

Aus dem
Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung
der Universität Tübingen

**Fortbildungsveranstaltungen für die Gesundheitsversorgung
von Geflüchteten - gemischtmethodische
Bestandsaufnahme und Evaluation**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der Medizinischen Fakultät
der Eberhard Karls Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Chekani-Azaran, Laila

2023

Dekan: Professor Dr. B. Pichler

1. Berichterstatter: Professorin Dr. S. Joos

2. Berichterstatter: Professor Dr. N. Schmitz

Tag der Disputation: 25.04.2023

Für meinen Sohn Alexander

Inhaltsverzeichnis

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	VI
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	VII
TABELLENVERZEICHNIS	VIII
1 EINLEITUNG	1
1.1 GESUNDHEITSVERSORGUNG VON GEFLÜCHTETEN IN DEUTSCHLAND	1
1.1.1 <i>Rahmenbedingungen und Zugang zur Gesundheitsversorgung</i>	1
1.1.2 <i>Gesundheits- und Krankheitsverständnis</i>	8
1.1.3 <i>Herausforderungen im medizinischen Arbeitsalltag</i>	10
1.1.4 <i>Zusammenfassende Einflussfaktoren für eine gelingende Versorgung</i>	18
1.2 DAS ZIEL: EINE GEFLÜCHTETEN-ORIENTIERTE VERSORGUNG	22
1.2.1 <i>Entwicklungen im Bereich einer Geflüchteten-orientierten, medizinischen Versorgung</i>	22
1.2.2 <i>Notwendigkeit für spezifische Qualifikation des Gesundheitspersonals</i>	24
1.3 FRAGESTELLUNG	29
2 MATERIAL UND METHODEN	32
2.1 STUDIENDESIGN, STUDIENKONZEPT UND ABLAUF	32
2.2 BEDARFSANALYSE ZUR ENTWICKLUNG DER FORTBILDUNGSVERANSTALTUNG	34
2.3 ENTWICKLUNG UND DURCHFÜHRUNG DER FORTBILDUNGEN DURCH DAS DEUTSCHE INSTITUT FÜR ÄRZTLICHE MISSION E.V. (DIFÄM)	36
2.4 EVALUATION DER FORTBILDUNGSVERANSTALTUNGEN	38
2.4.1 <i>Quantitative Evaluation: Fragebogen zur Evaluation der Fortbildungsveranstaltungen</i>	38
2.4.2 <i>Qualitative Evaluation: Fokusgruppendifkussion</i>	42
3 ERGEBNISSE	46
3.1 ONLINE-FRAGEBOGEN: BESTANDSAUFNAHME DER MEDIZINISCHEN LEISTUNGSANBIETER.....	46
3.2 EVALUATION DER FORTBILDUNGSVERANSTALTUNGEN	56
3.3 BEURTEILUNG AUF BASIS DER EVALUATIONSBÖGEN	57
3.3.1 <i>Motivation zur Kursteilnahme</i>	57
3.3.2 <i>Bewertung der Kursstruktur und Inhalte</i>	58
3.3.3 <i>Erfüllte Erwartungen</i>	60
3.3.4 <i>Verbesserungsvorschläge</i>	61
3.4 ERGEBNISSE AUS DEN FOKUSGRUPPENDISKUSSIONEN	63
3.4.1 <i>Kursstruktur</i>	65
3.4.2 <i>Erfahrungen im Arbeits- und Praxisalltag</i>	66
3.4.3 <i>Setting</i>	67
3.5 FAZIT / GESAMTBEWERTUNG	69
4 DISKUSSION	72
4.1 AKZEPTANZ, RELEVANZ UND BEDARF DER DIFÄM-FORTBILDUNGSVERANSTALTUNG.....	75
4.2 WISSENSTRANSFER UND INHALTLICHER MEHRWERT	78
4.3 UMSETZUNG, ORGANISATION UND NETZWERK IM MEDIZINISCHEN BERUFSALLTAG.....	79
4.4 LIMITATIONEN UND KRITISCHE REFLEXION.....	83

