Erfahrung für geflüchtete Menschen, insbesondere für traumabedingt erkrankte Menschen wird.

### **5. Mögliche Auswirkungen auf die Herstellung möglichst umfangreichen Impfschutzes bei Wahrung der Freiwilligkeit der Impfung**

Die Beantwortung der Frage nach der Wirkung des Einsatzes uniformierter Soldat\*innen auf die Herstellung eines möglichst umfangreichen Impfschutzes unter Wahrung der Freiwilligkeit der Impfung, also mit anderen Worten, eine Einschätzung ob dies Auswirkungen auf die Impfbereitschaft der Menschen in den Unterkünften haben könnte ist, wie eingangs beschrieben, komplexerer Natur und nicht mehr allein mit klinischem Erfahrungswissen über Traumafolgen zu beantworten. Für die Beantwortung der Frage gibt es zudem noch weniger belastbares, wissenschaftlich fundiertes Datenmaterial als für die Beurteilung der Auswirkungen der Konfrontation traumatisierter geflüchteter Menschen mit Uniformierten. Um trotzdem eine Antwort geben zu können, wurden erste Erfahrungen aus mehreren Unterkünften des AWO-Kreisverbands Mitte e.V. - Partnerorganisation im Berliner Netzwerk für besonders schutzbedürftige geflüchtete Menschen - in die Abwägungen mit einbezogen.

#### **5.1. Impfbereitschaft bei anderen Bevölkerungsgruppen als geflüchteten Menschen**

In einer Umfrage zur grundsätzlichen Impfbereitschaft der in Deutschland lebenden Menschen in Bezug auf das Coronavirus (SARS-CoV-2/ COVID-19) vom Februar 2021, gaben rund 57 Prozent der Befragten im Alter von 40 bis 64 Jahren an, impfbereit zu sein. Unter den Befragten in der Altersklasse ab 65 Jahren, gab es mit rund 72 Prozent die höchste Impfbereitschaft

In einer der Unterkünfte wurden die volljährigen Bewohner\*innen durch die MA der Sozialbetreuung nach ihrer Impfbereitschaft gefragt. 68 von 91 volljährigen Personen konnten erreicht werden (75% wurden also befragt). Von den 68 Befragten würden sich aktuell 22 Personen impfen lassen wobei 46 Personen eine Impfung ablehnen. (32 Prozent impfen, 68 Prozent keine Impfbereitschaft).

Nach Herkunftsländern verteilt ergibt sich folgendes Bild:

Herkunft	Ja	Nein
Afghanistan	8	4
Guinea	2	2
Irak	3	8
Iran	3	
Libyen	1	
Mali	1	
Nigeria	1	
Russland (Tschetschenien)	2	6
Syrien	1	5
unbekannt		1
Armenier		2
Angola		1
Ägypten		1
Ghana		1
Gambia		1
Marokko		1
Moldau		5
Serbien		1
Somalia		1
Türkei		2
Turkmenistan		1
China		1
GESAMT	22	46

