

**Aus dem Institut für Allgemeinmedizin
der Universität zu Lübeck
Direktor: Prof. Dr. med. Jost Steinhäuser**

**Medizinische Versorgung von Geflüchteten –
Ein mixed-methods Ansatz**

Inauguraldissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Universität zu Lübeck
– Aus der Sektion Medizin –

vorgelegt von Karolin Hahn
aus Sangerhausen

Lübeck 2021

1. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Jost Steinhäuser

2. Berichterstatterin: Prof. Dr. phil. Anne Rahn

Tag der mündlichen Prüfung: 17.06.2022

Zum Druck genehmigt. Lübeck, den 17.06.2022

Promotionskommission der Sektion Medizin

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung und Fragestellungen.....	8
1.1. Hintergrund – die Rollende Arztpraxis.....	8
1.2. Literaturreview – Qualitätsindikatoren.....	10
1.3. Qualitativer Arbeitsschwerpunkt.....	11
1.4. Quantitativer Arbeitsschwerpunkt	12
1.5. Zielsetzungen	14
2. Material und Methoden	15
2.1. Literaturreview – Qualitätsindikatoren.....	15
2.1.1. Ermittlung relevanter Studien.....	15
2.1.2. Suchstrategien.....	16
2.1.3. Einschlusskriterien.....	16
2.2. Qualitativer Arbeitsschwerpunkt.....	17
2.2.1. Studiendesign	17
2.2.2. Leitfaden.....	17
2.2.3. Teilnehmer und Rekrutierung.....	18
2.2.4. Datenerhebung und -auswertung.....	18
2.3. Quantitativer Arbeitsschwerpunkt	19
2.3.1. Übersetzung EUROPEP-Fragebogen.....	19
2.3.2. Teilnehmer und Rekrutierung.....	20
2.3.3. Beschreibung der Instrumente	21
2.3.4. Datenerhebung und -auswertung.....	22
3. Ergebnisse.....	24
3.1. Literaturreview – Qualitätsindikatoren.....	24
3.1.1. Deskriptive Beschreibung	25
3.1.2. Sexuelle und reproduktive Gesundheit	26
3.1.3. Gesundheitsversorgung.....	28
3.1.4. Gesundheitszustand	29
3.2. Qualitativer Arbeitsschwerpunkt.....	29
3.2.1. Fokusgruppen, Interviews.....	29
3.2.2. Soziodemographie der Fokusgruppenteilnehmer und Interviewten.....	30
3.2.3. Hauptkategorien und Unterkategorien Schwerpunkt „Medizinische Versorgung“	31
3.2.4. Ergebnisse Schwerpunkt „Rollende Arztpraxis“	36
3.3. Quantitativer Arbeitsschwerpunkt	38
3.3.1. Stichprobencharakteristika.....	38
3.3.2. Ergebnisse des EUROPEP-Fragebogens.....	39
3.3.3. Konvergente Konstruktvalidität	45

4. Diskussion	46
4.1. Literaturreview – Qualitätsindikatoren	48
4.2. Qualitativer Arbeitsschwerpunkt.....	51
4.3. Quantitativer Arbeitsschwerpunkt	53
5. Zusammenfassung	56
6. Literaturverzeichnis.....	57
7. Anhänge	65
Anhang 1. Leitfäden Fokusgruppen / Interviews	65
Anhang 2. Ergebnisse Qualitätsindikatoren	68
Anhang 3. Hauptkategorien mit Codes und Ankerziten	74
Anhang 4. EUROPEP-Fragebogen	82
Anhang 5. ZAP-Fragebogen.....	84
Anhang 6. EQ5-D	87
Anhang 7. Ethikvotum	88
8. Danksagungen.....	89
9. Lebenslauf	90
10. Publikationsverzeichnis.....	91

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Übersicht der identifizierten Indikatoren mit Quellen	26
Tabelle 2	Verteilung nach Qualitätsdimensionen	26
Tabelle 3	Verteilung nach Qualitätsdimensionen	28
Tabelle 4	Verteilung nach Qualitätsdimensionen	29
Tabelle 5	Soziodemographie der Fokusgruppenteilnehmer	30
Tabelle 6	Soziodemographie der Interviewten	30
Tabelle 7	Hauptkategorien und Unterkategorien Schwerpunkt Medizinische Versorgung...	31
Tabelle 8	Stichprobencharakteristika	39
Tabelle 9	EUROPEP-Dimension: Arzt-Patienten-Beziehung und Kommunikation	40
Tabelle 10	EUROPEP-Dimension: Medizinisch-technische Versorgung.....	41
Tabelle 11	EUROPEP-Dimension: Information und Unterstützung	42
Tabelle 12	EUROPEP Dimension: Kontinuität und Kooperation	43
Tabelle 13	EUROPEP Dimension: Praxisorganisation.....	44
Tabelle 14	Indikatoren "sexuelle und reproduktive Gesundheit"	68
Tabelle 15	Indikatoren "Gesundheitsversorgung"	70
Tabelle 16	Indikatoren "Gesundheitszustand"	73
Tabelle 17	Ergebnisse Schwerpunkt „Medizinische Versorgung“	74
Tabelle 18	Ergebnisse Schwerpunkt "Rollende Arztpraxis"	80
Tabelle 19	EUROPEP – Antworthäufigkeiten	82
Tabelle 20	ZAP – Explorative Datenanalyse.....	84
Tabelle 21	ZAP – Antworthäufigkeiten.....	86
Tabelle 22	Ergebnisse EQ5D	87

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Übersicht Prozess systematisches Review	24
-------------	---	----

Hinweis: Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

Abkürzungsverzeichnis

ACHS	Australian Council on Healthcare Standards
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
ART	Antiretroviral therapy
ARV	Antiretrovirals
AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
AWO	Arbeiterwohlfahrt
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BEmOC	Basic Emergency Obstetric Care
CEmOC	Comprehensive emergency obstetric care services
CIHI	Canadian Institute for Health Information
DB	Deutsche Bahn
DW	Denise Wilfling
EmOC	Emergency obstetric care services
EPI	Expanded program on immunization
EUROPEP	European Project on Patient Evaluation of General Practice Care
EQ-5D	EuroQuol Fragebogen
FG	Fokusgruppe (Kennzeichnung Zitate qualitative Auswertung)
G	Gesundheitspersonal (Kennzeichnung Zitate qualitative Auswertung)
G-IQI	German Inpatient Quality Indicators
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
I	Interview (Kennzeichnung Zitate qualitative Auswertung)
KBV	Kassenärztlichen Bundesvereinigung
KG	Katja Götz
KH	Karolin Hahn
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
KI	Konfidenzintervall
MeSH	Medical Subject Headings

MW	Mittelwert
NCD	Noncommunicable diseases
OECD	Organisation for economic co-operation and development
PEP	Postexposure prophylaxis to prevent HIV transmission
PMTCT	Prevention of mother-to child transmission
QA Tools	RAND Health Quality of Care Assessment Tools
QOF	Quality and Outcomes Framework
RIVM	Dutch National Institute for Public Health and the Environment
RKI	Robert-Koch-Institut
RTI	Reproductive tract infections
SD	Standardabweichung
STD	Sexually transmitted diseases
STI	Sexually transmitted infection(s)
TBA	Traditional birth attendant(s)
UKSH	Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
UNHCR	Hoher Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen
V	Verwaltungsmitarbeiter (Kennzeichnung Zitate qualitative Auswertung)
VCT	Voluntary counselling and testing
WHO	Weltgesundheitsorganisation
Wonca	Weltorganisation für Allgemein- und Familienmedizin
ZAP	Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung

1. Einleitung und Fragestellungen

1.1. Hintergrund – die Rollende Arztpraxis

Im Jahr 2015 erreicht die weltweite Fluchtbewegung ihren bis dato zahlenmäßigen Höhepunkt. Vor allem durch den Krieg in Syrien, welcher den Großteil an Geflüchteten hervorbrachte, aber auch aufgrund sonstiger Konflikte, Verfolgung und Menschenrechtsverletzungen wurden in dem Jahr 65,3 Millionen Menschen weltweit aus ihrer Heimat vertrieben (UNHCR 2015). Seitdem ist diese Zahl stetig gestiegen. Ende 2020 waren 82,4 Millionen Menschen weltweit auf der Flucht (UNHCR 2020).

Ein Geflüchteter ist eine Person, die "aus der begründeten Furcht vor Verfolgung wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung sich außerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt, und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Befürchtungen nicht in Anspruch nehmen will" (Genfer Flüchtlingskommission 1951).

Die Weltorganisation für Allgemein- und Familienmedizin (WONCA) in Europa hat die besondere Herausforderung bei der Versorgung von Geflüchteten erkannt: "Refugees should have access to equitable, affordable and high-quality health care services in all Europe" (Wonca 2015). Zudem hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Bedeutung einer starken primärärztlichen Versorgung für eine bessere Gesundheit der Bevölkerung hervorgehoben. Eine starke Primärversorgung kann zum Abbau von Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung beitragen (WHO 2010, Starfield et al. 2005). Diese unterstützt die Prävention von Krankheit und Tod und kann dazu beitragen, die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern (Starfield et al. 2005).

Untersuchungen haben gezeigt, dass insbesondere Menschen mit Migrationshintergrund Nachteile beim Zugang zur Gesundheitsversorgung haben (Gil-Gonzalez et al. 2015, Suphanchaimat et al. 2015). Eine geringere Inanspruchnahme in der spezialärztlichen Versorgung, in der Medikamenteneinnahme und in der Konsultation von Therapeuten wurde unter Menschen mit Migrationshintergrund festgestellt (Klein und von dem Knesebeck 2018).

Im Folgenden umfasst der Begriff „Hausärzte“ Fachärzte für Allgemeinmedizin, hausärztlich tätige Internisten und praktische Ärzte gleichermaßen.

Hausärzte sind oft der erste Kontakt, den Geflüchtete mit dem Gesundheitssystem ihres Aufnahmelandes haben, sie spielen eine wesentliche Rolle bei der Bereitstellung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung für Geflüchtete (Cheng et al. 2015). Darüber hinaus gibt es keine Standardisierung oder Leitlinien für die Behandlung dieser vulnerablen

Gruppe, was weitere Herausforderungen für die medizinische Grundversorgung und die Hausärzte mit sich bringt.

Das Jahr 2015 markierte deshalb einen herausfordernden Höhepunkt, weil in diesem Jahr 890.000 Menschen in die Bundesrepublik Deutschland flüchteten, in keinem anderen Jahr lag diese Zahl bisher höher (BAMF 2015). Auf die Entscheidung der Bundesregierung, die Grenzen zu öffnen und somit den Schutzsuchenden Sicherheit zu bieten, folgte ein massiver Anstieg der Flüchtlingszahlen. Dies hatte zur Folge, dass sich noch intensiver als zuvor mit der Frage nach den Bedürfnissen dieser vulnerablen Gruppe beschäftigt werden musste, es mussten zum Teil sehr überstürzt Strukturen geschaffen werden, um die Geflüchteten bestmöglich unterzubringen, zu versorgen und die notwendige medizinische Versorgung sicherzustellen.

Auch Schleswig-Holstein wurde durch die Vielzahl neuer Patienten und den vorhandenen Sprachbarrieren vor Herausforderungen gestellt. Die niedergelassenen Ärzte hatten die Aufgabe, die medizinische Versorgung der Geflüchteten in ihren Sprechstundenzeiten gewährleisten zu können. Der Bedarf, für Best-Practice-Lösungen und innovative Ansätze, war daher groß. Um die medizinische Versorgung von Geflüchteten in Schleswig-Holstein zu unterstützen, wurde im Rahmen des Projektes „Integration, Organisation und Evaluation der ambulanten medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden im Kreis Herzogtum Lauenburg“ gemeinsam mit dem Projektpartner Praxisnetz Herzogtum-Lauenburg ein mobiles Versorgungskonzept („Rollende Arztpraxis“) entwickelt, welches die niedergelassenen Ärzte bei der medizinischen Versorgung von Geflüchteten unterstützen sollte (Götz et al. 2017, Hahn et al. 2017, Hahn 2018). Bei der "Rollenden Arztpraxis" handelt es sich um einen zur Allgemeinarztpraxis umgebauten Kleinbus, der eine komplette Ausstattung für die Primärversorgung enthielt. Der Bus diente 12 Monate lang der medizinischen Grundversorgung von Geflüchteten im ländlichen Schleswig-Holstein und wurde von der Damp-Stiftung gefördert. Das Vorbild dafür lieferte ein Projekt aus Niedersachsen, in welchem eine Rollende Arztpraxis in den Jahren 2013 und 2014 insbesondere ältere Menschen im ländlichen Raum im Landkreis Wolfenbüttel versorgte (Schwarze et al. 2014).

Im Zuge dieses Projektes war die primärärztliche Versorgung von Geflüchteten Gegenstand des Forschungsvorhabens. Es stellte sich die Frage, welche Bedürfnisse Geflüchtete in Bezug auf die medizinische Versorgung haben und wie diese den Bedürfnissen gerecht werden kann. Um diese Frage umfassend beantworten zu können, wurde im Rahmen des Projekts ein exploratives sequenzielles Forschungsdesign gewählt (Creswell 2015). Bei diesem mixed-

methods Ansatz folgt auf eine qualitative Erhebung eine quantitative Befragung. Daher wurde das Forschungsvorhaben in mehrere Schwerpunkte unterteilt. Dem qualitativ-quantitativen Methodenmix wurde zunächst ein systematisches Literaturreview vorangestellt, welches Qualitätsindikatoren, die sich auf die medizinische Versorgung von Geflüchteten beziehen, identifizieren sollte. Der qualitative Arbeitsschwerpunkt beinhaltet eine mehrperspektivische qualitative Erhebung zu den Bedarfen und Erfahrungen mit der medizinischen Versorgung von Geflüchteten mittels Fokusgruppen und Einzelinterviews. Darauf folgte der quantitative Arbeitsschwerpunkt, in welchem eine Befragung mittels European Project on Patient Evaluation of General Practice Care (EUROPEP)-Fragebogen zur Einschätzung der Versorgungsqualität aus Perspektive der Geflüchteten durchgeführt werden sollte.

1.2. Literaturreview – Qualitätsindikatoren

Die grundlegenden Gesundheitsbedürfnisse von Geflüchteten unterscheiden sich nicht wesentlich von denen der Bevölkerung des Aufnahmelandes. Jedoch hat diese vulnerable Gruppe mit einigen Hürden zu kämpfen, was eine qualitativ hochwertige Versorgung herausfordernder gestaltet. Konkrete Hürden sind beispielsweise der eingeschränkte Zugang zur Gesundheitsversorgung im Aufnahmeland (Bozorgmehr und Razum 2015). Weiterhin werden Sprachbarrieren als größte Hürde beschrieben, aber auch kulturelle Unterschiede, wie ein unterschiedliches Krankheitsverständnis kann die medizinische Versorgung erschweren (Bradby et al. 2015, Eckstein 2011, McMurray et al. 2014; Suphanchaimat et al. 2015). Die Gesundheitsversorgung der von einer Katastrophe betroffenen Menschen in Flüchtlingslagern bringt weitere Schwierigkeiten mit sich. In humanitären Krisen müssen zunächst Nahrungsmittelhilfe, Wasser, Unterkünfte, sanitäre Einrichtungen und eine medizinische Grundversorgung sichergestellt werden. Doch auch dabei sollte auf die Einhaltung von Qualitätsstandards geachtet werden (Sphere 2007).

Die Qualität der Versorgung kann definiert werden als 'whether individuals can access the health structures and processes of care which they need and whether the care received is effective' (Campbell et al. 2000). Darüber hinaus kann die Qualität der Versorgung in drei Dimensionen unterteilt werden: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. (Donabedian 1988).

Strukturqualität bezieht sich dabei auf die Ressourcen, die für eine qualitativ hochwertige medizinische Leistung vorhanden sein müssen. Dazu zählen beispielsweise das Vorhandensein und die Qualifikationen von medizinischen Personal (personelle Ressourcen) oder auch das Vorhandensein und Einsatzbereitschaft medizinisch-technischer Ausstattung in Gesundheitseinrichtungen. Prozessqualität hingegen umfasst alle Aktivitäten, die im Rahmen der Patientenversorgung erbracht werden. Die Ergebnisqualität bezieht sich häufig auf den

Gesundheitszustand des Patienten und die Auswirkungen auf diesen durch die erbrachten medizinischen Leistungen (Mainz 2003). Die Ergebnisqualität kann dabei als zentrale abhängige Variable, welche Struktur- und Prozessqualität als entscheidende Determinanten beinhaltet, betrachtet werden (Pfaff & Schrappe 2011). Die WHO hat die Bedeutung der Messung der Qualität von Gesundheitssystemen hervorgehoben (WHO 1978). Jede der beschriebenen Qualitätsdimensionen kann durch Qualitätsindikatoren gemessen werden, diese sind wichtig für die Bewertung der Qualität einer Gesundheitsleistung und sind wesentliche Messinstrumente für die Dokumentation und Verbesserung der Versorgungsqualität (Mainz 2003). Messbare Qualitätsindikatoren für die Gesundheitsversorgung von Geflüchteten waren bisher nicht bekannt, es ist jedoch davon auszugehen, dass alle Qualitätsindikatoren, die sich auf die Allgemeinheit beziehen, auch für diese vulnerable Gruppe anwendbar sind. Jedoch sollte eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung die Bedürfnisse unterschiedlicher Patientengruppen berücksichtigen. Es ist davon auszugehen, dass Menschen im Kontext Flucht spezifische Bedarfe in der Gesundheitsversorgung haben, weshalb auch besonders dort der Qualitätsstandard hochgehalten werden muss. Daher bestand der erste Teil dieser Arbeit zugrundeliegenden Forschungsvorhaben darin, Qualitätsindikatoren zu identifizieren, die speziell für die medizinische Versorgung von Geflüchteten entwickelt wurden.

1.3. Qualitativer Arbeitsschwerpunkt

Geflüchtete durchlaufen auf ihrer Flucht verschiedene Stationen und werden in unterschiedlichen Einrichtungen medizinisch versorgt, z. B. in Aufnahmezentren im ersten Ankunftsland, in Transitzentren, in Aufnahmezentren in den Aufnahmeländern und in deren regulären Gesundheitssystemen, wenn sie diese in Anspruch nehmen dürfen. In Deutschland werden die Geflüchteten nach ihrem Aufenthalt in den Aufnahmezentren auf Kreise oder kreisfreie Städte und weiter auf Gemeinden verteilt (BAMF 2021). In Deutschland ist die medizinische Versorgung von Asylbewerbern und Geflüchteten in den Erstaufnahmeeinrichtungen in § 62 Asylverfahrensgesetz geregelt, in der Zeit nach der Erstaufnahmeeinrichtung soll die Versorgung in den ambulanten Arztpraxen erfolgen. Der Leistungsumfang ist gemäß § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) auf Erkrankungen, die entweder akut oder schmerzhaft sind, beschränkt. Demnach werden nur Behandlungen für akute Krankheiten und Schmerzen übernommen. In einigen Bundesländern können Geflüchtete die elektronische Gesundheitskarte nutzen, so dass sie selbstständig einen Arzt aufsuchen können, in anderen Bundesländern benötigen sie erst eine Genehmigung, wenn sie einen Arzt aufsuchen wollen, aber der Zugang zum Gesundheitssystem insgesamt bleibt für Geflüchtete grundsätzlich eingeschränkt.

(Bozorgmehr und Razum 2015). Zwar beschreiben Studien, dass Geflüchtete insgesamt relativ gesund sind und sich ihre Gesundheit nicht so sehr von der der Bevölkerung des Aufnahmelandes unterscheiden (WHO 2018), jedoch kann durch den Migrationsprozess und die spezifischen Umstände der Flucht die Anfälligkeit für physische, psychische und soziale Gesundheitsprobleme erhöht werden (van Loenen et al. 2018, Cheng et al. 2015, Mangrio und Sjogren Forss 2017). Geflüchtete sind sowohl in ihrem Herkunftsland als auch während ihrer Flucht und im Aufnahmeland physisch und psychisch erhöhtem Stress ausgesetzt und haben durch diese Umstände im Vergleich zu anderen einen höheren Bedarf an einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung. Dennoch sind sie häufig mit Hindernissen und Barrieren in der medizinischen Versorgung konfrontiert. Der eingeschränkte Zugang zur Gesundheitsversorgung, wie es auch in Deutschland geregelt ist, ist dabei eine der größten, strukturellen Hürden (Bozorgmehr und Razum 2015). Neben einem eingeschränkten Zugang stellen aber vor allem sprachliche Hürden die größten Barrieren bei der Versorgung von Geflüchteten dar, die traumatischen Erfahrungen sowie interkulturell bedingte Unterschiede im Krankheitsverständnis erschweren die Versorgung zusätzlich (Bradby et al 2015, Cheng et al. 2015, Eckstein 2011, Mangrio und Sjogren Forss 2017, McMurray et al. 2014, Suphanchaimat et al. 2015, van Loenen 2018). Für eine medizinische Versorgung, die auf die Bedürfnisse von Geflüchteten zugeschnitten ist, ist es notwendig, den Bedarf dieser vulnerablen Gruppe zu verstehen. Dafür ist es unerlässlich, Geflüchtete als Experten für ihre eigenen Bedarfe anzuerkennen und diese in Forschungsvorhaben mit einzubeziehen (Gabriel et al. 2017, van den Muijsenbergh et al. 2016).

Um einen umfassenden Überblick über die (primäre) Gesundheitsversorgung von Geflüchteten zu erhalten, ist es erforderlich, verschiedene Perspektiven zu berücksichtigen. In der Literatur gibt es viele qualitative Untersuchungen zur Gesundheitsversorgung von Geflüchteten aus der Sicht der Gesundheitsdienstleister (Robertshaw et al. 2017) und aus der Sicht der Geflüchteten (Carroll et al. 2007, Cheng et al. 2015, Mirza et al. 2014, Spura et al. 2017), aber es gibt kaum Studien, die diese Perspektiven in einem multiperspektivischen Ansatz kombinieren.

1.4. Quantitativer Arbeitsschwerpunkt

In den von Donabedian beschriebenen Qualitätsdimensionen ist die Ergebnisqualität neben der Struktur- und Prozessqualität ein integraler Bestandteil. Ergebnisqualität kann durch Patientenbefragungen gemessen und somit auch von den Patienten selbst bewertet werden (Donabedian 2005). Die Beurteilung der medizinischen Versorgungsqualität aus Sicht der Patienten stellt eine wichtige Bewertungsgrundlage dafür dar, inwiefern die Ansprüche und

Erwartungen der individuellen Patienten hinsichtlich ihrer medizinischen Versorgung berücksichtigt werden und erfüllt wurden (Brinkmann et al. 2007). Die subjektive Einschätzung setzt sich aus den Erwartungen der Patienten an die Leistungserbringer und den tatsächlichen Erfahrungen der Patienten zusammen (Dowd et al. 2009). Darüber hinaus kann die Bewertung der Patienten als Feedback für die Qualität der von den Ärzten erbrachten Leistungen angesehen werden und ist hilfreich, um Verbesserungsmöglichkeiten zu identifizieren (Marcinowicz et al. 2010, Vingerhoets et al. 2001).

Über die Bewertung der Versorgungsqualität aus Perspektive der Geflüchteten ist wenig bekannt. Daher schloss sich zur Evaluation der medizinischen Versorgung von Geflüchteten an den qualitativen Arbeitsschwerpunkt ein quantitativer Schwerpunkt an, um die Versorgungsqualität aus der Perspektive der Geflüchteten adäquat abzubilden.

Patientenbefragungen geben Aufschluss darüber, wie die Qualität der medizinischen Versorgung aus Sicht der Patienten zu bewerten ist und können einen wichtigen Einblick in ihren Erfahrungshorizont geben. Im ambulanten Setting ist der European Project on Patient Evaluation of General Practice Care (EUROPEP)-Fragebogen ein etabliertes Instrument. Der EUROPEP-Fragebogen wurde umfassend erprobt (Götz et al. 2011; Götz et al. 2015) und für die hausärztliche Versorgung validiert (Grol und Wensing 2000). Dieses Instrument erfragt die Versorgungsqualität in Themenbereichen wie beispielsweise der Arzt-Patient-Beziehung oder der Praxisorganisation. Er zeichnet sich zudem durch seine Einfachheit und Verständlichkeit aus, hat eine hohe Akzeptanz bei Befragten jeglicher Altersstufe (Götz et al. 2011) und wird bereits in verschiedenen Sprachen eingesetzt (Bjertnaes et al. 2011, Brandao et al. 2013, Dimova et al. 2017, Haggerty et al. 2011, Milano et al. 2007, Roque et al. 2016, Vedsted et al. 2016). Der EUROPEP stellt ein geeignetes Instrument dar, um die Versorgungsqualität in ambulanten Arztpraxen aus Perspektive der Geflüchteten zu bewerten,

Das Haupthindernis bei der Teilnahme an Forschungsvorhaben ist auf Sprachbarrieren zurückzuführen (Gabriel et al. 2017), daher sollten Befragungsinstrumente in der Sprache der Geflüchteten verwendet werden. Dies wirkt auch möglichen, sprachlich bedingten Verzerrungen entgegen. Geflüchtete bilden keine homogene Gruppe, daher sind unterschiedlichste Sprachen unter ihnen vertreten. Arabisch zählt zu der am häufigsten vorkommenden Sprache unter Geflüchteten in Deutschland (Bozorgmehr et al. 2016), Da keine arabische Version des EUROPEP-Fragebogens existiert, wurde für das Forschungsvorhaben eine Übersetzung des Fragebogens ins Arabische, die damit verbundene kulturelle Adaption sowie dessen psychometrische Überprüfung angestrebt, um umfassende Erkenntnisse zur Versorgungsqualität aus Sicht der Geflüchteten zu erhalten.

1.5. Zielsetzungen

Das Ziel des gesamten Forschungsvorhabens war, umfassende Erkenntnisse zur medizinischen Versorgung von Geflüchteten zu erhalten. Um die Bedarfe bezüglich der medizinischen Versorgung von Geflüchteten zu evaluieren und Aussagen über die Qualität der Versorgung treffen zu können, wurde ein mixed-methods-Ansatz gewählt, der unterschiedliche Fragestellungen beinhaltet. Dabei sollten im ersten Schritt festgelegte Qualitätsstandards in Form von Qualitätsindikatoren bei der medizinischen Versorgung von Geflüchteten identifiziert werden. Das Ziel war, Erkenntnisse über die Qualität und den Qualitätsanspruch bei der medizinischen Versorgung von Geflüchteten zu erlangen. Im zweiten Schritt sollten durch einen mehrperspektivischen Ansatz die Bedarfe und Erfahrungen mit der medizinischen Versorgung von Geflüchteten durch ein qualitatives Studiendesign ermittelt werden. Darauf aufbauend war das Ziel des sich anschließenden quantitativen Arbeitsschwerpunktes, die Versorgungsqualität der ambulanten medizinischen Versorgung aus Sicht der Geflüchteten abzubilden und dafür ein Befragungsinstrument in der Sprache der Geflüchteten zu verwenden.

Folgende Forschungsfragen sollten in den drei Arbeitsschwerpunkten beantwortet werden:

1. Welche Qualitätsindikatoren, die sich speziell auf die medizinische Versorgung von Geflüchteten beziehen, können in der internationalen Literatur identifiziert werden?
2. Wie schätzen Geflüchtete selbst sowie direkt und indirekt an der Versorgung beteiligte Stakeholder die Bedarfe und Erfahrungen hinsichtlich der medizinischen Versorgung von Geflüchteten ein?
3. Ist der ins Arabisch übersetzte Patientenfragebogen EUROPEP für die Bewertung der Versorgungsqualität geeignet? Wie bewerten Geflüchtete selbst ihre Versorgungsqualität?