5	ZUSAMMENFASSUNG	89
6	LITERATURVERZEICHNIS	90
7	ERKLÄRUNGEN ZUM EIGENANTEIL	96
	ANHANG	97
1	MUSTERFRAGEBÖGEN	97
1.1	MUSTER: ONLINE-FRAGEBOGEN AUS DEM JAHR 2018	97
1.2	MUSTER: ONLINE-FRAGEBOGEN AUS DEM JAHR 2016	101
1.3	MUSTER: EVALUATIONSBOGEN FÜR DIE FORTBILDUNGSKURSE-KURSE.....	104
2	DATENAUSWERTUNGEN	106
2.1	AUSWERTUNG DER ONLINE-BEFRAGUNGEN AUS DEN JAHREN 2018 UND 2016.....	106
2.2	GESAMTRESULTATE DER EVALUATIONSBÖGEN: DIFÄM-KURSE MIT JEWEILS VIER MODULEN.....	112
2.3	ERGEBNISSE DER FOKUSGRUPPENDISKUSSSIONEN	125
2.4	KODIERTE ERGEBNISSE MAXQDA - TEXTPASSAGEN.....	126
2.4.1	<i>Kursstruktur</i>	126
2.4.1.1	Geschwindigkeit / Zeitmanagement	126
2.4.1.2	Inhaltlicher Aufbau.....	127
2.4.1.3	Umfang / Menge.....	130
2.4.2	<i>Erfahrungen Arbeits-/Praxisalltag</i>	131
2.4.3	<i>Setting</i>	134
2.4.3.1	Umsetzung / Kommunikation im Praxisalltag	134
2.4.3.2	Workshop	137
2.4.4.1	Austausch mit Anderen	137
2.4.4	<i>Fazit / Gesamtbewertung</i>	140
2.4.4.1	Vernetzung vor Ort.....	141
2.4.4.2	Wünsche / Vorschläge.....	144
2.4.4.3	Für Arbeit mit Geflüchteten	149
3	LEBENS LAUF (ENTFERNT)	152

Abkürzungsverzeichnis

AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BKK	Betriebskrankenkasse
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
BVS	Bayerische Verwaltungsschule
BZGA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Difäm	Deutsches Institut für Ärztliche Mission e.V.
eGK	Elektronische Gesundheitskarte
E-HMR	Electronic Human Resource Management
FGD	Fokusgruppendifkussion
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
IBM	International Business Machines Corporation
IMIS	Institut für Migrantenforschung und interkulturelle Studien
ITB	Institut für Training und Beratung
MAXQDA	Maximum Qualitative Data Analysis
MFA	Medizinische/r Fachangestellte/r
MP3	MPEG-1 Audio Layer 3
PTK	Psychotherapeutenkammer
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UMF	Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge
UNHCR	United Nations High Commissioner of Refugees
VWA	Vorwissenschaftliche Arbeit
ZiF	Zentrum für interdisziplinäre Forschung