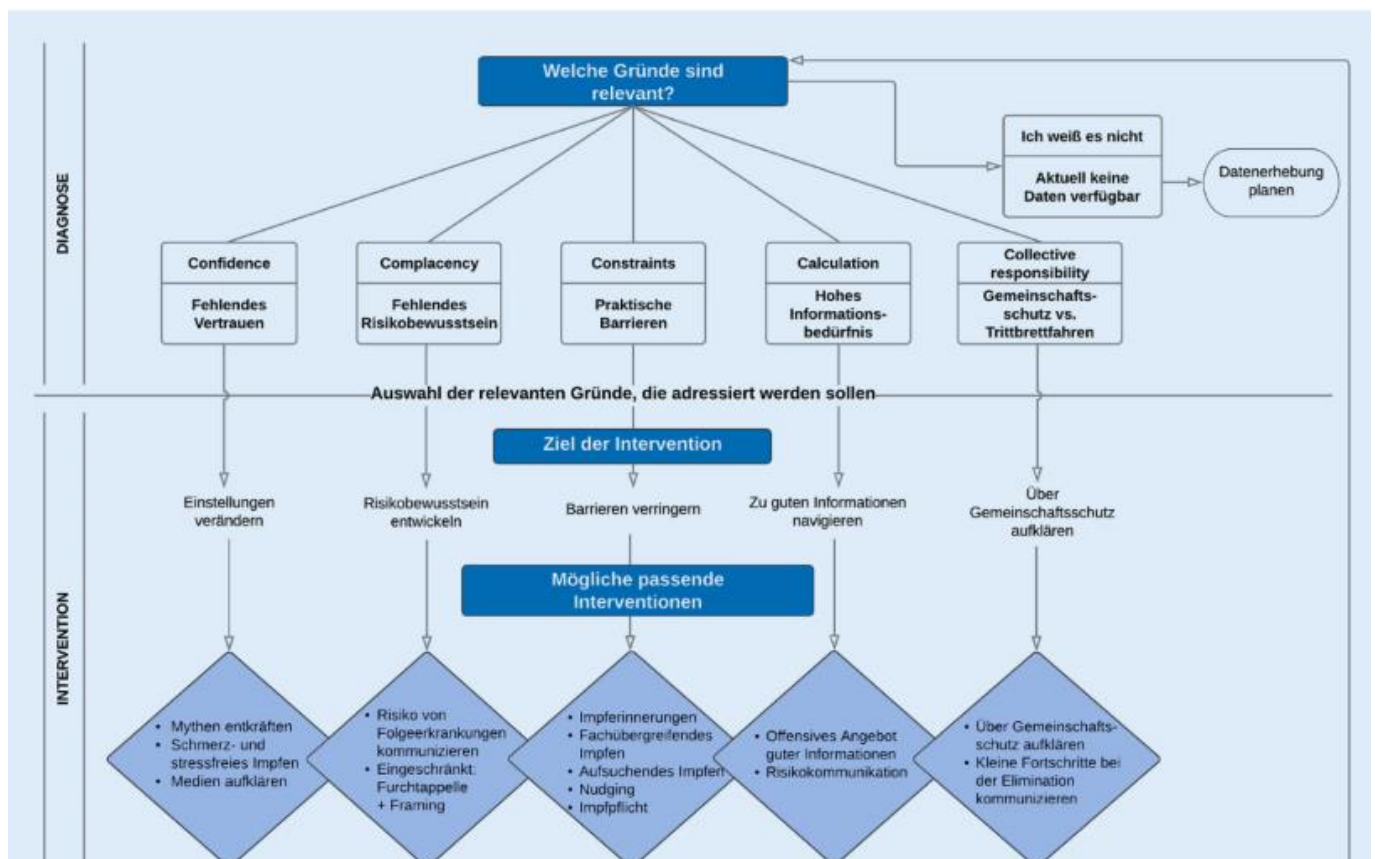
Der Vergleich zwischen der Impfbereitschaft der Bevölkerung ohne Fluchterfahrung - 57 Prozent (Altersklasse 40 - 64) und 72 Prozent (Altersklasse ab 65) - und etwa 30 Prozent bei geflüchteten Menschen zeigt einen bemerkenswert signifikanten Unterschied. Das Ergebnis ist sicherlich nicht repräsentativ, es wurde nur eine geringe Anzahl der geflüchteten Menschen in Gemeinschaftsunterkünften befragt. Auch ist nicht klar, in welchem Kontext und in welcher Form die Befragung erfolgte. Einen weiteren Einfluss auf die geringe Quote der Impfstimmungen unter den Befragten, könnten eventuell auch bedingt sein durch medial und politisch variierende Debatten zu Risiken und Schutzwirkungen der verschiedenen Impfstoffe

Allerdings gibt es keine anderen vergleichbaren Daten. Daher können sie zumindest einen ersten Eindruck vermitteln und zeigen auf, dass es offenbar große Vorbehalte und Unsicherheiten unter den Bewohner\*innen der Unterkünfte gegenüber der Impfung gibt. Diese Unterschiede lassen sich mit der hohen Prävalenz für Traumafolgeerkrankungen jedoch nicht hinreichend erklären.



## 5.2. Determinanten hoher Impfbereitschaft

R. Böhm et.al. 2019 untersuchten in einer Studie unter dem Titel „Impfverhalten psychologisch erklären, messen und verändern“ die Determinanten hoher bzw. niedriger Impfbereitschaft, um gemeinsame Eliminationsziele sowie optimalen individuellen Schutz zu erreichen. Sie präsentierten das sog. 5C-Modell, welches fünf wesentliche psychologische Gründe (Antezedenzen) der Impfentscheidung beschreibt: Confidence (Vertrauen), Complacency (Risikowahrnehmung), Constraints (Barrieren in der Ausführung), Calculation (Ausmaß der Informationssuche) und Collective Responsibility (Verantwortungsgefühl für die Gemeinschaft). Die Studie zeigt auf, wie diese Gründe, die zu einer Impfung oder Nichtimpfung führen können, auf individueller Ebene gemessen werden und darauf basierend Interventionen entwickelt und evaluiert werden können, welche die Entscheidung maßgeblich beeinflussen können.



Die Grafik macht deutlich, dass die differenzierte Betrachtung möglicher Impfbereitschaft bzw. Impfskepsis keine triviale Angelegenheit ist und eine multifaktorielle Analyse erfordert, aus der dann mehrere Möglichkeiten der Verbesserung der Impfbereitschaft abgeleitet werden können.

„**Confidence (Vertrauen)**“ beschreibt das Ausmaß an Vertrauen in die Effektivität und Sicherheit von Impfungen, das Gesundheitssystem und die Motive der Entscheidungsträger. Höhere Confidence-Werte gehen mit einer positiven Impfeinstellung und besserem Wissen über Impfungen sowie einer höheren Impfbereitschaft einher. Personen mit hohen Confidence-Werten neigen weniger zu verschwörungstheoretischem Denken (tendieren also generell weniger dazu, die Geschehnisse der Welt mit Verschwörungen zu erklären), vertrauen Gesundheitsorganisationen eher und sehen einen höheren generellen Nutzen von Medikamenten.