2. Material und Methoden

Die Bedarfe bezüglich der medizinischen Versorgung von Geflüchteten am Beispiel des Bundeslandes Schleswig-Holstein sollten durch einen explorativen mixed-methods-Ansatz identifiziert werden, bei welchem sich an einen qualitativen Schwerpunkt ein quantitativer anschließt.

2.1. Literaturreview – Qualitätsindikatoren

Als Vorbereitung für den qualitativen sowie quantitativen Schwerpunkt des Forschungsvorhabens wurde ein Literaturreview vorangestellt, welches Qualitätsindikatoren für die medizinische Versorgung von Geflüchteten identifizieren sollte. Qualitätsindikatoren bilden die Versorgungsqualität in der medizinischen Versorgung ab und machen Qualitätsstandards messbar. Im Kontext „Flucht“, also beispielsweise in humanitären Krisensituationen, in Flüchtlingslagern, in Erstaufnahmeeinrichtungen und in der medizinischen Versorgung dieser schutzsuchenden Gruppe allgemein gibt es einige spezifische Anforderungen, um die Qualität der Versorgung hochzuhalten.

2.1.1. Ermittlung relevanter Studien

Die gängigsten internationalen und nationalen Indikatoren-Datenbanken wurden nach Qualitätsindikatoren für die Versorgung von Geflüchteten gescreent. Im Juni 2016 sowie bei einer Aktualisierung im Juni 2018 wurden folgende Datenbanken nach Indikatoren, die sich auf Geflüchtete beziehen, durchsucht:

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ),
- Quality and Outcomes Framework aus Großbritannien (QOF),
- Australian Council on Healthcare Standards (ACHS),
- Scottish Clinical Indicators,
- Canadian Institute for Health Information (CIHI),
- Dutch National Institute for Public Health and the Environment (RIVM),
- RAND Health Quality of Care Assessment Tools (QA Tools)
- German Inpatient Quality Indicators (G-IQI).

Ergänzend zu der Suche in den Datenbanken wurde eine systematische Recherche mit den Schlagwörtern (MeSH-Terms) „quality indicator“ und „refugee“ in den Literaturdatenbanken Pubmed, Cochrane Library und Web of Science durchgeführt. Dieses systematische Review wurde von zwei Mitarbeiterinnen des Instituts für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holsteins (Karin Hahn (KH), Denise Wilfling (DW) nach der PRISMA-Richtlinie

(Moher et al. 2009) durchgeführt. Die identifizierten Abstracts wurden zunächst auf ihre mögliche Relevanz hin gescreent. Wenn die Publikation den Einschlusskriterien entsprach, wurde der Volltext überprüft. Ergänzend dazu fand eine zusätzliche Handsuche in der grauen Literatur sowie in den Referenzlisten der eingeschlossenen Studien im Juni 2016 sowie mit Aktualisierung im Juni 2018 statt.

Die gefundenen, auf das Setting „Flucht“ bezogenen Indikatoren wurden in eine Exceltabelle überführt (Quelle/Autor, Jahr der Veröffentlichung, Titel, Indikatoren) und die für die medizinische Versorgung relevanten Indikatoren wurden identifiziert. Im letzten Schritt wurden die Indikatoren den Qualitätsdimensionen von Donabedian (Donabedian 1988), Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität, zugeordnet.

2.1.2. Suchstrategien

Die Suchstrategie für PubMed lautete wie folgt: (“Refugees” [Mesh] OR “refugees” [All Fields]) AND (“Quality Indicators, Health Care” [Mesh] OR “indicators” [All Fields]). Hinter dem Mesh-Term refugee waren zudem die folgenden Begriffe enthalten: Refugee, Asylum Seekers; Asylum Seeker; Seekers, Asylum.

Die Suchstrategie für die Literaturdatenbank web of science lautete wie folgt: (refugee* OR asyl* seek*) AND (indicator).

2.1.3. Einschlusskriterien

Es gab keine spezifischen Ausschlusskriterien. Publikationen wurden eingeschlossen, wenn in diesen Qualitätsindikatoren beschrieben waren, welche für den Kontext „Flucht“ entwickelt wurden, sich also auf Geflüchtete und Asylbewerber bezogen, und die Publikation die Erstquelle für diese Indikatoren waren. Publikationen, die sich auf Indikatoren aus anderen Publikationen bezogen, wie die Auswertung bestimmter Indikatoren, wurden ausgeschlossen und dafür die Primärquelle einbezogen. Es wurden sowohl quantitative als auch qualitative Arbeiten berücksichtigt. Es gab keine Einschränkung in Zeit und Ort, alle Publikationen von 1980 bis 2018 wurden berücksichtigt. Allerdings wurden nur Veröffentlichungen auf Englisch, Französisch und Deutsch, die Qualitätsindikatoren in Bezug auf die medizinische Versorgung von Geflüchteten beschrieben, in die Analyse mit einbezogen. Die Indikatoren mussten spezifisch und messbar sein (Mainz 2003).

2.2. Qualitativer Arbeitsschwerpunkt

Die Durchführung einer qualitativen Studie in Form von Fokusgruppen und Einzelinterviews mit unterschiedlichen Perspektiven schloss sich an das Literaturreview an. Qualitative Forschung dient nicht der Repräsentativität, sondern zur Generierung von Hypothesen. Fokusgruppen finden in der Regel mit mindestens sechs und höchstens acht Personen statt. Das gewählte Design erlaubte einen Einblick in die jeweilige Erfahrungswelt der Teilnehmer. Die Gruppendiskussionen ermöglichten es, dass die Teilnehmer miteinander ins Gespräch kamen, die Einzelinterviews hingegen ließen hingegen die Möglichkeit einer tiefergehenden Befragung zu.

2.2.1. Studiendesign

Ein qualitatives Design wurde ausgewählt, um die Bedarfe bei der medizinischen Versorgung von Geflüchteten zu erheben und die unterschiedlichen Erfahrungen mit der ambulanten medizinischen Versorgung bewerten. Neben der Perspektive der Geflüchteten und um umfassende Erkenntnisse in die medizinische Versorgung dieser Schutzsuchenden zu erhalten, wurden zudem Stakeholder befragt, die direkt und indirekt an der Versorgung von Geflüchteten beteiligt waren. Es wurden drei verschiedene Zielgruppen und somit Perspektiven in die Studie einbezogen: die Perspektive der Geflüchteten selbst, die Perspektive des Gesundheitspersonals (Ärzte und andere Gesundheitsberufe) und damit direkt an der Versorgung Beteiligte sowie Verwaltungsangestellte als indirekt an der Versorgung Beteiligte.

2.2.2. Leitfaden

Die Fokusgruppen und Interviews fanden mittels eines halbstandardisierten Leitfadens statt.

Die wichtigsten Fragen der Fokusgruppen und Interviews wurden basierend auf der Diskussion im Projektteam entwickelt. Sie wurden so offen wie möglich formuliert, um den Gesprächseinstieg und das Gespräch selbst zu erleichtern. Da die qualitative Studie Teil des Projekts der Rollenden Arztpraxis war, wurden die Studienteilnehmer auch zu ihren Erfahrungen mit der Versorgung durch die Rollende Arztpraxis befragt.

Der Leitfaden enthielt folgende Themenbereiche: die aktuelle Versorgungssituation, Erhebung des medizinischen Bedarfs und Ausgestaltungsideen bezüglich der zukünftigen medizinischen Versorgung. Bei den Geflüchteten, die in der Rollenden Arztpraxis versorgt wurden, bei dem Gesundheitspersonal, welches an der Versorgung mit der Rollenden Arztpraxis beteiligt war, und bei den Verwaltungsangestellten, die indirekt (z.B. Fahrer oder Einrichtungsleiter) an der

Rollenden Arztpraxis beteiligt waren, wurden zusätzlich Fragen zur medizinischen Versorgung durch die Rollende Arztpraxis ergänzt.

Die Leitfäden sind im Anhang 1 zu finden.

2.2.3. Teilnehmer und Rekrutierung

Es wurde angestrebt, sechs bis acht Personen aus den drei Zielgruppen für die Teilnahme an insgesamt drei Fokusgruppen zu gewinnen. Die Informationsmaterialien sowie Einwilligungserklärungen wurden jeweils auf Deutsch und Englisch verfasst. Die Auswahl der Teilnehmer erfolgte nach der Methode des Purposive Samplings (Flick 2014) da die Grundgesamtheit, beispielsweise z.B. hinsichtlich ihrer Sprachkenntnisse unbekannt war.

Ein Mindestalter von 18 Jahren wurde als Einschlusskriterium für die Teilnehmer festgelegt. Die Einwilligungserklärungen mussten unterschrieben vorliegen.

Die Rekrutierung und die Durchführung der Fokusgruppengespräche und Interviews fanden im Zeitraum August 2016 bis März 2017 statt. Hierzu wurden sowohl Geflüchtete aus den Flüchtlingsunterkünften, die von der Rollenden Arztpraxis versorgt wurden, als auch das Gesundheitspersonal, welches an der Versorgung beteiligt war, angesprochen. Die indirekt an der Versorgung Beteiligten wie Verwaltungsangestellte, Einrichtungsleiter etc. wurden unter anderem über den Arbeitskreis Migration und Gesundheit und über Empfehlungen vom Praxisnetz Herzogtum-Lauenburg rekrutiert.

Die Teilnehmer nahmen freiwillig teil und erhielten keine Entlohnung für die Teilnahme. Die Fokusgruppen mit den Geflüchteten wurden mithilfe von Dolmetschern durchgeführt.

2.2.4. Datenerhebung und -auswertung

Die Fokusgruppen und Interviews wurden digital aufgezeichnet und anschließend orthographisch transkribiert. Die Daten liegen in Form der Interviewtranskripte vor.

Die qualitative Auswertung des Datenmaterials aus den Fokusgruppen und Interviews orientierte sich dabei an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring 2007). Dabei wurde ein deduktiv-induktiver Ansatz gewählt. Auf der Grundlage der Ergebnisse aus den Fokusgruppen wurde unter Berücksichtigung des verwendeten Leitfadens zunächst ein vorläufiges Kategoriensystem (deduktiv) erstellt. Dies wurde ergänzt durch die inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Datenmaterial und der Bildung von Kategorien und Unterkategorien (induktiv) ergänzt. Der Auswertungsprozess wurde von zwei Mitarbeiterinnen des Instituts für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holsteins (Karolin Hahn (KH), Katja Götz (KG)) durchgeführt, um dem Gütekriterium der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit gerecht zu werden. Jedes Transkript wurden von den beiden

Mitarbeiterinnen unabhängig voneinander untersucht und die gegebenen Antworten codiert. Im Anschluss an die deduktiv und induktiv gebildeten Kategorien wurde in einem Konsensverfahren das endgültige Kategoriensystem aufgestellt. Da ähnliche Codes während der Fokusgruppen und Interviews mit unterschiedlichen Perspektiven identifiziert wurden, wurden die Daten als vergleichbar angesehen und zusammen analysiert.

2.3. Quantitativer Arbeitsschwerpunkt

Zur Evaluation der medizinischen Versorgung wurde aufbauend auf dem qualitativen Arbeitsschwerpunkt eine quantitative Befragung von Geflüchteten zu ihrer eigenen Perspektive der Versorgungsqualität angestrebt. Um den eigenen, bis zu diesem Zeitpunkt gesammelten Erkenntnissen zu entsprechen, war unabdingbar, einen etwaigen Fragebogen zur Patientenbefragung in der Sprache der Geflüchteten zu verwenden. Da der EUROPEP-Fragebogen aus Sicht der Forschenden bestens dazu geeignet war, die Versorgungsqualität in ambulanten Arztpraxen abzubilden, wurde eine Übersetzung des Fragebogens ins Arabische, eine der häufigsten Sprachen unter den Geflüchteten, sowie kulturelle Adaption und anschließende Validierung durchgeführt. Geflüchtete, die seit ihrem Aufenthalt in Deutschland bereits Erfahrungen mit der ambulanten medizinischen Versorgung durch Hausärzte gemacht haben, wurden mithilfe des übersetzten Fragebogens zu ihrer Einschätzung der Versorgungsqualität befragt.

Für die Validierung des Fragebogens ist es notwendig, die konvergente Konstruktvalidität mithilfe eines ähnlichen Instruments zu bestimmen. Dafür wurde der „Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung (ZAP)-Fragebogen“ (Bitzer et al. 2002) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) in arabischer Sprache verwendet (KBV 2019).

Da die Übersetzung und Validierung des EUROPEP-Fragebogens ins Arabische Teil des geförderten Projekts der Rollenden Arztpraxis war, wurden die Patienten, die Erfahrungen mit der Versorgung durch die Rollende Arztpraxis hatten, zudem zu ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität mittels EQ5-D der EuroQol Group befragt, welcher ebenfalls auf Arabisch vorlag (EUROQUOL 2017).

2.3.1. Übersetzung EUROPEP-Fragebogen

Die vorliegende, validierte deutsche Version des EUROPEP-Fragebogens wurde ins Arabische übersetzt. Um die deutsche Version des EUROPEP-Fragebogens in die arabische

Sprache zu adaptieren, folgten wir den „Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process“ der ISPOR-Arbeitsgruppe (Wild et al. 2015) wie folgt: Wir erhielten vom Autor Michel Wensing, der für die Entwicklung des EUROPEP-Fragebogens verantwortlich war, die Erlaubnis, eine arabische Version des Instruments zu übersetzen und anzupassen (Grol und Wensing 2000). Nach dem Prinzip der Übersetzung-Rückübersetzung (Wild et al. 2005) wurde der Fragebogen zunächst von zwei unabhängigen Sprachkundigen parallel übersetzt. Diese fanden dann in einem Konsensmeeting eine einheitliche Übersetzung. Dieser ins Arabische übersetzte Fragebogen wurde von einem dritten Sprachkundigen zurück in die Ursprungssprache übersetzt. Durch dieses Vorgehen war gewährleistet, dass Fehlerquellen in der Übersetzung reduziert wurden. Nach einer sprachlichen Anpassung wurde kein Item als völlig unpassend eingestuft. Die Übersetzung und Rückübersetzung wurde von einem professionellen Dolmetscherbüro durchgeführt (Abdelhady 2017).

2.3.2. Teilnehmer und Rekrutierung

Es wurden verschiedene Rekrutierungswege gewählt, um Geflüchtete in die Studie einzuschließen. Die Teilnehmer wurden durch die Arbeiterwohlfahrt (AWO) in den jeweiligen der AWO unterstehenden Gemeinschaftsunterkünften (Norderstedt, Geesthacht, Glinde, Reinbek) rekrutiert. Ergänzend wurde über den landesweiten E-Mail-Verteiler des Flüchtlingsrates Schleswig-Holstein rekrutiert. Eine Mitarbeiterin des Instituts für Allgemeinmedizin (KH) suchte die Gemeinschaftsunterkünfte persönlich auf und besprach mit den Einrichtungsleitern die Befragung. Die Fragebögen wurden im Beisein von KH und Dolmetschern ausgeteilt und erklärt. Dann wurden, je nach Wunsch des Einrichtungsleiters, die Bögen von den Geflüchteten entweder direkt ausgefüllt und von KH in einer verschlossenen Urne eingesammelt oder mit einem frankierten Rückumschlag im Nachgang an das Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein zurückgesendet.

Einschlusskriterien für die vorliegende Validierungsstudie waren arabisch sprechende Personen mit einem Mindestalter von 18 Jahren, die in den letzten zwölf Monaten einen niedergelassenen Arzt in der Bundesrepublik Deutschland als Patient aufgesucht hatten. Die Fallzahlkalkulation ergab, dass mindestens 92 Personen befragt werden müssen. Hierzu wurde die Itemanzahl des zu validierenden Instrumentes EUROPEP (n= 23) zugrunde gelegt (Terwee 2006).

Die Rekrutierung und Datenerhebung fand von Mai bis September 2017 statt.

2.3.3. Beschreibung der Instrumente

Der EUROPEP-Fragebogen ist ein international etabliertes Instrument zur Bewertung der Versorgungsqualität aus Sicht der Patienten in ambulanten Arztpraxen.

Anhand von 23 Fragen mit einer 5-stufigen Likert-Skala von 1 („ausgezeichnet“) bis 5 („schlecht“) erfragt der EUROPEP die Versorgungsqualität aus Patientenperspektive in den folgenden Dimensionen:

- Arzt-Patient-Beziehung,
- Medizinisch-technische Versorgung,
- Koordination und Kooperation,
- Information und Unterstützung,
- Praxisorganisation.

Um die konvergente Konstruktvalidität abzubilden, wurde zusätzlich zum EUROPEP-Fragebogen der ZAP-Fragebogen“ (Bitzer et al. 2002; Bitzer et al. 1999) der KBV verwendet. Der Fragebogen besteht aus 32 Items. Für die vorliegende Betrachtung der konvergenten Konstruktvalidität wurden die Items ausgewählt, die die Zufriedenheit erfassten. Insgesamt waren das 23 Items mit einer 4-stufigen Likert-Skala von 1 („sehr zufrieden“) bis 4 („sehr unzufrieden“), die zu folgenden Bereichen zugeordnet werden können:

- Praxisorganisation,
- Information,
- Arzt-Patienten-Interaktion,
- Kooperation / Fachliche Kompetenz.

Der EQ-5D geplant bestand aus zwei Teilen. Der erste Teil bestand aus fünf Dimensionen mit jeweils drei Antwortmöglichkeiten (keine Probleme, einige Probleme und extreme Probleme). Die Dimensionen umfassten die Bereiche Beweglichkeit/Mobilität, Für-sich-selbst-sorgen, Alltägliche Tätigkeiten (bspw. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten), Schmerzen/körperliche Beschwerden und Angst/Niedergeschlagenheit. Im zweiten Teil wurde um eine Selbsteinschätzung des aktuellen Gesundheitszustands auf einer Skala von 0 (Schlechtester denkbarer Gesundheitszustand) bis 100 (Bester denkbarer Gesundheitszustand) gebeten. Der Fragebogen zur Lebensqualität EQ5-D lag in arabischer Sprache vor und konnte eingesetzt werden.

Zusätzlich zu den Instrumenten wurden soziodemographische Angaben erfragt, darunter waren Angaben zum letzten Arztbesuch, zur aktuellen Unterbringungssituation sowie zum Alter, Geschlecht und Herkunft.

2.3.4. Datenerhebung und -auswertung

Die vorliegende Studie wurde als Validierungsstudie mit einem Messzeitpunkt konzipiert und diente der psychometrischen Überprüfung des EUROPEP-Fragebogens.

Es erfolgte zunächst eine deskriptive Analyse der Ergebnisse der Befragung. Hierzu wurde das Statistikprogramm SPSS 24.0 (IBM) verwendet. Neben der Beschreibung der Studienpopulation wurden die Häufigkeiten der einzelnen Antworten des EUROPEP-Fragebogens sowie die statistischen Kenngrößen Mittelwert (MW), Standardabweichung (SD), die Grenzen des 95%-Konfidenzintervalls (KI) sowie die Schiefe und Kurtosis für beide Instrumente dargestellt. Weiterhin erfolgte eine Mittelwertanalyse der EQ5-D Daten.

Um die Dimensionalität der einzelnen Bereiche des EUROPEP abzubilden, wurde die Methode der explorativen Faktoranalysen (Eigenwert > 1 , Varimax Rotation) angewandt. Zudem wurde der Bartlett-Test auf Sphärizität sowie das Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) berechnet, um die Voraussetzungen zur Faktorenanalyse zu überprüfen. Die Bestimmung der internen Konsistenz erfolgte durch die Berechnung des Cronbach's alpha-Koeffizienten, eine Standardmethode zur Schätzung der internen Konsistenz (Cronbach 1951). Der Wert von Cronbach's alpha kann Werte zwischen 0 und 1 einnehmen. Je näher der Wert bei 1 liegt, desto höher ist die interne Konsistenz bzw. Reliabilität. Bei Werten ab 0,9 liegt eine exzellente, ab 0,8 gute, ab 0,7 akzeptable und ab 0,6 fragwürdige interne Konsistenz vor (Cronbach 1951).

Bei der konvergenten Konstruktvalidität werden Korrelationen von Tests mit gleichen oder ähnlichen Gültigkeitsbereichen ermittelt. Dies geschieht mit einem bereits etablierten Verfahren. Es werden hier hohe Korrelationen erwartet (Bühner 2006). Die Berechnungen wurden mittels des Korrelationskoeffizienten nach Spearman Rho durchgeführt. Als Referenz ist ein Test mit gleichen oder ähnlichen Gültigkeitsbereichen nötig. In der vorliegenden Studie wurde das Instrument der KBV der ZAP verwendet.

Zur Bestimmung der konvergenten Konstruktvalidität musste im Vorfeld aufgrund der unterschiedlichen Antwortausprägungen der beiden Instrumente EUROPEP und ZAP eine Transformation erfolgen. Die Antwortmöglichkeiten beim EUROPEP-Fragebogen wurden in 20 Prozent-Schritte transformiert, 1 (ausgezeichnet) wurde zu 100 Prozent und 5 (schlecht) zu 20 Prozent. Die Antwortmöglichkeiten beim ZAP-Fragebogen wurden in 25 Prozent-Schritte transformiert, 1 (sehr zufrieden) wurde zu 100 Prozent und 4 (sehr unzufrieden) zu 25 Prozent. Im Anschluss erfolgte die Bildung des ZAP Score über die Mittelwerte der Items zur

Zufriedenheit sowie die Berechnung der einzelnen EUROPEP-Dimensionen über die Mittelwerte der dazugehörigen Items.

3. Ergebnisse

3.1. Literaturreview – Qualitätsindikatoren

In den durchsuchten Qualitätsindikator-Datenbanken AHRQ, QOF, ACHS, Scottish Clinical Indicators, CIHI, RIVM, RAND Health Quality of Care Assessment Tools (QA Tools), und G-IQI konnten keine Indikatoren gefunden werden, die sich speziell auf Geflüchtete bezogen bzw. für diese Zielgruppe entwickelt wurden. Die Verwendung der Schlüsselwörter „refugee“ und „asylum seeker“ ergab keine Treffer.

Das systematische Review in den Literaturdatenbanken Pubmed, Web of Science sowie in den Referenzlisten der Publikationen sowie der grauen Literatur ergab 644 Publikationen. 15 Publikationen wurden aufgrund der Sprache ausgeschlossen, insgesamt eigneten sich 23 für die Volltextüberprüfung.

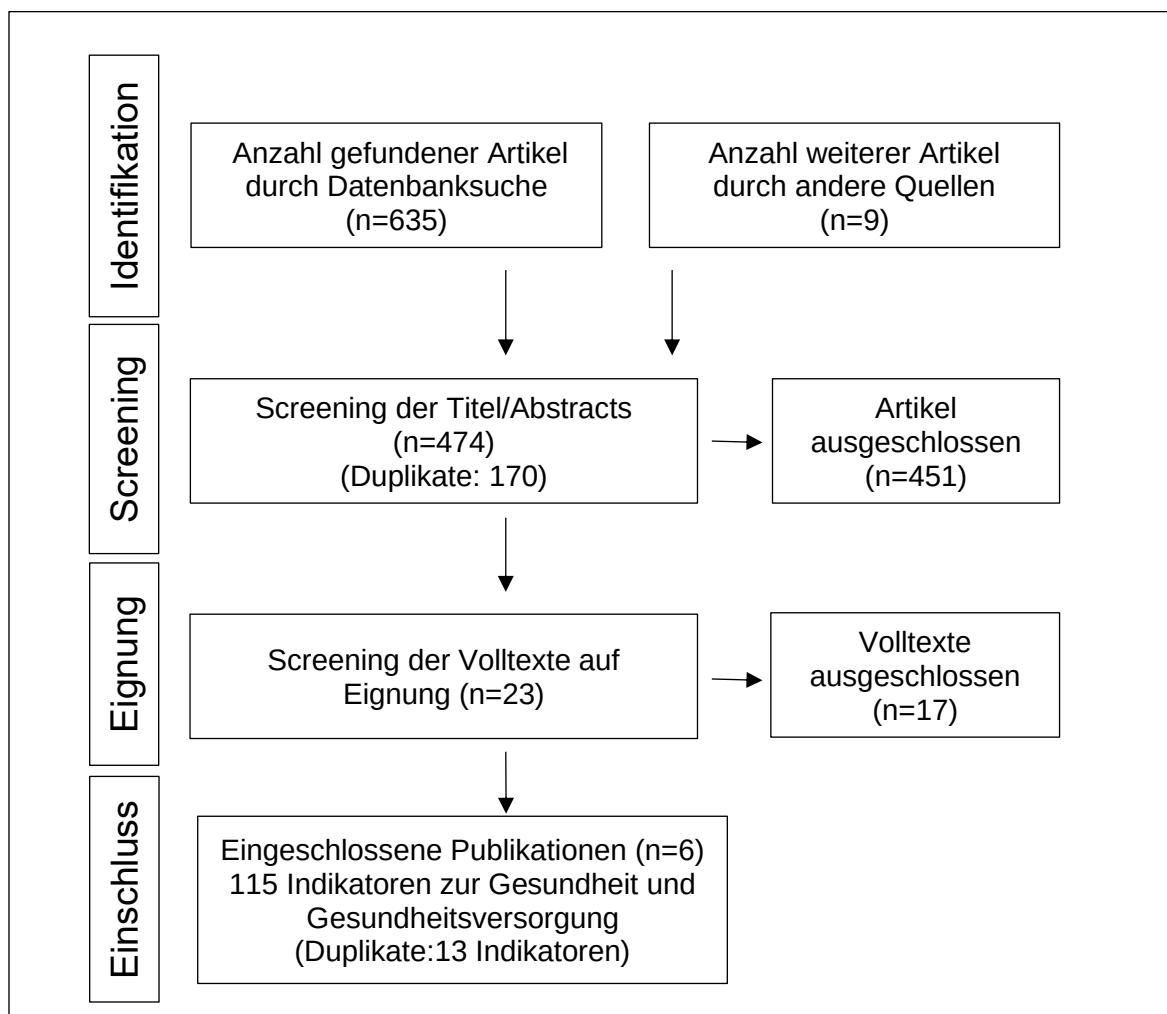


Abbildung 1 Übersicht Prozess systematisches Review

Insgesamt enthielten die Publikationen sowohl Indikatorensets als auch Indikatorenauswertungen. Viele der in diesem Review gefundenen Indikatoren, die im Kontext Flucht Anwendung finden und dafür entwickelt worden sind, bezogen sich auf die zwei großen Themenbereiche Integration und Bildung. Auch kleinere Themen fanden sich bei den identifizierten Indikatoren, wie Indikatoren zur kulturellen Teilhabe oder Indikatoren in Bezug auf Säuglings- und Kinderernährung. Diese Indikatoren wurden im zweiten Schritt entfernt. Der Fokus lag bei Qualitätsindikatoren zur medizinischen Versorgung von Geflüchteten/im Kontext Flucht, Ausgeschlossen wurden zudem die Publikationen, die Indikatoren aus anderen Primärquellen enthalten sowie Indikatoren, die zwar für die Zielgruppe der Geflüchteten anwendbar sind, aber nicht speziell für Geflüchtete entwickelt wurden. Somit wurden 17 Publikationen, die keine Indikatoren enthielten, die für die medizinische Versorgung von Geflüchteten relevant waren, ausgeschlossen.