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Weltweite Anzahl der Geflüchteten im Verantwortungsbereich des UNHCR....	1
Abbildung 2: Erst- und Folgeasylanträge in Deutschland	2
Abbildung 3: Transkulturelle Kompetenz.....	11
Abbildung 4: Essentielle Einflussfaktoren auf das Momentum der allgemeinmedizinischen Versorgung von Geflüchteten.....	19
Abbildung 5: Studienablauf und Datenauswertung	33
Abbildung 6: Vorgehensweise zur Konzeptionierung der Kursangebote	37
Abbildung 7: Evaluationsbogen Teil 1.....	39
Abbildung 8: Evaluationsbogen Teil 2.....	39
Abbildung 9: Evaluationsbogen Teil 3.....	40
Abbildung 10: Evaluationsbogen Teil 4.....	41
Abbildung 11: Evaluationsbogen Schlussbemerkung.....	41
Abbildung 12: Prozess qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring	45
Abbildung 13: Teilnehmende Arztpraxen im Regierungsbezirk Tübingen – im Vergleich	47
Abbildung 14 Teilnehmende Arztpraxen nach Krankenscheinen pro Quartal – im Vergleich	47
Abbildung 15: Konsultationshäufigkeit von Geflüchteten in der Arztpraxis – im Vergleich .	48
Abbildung 16: Auftreten von unbekanntem Krankheiten bei Geflüchteten – im Vergleich.....	48
Abbildung 17: Auftreten pathologische Störungen bei Geflüchteten – im Vergleich	49
Abbildung 18: Zeitliche Beanspruchung durch Geflüchtete – im Vergleich.....	50
Abbildung 19: Wahrnehmung von Terminen durch Geflüchtete – im Vergleich.....	50
Abbildung 20: Herausforderungen bei der Behandlung von Geflüchteten.....	51
Abbildung 21: Erwartungsdimension bei Geflüchteten	52
Abbildung 22: Verbesserungspotentiale im Umgang mit Geflüchteten im Praxisalltag – Rangfolge.....	53
Abbildung 23: Bewertung von potentiell vorgegebenen Fortbildungsthemen	55
Abbildung 24: Struktur, Modulaufbau und Inhalte der konzipierten Difäm-Kurse.....	56
Abbildung 25: Gesamtbewertung aller Kursmodule durch die Teilnehmenden.....	59
Abbildung 26: Durchschnittliche Bewertung der Kursmodule durch die Teilnehmer	59
Abbildung 27: Codesystem für die MAXQDA-Auswertung der Fokusgruppeninterviews	63

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Interviewleitfaden Fokusgruppendifkussion.....	42
Tabelle 2: Teilnehmende Berufsgruppen bei den Fokusgruppendifkussionen.....	43
Tabelle 3: Merkmale der Arztpraxen	57
Tabelle 4: Angegebene Beweggründe für eine Kursanmeldung – geclustert	58
Tabelle 5: Themenschwerpunkte in den Anregungen der Kursteilnehmer.....	62
Tabelle 6: Verteilung der Codes und Subcodes nach Häufigkeiten.....	63
Tabelle 7: Ergebnisse für eine optimierte Kursgestaltung	72
Tabelle 8: Allgemeine Beurteilung der Versorgungslage von Geflüchteten - 2018.....	106
Tabelle 9: Konsultationshäufigkeit von Geflüchteten in der Arztpraxis – im Vergleich 2018 vs. 2016	106
Tabelle 10: Zusätzlicher persönlicher Arbeitsaufwand des Arztes durch Geflüchtete - 2016/106	
Tabelle 11: Herausforderungen bei der Behandlung von Geflüchteten – im Vergleich 2018 vs. 2016	107
Tabelle 12: Gewichtung von Verbesserungsmöglichkeiten im Praxisablauf mit Geflüchteten - 2016	108
Tabelle 13: Anregungen und Verbesserungsvorschläge aus der Befragung im Jahr 2018....	108
Tabelle 14: Anregungen und Verbesserungsvorschläge aus der Befragung im Jahr 2016....	109
Tabelle 15: Beurteilung der Motivation des eigenen Arzt-Praxisteams für die Versorgung von Geflüchteten – im Vergleich 2018 vs. 2016	109
Tabelle 16: Interesse an themenspezifischen Fortbildungen - 2018	109
Tabelle 17: Fortbildungsbedarf und relevante Fortbildungsthemen im Zusammenhang mit Geflüchteten 2018.....	110
Tabelle 18: Demografische Strukturdaten: Landkreise – im Vergleich 2018 vs. 2016.....	110
Tabelle 19: Demografische Strukturdaten: Arztstellen - 2018.....	111
Tabelle 20: Demografische Strukturdaten: Krankenscheine – im Vergleich 2018 vs. 2016..	111
Tabelle 21: Demografische Strukturdaten: Lage der Praxis – im Vergleich 2018 vs. 2016..	111
Tabelle 22: Lage und Ausstattung des Veranstaltungsortes.....	112
Tabelle 23: Motivationsgründe für eine Kursteilnahme	112
Tabelle 24: Aufbau und Struktur der Module im Kurs	113
Tabelle 25: Themenangebote in den Modulen und Kursen	114
Tabelle 26: Fachkompetenzen der Dozenten	115
Tabelle 27: Determinierter Zeitrahmen der Vorträge	116