**Complacency (Risikowahrnehmung)** beschreibt die Wahrnehmung von Krankheitsrisiken und, ob Impfungen als notwendig angesehen werden. Complacency beschreibt das individuell wahrgenommene Krankheitsrisiko, d.h. inwieweit man sich verwundbar fühlt und Impfungen als notwendig ansieht. Höhere Complacency-Werte gehen mit einer geringeren Impfbereitschaft einher. Zudem neigen Personen mit hohen Complacency-Werten eher zu Risikoverhalten (da sie nur ein geringes Risiko wahrnehmen) und achten weniger auf mögliche zukünftige Konsequenzen ihres Verhaltens.

**Constraints (Barrieren in der Ausführung, auch: Convenience)** beschreibt das Ausmaß individuell wahrgenommener struktureller Hürden im Alltag wie Stress, Zeitnot oder finanziellen Aufwand und, ob Impfungen als wichtig genug angesehen werden, diese Barrieren zu überwinden. Hohe Constraints-Werte sind mit einer geringeren Wahrnehmung der individuellen Verhaltenskontrolle und Selbstwirksamkeit verbunden. Das Individuum hat also den Eindruck, nicht die nötigen Kompetenzen zu besitzen, um das Verhalten (Impfen) umzusetzen. Zudem geben Personen mit hohen Constraints-Werten eher an, einen schlechten Zugang zur Gesundheitsversorgung zu haben.

**Calculation (Berechnung)** erfasst das Ausmaß aktiver Informationssuche und bewusster Evaluation von Nutzen und Risiken von Impfungen. Calculation drückt den individuellen Grad der aktiven Informationssuche aus. Diese Abwägung erfolgt bewusst; es werden viele Informationsquellen aufgesucht. Personen mit hohen Calculation-Werten haben mehr Falschwissen und eine geringere Impfbereitschaft. Das starke Bedürfnis nach Informationen und Abwägung geht jedoch nicht mit einem besseren Zahlenverständnis einher. Diese Fähigkeit ist jedoch wichtig, um Befunde zu verstehen bzw. mit den gesuchten Informationen gut umgehen zu können. Folglich kann es hierdurch zur Fehleinschätzung von Risiken kommen.

**Collective Responsibility (Verantwortungsgefühl für die Gemeinschaft)** beschreibt das Ausmaß prosozialer Motivation, durch die eigene Impfung zur Reduzierung der Krankheitsübertragung beizutragen und damit andere indirekt zu schützen. Folge einer geringen Ausprägung von Collective Responsibility ist das „Trittbrettfahren“: Wenn andere ausreichenden Schutz herstellen, kann man als Nutznießer den indirekten Schutz genießen, ohne selbst zum Gemeinschaftsschutz (auch: Herdenimmunität) beizutragen. Eine hoch ausgeprägte Collective Responsibility geht mit höherer Empathie und tendenziell höheren Kollektivismuswerten einher, also der Wahrnehmung, Teil einer Gruppe zu sein, deren Mitglieder sich umeinander kümmern und sich gegenseitig unterstützen.“

### 5.3. Mögliche Erklärungen für Unterschiede bei der Impfbereitschaft geflüchteter Menschen

Die dargestellte Faktorenanalyse des 5 C Modells, das an der Bevölkerung ohne Fluchterfahrung orientiert ist, lässt unseres Erachtens eine Übertragung auf die Einschätzung der Impfbereitschaft geflüchteter Menschen zu und gibt Hinweise für die Unterschiede zwischen der Bevölkerung ohne Fluchterfahrung und geflüchteten Menschen.

In Bezug auf **Confidence (Vertrauen)** in die Effektivität und Sicherheit von Impfungen sowie das Gesundheitssystem, genießt die Gesundheitsversorgung in der Bundesrepublik allgemein hohes internationales Ansehen und sicher eher einen Vertrauensvorschluss bei geflüchteten Menschen. Da geflüchtete Menschen jedoch häufig vom gesellschaftlichen Diskurs der übrigen Bevölkerung zum Thema Impfungen abgeschnitten sind, mag das nicht mit besserem Wissen über Impfungen korrelieren. Da die Mehrheit der geflüchteten Menschen in der Regel über lange Zeit ausschließlich auf muttersprachliche Medien angewiesen ist und eher aus ihren Heimatländern Informationen beziehen, von denen nicht bekannt ist, ob sie das aktuell vorhandene Wissen zum Thema