3.1.1. Deskriptive Beschreibung

Insgesamt wurden 115 Qualitätsindikatoren mit Bezug zur medizinischen Versorgung von Geflüchteten in sechs Publikationen identifiziert. Ausnahmslos alle Indikatoren wurden in englischer Sprache entwickelt und veröffentlicht und finden auch in englischer Sprache Anwendung. Aus diesem Grund wurde im Folgenden darauf verzichtet, eine Übersetzung der Indikatoren vorzunehmen, um den Inhalt nicht aufgrund sprachlicher Interpretationen zu verzerren.

Dabei kristallisierten sich drei übergeordnete Themenbereiche heraus: "sexuelle und reproduktive Gesundheit", "Gesundheitsversorgung" und "Gesundheitszustand". Der Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit enthielt 58 Indikatoren, um Qualitätsstandards bei Familienplanung, Mutter- und Kind-Gesundheit und HIV/AIDS zu setzen und messbar zu machen und bildete damit den größten Themenkomplex. Der Bereich der Gesundheitsversorgung enthielt 46 Indikatoren, die von Themen wie dem Zugang zu Gesundheitsleistungen handelten. Die kleinste Gruppe bildete der Themenkomplex Gesundheitszustand mit elf Indikatoren. Darin enthalten waren beispielsweise Geburts- und Sterberaten. Alle identifizierten Indikatoren zur Gesundheitsversorgung wurden nach diesen drei Themenbereichen geclustert. Wenn Indikatoren mehreren Themenbereichen zugeordnet werden konnten, wurden sie nur in der vorherrschenden Kategorie aufgeführt.

Von den gefundenen Indikatoren konnten 33 zur Strukturqualität zugeordnet werden, 26 Indikatoren betrafen die Prozessqualität und 51 Indikatoren waren der Ergebnisqualität zuzuordnen. Vier Indikatoren konnten sowohl der Prozess- als auch Strukturqualität zugeordnet werden und ein Indikator betraf Ergebnis- und Prozessqualität.

Einzelheiten sind Tabelle 1 zu entnehmen.

Tabelle 1 Übersicht der identifizierten Indikatoren mit Quellen

Quelle	Titel	Jahr	Themen	Einteilung Qualitätsdimensionen Donabedian
Sphere Project	The Sphere Project	2007	Sexuelle und reproduktive Gesundheit Gesundheitsversorgung Gesundheitszustand	Prozess = 15 Struktur = 13 Ergebnis = 7 Struktur und Prozess = 3
UNHCR	Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings	2010	Sexuelle und reproduktive Gesundheit	Prozess = 7 Struktur = 8 Ergebnis = 31
UNHCR	Practical Guide to the Systematic Use of standards & indicators in UNHCR Operations	2006	Gesundheitszustand	Prozess = 2 Struktur = 8 Ergebnis = 8
Home Office Development and Practice Reports	Indicators of Integration	2004	Gesundheitsversorgung	Prozess = 2 Struktur = 2 Ergebnis = 3 Ergebnis und Prozess = 1 Struktur und Prozess = 1
OECD	Indicators of Immigrant Integration	2015	Gesundheitszustand	Ergebnis = 2
UNHCR	Refugee Integration and The Use Of Indicators: Evidence From Central Europe	2013	Gesundheitsversorgung	Struktur = 2

3.1.2. Sexuelle und reproduktive Gesundheit

Die in der Literatur gefundenen Indikatoren zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit deckten verschiedene Themenbereiche ab und betrafen sowohl die individuelle sexuelle und reproduktive Gesundheit sowie die Versorgung der Allgemeinbevölkerung in diesem Bereich.

Tabelle 2 Verteilung nach Qualitätsdimensionen

Strukturqualität	11 Indikatoren
Prozessqualität	14 Indikatoren
Ergebnisqualität	32 Indikatoren

Ergebnisindikatoren können Defizite in der Versorgung oder den Bedarf schnell messbar machen, wie beispielsweise „Proportion of low birth weight“ (UNHCR 2010), „Number of cases

of sexual violence reported to health services“ (UNHCR 2010) oder „Condom use“ (UNHCR 2010). Indikatoren zur Strukturqualität setzen Standards im Bereich Public Health, wie „There is at least one health facility with CEmOC (EmOC: Emergency Obstetric Care Services) and newborn care/500,000 population.“ oder „Coverage of HIV Rapid Tests for Safe Blood Transfusion“ (UNHCR 2010). Prozessindikatoren wie „Are there any specific interventions directed at refugees / foreseen for in the HIV/AIDS national strategic plan?“ (UNHCR 2006) oder „100 per cent of transfused blood is screened for transfusion-transmissible infections including HIV“ (Sphere 2007) tragen dazu bei, Prozesse beispielsweise in den Einrichtungen so festzulegen, dass die Qualitätsstandards erfüllt werden.

Wie die Beispiele zeigen, umfassen die Indikatoren Themen wie Prävention von Krankheiten, Schwangerschaft, Mutter-Kind-Gesundheit und HIV/AIDS.

Der UNHCR legte in seinen Veröffentlichungen den Fokus auf Qualitätsstandards bei der sexuellen und reproduktiven Gesundheit im Kontext von Fluchterfahrungen und Fluchtsettings [UNHCR 2006; UNHCR 2010]. Auch das Sphere-Projekt gab acht Indikatoren zu dieser Thematik im Kontext Flucht heraus (Sphere 2007)

Alle identifizierten Indikatoren innerhalb des Themenkomplexes „sexuelle und reproduktive Gesundheit“ sind in Anhang 2 aufgeführt. Alle Indikatoren wurden in ihrer Originalsprache belassen.

3.1.3. Gesundheitsversorgung

Die zweitgrößte Gruppe an Qualitätsindikatoren wurde in dem Themenbereich der Gesundheitsversorgung identifiziert.

Tabelle 3 Verteilung nach Qualitätsdimensionen

Strukturqualität	22 Indikatoren
Prozessqualität	12 Indikatoren
Ergebnisqualität	8 Indikatoren

Es wurden 46 Indikatoren erkannt, die sich auf verschiedene Themen konzentrierten, wie z.B. den Zugang zur Gesundheitsversorgung für Geflüchtete, die Ausbildung des medizinischen Personals sowie Prozesse, die für die Sicherstellung der individuellen sowie öffentlichen Gesundheit erforderlich sind. Strukturindikatoren bilden die größte Gruppe mit 22 zugeordneten Indikatoren und geben beispielsweise Qualitätsstandards im Bereich Public Health vor, wie „There is at least one Community Health Worker (CHW)/1,000 population, one supervisor/10 home visitors and one senior supervisor.“ (Sphere 2007) oder auch “All health facilities have trained staff, sufficient supplies and equipment for clinical management of rape survivor services based on national or WHO protocols.“ (Sphere 2007). Zwölf Prozessindikatoren wie “Standardised case management protocols for the diagnosis and treatment of common infectious diseases are readily available and consistently used“ (Sphere 2007) sichern die Qualität in den Einrichtungen bzw. geben diese Qualitätsstandards vor. Zudem wurden acht Ergebnisindikatoren identifiziert und beziehen sich nicht nur auf Zähler-Nenner-Indikatoren, sondern beziehen beispielsweise die berichtete Zufriedenheit mit ein, wie der Indikator „Refugees reported satisfaction with service provision“ Vier Indikatoren innerhalb dieses Themenkomplexes bezogen sich sowohl auf die Struktur- als auch auf die Prozessqualität. Drei Indikatoren davon stammten aus dem Sphere-Projekt (2007): No health facility is out of stock of selected essential medicines and tracer products for more than one week; A written outbreak investigation and response plan is available or developed at the beginning of disaster response; All primary healthcare facilities have clear standard operating procedures for referrals of patients with NCDs to secondary and tertiary care facilities..Der vierte Indikator, der sowohl der Prozess- als auch der Strukturqualität zugeordnet werden konnte, war: Strategies identifiable at health authority/board level for addressing priority health needs amongst refugee populations (Home Office 2004).

Alle Indikatoren zur Gesundheitsversorgung von Geflüchteten sind in Anhang 2 aufgeführt. Alle Indikatoren wurden in ihrer Originalsprache belassen.

3.1.4. Gesundheitszustand

Die Indikatoren zum Gesundheitszustand bildeten den kleinsten Themenbereich und umfasste elf identifizierte Indikatoren. Alle Indikatoren maßen die Ergebnisqualität und haben eine hohe Objektivität, da sie quantitativ errechnet werden.

Tabelle 4 Verteilung nach Qualitätsdimensionen

Strukturqualität	0 Indikatoren
Prozessqualität	0 Indikatoren
Ergebnisqualität	11 Indikatoren

Die Indikatoren, die im Kontext Flucht zu der Thematik „Gesundheitszustand“ in der Literatur beschrieben wurden, waren unter anderem Mortalitätsraten wie „Infant Mortality Rate (<1 year) (returnees and non-returnees)“ (UNHCR 2006) und „Child Mortality Rate (< 5 years) (returnees and non-returnees)“ (UNHCR 2006).

Alle Indikatoren des Themenbereichs „Gesundheitszustand“ sind in Anhang 2 aufgelistet.

3.2. Qualitativer Arbeitsschwerpunkt

3.2.1. Fokusgruppen, Interviews

Insgesamt wurden drei Fokusgruppen mit 15 Personen durchgeführt, zwei Fokusgruppen mit Geflüchteten und eine Fokusgruppe mit Gesundheitspersonal. Die Sprachkenntnisse der Geflüchteten reichten nicht aus, um in einer in deutscher oder englischer Sprache moderierten Fokusgruppe mitzudiskutieren. Daher wurden diese Fokusgruppen mithilfe eines Dolmetschers durchgeführt. Die Fokusgruppen dauerten zwischen 28 und 57 Minuten, im Durchschnitt 43 Minuten. Die Fokusgruppen mit den Geflüchteten umfassten jeweils sechs Teilnehmer, die Dolmetscher wurden hierbei nicht mitgezählt und die Fokusgruppe mit dem Gesundheitspersonal umfasste drei Teilnehmer. Die ebenfalls angedachte Fokusgruppe mit indirekt an der Versorgung Beteiligten kam mangels Interesses der Verwaltungsangestellten nicht zustande.

Um dennoch umfassende Erkenntnisse zur medizinischen Versorgung von Geflüchteten zu erhalten und auch die Perspektive der indirekt an der Versorgung Beteiligten mit einzubeziehen, wurden zusätzlich Einzelinterviews durchgeführt. Zehn Einzelinterviews fanden mit Gesundheitspersonal (direkt) und Verwaltungsmitarbeiter (indirekt) statt. Die Interviews dauerten zwischen zehn und 47 Minuten, im Durchschnitt 24 Minuten.

3.2.2. Soziodemographie der Fokusgruppenteilnehmer und Interviewten

Die Tabelle 5 gibt einen Überblick über die Fokusgruppenteilnehmer. Das Alter der Fokusgruppenteilnehmer lag zwischen 23 und 63 Jahren. Die Aufenthaltsdauer in Deutschland betrug zwischen sechs und 19 Monaten. Die Teilnehmer der Fokusgruppe Gesundheitspersonal waren seit 2015 in der Flüchtlingsversorgung tätig.

Tabelle 5 Soziodemographie der Fokusgruppenteilnehmer

Variablen		Fokusgruppe 1 Geflüchtete	Fokusgruppe 2 Geflüchtete	Fokusgruppe 1 Gesundheitspersonal
Geschlecht	Männlich	6	3	2
	Weiblich	0	3	1
Alter, MW (SD)		27 (2,14)	44 (11,32)	46 (13,88)
In Deutschland seit (Durchschnitt, in Monaten)		8	13	-

Tabelle 6 stellt die Soziodemographie der Interviewten dar. Die Interviewten waren zwischen 37 und 65 Jahren alt und arbeiteten seit sechs Monaten bis zu 32 Jahren in der Flüchtlingshilfe.

Tabelle 6 Soziodemographie der Interviewten

Variablen		Verwaltung	Gesundheits- personal
Geschlecht	Männlich	3	4
	Weiblich	3	0
Alter, MW (SD)		49 (8,73)	49 (11,67)
In der Flüchtlingshilfe tätig seit (Durchschnitt, in Monaten)		148	11

Die Teilnehmer wurden zu der medizinischen Versorgung von Geflüchteten insgesamt als auch zu der medizinischen Versorgung durch die Rollende Arztpraxis befragt.

Die Codierung der Zitate mit Hauptkategorien und Unterkategorien sowie Ankerziten ist im Anhang dargestellt. Durch die Kennzeichnung hinter den Zitaten ist die Art abzulesen, FG steht dabei für Fokusgruppe, I steht für Interview, die darauffolgenden Buchstabenkennungen lassen die Personengruppe erkennen, G steht für Gesundheitspersonal und V für Verwaltungsmitarbeiter.

3.2.3. Hauptkategorien und Unterkategorien Schwerpunkt „Medizinische Versorgung“

Tabelle 7 Hauptkategorien und Unterkategorien Schwerpunkt Medizinische Versorgung

Hauptkategorie	Beschreibung	Unterkategorien
Bedarf	Beschreibung was für die medizinische Versorgung von Geflüchteten notwendig ist	Allgemein
		Zielgruppenspezifischer Bedarf
		Anforderung
		Sucht
		Psychotherapeutischer Bedarf
Sprache	Beschreibt Aspekte zur Kommunikation in der medizinischen Versorgung von Geflüchteten	Hürden
		Organisation / Kosten
		Dolmetscher
		Schriftliches Informationsmaterial
Hürden	Beschreibt Problemfelder und Herausforderungen in der medizinischen Versorgung von Geflüchteten	Zugangsbarrieren
		Compliance
		Kontinuität der Versorgung
		Informationsaustausch
		Mobilität
		Gesetz / Asylbewerberleistungsgesetz
		Behörden
		Strukturen
		Überforderung der Mitarbeiter
		Wissen über das Gesundheitssystem
		Zeit
Interkulturelle Kompetenz /Interkulturelles Verständnis	Beschreibt Aspekte der Interkulturalität und der kulturellen Unterschiede, die in der medizinischen Versorgung von Geflüchteten relevant sind	Interkulturelle Öffnung
		Allgemeine kulturelle Aspekte
		Gleichbehandlung
Optimierung	Hinweise und Wünsche, was für eine gute medizinische Versorgung notwendig ist	Bürokratie
		Eingeschränkte Leistungen / Aufenthaltstitel
		Sprache
		Dokumentation/Informationsaustausch
		Organisation

Im Folgenden werden Auszüge aus den Ergebnissen aus den Fokusgruppen und Interviews beschrieben. Die Auflistung der Codes mit Ankerzitaten findet sich im Anhang.

Die medizinische Versorgung von Geflüchteten wurde überwiegend positiv dargestellt und bewertet.

Sprache

Als größte Herausforderung in der Versorgung und Betreuung von Geflüchteten wurde von den Teilnehmern die Sprache gesehen. Kommunikationsprobleme waren die größte Barriere und könnten soziale Isolation zur Folge haben:

„Aber die Sprache ist eine enorme Barriere, die man nicht ernst genug nehmen kann auf jeden Fall.“ (I_G4)

Ein Befragter aus der Fokusgruppe des Gesundheitspersonals machte auf die Schwierigkeit der unterschiedlichen Sprachen aufmerksam, man muss Dinge auf verständliche Weise erklären und oftmals besteht eine Diskrepanz zwischen wirklich gesagtem und dem was der Dolmetscher übersetzt hat.

„Ich hab ja den Eindruck, die Sprachen sind auch unterschiedlich. Um eine Sache zu sagen, brauch man in manchen Sprachen sehr viel länger und man muss sogar nochmal mit Nachfragen, Rückfragen und so und dann kommt dann einer mit Ja“ (FG_G1_T1)

Um Sprachbarrieren zu überwinden ist die beste Möglichkeit, mit Dolmetschern zu arbeiten. Doch die Befragten gaben an, dass die Arbeit mit Dolmetschern sich nicht immer einfach gestaltete, zum einen, weil die Arbeit mit Dolmetschern in der Sprechstunde einen nicht zu unterschätzenden, zusätzlichen Zeitfaktor darstellte, zum anderen weil Dolmetscher nicht flächendeckend zur Verfügung standen:

„Und hier ist natürlich schon einfach, ja ein Kommunikationsproblem vorhanden, zumal eben die Dolmetscher ja auch nicht flächendeckend und zeitnah zur Verfügung stehen“ (I_G1).

Ärzte sind verpflichtet, ihre Patienten umfassend über Art, Umfang und Risiken einer Behandlung aufzuklären. Dafür brauchen sie einen Dolmetscher, aber die Finanzierung ist nicht einheitlich geregelt. Wenn keine professionellen Dolmetscher zur Verfügung standen, helfen manchmal Verwandte als informelle Dolmetscher aus, aber diese Kommunikation könnte schwierig sein, da es ja um das verständliche Übersetzen medizinischer Sachverhalte geht.

" Meine Frau ist Gynäkologin, [...] es kommt oft vor, dass Leute zu ihr kommen, die die Sprache nicht sprechen können, und dann kommen Frauen und bringen ihren Sohn oder ihren Mann zur Konsultation mit. Aber das ist keine Kommunikation ... "(FG_G1_T1).

Schriftliches Informationsmaterial in der Sprache der Geflohenen könnte ein Weg sein, um Patienten, die der deutschen Sprache noch nicht mächtig sind, dennoch umfassend und für

sie verständlich aufzuklären. Aber keiner der Befragten gab umfassende Erfahrungen damit an.

„Auch der Zahnarzt hat ihnen diese normalen Zettel für Untersuchung gegeben, ich habe die auch letzten Freitag ausgefüllt; ja, aber gibt es keine in arabischer Sprache“(FG_1_T4)

Hürden

War die Sprache jedoch sichergestellt, so gab der überwiegende Teil der Befragten an, dass dann die Versorgung wie bei jedem anderen (deutschen) Patienten auch funktionierte, nur eingeschränkt auf die Akutversorgung:

„Und dann braucht man einen Dolmetscher und dann geht das wie bei jedem anderen Deutschen Patienten auch. Nur eben eingeschränkt auf die Akuterkrankung“ (FG_G1_T1).

Darin sahen die Befragten eine weitere große Hürde, die strukturellen und rechtlichen Barrieren verhinderten oftmals eine bedarfsgerechte Versorgung. Deutschland ist der Zugang zur Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge eingeschränkt. Aber Zugangsbarrieren betreffen nicht nur die Geflüchteten, auch das Verwaltungspersonal hatte mit verschiedenen Barrieren in der Flüchtlingsbetreuung zu kämpfen.

„...welche Möglichkeiten es gibt, das ist nämlich erstmal gar nicht so leicht zu blicken, wo man welche Anträge stellen kann, wie man in Eingliederungshilfe kommt oder nicht reinkommt, wer Zugang zu Hilfsmitteln hat, wie man das organisiert, wo wir untergebracht werden.“ "(I_V4)

Die Arbeit der Ämter wurde durchaus kritisch betrachtet, besonders die Heterogenität der Entscheidungen wurde angemahnt:

„... da hat's dann gehakt, oder hier ist es sehr gut gelaufen, also das ist noch sehr inhomogen kann man sagen“ (I_G1).

In Deutschland wird die medizinische Versorgung von Flüchtlingen durch das Asylbewerberleistungsgesetz geregelt. Nach Ansicht der Teilnehmer verhinderten diese rechtlichen Hindernisse häufig eine bedarfsgerechte Versorgung.

„Und das macht es natürlich im Alltag sehr schwierig, also, wenn sich ein Arzt jetzt jeweils erstmal überlegen muss, was wird das Amt bewilligen, und was wird es nicht bewilligen, dann, ja wird es für die medizinische Seite her schwierig vom Ablauf.“ "(I_G1).

Ein Punkt, welcher an der Stelle von der Mehrheit der Befragten positiv hervorgehoben wurde, war die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte. Mit dieser wurden die Zugangsbarrieren für die Geflüchteten wesentlich erleichtert, auch wenn sich mit der Einführung der Leistungsumfang nicht geändert hatte, so wurde die elektronische Gesundheitskarte doch als Unterstützung angesehen:

„Seitdem diese Gesundheitskarte eingeführt wurde, dass die auch nicht mehr diesen Schein vom Sozialamt haben müssen, sondern genau wie Sie und ich mit unserer Gesundheitskarte zum Arzt gehen können, ähm, finde ich ist das schon mal sehr erleichtert, dass die eben auch gleichbehandelt werden“ (I_V3).

Die Unkenntnis des deutschen Gesundheitswesens wurde als weitere große Zugangsbarriere gesehen. Die bürokratischen Hürden zu meistern, vor allem da die Geflüchteten weder Deutsch sprachen noch das System kannten, stellte eine große, oftmals kaum zu bewältigende Herausforderung dar:

„Also die Geflüchteten könnten, kann man, man kann das alles alleine nicht schaffen, also diese bürokratischen Hürden, die da sind, sind für jemanden der sich im System nicht auskennt, sehr schwer zu bewerkstelligen“ (I_V2).

Die Behandlung von Geflüchteten in der täglichen Praxis nahm nach der Erfahrung der Befragten nach mehr Zeit in Anspruch als die Behandlung deutscher Patienten. Das liegt natürlich an der Arbeit mit Dolmetschern aber auch an der Betreuung der Geflüchteten selbst. In der regulären Sprechstunde bedeutet die Betreuung von Geflüchteten einen zusätzlichen Zeitfaktor.

„Zeit, natürlich ein großes Thema. Morgens, wenn in der Praxis viel los ist, wenn drei oder vier Flüchtlinge da sind, dann wird das Ihren Zeitplan völlig überrollen. Weil das einfach länger dauert. Das ist nun mal so.“ (FG_G1_T1)

Damit medizinische Behandlungen erfolgreich sind, ist es wichtig, dass die Patienten sich an die Vereinbarungen mit dem Arzt halten, die Compliance. Aber die dafür notwendigen Erklärungen durch den Arzt brauchten Zeit, insbesondere bei Sprachschwierigkeiten oder bei Erfahrungen mit anderen Gesundheitssystemen.

“Aber um ihnen klarzumachen, dass sie ihre NOAK nehmen müssen, zumindest im ersten Jahr, das hat eine halbe Stunde gedauert, um ihnen verständlich zu machen, dass es nicht nur für vier Wochen ist, sondern dass er das für 12 Monate nehmen muss.“ (FG_G1_T1)

Die Therapietreue der Patienten hängt mit einer kontinuierlichen Behandlung und Unterstützung zusammen.

"Dann hätte er zwei Wochen die Medikamente nicht genommen. Dann hätten wir ihn gleich wieder einweisen und einen neuen Stent machen können." (FG_G1_T2)

Ein weiterer Punkt in der Versorgung von Geflüchteten ist der Informationsaustausch. Die Befragten gaben an, dass es keinen standardisierten Austausch von Informationen über die Gesundheit von Geflüchteten als Patienten gibt, sondern dass dieser individuell unterschiedlich ist, z. B. zwischen Hausärzten und Aufnahmezentren oder Gemeinschaftsunterkünften oder zwischen Hausärzten und Krankenhäusern. Dies ist aber notwendig, um eine angemessene Betreuung zu gewährleisten.

„Sondern, die Strukturen derzeit sind, so dass es schwierig sein kann. Also, dass eben nicht der Kollege Krankenhaus jetzt sagt okay, wo wirst du weiter oder wo werden Sie weiter behandelt und dann den Kontakt sucht und sagt, okay ich fax das da schon mal hin, damit das denn klar ist, wie das bei den normalen Patienten der Fall ist.“ (FG_G1_T2)

Ein Punkt, der insbesondere im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen genannt wurde, ist die übermäßige Beanspruchung des Personals. Diese Überforderung kann zu einer deutlich schlechteren Versorgung der Geflüchteten führen.

Auch gaben einige der Befragten an, dass sich das Gesundheitswesen interkulturell mehr öffnen müsste, um den kulturellen Unterschieden adäquat begegnen zu können:

„Sich auch für die Zielgruppe öffnen. Öffnen dahingehend als dass man schaut, dass sie aus einem anderen Kulturkontext kommen und eine andere Haltung gegenüber Medizinerinnen haben“ (I_V2).

Einige der Befragten sahen in den kulturellen Unterschieden eine Hürde, andere an der Versorgung Beteiligte sahen darin überhaupt keine Schwierigkeiten:

„Was man immer so auch denken könnte, dass die kulturellen Unterschiede ein medizinisches Problem darstellen, das kann ich jetzt so aus Neumünster nicht teilen, das ging problemlos“ (I_G1).

Weiterhin gaben die Befragten auch einige Ideen zur Optimierung an, wie zum Beispiel onlinebasierte oder telefongestützte Dolmetscherlösungen:

„Das ist sicherlich was, was man noch optimieren kann, sei es über eine entsprechende Dolmetscherplattform oder entsprechende mobile Lösungen, sprich onlinebasierte Lösungen“ (I_G1).

Insgesamt war bei allen der Wunsch zu vernehmen, dass keine Unterschiede in der medizinischen Versorgung zwischen Deutschen und Geflüchteten gemacht werden sollten:

„Meines Erachtens nach sollte kein Unterschied gemacht werden zwischen Asylsuchenden und hier lebenden Menschen, was die medizinische Basisversorgung angeht“ (I_G1).

Die Teilnehmer berichteten keine negativen Erfahrungen speziell mit Rassismus, jedoch mit dem sogenannten Alltagsrassismus.

„Ein bisschen rassistisch zwischen den Ausländern und den Deutschen, [...] wir sind alle Menschen, [...] der Arzt muss [...] den Patienten behandeln, egal wer ist er oder woher er kommt ...“ (FG_1_T2)

Die Hauptkategorien mit den zugehörigen Codes und Ankerzitaten sind im Anhang übersichtlich dargestellt.

3.2.4. Ergebnisse Schwerpunkt „Rollende Arztpraxis“

Da der gesamte mixed-methods Ansatz dieses Forschungsvorhabens auf dem Projekt der Rollenden Arztpraxis beruht, werden im Folgenden die Ergebnisse der qualitativen Analyse dieses Schwerpunktes dargestellt, auch wenn eine detaillierte Beschreibung des Projektes kein Bestandteil dieser Arbeit ist.

Die Rollende Arztpraxis wurde im Allgemeinen sehr positiv bewertet. Die Fokusgruppenteilnehmer und Interviewten hoben die Vorteile dieses mobilen Versorgungskonzeptes hervor: *„Ja, wie das Wort schon sagt „mobil“, dass dieses Ding zu den Patienten kommt“ (I_V3).*

Als ganz besonders wichtiger Punkt wurde die kontinuierliche Anwesenheit eines Dolmetschers erachtet: *„Naja, da ist ein Dolmetscher vorhanden, da ist natürlich auch die sprachliche Barriere besser in der rollenden Arztpraxis als hier, ne“ (FG_G1_T1).* Insgesamt gaben die Teilnehmer an, dass die sprachlichen Schwierigkeiten die größte Herausforderung in der medizinischen Versorgung von Geflüchteten waren.

Die kontinuierliche Betreuung, die durch die Rollende Arztpraxis gegeben war, wurde als besonders vorteilhaft erachtet. Die Patienten hatten jede bzw. alle zwei Wochen die Möglichkeit, die Rollende Arztpraxis aufzusuchen, die Ärzte kannten die Patienten und konnten so eine lückenlose Versorgung sicherstellen, die andernfalls so nicht gegeben war:

„Und hatte denn, er hatte dieses Schreiben dabei und er muss diese Medikamente ja Lückenlos eigentlich nehmen. Und ja, wenn ich nicht jetzt zwei Tage später gekommen wäre, dann hätte er es halt nicht genommen, weil da fehlt dann eben so diese engmaschige Anbindung“ (FG_G1_T2).