Tabelle 28: Erwartungserfüllung der Kursteilnehmer.....	117
Tabelle 29: Zusammengefasste Vortragsqualität - gesamt	118
Tabelle 30: Zusammengefasste Vortragsqualität – für die Arbeit mit Geflüchteten	119
Tabelle 31: Zusammengefasste Vortragsqualität – für die Vernetzung vor Ort	120
Tabelle 32: Anmerkungen und Empfehlungen der Kursteilnehmer	121
Tabelle 33: Demografische Merkmale der Kursteilnehmer	124
Tabelle 34: Berufsgruppengliederung bei Nicht-Ärzten unter den Teilnehmern	124
Tabelle 35: Merkmale der Arztpraxen	125
Tabelle 36: Auswertung Codes	125

1 Einleitung

1.1 Gesundheitsversorgung von Geflüchteten in Deutschland

1.1.1 Rahmenbedingungen und Zugang zur Gesundheitsversorgung

Die Flüchtlingsära des 21. Jahrhunderts stellt die Bundesrepublik Deutschland vor vollkommen neuen Herausforderungen. So zeigt die nachfolgende Abbildung die weltweite Zahl der Geflüchteten unter dem Mandat des UNHCR in den Jahren 2010 bis 2017 auf. Es wird deutlich, dass zum Ende 2017 weltweit von fast 20 Millionen Geflüchteten beziehungsweise Personen in ähnlichen Situationen ausgegangen wurde, wobei sich diese Zahlen lediglich auf den Verantwortungsbereich des United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) beziehen (Statista, 2019, o. S.).

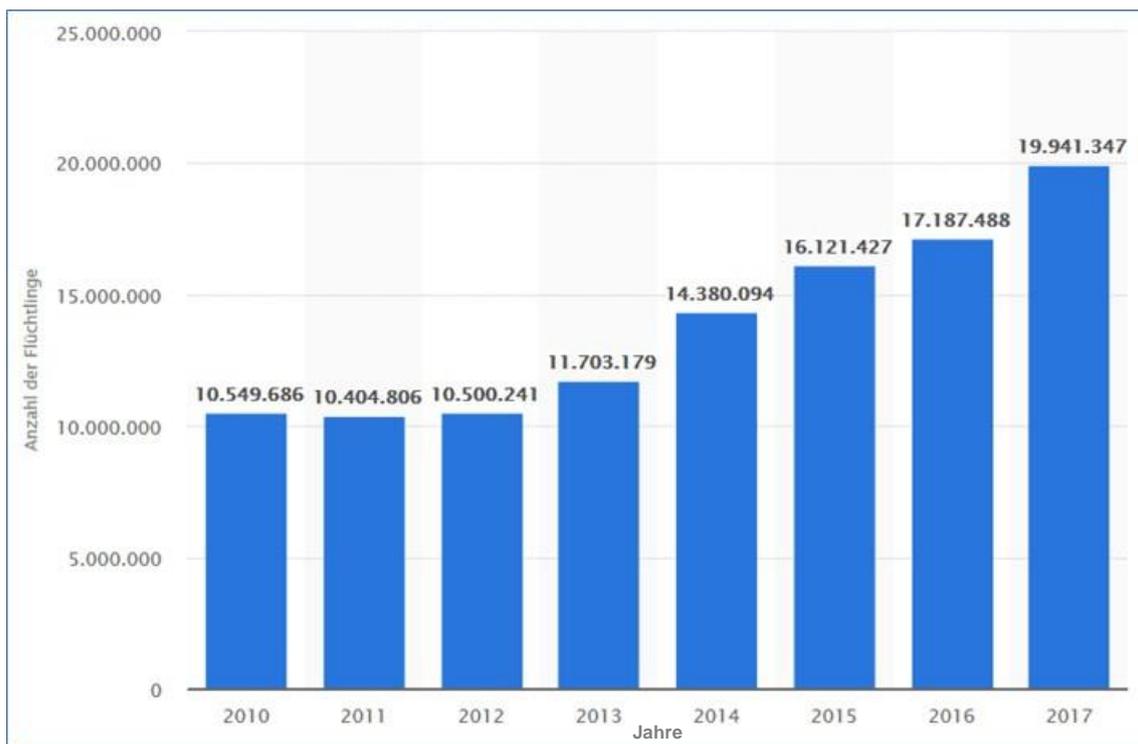


Abbildung 1: Weltweite Anzahl der Geflüchteten im Verantwortungsbereich des UNHCR

[Quelle: Statista, 2019, o. S.]