„Impfungen“ widergeben, haben sie damit möglicherweise auch eine eingeschränktere Datenlage zur Verfügung, auf Grundlage derer sie sich eine Meinung bilden können. Die eingeschränkte Verfügbarkeit von Informationen und der Bezug von Informationen aus einem anderen Kontext führt möglicherweise zu einem verbreiteteren Ausmaß an Misstrauen und Skepsis. Außerdem mag je nach Herkunftsland das generelle Vertrauen in Gesundheitsorganisationen und der Glaube an den höheren generellen Nutzen von Medikamenten und westlicher Medizin von kulturell geprägten, anderen Krankheitsvorstellungen dominiert sein. In diesem Bereich spielt natürlich auch die generelle Fähigkeit zu Vertrauen, bzw. ein krankheitsbedingtes generalisiertes Misstrauen gegenüber allen sozialen Bezügen und insbesondere politischen Strukturen, eine große Rolle. Ein Mensch, der in seiner Heimat durch Krieg oder politische Verfolgung traumatisiert wurde, wird dies auch zunächst auf die Gesellschaft des Gastlandes übertragen.

Im Bereich **Complacency (Risikowahrnehmung)**, also die Wahrnehmung von Krankheitsrisiken und, ob Impfungen als notwendig angesehen werden oder eben nicht, befinden sich geflüchtete Menschen in einer besonderen Situation. Auch hier sind sprachliche Barrieren und die bisweilen weitgehende Isolation vom öffentlichen Diskurs über Gesundheitsvorsorge und Impfungen der Hauptgrund dafür, dass geflüchtete Menschen in Bezug auf das eigene Krankheitsrisiko weitgehend nur auf die eigene Wahrnehmung angewiesen sind. Nun sind in ihrer unmittelbaren Umgebung weniger Menschen aus den typischen Risikogruppen zu finden und damit die Wahrscheinlichkeit, einen schweren Verlauf der Corona-Infektion aus nächster Nähe zu erleben, sehr viel geringer als für den Bevölkerungsdurchschnitt. Der Anteil von Menschen höheren Alters und mit Vorerkrankungen dürfte unter den Bewohner\*innen von Unterkünften deutlich niedriger sein, als im Bevölkerungsdurchschnitt. Wenn also nicht durch Zufall im familiären Umfeld, hier oder im Herkunftsland, ein schwerer Verlauf von COVID-19 berichtet wird und ansonsten nur weniger schwere Verläufe im unmittelbaren Umfeld vorkommen, dann ist das individuell wahrgenommene Krankheitsrisiko, d.h. inwieweit man sich verwundbar fühlt und Impfungen als notwendig ansieht, naturgemäß geringer. Damit sinkt zum einen die Impfbereitschaft und zum anderen steigt das eigene Risikoverhalten. In gleichem Maße sinkt die Achtsamkeit für mögliche zukünftige Konsequenzen des eigenen Verhaltens. In diesem Dilemma zwischen eigener Wahrnehmung und offizieller Gefahreinschätzung befindet sich ja auch die restliche Bevölkerung. Entsprechend der tagesaktuellen Zahlen der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, dem sogenannten Corona-Lagebericht des Landesamtes für Gesundheit und Soziales, gibt es in den Altersgruppen zwischen 0 und 39 bei 69.085 Positivtestungen seit Beginn der Pandemie insgesamt 6 schwere Verläufe mit Todesfolge. Eine Gefahreinschätzung auf Basis der individuellen Wahrnehmung ohne Berücksichtigung der Expertise der Epidemiolog\*innen und der darauf resultierenden Beschreibungen der Situation in Altenpflegeheimen oder Intensivstationen von Krankenhäusern, müsste ebenfalls zu einer eher geringeren Risikoeinschätzung in dieser Altersgruppe führen. Hier kommt die Wirkung gezielter Informationen zum Tragen. Jedoch gehen Aufklärungs- und Informationsanstrengungen zumeist an geflüchteten Menschen weitestgehend vorbei.

**Constraints (Barrieren in der Ausführung)** für geflüchtete Menschen liegen auf der Hand. Die Zugangsbarrieren zu Gesundheitsdienstleistungen im Allgemeinen sind objektiv vorhanden und liegen in den bereits beschriebenen Sprach- und Kulturbarrieren. Zeitnot ist dabei eher von untergeordneter Bedeutung. Wohl aber hat der Aufwand eine Bedeutung, der mit der Überwindung individueller Hürden im Alltag verbunden ist. Die Mobilität in der Stadt setzt eine gewisse Souveränität im Umgang mit dem großstädtischen Leben voraus, dazu gehört u.a. die Orientierungsfähigkeit in einer fremden Umgebung. Für Termine mit Behörden oder Dienstleistern existiert das Sprachproblem und damit die eigentliche Herausforderung, für die notwendige Sprachmittlung in