Die Ausstattung der Rollenden Arztpraxis war ein weiterer positiver Faktor, da sie mit Geräten wie EKG, Defibrillator etc. ausgestattet war wie eine normale kleine Arztpraxis, was von den Teilnehmern lobend erwähnt wurde: *„Und der hat ja alles Mögliche an Bord an diesem Ding, also das ist ja richtig klasse, was das alles machen kann“ (I_V3).*

Die Rollende Arztpraxis fuhr die Unterkünfte zu festgelegten Zeiten an und konnte von den Patienten ohne vorherige Terminvergabe aufgesucht werden. Eine zeitnahe Hilfe war somit gegeben. Terminvergabe bzw. das Warten auf einen Termin war ein Punkt, der von den Befragten in Bezug auf die Herausforderungen in der medizinischen Versorgung von Geflüchteten im Allgemeinen als schwierig benannt wurde. Damit einhergehend wurde besonders positiv bewertet, dass die Geflüchteten ohne die Rollende Arztpraxis nur schwierig einen Arzt aufsuchen konnten, da es nur wenige öffentliche Verkehrsmittel in den ländlichen Regionen gab. Oft fuhr der Einrichtungsleiter die Bewohner zum Arzt. Diesem Umstand wurde damit entgegengewirkt, dass der Arzt zu den Patienten kam: *„...da, da ist ja nichts, da ist noch nicht mal ein Bäcker teilweise, im Ort, und dass der Arzt direkt zu denen nach Hause kommt wahrscheinlich zu denen die, die ernst krank sind oder, länger schon ihrer Krankheiten haben, dass die wenigstens alle vierzehn Tage mal, durchgecheckt werden oder angeguckt werden oder, gefragt wird: so brauchen Sie etwas Neues, wie geht es denn“ (I_V6).*

Die Organisation der Infrastruktur in der Rollenden Arztpraxis wurde von den Befragten ebenfalls als positiv bewertet. Zu Beginn des Projektes mussten verschiedene Dinge, wie Stromanschluss, WLAN etc., zunächst erprobt werden, durch die Kontinuität der Fahrer und die gesammelten Erfahrungen wurde ein reibungsloser Ablauf garantiert: *„... gut die erste Zeit musste man ja alles suchen, wo was ist wie stellt man sich am besten hin wo stellt man sich hin, wo die ganzen Unterkünfte sind aber mittlerweile hat man das ja, so praktisch in den Alltag mit hineingenommen“ (I_V6).*

Besonders hervorzuheben war die Vergleichbarkeit zwischen den Beratungsanlässen der Patienten in den Praxen mit denen von Geflüchteten. Insgesamt berichteten die Ärzte, dass die Krankheiten in der Rollenden Arztpraxis zwar anders gewichtet seien und die psychischen Krankheiten überwogen, aber grundsätzlich bestünden die gleichen medizinischen Probleme wie bei jedem anderen Patienten: *„Gut, dass die, der der die Krankheiten andere sind. Die sind einfach anders gewichtet“ (FG_G1_T1).*

Als Schwachstelle wurde der geringe Platz innerhalb des Kleinbusses angesprochen: *„Ja das das ist Problem. Wir haben nicht so viel Platz“ (I_G3)*. Es hielten sich permanent drei Personen (Arzt, Patient, Dolmetscher) in der Rollenden Arztpraxis auf, wodurch der zur Verfügung stehende Platz ziemlich begrenzt war.

Weiterhin wurde bemängelt, dass die Internetverbindung oftmals unterbrochen wurde: *„Manchmal zum Beispiel, WLAN fehlt und kann man nichts machen mit Hand muss man alles schreiben“ (I_G3)*.

Der Kostenfaktor wurde ebenfalls angesprochen. Es wurde die Vermutung geäußert, dass der Kostenfaktor einem flächendeckenden Einsatz der Rollenden Arztpraxis entgegensteht, da pro Patient sehr hohe Kosten generiert würden: *„...ist natürlich hoffnungslos überbezahlt. Ne, also so viel Geld kann man nicht ausgeben, das ist, um Erfahrung zu machen, also was, was mir daraus das wichtigste ist“ (FG_G1_T1)*.

Insgesamt wurde die Versorgung durch die Rollende Arztpraxis als gute Ergänzung zur Regelversorgung gesehen, die durchaus Vorteile brachte. Die größten Vorteile wurden in der Bereitstellung eines Dolmetschers gesehen sowie darin, dass besonders die ländlichen Regionen angefahren wurden.

Die Hauptkategorien mit den zugehörigen Unterkategorien für den Schwerpunkt „Rollende Arztpraxis“ sowie Ankerzitate sind im Anhang übersichtlich dargestellt

3.3. Quantitativer Arbeitsschwerpunkt

Es wurden alle Items des EUROPEP-Fragebogens ins Hocharabische übersetzt. Die Items waren verständlich formuliert, so dass eine kulturelle Adaptation nicht nötig war.

3.3.1. Stichprobencharakteristika

Insgesamt wurden 619 Fragebögen ausgehändigt, davon wurden 136 ausgefüllte Fragebögen an die Studienzentrale zurückgegeben. Die Rücklaufquote lag bei ca. 22 Prozent.

Im Rahmen der Befragung gaben 95 Teilnehmer an, als letztes von einem Arzt in einer ambulanten Praxis behandelt worden zu sein, 25 Teilnehmer wurden als letztes in einem Krankenhaus behandelt, 16 Teilnehmer beantworteten die Frage nicht. Für die psychometrische Überprüfung des EUROPEP-Fragebogens wurden nur diejenigen Personen berücksichtigt, die zuletzt ambulant versorgt wurden. Bei knapp 70 Prozent (95 von 136) Teilnehmern war dies der Fall.

63,2 Prozent der Befragungsteilnehmer waren männlich. Die Befragungsteilnehmer waren zwischen 18 und 54 Jahren alt und lebten im Durchschnitt seit 21 Monaten in Deutschland.

Der Großteil der Befragten kam aus Syrien (n=74), der Irak wurde von zwölf Personen als Herkunftsland angegeben, neun Personen gaben ihr Herkunftsland nicht an.

In Tabelle 8 sind die soziodemografischen Angaben dargestellt.

Tabelle 8 Stichprobencharakteristika

Charakteristika		Angaben
Geschlecht, n (%)	weiblich	33 (34,7)
	männlich	60 (63,2)
Alter in Jahren, MW (SD); min-max		30 (8,31); 18-56
Mit wem leben Sie aktuell zusammen? n (%)	Allein	18 (18,9)
	Mit Freunden	5 (5,3)
	Mit Familienangehörigen	68 (71,6)
	Mit Fremden	4 (4,2)
Seit wie vielen Monaten leben Sie in Deutschland? MW (SD);		21,01 (13,18);
Vor wie vielen Monaten haben Sie zuletzt einen Arzt (ambulant) aufgesucht? MW (SD);		3,68 (3,77);
Vor wie vielen Monaten haben Sie zuletzt einen Arzt in einer Klinik aufgesucht? MW (SD);		8,3 (9,58);
Vor wie vielen Monaten haben Sie zuletzt einen Zahnarzt aufgesucht? MW (SD);		6,81 (11,1);

MW=Mittelwert; SD=Standardabweichung

3.3.2. Ergebnisse des EUROPEP-Fragebogens

Im Folgenden werden die Ergebnisse des EUROPEP-Fragebogens sortiert nach den Dimensionen dargestellt. Hierzu werden die statistischen Kenngrößen MW, die SD, das 95%-KI, die Schiefe und Kurtosis sowie die Faktorladungen für die Items in den einzelnen Dimensionen dargestellt.

Die explorative Faktorenanalyse ergab vier Faktoren mit einer erklärten Varianz von $R^2 = 82,1\%$ (KMO 0,85, Barlett-Test auf Sphärizität $P < ,001$), medizinische Versorgung (65 %, $\alpha = 0,942$), Arzt-Patienten-Beziehung (6,89 %, $\alpha = 0,934$), Koordination der Versorgung (5,73 %, $\alpha = 0,869$) und Zugang zur Versorgung (4,45 %, $\alpha = 0,880$). Für den gesamten EUROPEP-Fragebogen betrug die interne Konsistenz $\alpha = 0,973$. Das Item "Telefonische Erreichbarkeit der Praxis" wurde aufgrund von Veränderungen der internen Konsistenz und der inhaltlichen Reflexion dem Faktor 4 (Erreichbarkeit der Versorgung) zugeordnet.

EUROPEP Dimension 1: Arzt-Patienten-Beziehung und Kommunikation

Vor allem bei den Fragen: „Wie hat er Ihnen zugehört?“ und „Wie hat er Interesse an Ihrer persönlichen Situation gezeigt?“ gab es eine hohe Zustimmung, der Mittelwert lag bei beiden Fragen bei 1,88 bzw. bei 1,9.

Die Frage „Wie leicht hat er es Ihnen gemacht, über Probleme zu sprechen?“ wurde kritischer bewertet und liegt im Mittelwert bei 2,22. Die höchste Zustimmung innerhalb dieser Dimension erhielt mit 1,47 die Frage „Wie wurde in der Praxis auf den vertraulichen Umgang mit Patienteninformationen geachtet?“, 64 Teilnehmer bewerteten diese Frage mit ausgezeichnet (siehe hierzu Tabelle 16 im Anhang).

Die Faktorenanalyse für diese Dimension zeigte eine eindimensionale Struktur mit einer erklärten Varianz von $R^2 = 71,4\%$ (KMO 0,883; Bartlett-Test auf Sphärizität $P < 0,001$). Die Faktorladungen lagen zwischen 0,901 („Wie leicht hat er es Ihnen gemacht, über Probleme zu sprechen?“) und 0,709 („Wie wurde in der Praxis auf den vertraulichen Umgang mit Patienteninformationen geachtet?“). Die interne Konsistenz betrug $\alpha = 0,918$. Details sind aus Tabelle 9 zu entnehmen.

Tabelle 9 EUROPEP-Dimension: Arzt-Patienten-Beziehung und Kommunikation

Item	MW (SD)	95% KI	Schiefe	Kurtosis	Faktorladung
Wie hat er Ihnen während des Arztbesuchs das Gefühl vermittelt, dass er Zeit für Sie hat?	1,92 (1,06)	1,70-2,14	0,68	-0,73	0,859
Wie hat er Interesse an Ihrer persönlichen Situation gezeigt?	1,93 (1,04)	1,72-2,15	0,74	-0,46	0,874
Wie leicht hat er es Ihnen gemacht, über Probleme zu sprechen?	2,22 (1,12)	1,98-2,45	0,37	-1,06	0,901
Wie hat er Sie in Entscheidungen über Ihre medizinische Behandlung einbezogen?	2,19 (1,23)	1,91-2,46	0,72	-0,55	0,846
Wie hat er Ihnen zugehört?	1,88 (0,99)	1,67-2,09	0,75	-0,7	0,868
Wie wurde in der Praxis auf den vertraulichen Umgang mit Patienteninformationen geachtet?	1,47 (0,89)	1,28-1,66	1,88	2,95	0,709

EUROPEP Dimension 2: Medizinisch-technische Versorgung

Die Frage „Wie führt er bei Ihnen körperliche Untersuchungen durch?“ wurde mit 2,08 innerhalb der EUROPEP-Dimension 2 als besonders positiv bewertet. Hingegen wurde die Frage „Wie gründlich hat er sich mit Ihren Problemen befasst?“ mit 2,34 bewertet, 49 Teilnehmer beantworteten die Frage mit ausgezeichnet oder gut. Auch die Frage „Wie hat er Ihnen Angebote zur Krankheitsvorbeugung gemacht (z.B. Vorsorge, Impfung, Gesundheitskontrollen u.ä.)?“ wurde von 47 Teilnehmern als ausgezeichnet oder gut bewertet (siehe hierzu Tabelle 16 im Anhang). Die Faktorenanalyse für diese Dimension zeigte eine eindimensionale Struktur mit einer erklärten Varianz von $R^2 = 74,1\%$ (KMO 0,857; Bartlett-Test auf Sphärizität $P < 0,001$). Die Faktorladungen lagen zwischen 0,918 („Wie hat er Ihnen geholfen, damit Sie sich gut genug fühlten, um Ihren normalen täglichen Aktivitäten nachgehen zu können?“) und 0,777 („Wie hat er Ihnen Angebote zur Krankheitsvorbeugung gemacht (z.B. Vorsorge, Impfung, Gesundheitskontrollen u.ä.)?“). Die interne Konsistenz betrug $\alpha = 0,909$. Details sind aus Tabelle 10 zu entnehmen.

Tabelle 10 EUROPEP-Dimension: Medizinisch-technische Versorgung

Item	MW (SD)	95% KI	Schiefe	Kurtosis	Faktorladung
Wie gut konnte Ihr Arzt eine schnelle Linderung Ihrer Beschwerden erreichen?	2,22 (1,19)	1,97-2,47	0,42	-1,04	0,880
Wie hat er Ihnen geholfen, damit Sie sich gut genug fühlten, um Ihren normalen täglichen Aktivitäten nachgehen zu können?	2,11 (1,2)	1,85-2,36	0,65	-0,69	0,918
Wie gründlich hat er sich mit Ihren Problemen befasst?	2,34 (1,18)	2,09-2,58	0,51	-0,52	0,891
Wie führte er bei Ihnen körperliche Untersuchungen durch?	2,08 (1,15)	1,83-2,33	0,75	-0,37	0,831
Wie hat er Ihnen Angebote zur Krankheitsvorbeugung gemacht (z.B. Vorsorge, Impfung, Gesundheitskontrollen u.ä.)?	2,34 (1,3)	2,05-2,63	0,7	-0,52	0,777

EUROPEP Dimension 3: Information und Unterstützung

Innerhalb der EUROPEP-Dimension 3 wurde die Frage „Wie hat er Ihnen erläutert, warum es wichtig ist, seine Ratschläge zu befolgen?“ mit 2,11 am besten bewertet, 53 Teilnehmer haben diese Frage mit ausgezeichnet oder gut bewertet. Die Frage „Wie hat er Ihnen den Zweck von Untersuchungen und Behandlungen erklärt?“ wurde nur von 49 Teilnehmern mit ausgezeichnet oder gut bewertet (siehe hierzu Tabelle 16 im Anhang), der Mittelwert lag bei 2,31. Die Faktorenanalyse für diese Dimension zeigte eine eindimensionale Struktur mit einer erklärten Varianz von $R^2 = 74,6\%$ (KMO 0,820; Bartlett-Test auf Sphärizität $P < 0,001$). Die Faktorladungen lagen zwischen 0,893 („Wie hat er Ihnen erläutert, warum es wichtig ist, seine Ratschläge zu befolgen?“) und 0,843 („Wie hat er Sie über das informiert, was Sie über Ihre Beschwerden bzw. Erkrankungen wissen wollten? bzw. Wie hat er Ihnen beim Umgang mit Ihren Gefühlen im Zusammenhang mit Ihrem Gesundheitszustand geholfen?“). Die interne Konsistenz betrug $\alpha = 0,886$. Details sind aus Tabelle 11 zu entnehmen.

Tabelle 11 EUROPEP-Dimension: Information und Unterstützung

Item	MW (SD)	95% KI	Schiefe	Kurtosis	Faktorladung
Wie hat er Ihnen den Zweck von Untersuchungen und Behandlungen erklärt?	2,31 (1,23)	2,04-2,58	0,57	-0,67	0,874
Wie hat er Sie über das informiert, was Sie über Ihre Beschwerden bzw. Erkrankungen wissen wollten?	2,19 (1,15)	1,94-2,43	0,76	-0,22	0,843
Wie hat er Ihnen beim Umgang mit Ihren Gefühlen im Zusammenhang mit Ihrem Gesundheitszustand geholfen?	2,15 (1,11)	1,90-2,40	0,46	-0,92	0,843
Wie hat er Ihnen erläutert, warum es wichtig ist, seine Ratschläge zu befolgen?	2,11 (1,18)	1,85-2,37	0,76	-0,47	0,893

EUROPEP Dimension 4: Kontinuität und Kooperation

Innerhalb der EUROPEP-Dimension 4 gab es nur zwei Fragen. Die Frage „Wie hat er sich erinnert, wie er Sie bei früheren Gesprächen behandelt und beraten hat?“ wurde im Mittel mit 1,98 bewertet, insgesamt 56 Teilnehmer bewerteten diese Frage mit ausgezeichnet oder gut. Die Frage „Wie hat er Sie bei Überweisungen darauf vorbereitet, was Sie beim Facharzt bzw. im Krankenhaus erwartet?“ wurde mit 2,19 bewertet, jedoch wurde die Frage auch nur von 75 Personen beantwortet, 20 Teilnehmer haben diese Frage entweder nicht beantwortet oder dem keine Bedeutung beigemessen (siehe hierzu Tabelle 16 im Anhang).

Die Faktorenanalyse für diese Dimension zeigte eine eindimensionale Struktur mit einer erklärten Varianz von $R^2 = 80,6\%$ (KMO 0,500; Bartlett-Test auf Sphärizität $P < 0,001$). Die Faktorladungen für diese zwei Items lagen bei 0,898. Die interne Konsistenz betrug $\alpha = 0,758$. Details sind Tabelle 12 zu entnehmen.

Tabelle 12 EUROPEP Dimension: Kontinuität und Kooperation

Item	MW (SD)	95% KI	Schiefe	Kurtosis	Faktorladung
Wie hat er sich erinnert, wie er Sie bei früheren Gesprächen behandelt und beraten hat?	1,98 (1,07)	1,74-2,21	0,93	0,4	0,898
Wie hat er Sie bei Überweisungen darauf vorbereitet, was Sie beim Facharzt bzw. im Krankenhaus erwartet?	2,19 (1,15)	1,92-2,45	0,67	-0,38	0,898

EUROPEP Dimension 5: Praxisorganisation

Innerhalb der Dimension 5 wurde beispielsweise die Hilfsbereitschaft der weiteren Praxismitarbeiter hervorgehoben, hier gaben 62 Befragte eine hohe Zustimmung an (siehe hierzu Tabelle 7 im Anhang). Die Möglichkeit, passende Termine zu bekommen als auch die Wartezeiten in der Praxis wurde eher kritisch bewertet. Nur 40 Teilnehmer bewerteten die Frage nach den Wartezeiten mit ausgezeichnet oder gut (siehe hierzu Tabelle 16 im Anhang). Die Frage „Wie war es möglich, mit dem Hausarzt selbst am Telefon zu sprechen?“ wurde von 25 Teilnehmern nicht beantwortet bzw. als nicht von Bedeutung eingeschätzt.

Die Faktorenanalyse für diese Dimension zeigte eine eindimensionale Struktur mit einer erklärten Varianz von $R^2 = 65,9\%$ (KMO 0,833; Bartlett-Test auf Sphärizität $P < 0,001$). Die Faktorladungen lagen zwischen 0,865 („Wie war es Ihnen möglich, passende Termine zu bekommen?“) und 0,638 („Wie war die Hilfsbereitschaft der anderen Praxismitarbeiter (außer dem Arzt)?“). Die interne Konsistenz betrug $\alpha = 0,896$. Details sind aus Tabelle 13 zu entnehmen.

Tabelle 13 EUROPEP Dimension: Praxisorganisation

Item	MW (SD)	95% KI	Schiefe	Kurtosis	Faktorladung
Wie war die Hilfsbereitschaft der anderen Praxismitarbeiter (außer dem Arzt)?	1,91 (1,04)	1,68-2,13	1,1	0,85	0,683
Wie war es Ihnen möglich, passende Termine zu bekommen?	2,50 (1,37)	2,21-2,79	0,39	-1,08	0,865
Wie war die telefonische Erreichbarkeit der Praxis?	2,21 (1,23)	1,94-2,48	0,75	-0,4	0,809
Wie war es möglich, mit dem Hausarzt selbst am Telefon zu sprechen?	2,81 (1,4)	2,48-3,15	0,18	-1,24	0,842
Wie waren die Wartezeiten in der Praxis?	2,85 (1,55)	2,52-3,18	0,2	-1,43	0,864
Wie schnell erhielten Sie Hilfe bei dringenden Gesundheitsproblemen?	2,35 (1,29)	2,08-2,63	0,54	-0,85	0,829

3.3.3. Konvergente Konstruktvalidität

Die Berechnung der konvergenten Konstruktvalidität erfolgte auf Basis der transformierten Skalen des EUROPEP- und ZAP-Instruments und zeigte eine signifikant positive Korrelation zum EUROPEP-Gesamtscore und den verschiedenen Sub-Scores.

Die Korrelationen zwischen den ZAP-Score und den einzelnen Dimensionen des EUROPEP waren wie folgt:

- Dimension: Arzt-Patienten-Beziehung und Kommunikation $r_{\text{rho}} = 0,701$ ($p < 0,001$)
- Dimension: Medizinisch-technische Versorgung $r_{\text{rho}} = 0,741$ ($p < 0,001$)
- Dimension: Information und Unterstützung $r_{\text{rho}} = 0,762$ ($p < 0,001$)
- Dimension: Kontinuität und Kooperation $r_{\text{rho}} = 0,716$ ($p < 0,001$)
- Dimension: Praxisorganisation $r_{\text{rho}} = 0,753$ ($p < 0,001$)

Des Weiteren können im Anhang die deskriptiven Ergebnisse des ZAP-Fragebogens eingesehen werden. Dabei sind die statistischen Maße MW, SD, das 95%- KI sowie die Schiefe und Kurtosis und die Antworthäufigkeiten für alle Fragen des ZAP-Fragebogens dargestellt.

Aufgrund des Rücklaufs von $n=10$ des EQ5D-Fragebogen werden die Ergebnisse im Anhang dargestellt. (siehe hierzu Tabelle 19 im Anhang)

4. Diskussion

Dieses Forschungsvorhaben mit einem explorativen, sequenziellen mixed-methods Ansatz hatte das Ziel, die Bedarfe und Erfahrungen hinsichtlich der medizinischen Versorgung von Geflüchteten zu erforschen. Damit der Forschungsansatz dieser umfassenden Thematik auch gerecht wird, erschien es unabdingbar, die medizinische Versorgung von Geflüchteten zum einen auf mehreren Ebenen zu betrachten und zum anderen mehrere Perspektiven mit einzubeziehen.

Eingebettet war das gesamte Forschungsvorhaben in das Projekt „Integration, Organisation und Evaluation der ambulanten medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden im Kreis Herzogtum Lauenburg“, welches mit einem mobilen Versorgungskonzept die ambulante, medizinische Versorgung von Geflüchteten im ländlichen Schleswig-Holstein unterstützte. Durch die hohe Anzahl der nach Deutschland Geflohenen im Jahr 2015 brauchte es schnell Konzepte und Lösungen, um trotz der herausfordernden Lage eine hochwertige Versorgung für die Schutzsuchenden sicherstellen zu können. So war die Rollende Arztpraxis zwölf Monate lang für die Versorgung von Geflüchteten in drei Flüchtlingsunterkünften vorgesehen (Hahn 2018).

Für die Versorgung der Geflüchteten im ländlichen Schleswig-Holstein waren größten Vorteile der Rollenden Arztpraxis die kontinuierliche Betreuung auf dem Land und das Vorhalten eines Dolmetschers. Die Patienten hatten jede bzw. alle zwei Wochen die Möglichkeit, die Arztpraxis aufzusuchen, die Ärzte kannten die Patienten und konnten so eine Kontinuität in der Versorgung sicherstellen. Für Geflüchtete mit geringen oder keinen Sprachkenntnissen ist die Unkenntnis des deutschen Gesundheitswesens ein großes Defizit, welches Folgeprobleme nach sich zieht. Der Zugang zum Arzt wird durch ein mobiles Versorgungskonzept erleichtert, da er sehr niedrigschwellig angesetzt ist.

Die meisten Schwierigkeiten in der Versorgung der Geflüchteten wurden mit der hohen Zahl an Geflüchteten im Jahr 2015 in Verbindung gebracht. Übereinstimmend wurde gesagt, dass es zu dieser Zeit schwierig war, eine angemessene medizinische Versorgung sicherzustellen, dies aber aktuell nicht mehr der Fall ist. Die medizinische Versorgung ist seit dem Rückgang der Flüchtlingszahlen auf einem hohen Niveau, sofern die Voraussetzung eines Dolmetschers oder ausreichender Sprachkenntnisse gegeben ist.

Ein flächendeckender Einsatz eines mobilen Versorgungskonzeptes zur Versorgung von Geflüchteten ist bei anhaltend geringen Flüchtlingszahlen nicht notwendig, für eine allgemeine medizinische Versorgung in ländlichen Regionen mit schlechter Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel kann sie aber eine adäquate Unterstützung darstellen. Bereits das Vorgängerprojekt aus Niedersachsen hat gezeigt, dass solch ein mobiles Versorgungskonzept

grundsätzlich dazu geeignet erscheint, die Sicherstellung der Versorgung in unterversorgten ländlichen Regionen zu unterstützen (Schwartz et al. 2015). Jedoch steht dem der größte Kritikpunkt direkt entgegen, der Kostenfaktor. Bereits in Niedersachsen wurden die Hypothese aufgestellt, dass ein solches Konzept nur Bestand haben kann, wenn es langfristig subventioniert wird, andernfalls steht der Kostenfaktor einem flächendeckenden Einsatz entgegen (Schwartz et al. 2015). Für wirtschaftliche Rentabilität oder zumindest Kostendeckung war in Niedersachsen die Auslastung viel zu gering (Ollenschläger 2014). Im Rahmen des Projektes der Rollenden Arztpraxis zur Versorgung von Geflüchteten in Schleswig-Holstein ist der Kostenfaktor ebenfalls einer der größten Kritikpunkte. Dies muss jedoch an der Stelle etwas differenzierter betrachtet werden und in den Kontext der gesamtgesellschaftlichen Situation im Jahr 2016/ 2017 gesetzt werden. Die Planung des Projektes fand in der Hochphase der Flüchtlingsbewegung statt, wo hunderttausende Menschen in der Bundesrepublik Deutschland Schutz suchten (BAMF 2015). Schnelle Lösungen, unabhängig vom Kostenfaktor, mussten gefunden werden. Doch bereits im Laufe des Projektes verlor die Situation an Brisanz. Ein starker Rückgang der Flüchtlingszahlen sorgte für eine deutliche Entspannung in Bezug auf die medizinische Versorgung von Geflüchteten. Jedoch führte das u.a. auch dazu, dass beispielsweise Erstaufnahmeeinrichtungen wieder geschlossen wurden und somit die Rollende Arztpraxis noch deutlich weniger zum Einsatz kam als geplant und finanziert. Insgesamt wurden in den zwölf Monaten 109 Patienten durch die Rollende Arztpraxis versorgt. Im Rahmen des vorliegenden Projektes wurde die Infrastruktur der Rollenden Arztpraxis für eine hundertprozentige Auslastung zur Verfügung gestellt und finanziert. Die tatsächliche Auslastung fiel jedoch deutlich geringer aus und variierte monatlich, die anfallenden Fixkosten können somit keinen Bezug auf den einzelnen Patienten nehmen. Zudem weisen auch die einzelnen Behandlungskosten (variable Kosten) je Patient enorme Unterschiede auf. Eine Angabe zu den Kosten, welche im Rahmen der Versorgung in der Rollenden Arztpraxis für den einzelnen Patienten anfielen, kann daher nicht gegeben werden. Die Projektkosten insgesamt betrugen 237.391,00 Euro. Eine tiefergehende Kosten-Nutzen-Relation müsste Gegenstand einer gesellschaftlichen Diskussion sein.