Die Ursachen für die dramatisch angestiegenen Flüchtlingszahlen sind vielfältiger Natur und reichen von militärischen Interventionen, zwischenstaatlichen Kriegen bis hin zu ethnischen oder zivilen Konflikten. So sind insbesondere religiös oder militärgeprägte Diktaturen häufig durch Folter, Repressionen und Vertreibungen gekennzeichnet

(Frank, 2017, S. 34 und Düvell, 2011, S. 29). Andere Fluchtgründe können dagegen Hunger, Armut fehlende Lebensperspektiven oder Umweltkatastrophen sein (Gillen, 2016, S. 44).

Was die Situation in der Bundesrepublik Deutschland betrifft, so zeigt das nachfolgende Säulendiagramm die Erst- und Folgeasylanträge in Deutschland seit 1979 auf.

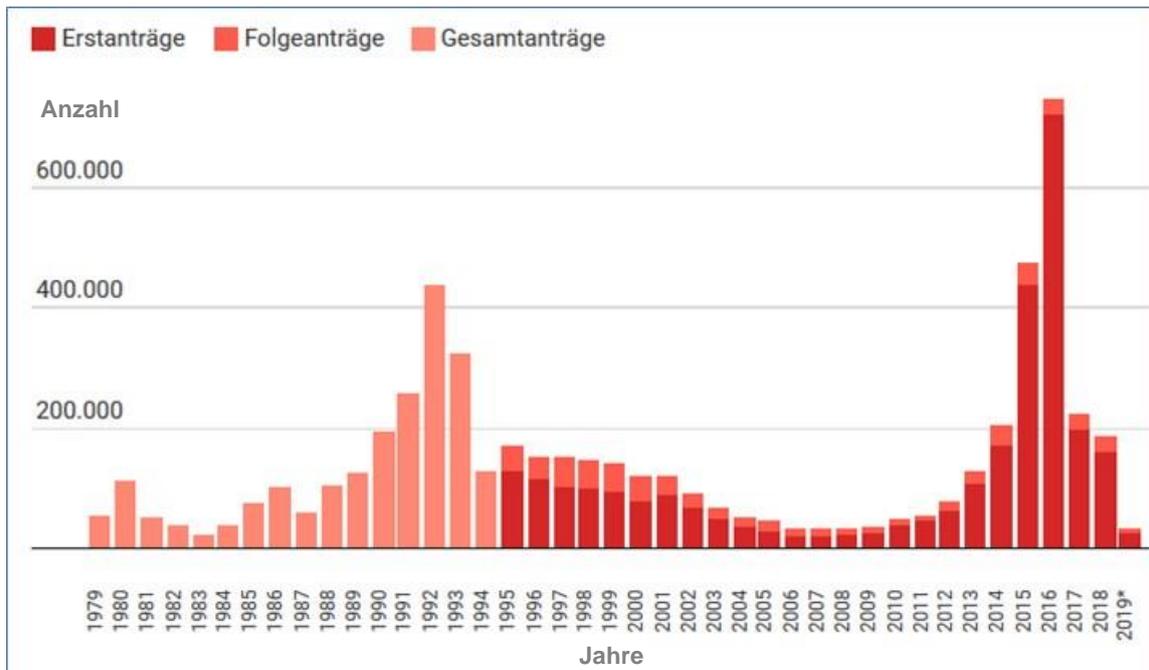


Abbildung 2: Erst- und Folgeasylanträge in Deutschland

[Quelle: BAMF, 2019, o. S.]