der Regel selbst sorgen zu müssen. Die allgemein hohe emotionale Belastung in der ersten Zeit der Ankunft in Deutschland, die aus einem enorm hohen Erwartungs- und Anpassungsdruck resultiert, und ein vorherrschendes Gefühl geringer Selbstwirksamkeit tragen ein Übriges dazu bei, dass das Aufsuchen von Angeboten der Gesundheitsversorgung selbst als mit hohen Hürden und zusätzlichem Stress verbunden empfunden wird. Vor allem bei zusätzlich vorhandenen psychischen Erkrankungen dürften viele Impfwillige in Bezug auf Impfungen eher den Eindruck haben, nicht die nötigen Kompetenzen zu besitzen, um das Vorhaben selbständig umzusetzen. Die subjektiv empfundenen Hürden gehen oft so weit, dass selbst notwendige Arzttermine zur Selbstfürsorge unterbleiben oder aufgeschoben werden, bis kein Aufschub mehr möglich erscheint. Für einige dürften aber auch schlechte Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung im Herkunftsland eine psychische Barriere darstellen, den Kontakt zu suchen. Für viele geflüchtete Menschen ist ein weitgehend kostenloses und trotzdem hoch entwickeltes Gesundheitssystem unbekannt und kann nicht mit eigenem Erfahrungshintergrund besetzt werden. Die Unsicherheit, wie eine kostenlose Leistung zu bewerten sei, die im Herkunftsland kaum erschwinglich ist, bringt viele in einen moralischen Zwiespalt, der es schwermacht, die Leistung anzunehmen.

**Calculation (Berechnung)** dürfte bei geflüchteten Menschen weniger von Bedeutung sein als bei der restlichen Bevölkerung. Der aktiven Informationssuche und bewussten Evaluation von Nutzen und Risiken von Impfungen sind die beschriebenen Grenzen gesetzt.

**Collective Responsibility (Verantwortungsgefühl für die Gemeinschaft)** ist bei geflüchteten Menschen in hohem Maße vorhanden. Es dürfte auch hier mehr an der Information fehlen, dass der Selbstschutz nicht ausreichend ist, um das Infektionsgeschehen nachhaltig zurückzudrängen, zumal die wenigsten geflüchteten Menschen Kontakte zu Risikogruppen haben. Die Wahrnehmung, Teil einer Gruppe zu sein, deren Mitglieder sich umeinander kümmern und sich gegenseitig unterstützen dürfte sich auf den engsten Kreis der eigenen Familie beschränken, sofern die Betroffenen im Familienverbund nach Deutschland gekommen sind. Ein Gefühl, Teil der Aufnahmegesellschaft zu sein, stellt sich erst nach längerer Zeit ein, zumal geflüchtete Menschen in der Ankunftsphase durchaus regelmäßig Erfahrungen von Ausgrenzung, Diskriminierung und Abweisung machen müssen, welches die möglicherweise anfängliche Euphorie der Aussicht auf einen Neuanfang und den Start in ein besseres Leben schwer beschädigt und nicht selten in existentielle Identitäts- und Selbstwertkrisen führt.

#### 5.4. Förderung der Impfbereitschaft bei geflüchteten Menschen

Aus den vorangegangenen Überlegungen zu den relevanten Einflussfaktoren auf die Impfbereitschaft von geflüchteten Menschen können Interventionen abgeleitet werden, die eine Impfbereitschaft verbessern.

Hier stehen analog der bereits erwähnten Studie an erster Stelle Interventionen, die darauf abzielen, **fehlendes Vertrauen zu adressieren und dieses in positivem Sinne zu verändern**. Die Autor\*innen schlagen Maßnahmen vor, die auch auf die Situation von geflüchteten Menschen sinnvollerweise anwendbar sind:

- Mythen entkräften
- Schmerz- und stressfreie Impfungen

Um Mythen zu entkräften braucht es eine **Aufklärung in der Muttersprache** der geflüchteten Menschen und erhebliche Anstrengungen, die Informationen an die Menschen heranzubringen, da Informationen die Zielgruppe aufgrund der Sprachbarriere nicht ausreichend erreichen. Der enorme Aufklärungsvorsprung der restlichen Bevölkerung gegenüber geflüchteten Menschen

zeichnet sich unmittelbar in höherer Impfbereitschaft ab. Dass ein zusätzlicher Aufwand in diese Richtung lohnenswert ist, ist evident. Hierbei ist es erforderlich, nicht nur **Printmedien** zu verteilen, sondern auch die **kreative Nutzung neuer Medien** strategisch einzubinden und hierzu möglicherweise auch **muttersprachliche Medienanbieter zur Mitwirkung zu bewegen**.

Um schmerz- und stressfreie Impfungen zu gewährleisten kommen verschiedene Maßnahmen in Frage, die zum Teil bereits beschrieben worden sind. Die **Einbindung von traumasinformiertem und muttersprachlichem Personal sowie Sprachmittler\*innen** sollte Regel und nicht nur im Ausnahmefall sein. Das mag in einzelnen Unterkünften eine größere Herausforderung darstellen, da viele Sprachen zu bedienen wären und es müsste über die Machbarkeit einer Impfplanung nachgedacht werden, die **bestimmte Herkunftsländer und Sprachen in Clustern zusammenfasst** und die Impfung auf diese Weise gut durchdacht zeitlich strukturiert. Das erfordert einige Anstrengungen, **viel Umsicht und Achtsamkeit in der Vorbereitung der Impfmaßnahme**.