Erfahrungen mit einem solchen mobilen Versorgungskonzept konnten im Rahmen dieses Projektes gemacht werden. Besonders für zukünftige Projekte hat die Rollende Arztpraxis wichtige Erkenntnisse geliefert. Als größter Nachteil wurde der geringe zur Verfügung stehende Platz innerhalb des Kleinbusses genannt. Auf dieses Ergebnis wurde in den darauffolgenden Jahren reagiert, unsere Erkenntnisse wurden verwendet um ein solches Versorgungskonzept zu optimieren. Der Projektpartner DB Regio hat in den Folgejahren Linienbusse zu geräumigen, hochwertig ausgestatteten mobilen Arztpraxen umbauen lassen. Mittlerweile ist der DB Medibus zu einer festen Marke geworden und unterstützt beispielsweise

als Impfbus Impfkampagnen oder versorgt die älteren Patienten im ländlichen Raum (DB Medibus 2020). Dass die Rollende Arztpraxis langfristig einen entscheidenden Beitrag zu einer verbesserten Gesundheitsversorgung beitragen konnte, ist so ein Ergebnis dieses Projektes.

4.1. Literaturreview – Qualitätsindikatoren

Dieses systematische Literaturreview war das erste seiner Art, welches speziell auf Qualitätsindikatoren bei der medizinischen Versorgung von Geflüchteten abzielte. Qualitätsindikatoren sind dazu geeignet, Qualität anhand von definieren Kriterien messbar zu machen. Um sich der Thematik der medizinischen Versorgung von Geflüchteten zu nähern, erschien es daher schlüssig, nach festgelegten Qualitätsstandards bei der Versorgung von Geflüchteten zu suchen.

Die meisten der gefundenen Indikatoren waren der Ergebnisqualität zuzuordnen und konzentrierten sich unter anderem auf Mortalität und Morbidität, Prozessindikatoren stellten hingegen die kleinste Gruppe der gefundenen Indikatoren dar, die für die medizinische Versorgung von Geflüchteten entwickelt wurden. Insgesamt scheint es an gemeinsamen und allgemeingültigen Strategien für die medizinische Versorgung von Geflüchteten zu mangeln, auch aufgrund der unterschiedlichen rechtlichen Rahmenbedingungen in den Aufnahmeländern (Bradby 2015). Es ist jedoch davon auszugehen, dass Qualitätsindikatoren diese Barriere überwinden und dazu beitragen könnten, die Gesundheitsversorgung von Geflüchteten zu optimieren und zu verbessern. Es existieren verschiedene Leitlinien für die medizinische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund, von krankheitsspezifischen bis hin zu allgemeinen Leitlinien für die Gesundheitsversorgung (Agbata 2018). Eine systematische Anwendung solcher Leitlinien, insbesondere der identifizierten Qualitätsindikatoren, ist von wesentlicher Bedeutung, um eine hochwertige Gesundheitsversorgung für Geflüchtete sicherzustellen. Das Recht auf Gesundheit eines jeden Einzelnen kann nur gewährleistet werden, wenn die Gesundheitsdienstleister gut ausgebildet sind und professionelle Standards (Qualitätsstandards) vorgegeben sind, da diese zu einem höheren Qualitätsniveau führen können (Sphere 2007).

Die meisten gefundenen Indikatoren deckten Fragen zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit sowie der Gesundheit von Müttern und Kindern im Kontext von Fluchterfahrungen ab. Der Bedarf, besonders in diesem Bereich Qualitätsstandards zu setzen, ist hoch, da Frauen und Kinder im Kontext Flucht die vulnerabelsten Gruppen sind. Bereits 1995 wies die UNHCR auf den Umstand hin, dass im Kontext Flucht ein besonderer Bedarf im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit vorherrscht: "urgent need to address the areas of safe motherhood, control of HIV/AIDS/STD, family planning services, and management of sexual and gender based violence within the overall primary health care services" (UNHCR

1995). Der Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, einschließlich einer qualitativ hochwertigen (Notfall-)Geburtshilfe, kann die Zahl der Frauen, die während oder nach der Geburt sterben, drastisch reduzieren und so sicherstellen, dass Mütter und ihre Kinder ein gesundes Leben führen können. Der UNHCR hat den Grundsatz aufgestellt, dass allen geflüchteten Frauen Gesundheitsdienstleistungen angeboten werden sollten (UNHCR 2010).

Obwohl die WHO und der UNHCR die Bedeutung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit im Kontext Flucht herausgestellt haben, konnte in einem systematischen Literaturreview über den Gesundheitszustand von Geflüchteten keine Studie über die körperliche Gesundheit von Frauen während der Schwangerschaft und Geburt gefunden werden, dahingehend wurde ein deutlicher Forschungsbedarf in diesem Zusammenhang festgestellt (Bozorgmehr et al. 2016). Es existiert ein breites Spektrum von Qualitätsindikatoren im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit von Geflüchteten. Über die Qualität der Versorgung in diesem Bereich und die Umsetzung dieser Indikatoren ist jedoch wenig bekannt.

Die zweitgrößte Gruppe von Indikatoren, die das systematische Literaturreview identifizierte, sind Indikatoren zum Thema Gesundheitsversorgung, wie z. B. der Zugang zu Gesundheitsleistungen. Der Zugang zu einer qualitativ hochwertigen, medizinischen Versorgung ist grundsätzlich ein entscheidender Faktor für die Gesunderhaltung. Besonders in Fluchtsituationen oder in Situationen, die zu Flucht führen können, wie Naturkatastrophen, aber eben auch in den sicheren Aufnahmелändern sollte der Zugang zu medizinischer Versorgung permanent sichergestellt sein. Jedoch sehen sich Geflüchtete immer wieder mit einem eingeschränkten Zugang konfrontiert, was in der Folge zu höheren Kosten im Gesundheitswesen führt (Bozorgmehr und Razum 2015).

Der dritte Themenkomplex, Indikatoren die sich auf den Gesundheitszustand beziehen, enthält nur Ergebnisindikatoren wie Morbidität und Mortalität. Ergebnisindikatoren werden direkt oder indirekt durch die Indikatoren der anderen beiden Themenbereiche beeinflusst. Die Lebensqualität im Herkunftsland, der Migrationsprozess und die Bedingungen im Aufnahmeland beeinflussen den Gesundheitszustand von Geflüchteten ganz entschieden (van Loenen et al. 2018, Cheng et al. 2015, Mangrio und Sjogren Forss 2017). Diese vulnerable Gruppe kann anfälliger für bestimmte Krankheiten oder psychische Störungen sein als Menschen ohne zum Teil traumatische (Flucht-)Erfahrungen. Besonders psychische Krankheiten können durch Trauma, die während des Migrationsprozesses erlebt werden, stark beeinflusst werden (Chen et al. 2017). Die Migrationserfahrung selbst kann psychosozialen Stress verursachen und eine Beeinträchtigung des Gesundheitszustands zur Folge haben. Doch auch wenn Erlebnisse wie Traumata, Folter und Kriegserlebnisse psychische Gesundheitsprobleme begünstigen können (Kalt et al. 2013, Jesuthasan et al 2018, Bogic et

al. 2015), sind Geflüchtete auch oft durch Situationen und Bedingungen im Aufnahmeland, wie zum Beispiel aufgrund eines ungewissen Aufenthaltsbescheides, einem hohen Stresslevel ausgesetzt. Studien zeigen, dass die Situation im Aufnahmeland jedoch einen geringeren Einfluss auf beispielsweise die psychische Gesundheit hat als traumatische Erfahrungen im Kontext Flucht (Chen et al. 2017). Ein ungewisser Aufenthaltsstatus hat laut Winkler et al. (2018) zwar keine Erhöhung von Fallhäufigkeiten psychischer Erkrankungen zur Folge, jedoch verstärkt eine solche ungewisse Situation im Aufnahmeland die Symptome bei einer bereits vorhandenen psychischen Erkrankung deutlich (Winkler et al. 2018). Vor dem Hintergrund der höheren Anfälligkeit für gesundheitliche Probleme allein aufgrund ihrer Fluchterfahrung erscheint es unverständlich, dass nach wie vor Hürden und Barrieren im Zugang zu Gesundheitsleistungen für Geflüchtete bestehen (Bellamy et al. 2015, Spura et al. 2017, Brandl et al. 2018). Dieses systematische Literaturreview hat dazu beigetragen, dass die bestehenden Qualitätsindikatoren, die sich im Kontext Flucht auf die medizinische Versorgung beziehen, zusammengetragen und veröffentlicht wurden und nun jederzeit eingesehen werden können.

Die größte Stärke unseres systematischen Literaturreviews war die erstmalige Darstellung von Qualitätsindikatoren aus so unterschiedlichen Bereichen der medizinischen Versorgung von Geflüchteten. Da wir aufgrund der definierten Limitationen nur Indikatoren in englischer, deutscher oder französischer Sprache in unserer Suche berücksichtigt haben, ist nicht auszuschließen, dass Indikatoren in anderen Sprachen nicht identifiziert wurden. Zudem könnte es zu möglichen Verzerrungen gekommen sein, da nur frei zugängliche Indikatorendatenbanken gescreent wurden. Es ist nicht auszuschließen, dass es weitere Qualitätsindikatoren gibt, die speziell für die Versorgung von Geflüchteten entwickelt wurden.

Um eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, muss nicht nur die medizinische Leistung an sich hohen Qualitätsstandards folgen, sondern in erster Linie muss der Zugang zu diesen Gesundheitsleistungen für alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen sichergestellt sein. Eine Unterscheidung je nach Herkunft, wem welche Form von medizinischer Versorgung zusteht, ist diskriminierend.

4.2. Qualitativer Arbeitsschwerpunkt

Insgesamt wurden 25 direkt und indirekt an der medizinischen Versorgung von Geflüchteten zu ihren Erfahrungen mit ebendieser Versorgung befragt.

Betrachtet man die Ergebnisse, so fällt auf, dass die unterschiedlichen Akteure doch ähnliche Herausforderungen bei der medizinischen Versorgung der Geflüchteten sahen. Die Ärzte berichten, dass sich die Krankheitsbilder, abgesehen von einer deutlich erhöhten Rate psychischer Erkrankungen, und demnach die Versorgung nicht wesentlich von denen deutscher Patienten unterscheiden. Erfahrungen im Kontext Flucht können die Anfälligkeit für Gesundheitsprobleme verstärken (Chen et al. 2017, Kalt et al. 2013; Jesuthasan et al 2018; Bogic et al. 2015), unsere Ergebnisse decken sich demnach mit dem Stand der internationalen wissenschaftlichen Forschung.

In unseren Ergebnissen war der wichtigste und größte Faktor die Sprache. Die Befragten waren sich einig darüber, dass, sobald ein Dolmetscher bei der Arztkonsultation dabei war oder die eigenen Sprachkenntnisse ausreichten, die medizinische Versorgung wie bei jedem anderen Patienten ohne Fluchthintergrund ist. Die Sprache wird auch in der Literatur als Schlüsselbarriere beschrieben (Bellamy et al. 2015), Sprache bzw. das Verständigen können ohne Sprachbarrieren ist der wichtigste Punkt ist, um eine den Bedürfnissen von Geflüchteten gerechte medizinische Versorgung sicherzustellen. Das war bereits vor unserer Studie wissenschaftlicher Konsens und wurde auch durch andere, nachfolgende Studien bestätigt (Mutitu 2019).

Die beste Möglichkeit, um den sprachlichen Barrieren zu begegnen, ist die Arbeit mit professionellen Dolmetschern. Das Hauptproblem, von dem berichtet wurde, ist die Verfügbarkeit von Dolmetschern, daher finden sich in der Literatur auch Lösungsvorschläge, wie die flächendeckende Einrichtung von Dolmetscherdiensten über alle Sektoren hinweg (Farley et al. 2014). Doch auch die Arbeit mit verfügbaren Dolmetschern ist mit Herausforderungen verbunden (Flores 2005), wie Zeit- und Kommunikationsproblemen. Unsere Befragten gaben auch an, manchmal unsicher darüber zu sein, ob die Dolmetscher wirklich den medizinischen Sachverhalt verstanden und übersetzt haben.

Einerseits müssen mehr medizinische Dolmetscher ausgebildet werden, um eine größere Verfügbarkeit zu gewährleisten, andererseits sollten alternative Konzepte entwickelt werden. Dabei kann man auch auf die Erfahrungen aus anderen Ländern zurückgreifen. Beispielsweise kann die Möglichkeit von Telefondolmetscherdiensten in Betracht gezogen werden, die Ärzten und Pflegepersonal zur Verfügung stehen könnten. In Australien gibt es seit vielen Jahren einen landesweiten Telefondolmetscherdienst (TIS), der vom Department of Home Affairs angeboten wird. Zu dem Preis eines lokalen Telefonats kann der Dolmetscherdienst von jedem

in Anspruch genommen werden, unabhängig ob Dienstleister oder Privatpersonen. Es gibt keine Einschränkung im Zugang zu diesem Angebot, es steht jedem 24/7 zur Verfügung (Australian Government 2021). Besonders bei Behördengängen oder im Rahmen medizinischer Versorgung, ist eine verständliche Kommunikation essentiell. Vor einer Umsetzung eines solchen Angebots in Deutschland sollten jedoch Fragen wie die Kosten und deren Finanzierbarkeit sowie der Umgang mit dem Patientengeheimnis, Schweigepflicht etc. rechtssicher geklärt werden. Finanzierungsfragen sollten Gegenstand zukünftiger Forschung sein.

Strukturelle und rechtliche Gegebenheiten stellen weitere große Barrieren dar. Das Asylbewerberleistungsgesetz wird als großes Problem wahrgenommen. Die Diskriminierung durch den eingeschränkten Zugang wird von allen Beteiligten negativ hervorgehoben. Dieses Gesetz verhindert eine umfassende medizinische Versorgung, und die Ergebnisse zeigen, dass der eingeschränkte Zugang zu höheren Kosten führt (Bozorgmehr und Razum 2015). In dem qualitativen Arbeitsschwerpunkt wurde deutlich, dass dieses Gesetz optimiert werden sollte, um eine respektvolle Gesundheitsversorgung für Geflüchtete zu gewährleisten. Insgesamt gaben alle Teilnehmer an, dass die an der Versorgung von Geflüchteten Beteiligten sich bemühen, eine gute Versorgung zu gewährleisten, aber die Strukturen dies oft verhindern.

Interessant waren die unterschiedlichen Meinungen über die Herausforderung der "Interkulturalität". Einige Teilnehmer sahen keine Probleme mit der Interkulturalität. Aus der Literaturen lässt sich ableiten, dass die Hausärzte auf unterschiedliches Krankheitsverständnis oder den unterschiedlichen Umgang mit Symptomen wie Schmerz etc. mit interkultureller Kompetenz begegnen könnten (Mangrio und Sjogren Forss 2017), wofür es ein entsprechendes Schulungsangebot geben sollte. In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass eine interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems erforderlich ist, um eine umfassende Gesundheitsversorgung für Geflüchtete zu gewährleisten, da unterschiedliche kulturelle Hintergründe oft Probleme verursachen (Crosby 2013, Berlin und Fowkes 1983, Betancourt 2003). WONCA empfahl "appropriate training for family doctors on cultural differences," (WONCA 2015), was auch in der Literatur immer wieder thematisiert wird (Bach 2012; Watt et al. 2017). Derzeit sind interkulturelle Kompetenzen kein Teil der ärztlichen Weiterbildung, aber es gibt immer mehr Akzeptanz für dieses Thema.

Auch Rassismus war ein Thema, allerdings hatte keiner der Beteiligten gravierende Ausprägungen von Rassismus erlebt. Aber auch Alltagsrassismus muss ernst genommen werden, auch in deutschen Hausarztpraxen gibt es viele Stereotype (Kronenthaler et al. 2014). In der Literatur wird von Diskriminierung berichtet, oft wegen mangelnder Sprachkenntnisse oder wegen der Herkunft der Geflüchteten, das Gesundheitssystem sollte sich insgesamt kulturell mehr öffnen (Mangrio und Sjogren Forss 2017).

Insgesamt wird die medizinische Versorgung von Geflüchteten in Deutschland als sehr gut eingeschätzt, auch wenn die gesetzlichen Einschränkungen immer wieder zu Schwierigkeiten führen und als weitere große Hürde neben der Sprache angegeben wurden.

Es ist wichtig, einen Blick auf den Kontext dieser qualitativen Studie zu werfen. Das Projekt der "Rollenden Arztpraxis" beinhaltete eine mobile Gesundheitsversorgung für Geflüchtete im ländlichen Schleswig-Holstein. Alle Teilnehmer der Fokusgruppen waren auch mit der Versorgung durch die Rollende Arztpraxis vertraut, so dass eine positive Grundeinstellung zur Gesundheitsversorgung von Geflüchteten nicht völlig auszuschließen ist. Zudem ist nicht auszuschließen, dass durch die Arbeit mit Dolmetschern in zwei von drei Fokusgruppen Ergebnisse verloren gegangen sind.

Die geplante Fokusgruppe mit Verwaltungsmitarbeitern fand mangels Interesse dieser Zielgruppe nicht statt. Die Barrieren in der medizinischen Versorgung von Geflüchteten und die negativen Auswirkungen sind seit Jahren bekannt, es besteht demnach eine massive Umsetzungslücke zwischen den Erkenntnissen einerseits und den daraus resultierenden Lösungsansätzen. Zukünftige Forschung sollte sich damit befassen, durch welche Barrieren eine erfolgreiche Umsetzung von bereits beschriebenen Lösungen verhindert wird und wie man dieser Implementierungslücke begegnen kann.

4.3. Quantitativer Arbeitsschwerpunkt

Der quantitative Arbeitsschwerpunkt hatte zum Ziel, den EUROPEP-Fragebogen ins Arabische zu übersetzen, kulturell zu adaptieren sowie die Eigenschaften des Fragebogens psychometrisch zu überprüfen.

Die Übersetzung war unproblematisch durchführbar, eine kulturelle Adaption war nicht notwendig. Sowohl das KMO als auch der Bartlett-Test auf Sphärizität zeigen, dass die Voraussetzungen für die Durchführung einer Faktorenanalyse gegeben sind. Zudem zeigen die einzelnen Items gute bis sehr gute Faktorladungen auf. Die einzelnen Dimensionen verweisen jeweils auf eine sehr gute interne Konsistenz. Darüber hinaus zeigt die Betrachtung der konvergenten Konstruktvalidität, dass der EUROPEP sehr gut das Konstrukt der Versorgungsqualität aus Patientenperspektive widerspiegelt.

Der EUROPEP-Fragebogen kann nach Durchführung der explorativen Faktorenanalyse in vier Subskalen unterteilt werden: medizinische Versorgung, Arzt-Patienten-Beziehung, Koordination der Versorgung und Zugänglichkeit zur Versorgung. Darüber hinaus wurde eine hohe interne Konsistenz für jede Subskala und für den Gesamtscore des EUROPEP-

Fragebogens festgestellt. Die signifikante Korrelation mit dem entsprechenden Gesamtscore des ZAP-Fragebogens weist auf eine gute bis sehr gute konvergente Konstruktvalidität hin.

Die Ergebnisse der Bewertung der Versorgungsqualität mit dem arabischen EUROPEP-Instrument decken sich mit den Ergebnissen anderer Studien. Beispielsweise wurden auch in der vorliegenden Befragung die Items "Vertraulichkeit der Patienteninformation" und "Zuhören" am höchsten bewertet, wie dies auch in früheren Erhebungen der Fall war (Dimova et al. 2017, Götz et al. 2015). Zuhören ist ein relevanter Faktor für eine zufriedene Arzt-Patienten-Beziehung. Die Literatur beschreibt, dass Zuhören und zu versuchen, die Situation der Geflüchteten zu verstehen, einen relevanten Einfluss auf das Vertrauensverhältnis von Geflüchteten zu den Hausärzten hat (Mangrio und Forss 2017). Vertrauen bzw. das fehlende Vertrauensverhältnis wird als wichtige Barriere beschrieben (Bellamy et al. 2015). Ärzte sollten versuchen, das Vertrauen zu gewinnen und den Patienten in einer holistischen Weise zu behandeln.

Die beiden Items, die am schlechtesten bewertet wurden, sind "die Möglichkeit, mit dem Hausarzt selbst am Telefon zu sprechen" und "die Wartezeiten in der Praxis". Es wurde festgestellt, dass Patienten mit Migrationshintergrund und schlechten Sprachkenntnissen diese beiden Aspekte weniger positiv bewerteten (Götz et al. 2015).

Die Bewertung der Versorgungsqualität aus der Sicht der Patienten kann mögliche Verbesserungspotentiale aufzeigen und als Feedback-Instrument für Gesundheitsdienstleister dienen. Allerdings mangelt es oft an Instrumenten in der Sprache der Geflüchteten. Vor allem vor dem Hintergrund, dass weltweite Fluchtbewegungen immer mehr zunehmen und demnach Geflüchtete einen immer größeren Anteil ausmachen scheint das Vorhandensein eines Instruments in ihrer Sprache wichtig zu sein, um Erkenntnisse über die medizinische Versorgung und die Einschätzung der Qualität aus ihrer Sicht zu erhalten.

Insgesamt handelt es sich bei der arabischen Version des EUROPEP-Fragebogens um einen validen Fragebogen mit guten bis sehr guten psychometrischen Eigenschaften, der sich für die Bewertung der Versorgungsqualität aus der Perspektive von Geflüchteten eignet.

Es gibt kaum Studien, die die Qualität der Versorgung aus der Perspektive von Geflüchteten in Form einer quantitativen Befragung erhebt, meist werden qualitative Ansätze zur Annäherung an die Thematik verwendet (O'Donnell 2007, O'Donnell 2008, Feldmann 2007). Ausnahmen bilden Studien zur Evaluation bestimmter Behandlungen (Stade 2015, Mucic 2010, Kibiribiri 2016), meist in Verbindung mit psychischen Behandlungen bzw. im Bereich der Mutter-Kind-Gesundheit. In den USA wurden vietnamesische geflüchtete Offiziere zur Patientenzufriedenheit mit dem amerikanischen Gesundheitssystem befragt (Stephens 2011) und im ehemaligen Jugoslawien wurden Patienten eines „general practice ambulatory care

centres“ befragt (Godwin 2001). Es konnte jedoch keine Studie gefunden werden, die die Zufriedenheit mit der ambulanten, hausärztlichen Versorgung über eine Patientenbefragung erfasst, die ein validiertes Instrument nutzt.

Insgesamt erschien die Bereitschaft, die wissenschaftliche Evaluation zu unterstützen, von den beteiligten Akteuren als hoch. Jedoch waren die Zahlen von arabisch sprechenden Menschen in den Unterkünften oder Sprachkursen niedriger als vor der Befragung von den jeweiligen Koordinatoren angegeben. Die Rekrutierung erfolgte auf zwei unterschiedliche Arten. Zum einen suchte die Autorin der vorliegenden Arbeit die Einrichtungen persönlich auf, verteilte die Bögen an arabischsprechende Bewohner und nahm die ausgefüllten Fragebögen in einer verschlossenen Urne direkt wieder mit, was einen hohen Rücklauf zur Folge hatte. Zum anderen wurden die Fragebögen an Einrichtungsleitungen versandt mit der Bitte, die Bögen zu verteilen und wieder einzusammeln, was nur einen sehr geringen Rücklauf zur Folge hatte. Die vorliegende Validierungsstudie kann insgesamt einen moderaten Rücklauf verzeichnen, da bei Fragebogenerhebungen von einem Rücklauf von 20 Prozent auszugehen ist (Kelley 2003).

Der quantitative Arbeitsschwerpunkt liefert erstmalig einen Fragebogen, der von seinen psychometrischen Eigenschaften her genutzt werden kann, um die Versorgungsqualität von arabischsprechenden Personen in der ambulanten Versorgung zu erheben. Dieser sollte einerseits für weitere Projekte zum Thema Versorgungsqualität aus Perspektive von Geflüchteten genutzt werden, um ein aussagekräftiges Bild über ihre Versorgung zu bekommen und um mögliche Verbesserungspotentiale in der ambulanten Versorgung von Geflüchteten aufzuzeigen. Andererseits steht dieses Instrument der Öffentlichkeit zur Verfügung und kann demnach von ambulanten Ärzten bei Patientenbefragungen frei verwendet werden. Somit hat dieses Projekt dazu beigetragen, die Perspektive von Geflüchteten in der medizinischen Versorgung stärker zu berücksichtigen und ein passendes Instrument dafür entwickelt.

5. Zusammenfassung

Der Ansatz, mit einer „Rollenden Arztpraxis“ Geflüchtete zu versorgen, wurde als Pilotprojekt vor dem Hintergrund der Ereignisse 2015 und der damaligen Flüchtlingssituation erfolgreich durchgeführt. Ein flächendeckender Einsatz eines mobilen Versorgungskonzeptes scheint möglich, um in unterversorgten ländlichen Regionen eine allgemeinmedizinische Versorgung zu ergänzen. Zur Versorgung von Geflüchteten ist ein solches Konzept bei anhaltend geringen Flüchtlingszahlen eher nicht notwendig. Aus dem Pilotprojekt der Rollenden Arztpraxis heraus wurde die Idee des mobilen Versorgungskonzeptes mit Linienbussen weiterentwickelt.

Erstmalig wurden in der Literatur die beschriebenen Qualitätsindikatoren, die speziell für Geflüchtete und den Kontext Flucht entwickelt wurden, zusammengetragen und publiziert.

Im nächsten Schritt wurde eine qualitative Studie durchgeführt, die in einem mehrperspektivischen Ansatz die Erfahrung mit der medizinischen Versorgung von Geflüchteten in Deutschland analysiert. Dabei wurden die Perspektiven der Geflüchteten selbst sowie von direkt und indirekt an der Versorgung Beteiligten einbezogen. Die Barrieren in der medizinischen Versorgung von Geflüchteten sind die sprachlichen Hürden einerseits sowie Einschränkungen, die beispielsweise durch das Asylbewerberleistungsgesetz bedingt sind. Die Bedarfe an medizinischer Versorgung unterscheiden sich nicht so sehr von denen zu Patienten ohne Fluchthintergrund, mit Ausnahme einer erhöhten Prävalenz psychischer Erkrankungen.

Um Erkenntnisse zu Bewertung der Versorgungsqualität aus Perspektive der Geflüchteten zu bekommen, wurden im letzten Arbeitsschwerpunkt dieses Forschungsvorhabens eine quantitative Befragung durchgeführt. Um der größten Barriere, der sprachlichen Hürde zu begegnen, wurde der EUROPEP-Fragebogen, der besonders in der ambulanten Versorgung Anwendung findet, ins Arabische, eine der häufigsten Sprachen unter den Geflüchteten, übersetzt und validiert. Dieses Instrument steht nun zur freien Verfügung und trägt ein weiteres Stück zu einer verbesserten Versorgung von Geflüchteten bei, denn so kann auch diese Patientengruppe bei Patientenbefragungen mitberücksichtigt werden.

Der mixed-methods Ansatz dieses Forschungsvorhabens war bestens dazu geeignet, die medizinische Versorgung von Geflüchteten in Deutschland, am Beispiel des Bundeslandes Schleswig-Holstein, zu evaluieren, bereits existierende Qualitätsstandards zu identifizieren, Optimierungsmöglichkeiten aufzuzeigen und somit zu einer Verbesserung der medizinischen Versorgung von Geflüchteten beizutragen.

6. Literaturverzeichnis

Agbata E, Padilla P, Agbata I, Armas L, Solà I, Pottie K, Alonso-Coello P: Migrant health care guidelines: a systematic quality assessment. *J Immigr Minor Health* 21(2):401-413; 2018

Abdelhady M. verso Übersetzungen <http://verso-text.de/>. 2017. (Zugriff am 25.01.2018)

Australian Government. <https://www.tisnational.gov.au/> (Zugriff am 27.11.2021)

Bach V: Kulturelle Vielfalt in der Praxis: Integration mit Verständnis und Humor. *MMW Fortschr Med* 154: 25. 2012

BAMF. Migrationsbericht. 2015.