Hierbei ist anzumerken, dass die Einbindung von Uniformierten bei der Impfung natürlich den gegenteiligen Effekt erzeugt, zumindest für die Gruppe der Menschen, die durch die direkte oder indirekte Beteiligung von Militär traumatische Erfahrungen hat machen müssen und an den Folgen psychisch erkrankt ist. Sie werden - wie bereits an anderer Stelle beschrieben - mit Stressreaktionen in verschiedener Intensität auf die Konfrontation mit Uniformierten reagieren. Im Sinne der Vertrauensbildung ist diese **Maßnahme also grundsätzlich kontraindiziert**. Sollte die Beteiligung von Bundeswehrsoldaten in Flecktarnanzügen dennoch unumgänglich sein, dann schaffen **Transparenz und lückenlose Aufklärung über diesen Einsatz** im Vorfeld der Impfung Vertrauen. Hierbei ist darauf hinzuweisen, dass ein wichtiges Merkmal der traumatischen Situation durch die unvorbereitete, als lebensbedrohlich empfundene Konfrontation mit einem Aggressor, in einer Situation von Ausweglosigkeit, Hilflosigkeit und Überwältigung charakterisiert ist. Alle direkten oder indirekten Anklänge an diese Situation sind unter allen Umständen zu vermeiden. Jede Form von Druck, Manipulation, mittelbarem oder gar unmittelbarem Zwang können zu einer Reaktualisierung oder zur weiteren Chronifizierung der psychischen Störung beitragen oder sogar zu einer psychischen Dekompensation führen und stellen somit eine konkrete Gefahr für die Gesundheit der Betroffenen dar. Dies kann durch die vollkommene Wahrung der Freiwilligkeit und eine traumasensible Vorgehensweise bei der Impfung weitgehend vermieden werden.

Eine weitere wichtige Intervention zielt auf den Abbau von Barrieren. Hier ist die **aufsuchende Impfung** tatsächlich eine der besten Möglichkeiten, die ansonsten bei vielen geflüchteten Menschen als unüberwindlich wahrgenommenen Zugangsbarrieren zu Gesundheitsdienstleistungen im Allgemeinen und zu Impfungen im Besonderen aus dem Weg zu räumen. Vor allem bei der Reduktion der allgemeinen Belastbarkeit durch zusätzlich vorhandene psychische Erkrankungen dürfte die Möglichkeit des vereinfachten Zugangs die entscheidende Unterstützung für viele Impfwillige sein, von einem Angebot Gebrauch zu machen.

## 6. Beantwortung der Fragestellung

**Teilfrage a., inwieweit haben Bundeswehrsoldaten entweder in Flecktarnuniformen oder mit darüber zu tragendem medizinischen Kittel als Begleitung der Impfteams in den Einrichtungen bestimmte Wirkungen auf die dort lebenden Menschen und welchen Einfluss könnte dies auf traumatisierte Menschen haben?**

75 Prozent der in Deutschland ankommenden geflüchteten Menschen haben traumatische Gewalterfahrungen vor und in Zusammenhang mit der Flucht erlebt. Zwischen 16 und 40 Prozent

der Asylbewerber\*innen in den Unterkünften haben traumabedingte psychische Erkrankungen. Über 60 Prozent der traumatischen Erfahrungen stehen in Zusammenhang mit „Kriegserlebnissen“ und 40 Prozent mit „Angriffen durch Militär“. Auch bei den Stressoren „Folter und Zeugeschaft von Folter“, „sexueller Angriff und Vergewaltigung“ sowie „bei allen Arten von Haft“ kam es zumindest für einen Teil der Erkrankten zu einer direkten Konfrontation mit Uniformierten. Für einen nicht unerheblichen Teil der Menschen in den Unterkünften werden traumatische Nachhallerinnerungen oder Flashbacks durch die Konfrontation mit Personen ausgelöst, mit denen das traumatische Ereignis in Verbindung gebracht wird, da es ausreichend ist, wenn nur eine symbolische Ähnlichkeit der Personen besteht, bspw. wenn die Person in der Umgebung eine Uniform trägt und die Person, die für das traumatische Geschehen verantwortlich war, auch eine Uniform trug. Werden zum Zeitpunkt der Impfung traumatische Erinnerungen getriggert, haben Betroffene das Gefühl, als würde das traumatische Ereignis (oder zumindest ein bestimmter Aspekt davon) in der Gegenwart wieder passieren. Die Reaktionen können von leichtem Stresserleben oder kurzen Angstimpulsen bis zur völligen Überflutung mit überwältigenden Gefühlen, Bildern, Geräuschen, Gerüchen, Körperempfindungen und einem innerlichen Abschalten (Dissoziieren) gehen. Dies kann im Einzelfall sehr stark variiert, abhängig vom individuellen traumatischen Erleben der Person und ist nur bei Kenntnis der individuellen Geschichte zu prognostizieren. Entscheidend für die Frage, inwiefern dies zu einer retraumatisierenden Erfahrung für die Betroffenen wird und damit die Zumutbarkeitsgrenze überschreitet oder für alle Beteiligten kontrollierbar bleibt, ist hochgradig abhängig von situativen Bedingungen und guter Vorbereitung. Es wird vorausgesetzt, dass bei der vorbereitenden Gestaltung eines weitgehend stressfreien Impfvorganges einiges Mühewalten an den Tag gelegt wird. Dazu gehört die ausreichende Information in der Muttersprache der Impfbereiten über die Anwesenheit von Uniformierten bei der Impfung und deren Funktion im Impfprozess. Entscheidend ist weiterhin, dass die Impfung unter allen Umständen freiwillig bleibt, also zu jedem Zeitpunkt, an dem eine emotionale Überforderung der/des zu Impfenden erkennbar wird, abgebrochen werden kann, ohne dass der/dem Betroffenen dadurch Nachteile entstehen, angedroht werden oder in anderer Weise Druck ausgeübt wird. Es ist weiterhin entscheidend, ob Ängste, Unannehmlichkeiten oder auch allgemeine Fragen grundsätzlich thematisiert und situativ beantwortet werden können. Dies wiederum kann durch die Anwesenheit von traumainformiertem, muttersprachlichem Personal bzw. Sprachmittler\*innen ermöglicht oder erleichtert werden. Für den seltenen Fall einer psychischen Dekompensation sind selbstverständlich entsprechende Notfallmaßnahmen vorzusehen.

**Beantwortung der Teilfragen b., nach der Wirkung auf die Herstellung eines möglichst umfangreichen Impfschutzes unter Wahrung der Freiwilligkeit der Impfung, beim Einsatz von Bundeswehrsoldaten in Flecktarnuniformen.**

Grundsätzlich muss festgestellt werden, dass der Einsatz von Soldaten in Uniform für einen nicht zu vernachlässigenden Anteil traumabedingt erkrankter geflüchteter Menschen in den Einrichtungen einer stressfreien Impfung entgegensteht. Damit wird die mutmaßlich ohnehin schon eher geringe Impfbereitschaft naturgemäß weiter reduziert. Aus klinischer Sicht und in Hinblick darauf, dass möglichst viele potentiell impfwillige Bewohner\*innen der Unterkünfte das Impfangebot annehmen ist einzufordern, dass nur zivil gekleidete oder im gemeinhin dem Gesundheitspersonal zugeordneter Dienstbekleidung (medizinischer Kittel) an der Impfung beteiligt werden.

Wenn dies allerdings nicht möglich sein sollte und damit ein aufsuchendes Impfangebot nicht oder nicht zum jetzigen Zeitpunkt durchgeführt werden könnte, so ist eine Abwägung zu treffen. Der Vorteil, mit dem aufsuchenden Angebot auch eine entscheidende Barriere zur Annahme des

Impfangebots für viele Impfwillige aus dem Weg zu räumen, die ansonsten den Zugang zu Impfzentren für sich nicht organisieren könnten, wäre gegenüber dem Nachteil (weiter) vermindelter Teilnahmebereitschaft abzuwägen. Hier sind aber erste Erfahrungen bei Unterkünften in Vollquarantäne anzuführen, bei denen Bundeswehrsoldat\*innen bereits begleitend im Einsatz waren um bei allen Bewohner\*innen Abstriche abzunehmen. In diesem Zuge wurden Maßnahmen gefunden, dies zwar mit deutlich spürbaren Irritationen und Anzeichen von Stress bei vielen Bewohner\*innen, aber ohne außergewöhnliche Zwischenfälle oder Notfallsituationen durchzuführen. Hier empfehlen wir diese, bereits erfolgreich durchgeführten, Maßnahmen u.a. des Kreisverbands AWO-Mitte e.V. hinsichtlich unterstützender und hilfreicher Interventionen zu evaluieren. Einige mögliche Vorschläge zur Stressvermeidung und Stressbewältigung für den Fall des unumgänglichen Einsatzes von uniformierten Bundeswehrsoldaten wurden bereits an anderer Stelle genannt.

Bezüglich der Frage, ob ein medizinischer Kittel über einer Flecktarnuniform getragen positiven oder negativen Einfluss auf die Impfbereitschaft traumabedingt erkrankter geflüchteter Menschen hat, kann hier nur spekuliert werden. Erfahrungen damit konnten bisher nicht gemacht werden. Es kann aber mit einiger Sicherheit angenommen werden, dass eine ungeschickte, unkommentierte Camouflage bei Menschen mit traumabedingt generalisiertem Misstrauen mehr Aufmerksamkeit und damit mehr Misstrauen erweckt als die offensiv vertretene aber transparent und überzeugend erklärte Einsatzstrategie mit Uniform. Dies gut vorzubereiten und zu kommunizieren gehört damit zu den notwendigen und unerlässlichen Vorbereitung der Impfung unabhängig von der schließlich verfolgten Strategie.