<https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Forschung/Migrationsberichte/migrationsbericht-2015.html?nn=403964> (Zugriff am 15.09.2021)

BAMF. Erstverteilung. 2021

<https://www.bamf.de/DE/Themen/AsylFluechtlingsschutz/AblaufAsylverfahrens/Erstverteilung/erstverteilung-node.html> (Zugriff am 22.11.2021)

Bellamy K, Ostini R, Martini N, Kairuz T: Access to medication and pharmacy services for resettled refugees: a systematic review. *Aust J Prim Health* 21: 273-278; 2015

Berlin EA, Fowkes WC, Jr. A teaching framework for cross-cultural health care. Application in family practice. *West J Med* 139(6):934-8. 1983

Betancourt JR. Cross-cultural medical education: conceptual approaches and frameworks for evaluation. *Acad Med* 78(6):560-9. 2003

Bitzer EM, Dierks M-L, Schwartz F-W: ZAP Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung – Qualität aus Patientenperspektive. Medizinische Hochschule Hannover. 2002. <https://www.mhh.de/institut-fuer-epidemiologie/forschung/zap-fragebogen> (Zugriff am 30.11.2021)

Bjertnaes OA, Lyngstad I, Malterud K, Garratt A: The Norwegian EUROPEP questionnaire for patient evaluation of general practice: data quality, reliability and construct validity. *Fam Pract* 28(3): 342–349. 2011

Bogic M, Njoku A, Priebe S. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights* 15: 29. 2015

Bozorgmehr K, Nöst S, Thaiss HM, Razum O: Die gesundheitliche Versorgungssituation von Asylsuchenden. Bundesweite Bestandsaufnahme über die Gesundheitsämter. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 59(5):545–555. 2016

Bozorgmehr K, Razum O: Effect of restricting access to health care on health expenditures among asylum-seekers and refugees: a quasi-experimental study in Germany, 1994-2013. PLoS One 10:e0131483. 2015

Brandao ALRBS, Giovanella L, Campos CEA: Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrument EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros [Evaluation of primary care from the perspective of users: adaptation of the EUROPEP instrument for major Brazilian urban centers] Cien Saude Colet 18(1):103–114. 2013

Brandl EJ, Dietrich N, Mell N: Clinical and sociodemographic Differences Between Patients with and without Migration Background in a Psychiatric Outpatient Service. Psychiat Prax 45: 367-374. 2018

Bradby H, Humphris R, Newall D, Phillimore J: Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for refugees and asylum seekers in the European region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015. (Health Evidence Network Synthesis Report, No. 44.) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK379418/> (Zugriff am 21.11.2021)

Brinkmann A, Steffen P, Pfaff H: Patientenbefragungen als Bestandteil des Qualitätsmanagements in Arztpraxen: Entwicklung und Erprobung eines Instrumentes. Gesundheitswesen 69(11):585-92. 2007

Bühner M: Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion. 2. aktl. Aufl., Pearson Studium: München. 2006

Campbell SM, Roland MO, Buetow SA: Defining quality of care. Soc Sci Med 51: 1611-25. 2000

Carroll J, Epstein R, Fiscella K, Gipson T, Volpe E, Jean-Pierre P: Caring for Somali women: implications for clinician-patient communication. Patient Educ Couns 66(3):337-45. 2007

Chen W, Ling L, Renzaho AMN: Building a new life in Australia: an analysis of the first wave of the longitudinal study of humanitarian migrants in Australia to assess the association between social integration and self-rated health. BMJ Open 7: e014313. 2017

Cheng I H, Drillich A, Schattner P: Refugee experiences of general practice in countries of resettlement: a literature review. Br J Gen Pract 65: e171-176. 2015

Cronbach LJ: Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika 16:297–334. 1951

Crosby SS: Primary care management of non-English-speaking refugees who have experienced trauma: a clinical review. JAMA 310: 519-528. 2013

Creswell JW: A Concise Introduction to Mixed Methods Research. Thousand Oaks, CA: Sage. 2015.

Damp Stiftung. Die Rollende Arztpraxis. http://www.damp-stiftung.de/index.php?id=projekte_gesundheitswesen (Zugriff am 27.11.2021)

DB Medibus. <https://www.dbregio.de/bus/db-medibus>. 2020. (Zugriff am 22.11.2021)

Dimova R, Stoyanova R, Keskinova D: The EUROPEP questionnaire for patient's evaluation of general practice care: Bulgarian experience. Croat Med J 58(1):63–74. 2017

Donabedian A: The quality of care. How can it be assessed? JAMA 260: 1743-8. 1988

Donabedian A: Evaluating the quality of medical care. Milbank Q. 83(4):691–729. 2005

Dowd BE, Kralewski JE, Kaissu AA, Irrgang SJ: Is patient satisfaction influenced by the intensity of medical resource use by their physicians? Am J Manag Care 15(5):e16–e21. 2009

Eckstein B: Primary care for refugees. Am Fam Physician 83:429–436. 2011

Euroqol. <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/eq-5d-y-available-modes-of-administration/self-complete-on-paper/> (Zugriff 07.12.2017)

Farley R, Askew D, Kay M: Caring for refugees in general practice: perspectives from the coalface. Aust J Prim Health 20: 85-9. 2014

Feldmann CT, Bensing JM, de Ruijter A: Worries are the mother of many diseases: general practitioners and refugees in the Netherlands on stress, being ill and prejudice. Patient Educ Couns 65: 369-380. 2007

Flick U: Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. 2. Auflage. Rowohlt Taschenbuch Verlag: Hamburg. 2014

Flores G: The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. Med Care Res Rev 62:255–99. 2005

Gabriel P, Kaczorowski J, Berry N: Recruitment of Refugees for Health Research: A Qualitative Study to Add Refugees' Perspectives. Int. J. Environ. Res. Public Health 14:125. 2017

Genfer Flüchtlingskommission. 1951. https://www.unhcr.org/dach/wp-content/uploads/sites/27/2017/03/Genfer_Fluechtlingskonvention_und_New_Yorker_Protokoll.pdf (Zugriff am 15.09.2021)

Gil-González D, Carrasco-Portiño M, Vives-Cases C., Agudelo-Suárez A A, Castejón Bolea R, Ronda-Pérez E: "Is health a right for all? An umbrella review of the barriers to health care access faced by migrants". *Ethnicity & Health*. 20 (5): 523–541. 2015

Götz K, Campbell S, Willms S, Rochon J, Klingenberg A, Szecsenyi J: How do chronically ill patients evaluate their medical care? An observational study with 46919 patients in 676 primary care practices. *Int J Pers Cent Med* 1: 338-346. 2011

Götz K, Bungartz J, Szecsenyi J, Steinhäuser J: How do patients with a Turkish background evaluate their medical care in Germany? An observational study in primary care. *Patient Preference Adherence* 9: 1573-1579. 2015

Götz K, Knöfler M, Möllmann C: Hilfe vor Ort: Die Rollende Arztpraxis verbessert die Flüchtlingsversorgung auf dem Land. Integration, Organisation und Evaluation der ambulanten medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden im Kreis Hztg. Lauenburg. In: Amelung VE, Dembski B, Fiedler S, Göhl M, Hess R, Koschorrek R, Schwartz FW, Scriba PC, Wendel-Schrief J, Hrsg. 7. MSD Forum GesundheitsPARTNER. MSD Gesundheitspreis 2017. Haar: MSD SHARP & DOHME GmbH: 189-192. 2017

Godwin M, Hodgetts G, Bardon E, Seguin R, Packer D, Geddes J: Primary care in Bosnia and Herzegovina. Health care and health status in general practice ambulatory care centres. *Can Fam Physician* 47: 289-297. 2001

Grol R, Wensing M: Patients evaluate general/family practice: The EUROPEP instrument. Nijmegen: World Organisation of Family Doctors (WONCA)/European Association for Quality in Family Practice. 2000

Haggerty JL, Burge F, Beaulieu MD, Pineault R, Beaulieu C, Lévesque JF, Santor DA, Gass D, Lawson B: Validation of instruments to evaluate primary healthcare from the patient perspective: overview of the method. *Healthc Policy* 7(Spec Issue): 31-46. 2011

Hahn K: Das Projekt "rollende Arztpraxis"- mobile Versorgung von Geflüchteten in Schleswig-Holstein (In: Polak, G. [Hg.]: GI-Mail 12/18, ISSN: 2312-0819 Going International, Wien. 2018 <https://www.goinginternational.eu/wp/de/das-projekt-rollende-arztpraxis-mobile-versorgung-von-gefluechteten-in-schleswig-holstein/> (Zugriff am 22.11.2021)

Hahn K, Steinhäuser J, Knöfler M, Möllmann C, Götz K: Ein mobiles Versorgungskonzept für Geflüchtete – die „Rollende Arztpraxis“. *Gesundheitswesen* 79(08/09):V-62. 2017

Home Office Development and Practice Report. Indicators of Integration: Final Report. Report 28. London: Home Office. 2004

- Jesuthasan J, Sönmez E, Abels I, Kurmeyer C, Gutermann J, Kimbel R, Krüger A, Niklewski G, Richter K, Stangier U, Wollny A, Zier U, Oertelt-Prigione S, Shouler-Ocak M: 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 Med* 16: 15. 2018
- Kalt A, Hossain M, Kiss L, Zimmerman C: Asylum Seekers, Violence and Health: A Systematic Review of Research in High-Income Host Countries. *Am J Public Health* 103: e30-e42. 2013
- KBV. ZAP-Fragebogen Arabisch. 2019.
https://www.kbv.de/media/sp/ZAP_Fragebogen_Arabisch.pdf (Zugriff am 25.11.2021)
- Kibiribiri ET, Moodley D, Groves AK, Sebitloane MH: Exploring disparities in prenatal care between refugees and local South African women. *Int J Gynaecol Obstet* 132: 151-155. 2016
- Klein J, von dem Knesebeck O: Inequalities in health care utilization among migrants and non-migrants in Germany: a systematic review. *Int J Equity Health* 17(1): 160. 2018
- Kronenthaler A, Hiltner H, Eissler M: Assoziationen zu muslimischen Patienten in der Hausarztpraxis--Eine Befragung deutscher Allgemeinmediziner. *Gesundheitswesen* 76(7): 434-9. 2014
- Mainz J: Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *Int J Qual Health Care* 15: 523–530. 2003
- Mangrio E, Sjogren Forss K: Refugees' experiences of healthcare in the host country: a scoping review. *BMC health services research* 17(1): 814. 2017
- Marcinowicz L, Chlabicz S, Grebowski R: Understanding patient satisfaction with family doctor care. *J Eval Clin Pract* 16(4): 712–715. 2010
- Mayring P: *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 9. Auflage. Beltz: Weinheim. 2007
- McMurray J, Breward K, Breward M, Alder R, Arya N: Integrated primary care improves access to health care for newly arrived refugees in Canada. *J Immigr Minor Health* 16: 576–585. 2014
- Milano M, Mola E, Collecchia G, Del Carlo A, Giancane R, Visentin G, Nicolucci A: Validation of the Italian version of the EUROPEP instrument for patient evaluation of general practice care. *Eur J Gen Pract* 13(2): 92-4. 2007

- Mirza M, Luna R, Mathews B, Hasnain R, Hebert E, Niebauer A: Barriers to healthcare access among refugees with disabilities and chronic health conditions resettled in the US Midwest. *J Immigr Minor Health* 16(4): 733-42. 2014
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG: The PRISMA group 2009 Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA Statement Group. *PloS Med* 6: e1000097. 2009
- Mucic D: Transcultural telepsychiatry and its impact on patient satisfaction. *J Telemed Telecare* 16: 237-242. 2010
- Mutitu A, Zabler B, Holt JM: Refugees' perceptions of primary care: What makes a good doctor's visit? *Patient Experience Journal* 6(3): 33-41. 2019
- O'Donnell CA, Higgins M, Chauhan R, Mullen K: "They think we're OK and we know we're not". A qualitative study of asylum seekers' access, knowledge and views to health care in the UK. *BMC Health Serv Res* 7: 75. 2007
- O'Donnell CA, Higgins M, Chauhan R, Mullen K: Asylum seekers' expectations of and trust in general practice: a qualitative study. *Br J Gen Pract* 58: e1-11. 2008
- OECD/European Union. Indicators of immigrant integration 2015. Paris: OECD Publishing; 2015. <https://doi.org/10.1787/9789264234024-en>. (Zugriff am 23 Juli 2018)
- Ollenschläger P: Rollende Arztpraxis: Projekt in Niedersachsen läuft aus. *Dtsch Arztebl* 111(33-34): A-1390. 2014.
- Robertshaw L, Dhesi S, Jones LL: Challenges and facilitators for health professionals providing primary healthcare for refugees and asylum seekers in high-income countries: a systematic review and thematic synthesis of qualitative research. *BMJ open* 7(8): e015981. 2017
- Roque H, Veloso A, Ferreira P.: Portuguese version of the EUROPEP questionnaire: contributions to the psychometric validation. *Rev Saude Publica* 50: 61. 2016
- Schwartz J, Wolf K-H, Haux R: Abschlussbericht: Rollende Arztpraxis. Peter L. Reichertz Institut für Medizinische Informatik der Technischen Universität Braunschweig und der Medizinischen Hochschule Hannover. Unveröffentlicht. 2014
- Sphere project: Sphere handbook. Geneva, 2007
- Spura A, Kleinke M, Robra B-P: How do asylum seekers experience access to medical care? *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 60: 462-470. 2017

Stade K, Skammeritz S, Hjortkjaer C, Carlsson J: „After all the traumas my body has been through, I feel good that it is still working." - Basic Body Awareness Therapy for traumatised refugees. *Torture* 25: 33-50. 2015

Starfield B, Shi L, Macinko J: Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 83: 457–502. 2005

Stephens EK, Nguyen PL, Radecki Breitkopf C, Jatoi A: Former military officers from the Republic of Vietnam now living in the United States (US): exploring their perceptions of the US healthcare system. *J Community Health* 36: 992-998. 2011

Suphanchaimat R, Kantamaturapoj K, Putthasri W, Prakongsai P: Challenges in the provision of health care services for migrants: a systematic review through providers' lens. *BMC Health Serv Res* 15: 390. 2015

Terwee C, Bota S, de Boera M, van der Windt D, Knola D, Dekkera J, Boutera L, de Vet H: Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol* 60: 34-42. 2007

UNHCR: Refugee health. 1995. <http://www.unhcr.org/excom/scaf/3ae68bf424/refugee-health.html> (Zugriff am 14.11.2021)

UNHCR: Practical guide to the systematic use of standards & indicators in UNHCR operations. Geneva. 2006

UNHCR: Refugee integration and the use of indicators: evidence from central Europe: 2013. <http://www.refworld.org/docid/532164584.html> (Zugriff am 23 Juli 2018).

UNHCR: Global Trends. Forced displacement. 2015. <http://www.unhcr.org/statistics> (Zugriff am 01.11.2021)

UNHCR: Inter-agency field manual on reproductive health in humanitarian settings. 2010. <http://www.unhcr.org/protection/health/4c187e5b6/inter-agency-field-manual-reproductive-health-humanitarian-settings-2010.html> (Zugriff am 23 Juli 2018)

UNHCR: Global Trends. 2020. <https://www.unhcr.org/dach/de/services/statistiken> (Zugriff am 01.11.2021)

Van den Muijsenbergh M, Teunissen E, van Weel-Baumgarten E, van Weel C: “Giving voice to the voiceless.” how to involve vulnerable migrants in healthcare research. *Br J Gen Pract* 66: 284-5. 2016

van Loenen T, van den Muijsenbergh M, Hofmeester M, Dowrick C, van Ginneken N, Aggelos Mechili E, Angelaki A, Ajdukovic D, Bakic H, Rotar Pavlic D, Zelko E, Hoffmann K, Jirovsky E, Mayrhober ES, Dückers M, Mooren T, Gouweloos-Trines J, Kolozsvári L, Rurik I, Lionis C: Primary care for refugees and newly arrived migrants in Europe: a qualitative study on health needs, barriers and wishes, *Eur J Public Health* 28(1): 82–87. 2018

Vedsted P, Sokolowski I, Heje HN: Data quality and confirmatory factor analysis of the Danish EUROPEP questionnaire on patient evaluation of general practice. *Scand J Prim Health Care* 26(3):174–180. 2008

Vingerhoets E, Wensing M, Grol R: Feedback of patients' evaluation of general practice care: a randomised trial. *Qual Health Care* 10(4): 224–228. 2001

Watt K, Abbott P, Reath J: Developing cultural competence in general practitioners: an integrative review of the literature. *BMC Fam Pract* 17: 158. 2016

Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, Erikson P: Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for Patient-Reported Outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health* 8: 94-104. 2005

Winkler JG, Brandl EJ, Bretz HJ, Heinz A, Schouler-Ocak M: Psychische Symptombelastung bei Asylsuchenden in Abhängigkeit vom Aufenthaltsstatus. *Psychiatr Prax* 46(04): 191 – 199. 2019

WHO: Declaration of Alma Ata. Alma Ata: International Conference on Primary Health Care. 1978.

WHO: How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity. 2010. <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/how-health-systems-can-address-health-inequities-linked-to-migration-and-ethnicity> (Zugriff am 01.11.2021)

WHO: Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region: no public health without refugee and migrant health. 2018. <https://www.euro.who.int/de/publications/html/report-on-the-health-of-refugees-and-migrants-in-the-who-european-region-no-public-health-without-refugee-and-migrant-health-2018/en/index.html> (Zugriff am 21.11.2021)

Wonca: Istanbul Statement. 2015. <https://www.woncaeurope.org/download/a38bb254-fbbc-408b-ad3e-c1a6e9670fad/Statement%20WONCA%20Europe%202015%20Istanbul%20-%20Final.pdf> (Zugriff am 25.11.2021)

7. Anhänge

Anhang 1. Leitfäden Fokusgruppen / Interviews

Leitfaden zu den Fokusgruppen mit Gesundheitspersonal

Warm-up

- Wo sind Sie an der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen beteiligt?

Schwerpunkt 1 – Aktuelle Versorgungssituation

- Wie erleben Sie die medizinische Versorgung von Flüchtlingen?
- Wie ist die medizinische Versorgung für Flüchtlinge aktuell organisiert (nach dem Aufenthalt in der Erstaufnahmeeinrichtung)?
 - Beschreiben Sie die Prozesse.
 - Wie läuft der Informationsaustausch mit
 - Erstaufnahmeeinrichtungen?
 - Krankenhäusern?
 - (Niedergelassenen) Ärzten?

Wie schätzen Sie den Befundaustausch (z.B. Röntgenbefund) ein?

- Rollende Arztpraxis
 - Welche Erfahrungen haben Sie bisher mit der Versorgung der Flüchtlinge durch die Rollende Arztpraxis gemacht?
 - Was ist aus Ihrer Sicht noch verbesserungswürdig?

Schwerpunkt 2 – Erhebung des Bedarfs

- Welche Bedarfe sehen Sie speziell bei der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen?

Schwerpunkt 3 – Ausgestaltung der zukünftigen Versorgung

- Wie müsste die medizinische Versorgung zukünftig ausgestaltet sein, damit sie zu den Bedarfen passt?
- Gibt es Aspekte, die Ihnen im Rahmen dieser Diskussion gefehlt haben?

Leitfaden zu den Fokusgruppen mit Flüchtlingen und Asylbewerbern

Warm-up

- Wie geht es Ihnen?

Schwerpunkt 1 – Aktuelle Versorgungssituation

- Wie und wo werden Sie aktuell medizinisch versorgt?
 - Wer sind Ihre Ansprechpartner?
 - Wo finden Sie diese Informationen?
 - Beschreiben Sie welche Schritte notwendig sind für einen Arztbesuch.
 - Wie werden sprachliche Barrieren überwunden?
 - Erhalten Sie beispielsweise schriftliches Informationsmaterial (Aufklärung, Prävention, krankheitsspezifisch) in Ihrer Sprache?
- Rollende Arztpraxis
 - Welche Erfahrungen haben Sie bisher mit der Rollenden Arztpraxis gemacht?
 - Wie empfinden Sie die medizinische Versorgung durch die Rollende Arztpraxis?
 - Was ist aus Ihrer Sicht noch verbesserungswürdig?

Schwerpunkt 2 – Erhebung des Bedarfs

- Was denken Sie über Ihre aktuelle medizinische Versorgung?
 - Wo sehen Sie die größte Notwendigkeit für Veränderungen?

Schwerpunkt 3 – Ausgestaltung der zukünftigen Versorgung

- Wie stellen Sie sich die medizinische Versorgung in Zukunft vor, so dass sie besser zu dem passt, was Sie brauchen und für wichtig halten?
- Gibt es Aspekte, die Ihnen im Rahmen dieser Diskussion gefehlt haben?

Leitfaden zu den Fokusgruppen mit Verwaltungsangestellten

Warm-up

- Wo sind Sie an der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen beteiligt?

Schwerpunkt 1 – Aktuelle Versorgungssituation

- Wie erleben Sie die medizinische Versorgung von Flüchtlingen?
- Wie ist die medizinische Versorgung für Flüchtlinge aktuell organisiert (nach dem Aufenthalt in der Erstaufnahmeeinrichtung)?
 - Beschreiben Sie die Prozesse.
 - Wie läuft der Informationsaustausch mit
 - Erstaufnahmeeinrichtungen?
 - Krankenhäusern?
 - Ärzten?
- Rollende Arztpraxis
 - Welche Erfahrungen haben Sie bisher mit der Versorgung der Flüchtlinge durch die Rollende Arztpraxis gemacht?
 - Was ist aus Ihrer Sicht noch verbesserungswürdig?

Schwerpunkt 2 – Erhebung des Bedarfs

- Welche Bedarfe sehen Sie speziell bei der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen?

Schwerpunkt 3 – Ausgestaltung der zukünftigen Versorgung

- Wie müsste Ihrer Meinung nach die medizinische Versorgung zukünftig ausgestaltet sein, damit sie zu den Bedarfen passt?
- Gibt es Aspekte, die Ihnen im Rahmen dieser Diskussion gefehlt haben?

Anhang 2. Ergebnisse Qualitätsindikatoren

Tabelle 14 Indikatoren "sexuelle und reproduktive Gesundheit"

Quelle	Einteilung Qualitätsdimensionen	Indikator
Sphere (2007)	Struktur	There are at least four health facilities with BEmOC and newborn care/500,000 population.
Sphere (2007)	Struktur	There is at least one health facility with CEmOC and newborn care/500,000 population.
UNHCR (2010)	Struktur	Coverage of Supplies for Standard Precautions
UNHCR (2010)	Struktur	Coverage of HIV Rapid Tests for Safe Blood Transfusion
UNHCR (2010)	Struktur	Coverage of Clean Delivery Kits
UNHCR (2010)	Struktur	Availability of clinical management of rape survivors
UNHCR (2010)	Struktur	Contraceptive supply
UNHCR (2010)	Struktur	EmOC services availability
UNHCR (2010)	Struktur	STI/RTI management skills of service providers
UNHCR (2010)	Struktur	STI/RTI case management
UNHCR (2006)	Struktur	Number of condoms distributed per person per month
UNHCR (2010)	Prozess	Timing of PEP provision
UNHCR (2010)	Prozess	Timing of emergency contraception (EC) provision
UNHCR (2010)	Prozess	Timing of STI prophylaxis
Sphere (2007)	Prozess	All pregnant women in their third trimester have received clean delivery kits.
Sphere (2007)	Prozess	People most at risk of exposure to HIV are targeted with a HIV prevention programme.
Sphere (2007)	Prozess	Pregnant women known to be HIV positive have received ARV drugs for PMTCT.
Sphere (2007)	Prozess	100 per cent of transfused blood is screened for transfusion-transmissible infections including HIV.
Sphere (2007)	Prozess	Individuals potentially exposed to HIV (occupational exposure in healthcare settings and non-occupational exposure) have received PEP within 72 hours of an incident.
UNHCR (2010)	Prozess	Investigation of maternal deaths

UNHCR (2010)	Prozess	EmOC services utilization
UNHCR (2010)	Prozess	Abortion services performed with appropriate technology
UNHCR (2010)	Prozess	Awareness of legal indications for termination of pregnancy
UNHCR (2006)	Prozess	Have stocks of condoms run out for more than a week?
UNHCR (2006)	Prozess	Are there any specific interventions directed at refugees / foreseen for in the HIV/AIDS national strategic plan?
Home Office (2004)	Ergebnis/ Prozess	Immunisation, antenatal care and cervical and breast screening (coverage compared with general population)
Sphere (2007)	Ergebnis	The proportion of deliveries by caesarean section is not less than 5 per cent or more than 15 per cent
UNHCR (2010)	Ergebnis	Number of Reported Rape Cases
UNHCR (2010)	Ergebnis	Condom Distribution Rate
UNHCR (2010)	Ergebnis	Incidence of STDs in young people
UNHCR (2010)	Ergebnis	Proportion of STI among those under 18 years
UNHCR (2010)	Ergebnis	Proportion of births among those under 18 years
UNHCR (2010)	Ergebnis	Condom use among young people
UNHCR (2010)	Ergebnis	Contraceptive prevalence (CP)
UNHCR (2010)	Ergebnis	Community knowledge concerning family planning (FP)
UNHCR (2010)	Ergebnis	Coverage of FP counseling
UNHCR (2010)	Ergebnis	Neonatal mortality rate
UNHCR (2010)	Ergebnis	Proportion of low birth weight
UNHCR (2010)	Ergebnis	Stillbirth rate
UNHCR (2010)	Ergebnis	Complete antenatal care
UNHCR (2010)	Ergebnis	Coverage of syphilis screening
UNHCR (2010)	Ergebnis	Tetanus vaccination coverage
UNHCR (2010)	Ergebnis	EmOC needs met
UNHCR (2010)	Ergebnis	Percentage of births assisted by a skilled attendant
UNHCR (2010)	Ergebnis	Coverage of postpartum care
UNHCR (2010)	Ergebnis	Percentage of deliveries by Caesarean section, by administrative unit
UNHCR (2010)	Ergebnis	Direct obstetric case fatality rate
UNHCR (2010)	Ergebnis	Coverage of post-abortion contraception

UNHCR (2010)	Ergebnis	Coverage of induced abortion
UNHCR (2010)	Ergebnis	Number of cases of sexual violence reported to health services
UNHCR (2010)	Ergebnis	Incidence of genital ulcer disease
UNHCR (2010)	Ergebnis	Incidence of male urethral discharge
UNHCR (2010)	Ergebnis	Quality of blood donation screening
UNHCR (2010)	Ergebnis	VCT post-test counselling and result
UNHCR (2010)	Ergebnis	PMTCT coverage
UNHCR (2010)	Ergebnis	PMTCT post-test counselling and result
UNHCR (2010)	Ergebnis	Coverage of ARV in PMTCT programmes
UNHCR (2010)	Ergebnis	Condom use

BEmOC: Basic Emergency Obstetric Care; CEmOC: Comprehensive Emergency Obstetric Care Services; EmOC: Emergency Obstetric Care Services; STI/RTI: sexually transmitted infections / reproductive tract infections; PEP: postexposure prophylaxis to prevent HIV transmission; ARV: antiretrovirals; PMTCT: prevention of mother-to-child transmission; STD: sexual transmitted diseases; VCT: voluntary counselling and testing;

Tabelle 15 Indikatoren "Gesundheitsversorgung"

Quelle	Qualitätsdimensionen	Indikator
Home Office (2004)	Struktur/Prozess	Strategies identifiable at health authority/board level for addressing priority health needs amongst refugee populations
Sphere (2007)	Struktur/Prozess	No health facility is out of stock of selected essential medicines and tracer products for more than one week
Sphere (2007)	Struktur/Prozess	A written outbreak investigation and response plan is available or developed at the beginning of disaster response.
Sphere (2007)	Struktur/Prozess	All primary healthcare facilities have clear standard operating procedures for referrals of patients with NCDs to secondary and tertiary care facilities.
Home Office (2004)	Struktur	Proportion of refugees registered with General Practitioner (compared with general population)
Home Office (2004)	Struktur	The number of refugee doctors and nurses joining professional registers
Sphere (2007)	Struktur	There are an adequate number of health facilities to meet the essential health needs of all the disaster-affected population: - one basic health unit/10,000 population (basic health units are primary healthcare facilities where general health services are offered), - one health centre/50,000 people, - one district or rural hospital/250,000 people, - > 10 inpatient and maternity beds/10,000 people
Sphere (2007)	Struktur	Utilisation rates at health facilities are 2–4 new consultations/person/year among the disaster-affected population and >1 new consultations/person/ year among rural and dispersed populations

Sphere (2007)	Struktur	There are: - at least 22 qualified health workers (medical doctors, nurses and midwives)/10,000 population - at least one medical doctor/50,000 population, - at least one qualified nurse/10,000 population, - at least one midwife/10,000 population.
Sphere (2007)	Struktur	There is at least one Community Health Worker (CHW)/1,000 population, one supervisor/10 home visitors and one senior supervisor.
Sphere (2007)	Struktur	Clinicians are not required to consult more than 50 patients a day consistently. If this threshold is regularly exceeded, additional clinical staff are recruited
Sphere (2007)	Struktur	Primary healthcare services are provided to the disaster-affected population free of charge at all government and non-governmental organisation facilities for the duration of the disaster response.
Sphere (2007)	Struktur	All health facilities have trained staff, sufficient supplies and equipment for clinical management of rape survivor services based on national or WHO protocols.
Sphere (2007)	Struktur	All primary healthcare facilities have antimicrobials to provide syndromic management to patients presenting with symptoms of an STI.
Sphere (2007)	Struktur	All health facilities have trained staff and systems for the management of multiple casualties.
Sphere (2007)	Struktur	All health facilities have trained staff and systems for the management of mental health problems.
Sphere (2007)	Struktur	All primary healthcare facilities have adequate medication for continuation of treatment to individuals with NCDs who were receiving treatment before the emergency.
UNHCR (2006)	Struktur	Do returnees have access to emergency and primary health care services without discrimination?
UNHCR (2006)	Struktur	Will there be a possibility for returnee to continue ART in returnee area?
UNHCR (2006)	Struktur	Number of persons per primary health care facility
UNHCR (2006)	Struktur	Annual no. of consultations at primary health care facilities per person
UNHCR (2006)	Struktur	Percentage of live births attended by skilled personnel (excl. TBAs*)
UNHCR (2006)	Struktur	Do asylum-seekers / refugees have access to antiretroviral therapy from any source, if available in hosting community?
UNHCR (2006)	Struktur	Do asylum-seekers / refugees have access to primary health care services?
UNHCR (2013)	Struktur	Health Insurance Requirement
UNHCR (2013)	Struktur	Access to healthcare
Home Office (2004)	Prozess	Refugee involvement in Patient Advisory & Liaison Services and similar initiatives
Home Office (2004)	Prozess	Patient information available in culturally-appropriate form regarding service entitlements, provision and relevant health risks
Sphere (2007)	Prozess	All health facilities and agencies regularly provide a HIS report within 48 hours of the end of the reporting period to the lead agency.
Sphere (2007)	Prozess	All health facilities and agencies report cases of epidemic-prone diseases within 24 hours of onset of illness
Sphere (2007)	Prozess	The lead agency produces a regular overall health information report, including analysis and interpretation of epidemiological data, as well as a report on the coverage and utilisation of the health

		services.
Sphere (2007)	Prozess	The lead agency has developed a health sector response strategy document to prioritise interventions and define the role of the lead and partner agencies at the onset of emergency response
Sphere (2007)	Prozess	Standardised case management protocols for the diagnosis and treatment of common infectious diseases are readily available and consistently used
Sphere (2007)	Prozess	Health agencies report suspected outbreaks to the next appropriate level within the health system within 24 hours of detection.
Sphere (2007)	Prozess	The lead health agency initiates investigation of reported cases of epidemicprone diseases within 48 hours of notification.
Sphere (2007)	Prozess	All children under 5 years old presenting with malaria have received effective antimalarial treatment within 24 hours of onset of their symptoms
Sphere (2007)	Prozess	All children under 5 years of age presenting with diarrhoea have received both oral rehydration salts (ORS) and zinc supplementation
Sphere (2007)	Prozess	All children under 5 years of age presenting with pneumonia have received appropriate antibiotics
Home Office (2004)	Ergebnis	Utilisation rates of specialised services (e.g. antenatal care, mental health services, chiropody services, NHD Direct etc.) by refugees (compared with general population)
Home Office (2004)	Ergebnis	Refugees reported satisfaction with service provision
OECD (2015)	Ergebnis	Health care
Sphere (2007)	Ergebnis	Upon completion of measles vaccination campaign: - at least 95 per cent of children aged 6 months to 15 years have received measles vaccination; - at least 95 per cent of children aged 6–59 months have received an appropriate dose of Vitamin A.
Sphere (2007)	Ergebnis	Once routine EPI services have been re-established, at least 90 per cent of children aged 12 months have had three doses of DPT (diphtheria, pertussis and tetanus), which is the proxy indicator for fully immunised children
UNHCR (2006)	Ergebnis	Measles vaccination coverage rate
UNHCR (2006)	Ergebnis	Percentage of female members in asylum seeker / refugee representative bodies
UNHCR (2006)	Ergebnis	Percentage of needs met for sanitary materials

*STI: sexually transmitted infection(s); NCD: noncommunicable diseases; ART: antiretroviral therapy; TBA: traditional birth attendant(s); EPI: Expanded Program on Immunization

Tabelle 16 Indikatoren "Gesundheitszustand"

Quelle	Qualitäts- dimensionen	Indikator
Home Office (2004)	Ergebnis	Morbidity and mortality rates compared with the general population
OECD (2015)	Ergebnis	Self-reported health status
Sphere (2007)	Ergebnis	The crude mortality rate (CMR) is maintained at, or reduced to, less than double the baseline rate documented for the population prior to the disaster.
Sphere (2007)	Ergebnis	The under-5 mortality rate (U5MR) is maintained at, or reduced to, less than double the baseline rate documented for the population prior to the disaster.
Sphere (2007)	Ergebnis	Incidence of major communicable diseases relevant to the context are stable (not increasing).
Sphere (2007)	Ergebnis	Case fatality rates (CFRs) are maintained below acceptable levels: - cholera – 1 per cent or lower - Shigella dysentery – 1 per cent or lower - typhoid – 1 per cent or lower - meningococcal meningitis – varies, 5–15 per cent - malaria – varies, aim for <5 per cent in severely ill malaria patients - measles – varies, 2–21 per cent reported in conflict-affected settings, aim for <5 per cent
UNHCR (2006)	Ergebnis	Infant Mortality Rate (<1 year) (returnees and non-returnees)
UNHCR (2006)	Ergebnis	Child Mortality Rate (< 5 years) (returnees and non-returnees)
UNHCR (2006)	Ergebnis	Crude Mortality Rate (returnees and non-returnees)
UNHCR (2006)	Ergebnis	Percentage of newborn children with low birth weight (< 2500 gr.) (weighed within 72 hrs)
UNHCR (2006)	Ergebnis	Crude Birth Rate (annual)

Anhang 3. Hauptkategorien mit Codes und Ankerzitaten

Tabelle 17 Ergebnisse Schwerpunkt „Medizinische Versorgung“

Hauptkategorie	Definition	Code	Ankerzitat
Bedarf	Beschreibung was für die medizinische Versorgung von Geflüchteten notwendig ist	Allgemein	- „Naja und die andere Geschichte so das sind natürlich psychische Erkrankungen, ne, was alle dann vor eine große Herausforderung stellt.“ (I_V5) - „Hauptsache die Sprache ist geklärt“ (FG_G1_M)
		Zielgruppenspezifischer Bedarf	- Ja, weil das ist für die Menschen ein ganz großer Druck. Also da gehört alles dazu. Dass ein Asylverfahren über Jahre dauert, in denen die Menschen keinen Anspruch haben auf einen Integrationskurs, die Menschen haben keinen Anspruch auf Arbeit, weil sie nicht im Jobcenter sind. Also es wird denen alles erschwert, weil sie eben nicht in dieses System reinkommen über Jahre zum Teil.“ (I_V1) - „Also die Therapie mit Geflüchteten ist etwas aufwendiger, weil dort auch immer die ausländerrechtlichen Komponenten eine wichtige Rolle spielen. Wenn jemand einen ungesicherten Aufenthaltstitel hat dann ist der Verlauf der Therapie sehr mühevoll und schwierig. Also Genesungsprozess ist natürlich viel davon abhängig, wie sicher ist jemand oder wie sicher ist der Ort in dem er sich befindet.“ (I_V2)
		Anforderung	- Ja, Konzept, was die Anforderungen an die Unterbringung sind. Was für Anforderungen es an die Schulung des Personals, von Vertrauenspersonal über Sachpersonal, was sozusagen besondere Bedarfe baulicher Art angeht, von, was weiß ich was, Barrierefreiheit über Kommunikationseinrichtungen, die barrierefrei sind, und dergleichen, zum Beispiel die ... das betrifft ja nicht nur Behinderte, das betrifft ja auch Erkrankte und Alte. Keine der Landesunterkünfte ist vollständig barrierefrei. Die erste Etage vielleicht ja schon, aber wenn Oma einen Stock hoch gehen soll, hat sie schon ein Problem.“ (I_V4)
		Sucht	- „Ja. Da geht halt rechtlich nichts. Also alles was da gemacht werden kann, gerade im psychischen ist es ein bisschen einfacher, aber gerade bei den abhängigen Menschen ist das schwierig.“ (I_V1)
		Psychotherapeutischer Bedarf	- „Der psychotherapeutische Bedarf eben.“ (FG_G1_T2) - „Naja und die andere Geschichte so das sind natürlich psychische Erkrankungen, ne, was alle dann vor eine große Herausforderung stellt.“ (I_V5)
Organisation	Beschreibt die Organisation der medizinischen Versorgung, sowie der Terminvergabe und Arztbesuche	Allgemein	- „...seitdem diese Gesundheitskarte eingeführt wurde, dass die auch nicht mehr diesen Schein vom Sozialamt haben müssen, sondern genau wie Sie und ich mit unserer Gesundheitskarte zum Arzt gehen können, ähm, finde ich ist das schon mal sehr erleichtert, dass die eben auch gleich behandelt werden.“ (I_V3)
		Arztbesuche	- „Das müssen wir wirklich teilweise machen, wie gesagt, wir haben ja Gott sei Dank so viele Mitarbeiter die das können, aber wir begleiten tatsächlich zu den Arztterminen mit. Insofern das dann auch gewollt ist von den Geflüchteten.“ (I_V5) - „Also die die dann schon öfter da waren beim Arzt oder sich sprachlich schon besser mitteilen können, die gehen

			dann irgendwann allein. Aber so die Erstkontakte, bei den meisten geht das dann über mich, ja.“ (I_V3)
		Terminvergabe	- „Also die die dann schon öfter da waren beim Arzt oder sich sprachlich schon besser mitteilen können, die gehen dann irgendwann allein. Aber so die Erstkontakte, bei den meisten geht das dann über mich, ja.“ (I_V3)
		Elektronische Gesundheitskarte	- „Seitdem diese Gesundheitskarte eingeführt wurde, dass die auch nicht mehr diesen Schein vom Sozialamt haben müssen, sondern genau wie Sie und ich mit unserer Gesundheitskarte zum Arzt gehen können, ähm, finde ich ist das schon mal sehr erleichtert, dass die eben auch gleich behandelt werden.“ (I_V3) - „Jetzt, alles läuft über Gesundheitskarte, die die haben“ (FG_1_D)
		Regelversorgung	- „Ansonsten haben wir ja eine sehr sehr gute medizinische Versorgung, weil eben die Anbindung an das entsprechende Regelsystem auch erfolgt.“ (I_G1)
Sprache	Beschreibt Aspekte zur Kommunikation in der medizinischen Versorgung von Geflüchteten	Herausforderung	- „Ich finde sie eigentlich problemlos, mit Ausnahme der sprachlichen Probleme.“ (FG_G1_T1) - „Ich hab ja den Eindruck, die Sprachen sind auch unterschiedlich. Um eine Sache zu sagen, brauch man in manchen Sprachen sehr viel länger und man muss sogar nochmal mit Nachfragen, Rückfragen und so und dann kommt dann einer mit Ja“ (FG_G1_T1) - „Aber da die Sprache ist, eine enorme Barriere die man nicht ernst genug nehmen kann auf jeden Fall.“ (I_G4) - „Dann die Sprachbarriere, das ist ein ganz großes Problem, die soziale Isolation.“ (I_V1)
		Organisation/Kosten	- „Dolmetscherkosten. Ja, also gerade so bei, also ich kann verstehen, dass es bei Hausärzten gerade nicht so Gang und Gebe sein kann, aber gerade so in Krankenhäusern oder so, da eine Dolmetscherversorgung, das wäre natürlich auch toll, wenn so etwas halt finanziert werden würde, und da ist es halt jetzt zur Zeit immer nur so“good will“, wenn man es beantragt kann man es über die soziale Sicherung beantragen, dann wird es aber auch nicht immer gewährt, dann aber vielleicht auch nur im akut Fall, oder dann vielleicht auch nur für einen gewissen Zeitraum, für 5 Termine die man vielleicht hat und dann ist es schon wieder hinfällig.“ (I_V5)
		Dolmetscher	- „Und dann braucht man einen Dolmetscher und dann geht das wie bei jedem anderen Deutschen Patienten auch. Nur eben eingeschränkt auf die Akuterkrankung.“ (FG_G1_T1) - „Und da wünschte ich, die Ärzte wären ein bisschen aufgeklärter, und würden auch manchmal sagen, wenn sie meinen etwas nicht zu verstehen, ok, dann brauchen wir jetzt hier einen Dolmetscher, dann müssen wir das irgendwie organisieren, weil ich kann Sie nicht wirklich verstehen.“ (I_V1) - „Und hier ist natürlich schon einfach, ja ein Kommunikationsproblem vorhanden, zumal eben die Dolmetscher ja auch nicht flächendeckend und zeitnah zur Verfügung stehen.“ (I_G1)
		Schriftliches Material	- „Auch der Zahnarzt hat ihnen diese normalen Zettel für Untersuchung gegeben, ich habe die auch letzten Freitag ausgefüllt; ja, aber gibt es keine in arabischer Sprache.“ (FG_1_T4)

Grenzen	Beschreibt die Verbesserungspotentiale in der medizinischen Versorgung von Geflüchteten	Zugangsbarrieren	- „...welche Möglichkeiten es gibt, das ist nämlich erstmal gar nicht so leicht zu blicken, wo man welche Anträge stellen kann, wie man in Eingliederungshilfe kommt oder nicht reinkommt, wer Zugang zu Hilfsmitteln hat, wie man das organisiert, wo wir untergebracht werden.“ (I_V4)
		Compliance	- Und hätte denn, er hatte dieses Schreiben dabei und er muss diese Medikamente ja Lückenlos eigentlich nehmen. Und ja, wenn ich nicht jetzt zwei Tage später gekommen wär, dann hätte er es halt nicht genommen“ (FG_G1_T2)
		Kontinuität	- „Dann hätte er zwei Wochen die Medikamente nicht genommen. Dann hätten wir ihn gleich wieder einweisen und einen neuen Stent machen können.“ (FG_G1_T2) - „Auch mit Traumatherapie, bei Menschen wo die eine Gestattung haben über drei Monate mit einer negativen Bleibeperspektive, da weiß ein Arzt gar nicht, wie kann ich da jetzt Trauma therapeutisch mit dem arbeiten, das ist schwierig einfach, ne.“ (I_V1)
		Informationsaustausch	- „Ich hab nichts vorliegen und es ist ja nun, so beim Impfen ist es so, eine nicht dokumentierte Impfung ist, ist nicht gemacht. Und deswegen fangen wir dann wieder neu an.“ (FG_G1_T1)
		Mobilität	- „...manchmal ganz einfach das Fahrproblem auf dem Land...“ (I_V3) - „Ja und das kurzfristige zum Arzt kommen.“ (FG_G1_T2)
		Fahrdienst	- Im Augenblick geht's noch, fahren noch die Schulbusse, aber nächste Woche fährt kein Bus mehr hin da, ne. Dann ist ja hier kein Schulbus mehr da. Dann müssen die sehen, wie die (herkommen) da. Vielleicht ist da noch einer, der morgens und einer abends oder so, aber dann ist das total ausgedünnt.“ (FG_G1_T1) - „Manchmal ganz einfach das Fahrproblem auf dem Land. Wir haben Fachärzte dann in <Stadt>, da ist ganz schlecht mit öffentlichen Verkehrsmitteln hinzukommen, und ähm das machen wir dann eben auch, dass wir sie dann zu solchen Terminen begleiten.“ (I_V3)
		Asylbewerberleistungsgesetz	- „...die richtet sich natürlich, in erster Linie orientiert sich die Versorgung an Gesetzen, zum Beispiel im Asylbewerberleistungsgesetz, insbesondere hier die Paragraphen 4 und 6, da geht es darum, dass nur eine Akutversorgung möglich ist, die wird gewährleistet.“ (I_V2) - „Und das macht es natürlich im Alltag sehr schwierig, also, wenn sich ein Arzt jetzt jeweils erstmal überlegen muss, was wird das Amt bewilligen, und was wird es nicht bewilligen, dann, ja wird es für die medizinische Seite her schwierig vom Ablauf.“ (I_G1) - „Menschen, die anerkannt sind, da läuft es relativ unproblematisch, die haben ja nochmal andere Versorgungsleistungen dann über die Krankenkasse, die Problematik ist wirklich in den ersten 15 Monaten, in denen sie noch im Asylbewerberleistungsgesetz sind.“ (I_V5)
		Arbeit der Ämter	- „...da hat's dann gehakt, oder hier ist es sehr gut gelaufen, also das ist noch sehr inhomogen kann man sagen.“ (I_G1) - „Seit vier Monaten rennt er hinter seinen Operationsgenehmigungen und dann endlich letzte Woche das Amt hat es aus Versehen verbummelt, endlich

			hat er morgen einen Termin in der Uniklinik Lübeck, und dann auch ein bisschen ja, wir gucken.“ (FG_1_T1)
		Strukturen	- „Sondern, die Strukturen derzeit sind, so dass es schwierig sein kann. Also dass eben nicht der Kollege Krankenhaus jetzt sagt okay, wo wirst du weiter oder wo werden Sie weiter behandelt und dann den Kontakt sucht und sagt, okay ich fax das da schon mal hin, damit das denn klar ist, wie das bei den normalen Patienten der Fall ist.“ (FG_G1_T2)
		Überforderung Mitarbeiter	- „Dann stelle ich auch immer wieder fest, dass viele Mitarbeiter in den Gemeinschaftsunterkünften gerade mit Menschen mit psychischen Erkrankungen einfach überfordert sind...“ (I_V1)
		Unwissenheit	- „Also die Geflüchteten könnten, kann man, man kann das alles alleine nicht schaffen, also diese Bürokratischen Hürden, die da sind, sind für jemanden der sich im System nicht auskennt, sehr schwer zu bewerkstelligen“(I_V2) - „Bei Patienten hier, hiesigen Patienten, ist es so, die sind viel mehr drin in diesem Geschäft, dass sie sagen, wenn die aus dem Krankenhaus kommen, dann geh ich bei der nächsten Gelegenheit zu meinem Hausarzt und der sagt mir dann, was ich weiter machen soll. Der, unter Verwendung der Daten aus dem Krankenhaus sagt der mir dann, so du nimmst jetzt das und das und so so und da und da musst du zur Kontrolle. Das wissen die nicht. Das das hier so läuft und das, vor alle dem wenn die noch nicht lange da sind können die es auch gar nicht wissen.“ (FG_G1_T1)
		Zeit	- „Also dafür müsste man sich mehr öffnen, also auch mehr Zeit einplanen. Zeit ist ein Faktor.“ (I_V2) - „Die Zeit, ist natürlich auch ein großes Thema. Wenn Sie an einem Vormittag beim großen Durchlauf, also wenn wirklich viel los ist, wenn da drei oder vier Flüchtlinge aufkreuzen, dann sprengt Ihnen das Ihren Zeitplan komplett. Weil das dauert einfach länger. Das ist so.“ (FG_G1_T1)
Erstaufnahmeuntersuchung	Beschreibt die Organisation und Durchführung von Erstaufnahmeuntersuchungen	Organisation	- „...da muss man ja sagen, dass der Inhalt gesetzlich vorgeschrieben, nichtsdestotrotz ist das etwas, was deutschlandweit sehr unterschiedlich gehandhabt wird. Da muss man sagen geht meines Erachtens nach Schleswig-Holstein einen sehr guten Weg, was die Möglichkeiten auch angeht, wie beispielsweise die Impfungen nach STIKO-Empfehlungen, auch die weitergehende Versorgung sehe ich in Schleswig Holstein doch als sehr gut geregelt,“ (I_G1) - „...aber wir haben prinzipiell Strukturen oder Denkstrukturen benutzt, die wir aus der Gefahrenabwehr, Katastrophenschutz zum Beispiel kennen, was Organisation angeht. Und haben halt bei der Situation dieser Erstaufnahmeuntersuchung ja im Prinzip, obwohl es jetzt sicherlich nicht nett ist, an der Fließbandarbeit orientiert, sodass man relativ schnell in kurzer Zeit effektiv und effizient viele Menschen sehen kann und begutachten kann.“ (I_G2)
		Standardisierung	- „Und eben durch diese stark zurückgehenden Zahlen und durch ein sehr standardisiertes Vorgehen was das angeht, kann man wirklich sagen, ist das jetzt ein stabiles und gut etabliertes System geworden, was eben jetzt durch die Kolleginnen und Kollegen weitergetragen werden kann.“ (I_G1)

			- „...das ist im Prinzip wie eine Checkliste gewesen, da wurde dann abgehakt, Blut ist entnommen wurden, Impfung ist durchgeführt wurden, Röntgenbild der Lunge ist gemacht wurden, klinische Untersuchung ist erfolgt, Impfung ist erfolgt und die Person ist wieder aus der Untersuchung entlassen wurden. (I_G2)
		Dokumentation	- „Und die wurden, diese Befunde wurden gesammelt, die sind bei uns zentral aufgeführt worden, es gibt leider keine zentrale Software des Landes, deshalb haben wir auch keine Praxissoftware dafür genutzt, weil wir gesagt haben, wir schaffen keine Praxissoftware an solange es keine zentrale Software des Landes gibt. Und haben die Befunde, schlussendlich Labor, Röntgen, Untersuchungsbefund hier zentral zusammengefasst und dann hier in einer internen Datenbank noch einmal zur Übersicht dokumentiert, so dass wir auch sagen können, ok Flüchtling Samir Amiri, geboren dann und dann ist dann und dann untersucht worden, hat die und die Laborbefunde, hat den Röntgenthoraxbefund...“(I_G2
Optimierung	Hinweise und Wünsche, was für eine gute medizinische Versorgung notwendig ist	Bürokratie	- „I: Und jetzt eine Frage an alle: Wo seht Ihr die größte Notwendigkeit für Veränderungen? - TN: Die Genehmigung vom Kreis.“ (FG_1_T2) - „I: Und jetzt eine Frage an alle: Wo seht Ihr die größte Notwendigkeit für Veränderungen? - TN: Die Genehmigung der Dolmetscherkosten.“ (FG_1_T4)
		Eingeschränkte Leistungen / Aufenthaltstitel	- „Meines Erachtens nach sollte kein Unterschied gemacht werden zwischen Asylsuchenden und hier lebenden Menschen, was die medizinische Basisversorgung angeht.“ (I_G1)
		Sprache	- „Das ist sicherlich was, was man noch optimieren kann, sei es über eine entsprechende Dolmetscherplattform oder entsprechende mobile Lösungen, sprich onlinebasierte Lösungen.“ (I_G1)
		Dokumentation/Informationsaustausch	- „Na die, die werden ja eine Dokumentation machen, dessen was die dort tun medizinischer Art. Also Impfungen, eventuell Röntgen, eventuell irgendwelche Quantiferontests und so ein Krempel Kram. Das kann man auf einer oder zwei DIN A4 Seiten zusammen fassen und dann wär es eben schön, wir wüssten wo wir es nachlesen können.“ (FG_G1_T2)
		Organisation	- M: „Wie könnte man denn den Zeitfaktor entgegenwirken? Würde es denn so was wie separate Flüchtlingssprechstunden...“ (FG_G1_M) - T1: „Bloß nicht, das wär ja (...)Ne das würd, würd ich furchtbar finden. Also das ist jetzt für diese rollende Arztpraxis, ist das super, a, also ich find es gut von der Organisation. Man könnte alles super organisieren. Aber das hätte ja zur Folge, dass du an deinem... die Leute ausgrenzt komplett. Die medizinische Versorgung findet dann, im arabischen statt. Und irgendwie so, wie die das... äh ne, das finde ich nicht. Also das muss hier, das die gehören dazu und denn müssen die auch in der (?) machen. Das geht nicht.“ (FG_G1_T1) - T2: „Organisatorisch bestimmt viel viel einfach. Aber eben tatsächlich wieder stigmatisierend, bzw. ausgrenzend. Ne, und ob das so sinnvoll ist.“ (FG_G1_T2)

Positiv	Positive Punkte in der medizinischen Versorgung		- „und, unsere Probleme fast alles, machen gut, Lösung.“ (FG_2) - „Also ich denk dass was da angeboten wird, ist – Spitzenmedizin.“ (I_G4) - „Aber ich habe das Gefühl, dass die eigentlich sehr gut hier versorgt werden.“ (I_V3)
Gleichheit	Beschreibt Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen Deutschen und Geflüchteten		- „Genau wie bei uns, da gibt's keine Unterschiede zwischen Flüchtlingen und uns.“ (I_V3) - Das sind ja..., letztlich... wiedererwartend völlig nette und völlig Bekloppte, genauso gut verteilt, wie bei den Deutschen auch.“ (FG_G1_T1)
Interkulturelles Verständnis	Aspekte zu Interkulturalität, interkulturelles Verständnis, Kulturelle Unterschiede	Interkulturelle Öffnung	- „Sich auch für die Zielgruppe öffnen. Öffnen dahingehend als dass man schaut dass sie aus einem anderen Kulturkontext kommen und eine andere Haltung gegenüber Medizinern haben.“ (I_V2) -
		Allgemeine kulturelle Aspekte	- „Was man immer so auch denken könnte, dass die kulturellen Unterschiede ein medizinisches Problem darstellen, das kann ich jetzt so aus Neumünster nicht teilen, das ging problemlos.“ (I_G1) - „Und dann steht ja über allem, gerade die Menschen aus Afghanistan haben ja eine relativ gute Bleibeperspektive, wenn sie sich integrieren. Dazu gehört natürlich auch Deutsch lernen, wir haben jetzt viele Angebote in der Stadt, auch für Menschen, dieses Deutsch für alle zum Beispiel, weil man die Situation erkannt hat. Nur wie soll ein Mensch, der so extrem belastet ist, eigene Gewalterfahrungen gemacht hat, schwerst depressiv ist, starke Medikamente zum Teil nimmt – wie soll der lernen? Wir können nicht mal mit einem Schnupfen gehen, da bleiben wir zu Hause, weil wir uns nicht konzentrieren können. Und die sollen eine völlig fremde Sprache lernen, die sind zum Teil nicht einmal alphabetisiert. Und dann heißt es, Ihre Integrationsbemühungen waren nicht gut.“ (I_V1)
		Gleichbehandlung	- „Ein bisschen rassistisch zwischen den Ausländern und den Deutschen, und sagt er, wir sind alle Menschen, er sagt der Arzt muss gucken oder muss zum Beispiel den Patienten behandeln, egal wer ist er, woher kommt er spielt keine Rolle...“ (FG_1_T2) - Weil die keinen Bock haben, mit jemandem zu reden, der ihre Zeit in Anspruch nimmt, weil sie sagen, hier, - da ist nicht ausreichendes Dolmetschen gewährleistet, ich vermute aber auch, - Rassismus, wenn die sagen: Hier, die sollen sich mal, wenn die was wollen, sollen sie sich dann auch anstrengen/bemühen, entweder selbst einen Dolmetscher mitbringen oder Deutsch sprechen“ (I_V4)