Generell ist daher zu empfehlen, sollte militärisches Personal eingesetzt werden, zum einen auf den Einsatz von Uniformen zu verzichten und zum anderen, auf medizinisch geschultes Personal der Bundeswehr mit Expertise im Zusammenhang mit PTBS zurückzugreifen. Hier verfügt die Bundeswehr über einen entsprechenden Erfahrungsschatz.

## 7. Abschließende Empfehlungen

- Unbedingte Wahrung der Freiwilligkeit
- Nach Möglichkeit Verzicht auf den Einsatz von Flecktarnuniformen oder mit Abdeckung der Uniform mit medizinischen Kitteln
- Aufsuchende Impfangebote unbedingt priorisieren
- Hilfsweise umfassende Aufklärung über die Beteiligung von Uniformierten und ihrer Funktion bei der Impfung in der Muttersprache der Betroffenen
- Anwesenheit von muttersprachlichem Personal oder Sprachmittler\*innen
- Anwesenheit von traumainformierten Mitarbeiter\*innen in den Unterkünften, hilfsweise zumindest persönlich bekannten Unterkunftsmitarbeiter\*innen
- Gestaltung einer stressfreien Impfsituation, die sensibel auf die möglichen emotionalen Reaktionen eingehen kann
- Impfangebote für impfbereite geflüchtete Menschen, die trotz der genannten Vorkehrungen an dieser Vor-Ort-Impfung in den Unterkünften nicht teilnehmen möchten oder können, z.B. bei eine\*r muttersprachlichen Ärzt\*in oder eine\*r Ärzt\*in des Vertrauens einschließlich eines Begleitangebots durch Sprachmittler\*innen.
- Intensive Anstrengungen zur Aufklärung und Information über alle wichtigen Aspekte der Impfung und der Impfstrategie im Vorfeld der Impfung in der Muttersprache der geflüchteten Menschen

- Kreative Gestaltung der Informationsverbreitung mit neuen Medien und Intensivierung der Informationsverbreitung unter Einbindung muttersprachlichen Medienbetreiber

Gez.

**Dr. med.Christiane Kieslich**

FA für Psychiatrie und Psychotherapie

Mitglied des Vorstandes der Zentrum Überleben gGmbH

**Dietrich Koch**

Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut

Leitung XENION Psychotherapeutische Beratungsstelle für politisch Verfolgte

Dr./Univ. Triest, **MPH Lucina Degano Kieser**

Ärztin f. Psychiatrie, systemische Therapie (SG)



### Literaturverzeichnis und Quellennachweis:

WIdO-monitor 2018; 15(1):1–20: · Herausgeber: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), AOK-Bundesverband, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin; Verlag: KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Berlin; September 2018

Bozorgmehr, K., Mohsenpour, A., Saure, D., Stock, C., Loerbroks, A., Joos, S. & Schneider, C. (2016a). Systematische Übersicht und „Mapping“ empirischer Studien des Gesundheitszustands und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990 - 2014). Bundesgesundheitsblatt, 2016, 59, 599-562.

Kröger, C., Frantz, I., Friel, P. & Heinrichs, N. (2016). Posttraumatische und depressive Symptomatik bei Asylsuchenden. Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, 66, 377-384.

U. Gäbel, F. Neuner, M. Ruf, M. Schauer, M. Odenwald: Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie (2006), 35, pp. 12-20. <https://doi.org/10.1026/1616-3443.35.1.12>. © 2006 Hogrefe Verlag Göttingen.

Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM) <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2015/block-f40-f48.htm>  
<https://www.icd-code.de/icd/code/F62.0.html>

Radtke R.: Umfrage zur Corona-Impfbereitschaft in Deutschland nach Altersgruppen, 2021; <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1197243/umfrage/umfrage-zur-corona-impfbereitschaft-in-deutschland-nach-alter/>

AWO-Kreisverband Mitte e.V.: Ad hoc Umfrage zur Impfbereitschaft in einem Wohnheim für Geflüchtete; 2021; unveröffentlichtes Manuskript

C. Betsch, R. Böhm, S. Eitze, P. Schmid, D. Heinemeier, L. Korn, N. K. Küpke, L. Steinmeyer: Impfverhalten psychologisch erklären, messen und verändern in: Bundesgesundheitsblatt 2019 · 62: 400–409, Online publiziert: 25. Februar 2019, Springer-Verlag GmbH Deutschland  
<https://doi.org/10.1007/s00103-019-02900-6>

Corona Lagebericht des Landesamtes für Gesundheit und Soziales der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Stand 24.03.2021:  
<https://www.berlin.de/corona/lagebericht/>

<https://www.bundeswehr.de/de/betreuung-fuersorge/ptbs-hilfe/trauma-ptbs>