Tabelle 18 Ergebnisse Schwerpunkt "Rollende Arztpraxis"

Hauptkategorie	Definition	Code	Ankerzitat
Allgemein	allgemeine Aussagen zur Rollenden Arztpraxis		- „Das ist wie, wie in unserer Arztpraxis auch, das ist halt nur in einem Auto.“ (FG_G1_T2)
Ausstattung	technische und infrastrukturelle Ausstattung der Rollenden Arztpraxis	Technik	- „...also von mir aus, ist das Fahrzeug top ausgestattet“ (I_V6) - „Und der hat ja alles Mögliche an Bord an diesem Ding, also das ist ja richtig klasse, was das alles machen kann.“ (I_V3)
Erfahrung	Eigene Erfahrungen mit der Rollenden Arztpraxis	Positiv/ Negativ	- „Ganz positive Erfahrungen.“ (I_V3) - „Einige sind zufrieden, einige nicht zufrieden“ (I_G3)
		Organisation	- „... gut die erste Zeit musste man ja alles suchen, wo was ist wie stellt man sich am besten hin wo stellt man sich hin, wo die ganzen Unterkünfte sind aber mittlerweile hat man das ja, so praktisch in den Alltag mit hineingenommen.“ (I_V6) - „Mittlerweile sind die ganzen Kinderkrankheiten weg, wir haben, wir haben zwischendurch ein paar Mal Stromausfälle gehabt, aber diese Kinderkrankheiten haben wir weg“ (I_V6)
Informationsaustausch	Informationsweitergabe zwischen den Ärzten der Rollenden Arztpraxis und anderen an der Versorgung Beteiligten)	Nicht vorhanden/ Vorhanden	- „Also die gehen dann einfach mit ihren Wehwehchen hier hin und wenn sie nächste Woche am Donnerstag was haben, dann gehen sie hier im Ort zum niedergelassenen Arzt. Also da findet jetzt nicht unbedingt so ein Austausch statt.“ (I_V3)
		Andere Kollegen	- I: „...wie ist denn da Ihrer Erfahrung nach die Kommunikation mit den anderen Hausärzten zu denen die Geflüchteten gehen(...) gibt es da überhaupt Bedarf für Kommunikation (...)? „Ja doch doch, das das ist sehr, wichtig.“ (I_G3)
Kontinuität	kontinuierliche Behandlung durch die Rollende Arztpraxis		- „Und hatte denn, er hatte dieses Schreiben dabei und er muss diese Medikamente ja Lückenlos eigentlich nehmen. Und ja, wenn ich nicht jetzt zwei Tage später gekommen wär, dann hätte er es halt nicht genommen, weil da fehlt dann eben so diese engmaschige Anbindung“ (FG_G1_T2) - „Ja <Ort> ist, jede Woche bloß da im Wechsel immer; eine Woche Zahnärztin und eine Woche Allgemeinmediziner. Also zwei zwei Mal wöchentlich fahren wir raus – immer dienstags und mittwochs“ (I_V6)
Krankheitsgewichtung	Auftretende Krankheitsbilder in der Rollenden Arztpraxis		- „Gut, dass die, der der die Krankheiten andere sind. Die sind einfach anders gewichtet“ (FG_G1_T1)
Optimierung	Verbesserungsvorschläge und Wünsche zur Rollenden Arztpraxis	- Einsatz - Häufigkeit - Personal	- „Er wünscht, dass es jede Woche, nicht alle 14 Tage.“ (FG_1_T4) - „Er möchte, dass zum Beispiel ein Facharzt da is.“ (FG_1_T5)

			- „Ja dass es mehr wird – das man noch mehr Orte anfährt, auch sage ich mal, unsere normalen Dörfer – das wäre wahrscheinlich nicht schlecht.“ (I_V6)
Regelversorgung	Eignung und Ergänzung zur Regelversorgung		- „Ja. Ja genau. Sie gehen sonst in die Regelversorgung. Also das ist jetzt mal so ein Zusatzangebot“ (I_V3) - M: „Aber grundsätzlich ist so eine mobile Arzteinheit schon geeignet dafür, zum Beispiel solche Flüchtlingsunterkünfte anzufahren (...)“ T1: „...ist natürlich hoffnungslos überbezahlt. Ne, also so viel Geld kann man nicht ausgeben, das ist, um Erfahrung zu machen, also was, was mir daraus das wichtigste ist.“ (FG_G1_T1)
Grenzen	Schwachstellen in der Rollenden Arztpraxis	- Platz - Technik - Ausstattung	- „Ja das das ist Problem. Wir haben nicht so viel Platz.“ (I_G3) - „Manchmal zum Beispiel, WLAN fehlt und kann man nichts machen mit Hand muss man alles schreiben.“ (I_G3)
Vorteile	Positive Aspekte zur Rollenden Arztpraxis	- Dolmetscher - Anbindung an die Versorgung - Einfachheit - Erreichbarkeit - Personal	- „Naja, da ist ein Dolmetscher vorhanden, da ist natürlich auch die sprachliche Barriere besser in der rollenden Arztpraxis als hier, ne?“ (FG_G1_T1) - „Ja, wie das Wort schon sagt „mobil“, dass dieses Ding zu den Patienten kommt.“ (I_V3) - „...da, da ist ja nichts, da ist noch nicht mal ein Bäcker teilweise, im Ort, und das der Arzt direkt zu denen nach Hause kommt wahrscheinlich zu denen die, die ernst krank sind oder, länger schon ihrer Krankheiten haben, das die wenigstens alle vierzehn Tage mal, durchgecheckt werden oder angeguckt werden oder, gefragt wird so brauchen sie etwas Neues wie geht es denn.“ (I_V6) - „Ja das das meint ich, das besser ist organisiert und, die müssen nicht, warten und ein Termin vereinbaren.“ (I_G3)
Akzeptanz	Annahme und Akzeptanz der Rollenden Arztpraxis		- „Ja teilweise werden die gut angenommen aber ist immer, von der Einstellung, der Bewohner da – sage ich mal so“ (I_V6)

Anhang 4. EUROPEP-Fragebogen

Tabelle 19 EUROPEP – Antworthäufigkeiten

Item*	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	n.z.* (%)	Fehlend (%)
Arzt-Patienten-Beziehung und Kommunikation							
Wie hat er Ihnen während des Arztbesuchs das Gefühl vermittelt, dass er Zeit für Sie hat?	46 (48,4)	12 (12,6)	26 (27,4)	5 (5,3)	1 (1,1)	1 (1,1)	4 (4,2)
Wie hat er Interesse an Ihrer persönlichen Situation gezeigt?	43 (45,3)	20 (21,1)	22 (23,2)	6 (6,3)	1 (1,1)	/	3 (3,2)
Wie leicht hat er es Ihnen gemacht, über Probleme zu sprechen?	32 (33,7)	19 (20,0)	24 (25,3)	12 (12,6)	1 (1,1)	2 (2,1)	5 (5,3)
Wie hat er Sie in Entscheidungen über Ihre medizinische Behandlung einbezogen?	32 (33,7)	20 (21,1)	15 (15,8)	10 (10,5)	4 (4,2)	/	14 (14,7)
Wie hat er Ihnen zugehört?	43 (45,3)	21 (22,1)	18 (18,9)	7 (7,4)	/	/	6 (6,3)
Wie wurde in der Praxis auf den vertraulichen Umgang mit Patienteninformationen geachtet?	64 (67,4)	9 (9,5)	11 (11,6)	2 (2,1)	1 (1,1)	1 (1,1)	7 (7,4)
Medizinisch-technische Versorgung							
Wie gut konnte Ihr Arzt eine schnelle Linderung Ihrer Beschwerden erreichen?	35 (36,8)	14 (14,7)	24 (25,3)	12 (12,6)	2 (2,1)	1 (1,1)	7 (7,4)
Wie hat er Ihnen geholfen, damit Sie sich gut genug fühlten, um Ihren normalen täglichen Aktivitäten nachgehen zu können?	39 (41,1)	12 (12,6)	23 (24,2)	8 (8,4)	3 (3,2)	3 (3,2)	7 (7,4)
Wie gründlich hat er sich mit Ihren Problemen befasst?	28 (29,5)	21 (22,1)	27 (28,4)	8 (8,4)	5 (5,3)	2 (2,1)	4 (4,2)
Wie führte er bei Ihnen körperliche Untersuchungen durch?	36 (37,9)	18 (18,9)	20 (21,1)	7 (7,4)	3 (3,2)	1 (1,1)	10 (10,5)
Wie hat er Ihnen Angebote zur Krankheitsvorbeugung gemacht (z.B. Vorsorge, Impfung, Gesundheitskontrollen u.ä.)?	27 (28,4)	20 (21,1)	18 (18,9)	6 (6,3)	8 (8,4)	3 (3,2)	13 (13,7)
Information und Unterstützung							
Wie hat er Ihnen den Zweck von Untersuchungen und Behandlungen erklärt?	29 (30,5)	20 (21,1)	20 (21,1)	10 (10,5)	5 (5,3)	2 (2,1)	9 (9,5)
Wie hat er Sie über das informiert, was Sie über Ihre Beschwerden bzw. Erkrankungen wissen wollten?	30 (31,6)	26 (27,4)	18 (18,9)	8 (8,4)	4 (4,2)	2 (2,1)	7 (7,4)

Wie hat er Ihnen beim Umgang mit Ihren Gefühlen im Zusammenhang mit Ihrem Gesundheitszustand geholfen?	30 (31,6)	17 (17,9)	21 (22,1)	9 (9,5)	1 (1,1)	3 (3,2)	14 (14,7)
Wie hat er Ihnen erläutert, warum es wichtig ist, seine Ratschläge zu befolgen?	34 (35,8)	19 (20,0)	16 (16,8)	9 (9,5)	3 (3,2)	3 (3,2)	11 (11,6)
Kontinuität und Kooperation							
Wie hat er sich erinnert, wie er Sie bei früheren Gesprächen behandelt und beraten hat?	36 (37,9)	20 (21,1)	21 (22,1)	2 (2,1)	3 (3,2)	4 (4,2)	9 (9,5)
Wie hat er Sie bei Überweisungen darauf vorbereitet, was Sie beim Facharzt bzw. im Krankenhaus erwartet?	27 (28,4)	20 (21,1)	18 (18,9)	7 (7,4)	3 (3,2)	6 (6,3)	14 (14,8)
Praxisorganisation							
Wie war die Hilfsbereitschaft der anderen Praxismitarbeiter (außer dem Arzt)?	39 (41,1)	23 (24,2)	18 (18,9)	2 (2,1)	3 (3,2)	4 (4,2)	6 (6,3)
Wie war es Ihnen möglich, passende Termine zu bekommen?	30 (31,6)	15 (15,8)	21 (22,1)	13 (13,7)	9 (9,5)	2 (2,1)	5 (5,3)
Wie war die telefonische Erreichbarkeit der Praxis?	31 (32,6)	21 (22,1)	17 (17,9)	8 (8,4)	5 (5,3)	3 (3,2)	10 (10,5)
Wie war es möglich, mit dem Hausarzt selbst am Telefon zu sprechen?	16 (16,8)	16 (16,8)	14 (14,7)	13 (13,7)	11 (11,6)	6 (6,3)	19 (20,0)
Wie waren die Wartezeiten in der Praxis?	25 (26,3)	15 (15,8)	18 (18,9)	8 (8,4)	22 (23,2)	2 (2,1)	5 (5,3)
Wie schnell erhielten Sie Hilfe bei dringenden Gesundheitsproblemen?	30 (31,6)	19 (20,0)	18 (18,9)	12 (12,6)	6 (6,3)	4 (4,2)	6 (6,4)

1 = ausgezeichnet bis 5 = schlecht

* n.z. = nicht zutreffend

Anhang 5. ZAP-Fragebogen

Tabelle 20 ZAP – Explorative Datenanalyse

Item*	MW	95% KI	Schiefe	Kurtosis
Praxisorganisation				
Wie zufrieden sind Sie mit der Wartezeit auf einen Arzttermin?	2,33 (0,88)	2,14- 2,51	0,1	-0,69
Wie zufrieden sind Sie mit der Wartezeit in der Praxis?	2,33 (0,87)	2,15- 2,51	0,33	-0,47
Wie zufrieden sind Sie mit der Freundlichkeit des Praxispersonals?	1,65 (0,66)	1,51- 1,79	0,76	0,64
Wie zufrieden sind Sie mit der Atmosphäre der Praxis?	1,63 (0,63)	1,50- 1,76	0,74	0,99
Information				
Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt in Bezug auf die Informationen zu den Ursachen Ihrer Erkrankung?	1,90 (0,71)	1,75- 2,05	0,35	-0,3
Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt in Bezug auf die Informationen zum Verlauf Ihrer Erkrankung?	1,94 (0,67)	1,80- 2,08	0,07	-0,69
Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt in Bezug auf die Informationen über die geplante Therapie?	1,91 (0,67)	1,77- 2,05	0,34	0,14
Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt in Bezug auf die Informationen über die Wirkung der verordneten Medikamente?	1,94 (0,81)	1,77- 2,12	0,8	0,57
Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt in Bezug auf die Informationen darüber, was Sie selbst auch zur Heilung beitragen können (z.B. Hinweis auf Selbsthilfegruppen, Ernährungstipps)?	1,92 (0,73)	1,76- 2,08	0,7	0,8
Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt in Bezug auf die Verständlichkeit der Informationen?	1,93 (0,68)	1,79- 2,08	0,31	0,02
Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt in Bezug auf die Beachtung von Nebenwirkungen bei der Verordnung von Medikamenten?	1,86 (0,65)	1,72- 2,00	0,41	0,42
Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt in Bezug auf die Berücksichtigung aller Behandlungsmöglichkeiten (z.B. Medikamente, Krankengymnastik)?	1,88 (0,66)	1,74- 2,03	0,13	-0,69
Interaktion				
Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt in Bezug auf sein Verständnis?	1,74 (0,61)	1,62- 1,87	0,19	-0,53
Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt in Bezug auf sein Einfühlungsvermögen?	1,71 (0,6)	1,59- 1,84	0,21	-0,56
Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt in Bezug auf Menschlichkeit?	1,66 (0,65)	1,53- 1,80	0,47	-0,68

Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt in Bezug auf die Zeit, die er Ihnen widmet?	1,83 (0,72)	1,68- 1,98	0,63	0,37
Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt in Bezug darauf, ernst genommen zu werden?	1,78 (0,71)	1,63- 1,93	0,54	-0,16
Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt in Bezug auf Zuspruch und Unterstützung?	1,79 (0,71)	1,64- 1,94	0,52	-0,16
Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt in Bezug auf seine Geduld?	1,76 (0,72)	1,61- 1,92	0,76	0,57
Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt in Bezug darauf, dass Sie als Mensch und nicht als Nummer behandelt werden?	1,65 (0,78)	1,49- 1,81	1,13	0,98
Kooperation / Fachliche Kompetenz				
Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt Ärztin in Bezug auf die Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Einrichtungen?	1,78 (0,57)	1,65- 1,90	0,02	-0,27
Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt in Bezug auf die Gründlichkeit und Sorgfalt bei Untersuchungen?	1,77 (0,68)	1,62- 1,91	0,33	-0,82
Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt in Bezug auf die Bereitschaft, Sie rechtzeitig zu überweisen?	1,75 (0,71)	1,60- 1,90	0,61	-0,01

* 1= Sehr zufrieden – 4= Sehr unzufrieden

Tabelle 21 ZAP – Antworthäufigkeiten

Item*	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	Fehlend
Praxisorganisation					
Wie zufrieden sind Sie mit der Wartezeit auf einen Arzttermin?	17 (17,9)	36 (37,9)	31 (32,6)	8 (8,4)	3 (3,2)
Wie zufrieden sind Sie mit der Wartezeit in der Praxis?	14 (14,7)	43 (45,3)	24 (25,3)	10 (10,5)	4 (4,2)
Wie zufrieden sind Sie mit der Freundlichkeit des Praxispersonals?	40 (42,1)	44 (46,3)	6 (6,3)	1 (1,1)	4 (4,2)
Wie zufrieden sind Sie mit der Atmosphäre der Praxis?	39 (41,1)	46 (48,4)	4 (4,2)	1 (1,1)	5 (5,3)
Information					
Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt in Bezug auf die Informationen zu den Ursachen Ihrer Erkrankung?	26 (27,4)	46 (48,4)	15 (15,8)	1 (1,1)	7 (7,4)
Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt in Bezug auf die Informationen zum Verlauf Ihrer Erkrankung?	21 (22,1)	47 (49,5)	16 (16,8)	/	11 (11,6)
Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt in Bezug auf die Informationen über die geplante Therapie?	23 (24,2)	52 (54,7)	13 (13,7)	1 (1,1)	6 (6,3)
Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt in Bezug auf die Informationen über die Wirkung der verordneten Medikamente?	25 (26,3)	45 (47,4)	10 (10,5)	5 (5,3)	10 (10,5)
Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt in Bezug auf die Informationen darüber, was Sie selbst auch zur Heilung beitragen können (z.B. Hinweis auf Selbsthilfegruppen, Ernährungstipps)?	23 (24,2)	48 (50,5)	10 (10,5)	3 (3,2)	11 (11,6)
Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt in Bezug auf die Verständlichkeit der Informationen?	22 (23,5)	50 (52,6)	14 (14,7)	1 (1,1)	8 (8,4)
Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt in Bezug auf die Beachtung von Nebenwirkungen bei der Verordnung von Medikamenten?	24 (25,3)	51 (53,7)	10 (10,5)	1 (1,1)	9 (9,5)
Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt in Bezug auf die Berücksichtigung aller Behandlungsmöglichkeiten (z.B. Medikamente, Krankengymnastik)?	24 (25,3)	47 (49,5)	14 (14,7)	/	10 (10,5)
Interaktion					
Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt in Bezug auf sein Verständnis?	32 (33,7)	53 (55,8)	8 (8,4)	/	2 (2,1)
Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt in Bezug auf sein Einfühlungsvermögen?	33 (34,7)	51 (53,7)	7 (7,4)	/	4 (4,2)
Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt in Bezug auf Menschlichkeit?	40 (42,1)	43 (45,3)	9 (9,5)	/	3 (3,2)

Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt in Bezug auf die Zeit, die er Ihnen widmet?	30 (31,6)	47 (49,5)	11 (11,6)	2 (2,1)	5 (5,3)
Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt in Bezug darauf, ernst genommen zu werden?	34 (35,8)	44 (46,3)	12 (12,6)	1 (1,1)	4 (4,2)
Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt in Bezug auf Zuspruch und Unterstützung?	33 (34,7)	44 (46,3)	12 (12,6)	1 (1,1)	5 (5,3)
Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt in Bezug auf seine Geduld?	34 (35,8)	44 (46,3)	9 (9,5)	2 (2,1)	6 (6,3)
Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt in Bezug darauf, dass Sie als Mensch und nicht als Nummer behandelt werden?	46 (48,4)	35 (36,8)	8 (8,4)	3 (3,2)	3 (3,2)
Kooperation / Fachliche Kompetenz					
Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt Ärztin in Bezug auf die Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Einrichtungen?	24 (25,3)	51 (53,7)	6 (6,3)	/	14 (14,7)
Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt in Bezug auf die Gründlichkeit und Sorgfalt bei Untersuchungen?	32 (33,7)	42 (44,2)	12 (12,6)	/	9 (9,5)
Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt in Bezug auf die Bereitschaft, Sie rechtzeitig zu überweisen?	33 (34,7)	40 (42,1)	10 (10,5)	1 (1,1)	11 (11,6)

* 1= Sehr zufrieden – 4= Sehr unzufrieden

Anhang 6. EQ5-D

Die arabisch sprechenden Geflüchteten, die die Rollende Arztpraxis als Patienten aufsuchten, wurden gebeten, den EQ5-D der EuroQol Group (Euroqol 2017) zu ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität auszufüllen. Dadurch ergab sich ein Rücklauf von n=10, weshalb die Ergebnisse nicht weiter betrachtet wurden und im Anhang dargestellt werden.

Tabelle 22 Ergebnisse EQ5D

Fragen EQ5D	N	Antworthäufigkeit in % Antwortkategorie „Keine Probleme“
Beweglichkeit/Mobilität	9	45,5%
Für sich selbst sorgen.	10	63,6%
Alltägliche Tätigkeiten	9	63,6%
Schmerzen/Körperliche Beschwerden	10	63,6%
Angst/Niedergeschlagenheit	10	27,3%

Besonders auffällig war, dass die Frage nach Angst/Niedergeschlagenheit am schlechtesten bewertet wurde. Sieben von zehn Befragten gaben an, mäßig bis extrem ängstlich und deprimiert zu sein. Der persönliche Gesundheitszustand wurde von den Befragten zwischen 100 (Best denkbare Gesundheitszustand) und 40 eingeschätzt und lag im Mittel bei 63,2 (SD= 39,1).

Anhang 7. Ethikvotum

Das positive Ethikvotum für die Durchführung der qualitativen Studie wurde am 23.03.2016 von der Ethikkommission der Universität zu Lübeck erteilt (Nr. 16-041).

Das positive Ethikvotum für die Durchführung der quantitativen Studie wurde am 16. Mai 2017 von der Ethikkommission der Universität zu Lübeck erteilt (Nr. 17-082).

.

8. Danksagungen

Ich danke in erster Linie meinem Doktorvater Professor Dr. med. Jost Steinhäuser für die Möglichkeit, am Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein am Campus Lübeck diese Forschungsarbeiten durchzuführen. Ich danke ihm für die Zusammenarbeit, die konstruktiven Ratschläge und vor allem für seine Geduld. Ohne seinen maßgeblichen Beitrag wäre dieses Projekt nicht möglich gewesen.

Weiterhin bedanke ich mich bei den Mitarbeitenden des Instituts für Allgemeinmedizin für die lehrreichen und prägenden Jahre. Ich danke Frau Professor Dr. phil. Götz für die Unterstützung in den qualitativen und quantitativen Analysen der Arbeitsschwerpunkte. Die Berechnungen zur Validierung des EUROPEP-Fragebogens wurden vorrangig durch sie durchgeführt. Ich danke dem Praxisnetz-Herzogtum Lauenburg, welche im Rahmen des Projekts der Rollenden Arztpraxis als Projektpartner zum Gelingen des Projekts beigetragen haben. Ich danke den Geflüchteten sowie den Stakeholdern für ihre Bereitschaft, diese wissenschaftliche Evaluation zu unterstützen.

Ein großer Dank gilt meinem privaten sowie beruflichen Umfeld für die Unterstützung während der Erstellung dieser Dissertation.

Zum Schluss möchte ich meiner Familie danken, ein besonderer Dank gilt meiner Mama für ihren unbeirrbaren Glauben an mich und meinem Opa, der Inspiration und Vorbild für mich war und ist.

9. Lebenslauf

10. Publikationsverzeichnis

Direkt mit den Forschungsarbeiten in Zusammenhang stehende Publikationen:

Hahn K, Steinhäuser J, Goetz K: Equity in Health Care: A Qualitative Study with Refugees, Health Care Professionals, and Administrators in One Region in Germany. Biomed Res Int 24: 4647389. 2020

Hahn K, Steinhäuser J, Wilfling D, Goetz K: Quality of health care for refugees - a systematic review. BMC Int Health Hum Rights 19(1): 20. 2019

Goetz K*, **Hahn K***, Steinhäuser J: Psychometric properties of the Arabic version of the EUROPEP-questionnaire. Patient Prefer Adherence 12:1123-1128. 2018

**geteilte Erstautorenschaft*

Hahn K: Das Projekt "rollende Arztpraxis"- mobile Versorgung von Geflüchteten in Schleswig-Holstein (In: Polak, G. [Hg.]: GI-Mail 12/18, ISSN: 2312-0819 Going International, Wien. 2018 <https://www.goinginternational.eu/wp/de/das-projekt-rollende-arztpraxis-mobile-versorgung-von-gefluechteten-in-schleswig-holstein/>

Kongressbeiträge:

Hahn K, Steinhäuser J, Knöfler M, Möllmann C, Götz K: Ein mobiles Versorgungskonzept für Geflüchtete – die „Rollende Arztpraxis“. Gesundheitswesen 79(08/09): V-62. 2017

Hahn K., Götz K., Wilfling D., Steinhäuser J: Qualitätsindikatoren zur Abbildung von Versorgungsqualität Geflüchteter – ein systematisches Review. Gesundheitswesen 79(08/09): V-63. 2017

Hahn K: Verbesserung der medizinischen Versorgung von Geflüchteten durch Hausärzte – ein Review der Literatur. 7. HeilberufeSCIENCE-Symposium am 29.04.2017 in Dresden

Hahn K: Improving quality of Primary Health Care for refugees – a review of literature. 20th Nordic Congress of General Practice vom 14. bis 16. Juni 2017 in Reykjavik, Island

Hahn K: Qualitätsindikatoren zur Abbildung von Versorgungsqualität Geflüchteter – ein systematisches Review. Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie e. V. (DGEpi), Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie e. V. (DGMS) und Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention e. V. (DGSMP) vom 05. bis 08. September 2017 in Lübeck

Hahn K: Ein mobiles Versorgungskonzept für Geflüchtete – die „Rollende Arztpraxis“. Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie e. V. (DGEpi),

Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie e. V. (DGMS) und Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention e. V. (DGSMP) vom 05. bis 08. September 2017 in Lübeck

Indirekt mit den Forschungsarbeiten in Zusammenhang stehende Publikation:

Hahn K, Steinhäuser J. Strategien für den ländlichen Raum: Entwicklung und erste Erfahrungen mit einem 80 Stunden Kurs für Ärztinnen und Ärzte aus Drittstaaten zur Vorbereitung auf ihre ärztliche Tätigkeit in Deutschland. GMS J Med Educ 36(3): Doc25. 2019

Weitere Publikationen:

Niebuhr F, Wilfling D, **Hahn K**, Steinhäuser J. Coaching aus der Perspektive der Allgemeinmedizin - Eine systematische Literaturrecherche. Präz Gesundheitsf 13(2): 91-96. 2018

Goetz K, Jossen M, Szecsenyi J, Rosemann T, **Hahn K**, Hess S: Job satisfaction of primary care physicians in Switzerland - an observational study. Fam Pract 33: 498-503. 2016

Goetz K, Hasse P, Campbell SM, Berger S, Dörfer CE, **Hahn K**, Szecsenyi J: Evaluation of job satisfaction and working atmosphere of dental nurses in Germany. Community Dent and Oral Epidemiol 44(1): 24-31. 2015;