Die meisten der Geflüchteten in den Jahren 2015 und 2016 kamen aus Syrien, Afghanistan, dem Irak, Albanien und Eritrea (BAMF, 2015, S. 2). Das Genehmigen eines Asylantrages resultiert in einer dreijährigen Aufenthaltserlaubnis und einer sich gegebenenfalls anschließenden unbefristeten Niederlassungserlaubnis. In Anbetracht der Genehmigungsquote verbleiben viele Geflüchtete in Deutschland (BAMF, 2015, S. 2). Innerhalb Deutschlands erfolgt die Verteilung der Geflüchteten nach dem Königsberger Schlüssel: Die Aufnahme der Geflüchteten pro Bundesland bemisst sich demnach an den Steuereinnahmen sowie an der jeweiligen Bevölkerungszahl.

Es steht außer Frage, dass die Aufnahme von Geflüchteten auch mit einer zusätzlichen Belastung des deutschen Gesundheitssystems einhergeht. Schließlich müssen die Geflüchteten nicht nur in den Erstaufnahmeeinrichtungen medizinisch versorgt werden, sondern ebenso nach der Zuweisung in den aufnehmenden Kommunen. Nach Leopoldina

(2015, S. 1) kommen die Geflüchteten häufig auch aus Ländern, in denen nur eine unzureichende medizinische Versorgung vorherrscht. Eine zusätzliche Herausforderung ist, dass diese bereits gesundheitlich belastet sind und auf ihrer Flucht unter unzureichenden hygienischen Bedingungen gelebt haben – es kann daher vermutet werden, dass das deutsche Gesundheitssystem hierdurch vor zusätzliche Herausforderungen gestellt wird. Wirtgen (2009, o. S.) führt im Zusammenhang mit Traumatisierungen bei Geflüchteten beispielsweise psychotische Störungen, depressive Zustandsbilder und autoaggressive Impulse an.

- **Wahrgenommene Zugangshindernisse**

Von den Geflüchteten wahrgenommene beziehungsweise gefühlte Zugangshindernisse oder auch ein mangelndes Verständnis könnten dafür verantwortlich sein, dass Migranten¹ die Notfallambulanzen im direkten Vergleich zur deutschen Bevölkerung überproportional häufig nutzen und stattdessen nicht den Weg zu den regulären Angeboten im Rahmen des deutschen Gesundheitssystems finden (Uslucan, 2016, S. 30; Knipper und Bilgin, 2009, S. 66). Die Gründe für die Verteilungsdisparität sieht Uslucan (2016, S. 30) beispielsweise im Informationsmangel, in unzureichenden Deutschkenntnissen, Diskriminierungserfahrungen und Unsicherheiten im Hinblick auf die Finanzierung bestimmter Behandlungen oder auch in der Angst vor Stigmatisierung.

In Deutschland lebende und krankenversicherte Geflüchtete nutzen kindliche Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen sowie Impfungen in sehr geringem Umfang, was Studien zufolge allerdings auch mit dem niedrigeren sozioökonomischen Status korreliert. Weitere, kaum von Geflüchteten in Anspruch genommene Leistungen sind die im deutschen Gesundheitssystem angebotenen Maßnahmen zur Frühdiagnostik und zur Krankheitsprävention (Knipper und Bilgin, 2009, S. 65). Hierzu führt auch Bungartz (2011, S. 1181) an, dass Versorgungsdefizite eindeutig in der Prävention und der Rehabilitation bestehen.

Borgschulte (2016, S. 808) zeigte zusammenfassend auf, dass der Zugang der Geflüchteten zur medizinischen Versorgung ein Kernelement darstellt, welcher möglichst barrierearm ausgestaltet sein sollte. In der Praxis können jedoch zahlreiche Aspekte identifiziert

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit im Folgenden das generische Maskulinum verwendet. Gemeint sind jeweils alle Geschlechteridentitäten.

werden, welche den Zugang der Geflüchteten zum Leistungsangebot beschränken – Zugangsbarrieren, auf welche im Folgenden gesondert eingegangen wird.

- **Politischer Rahmen**

Berens, Spallek und Razum (2008, S. 14) differenzieren dabei zwischen ausländischen Staatsangehörigen, Asylbewerbern und irregulären Migranten. Während der Anspruch ausländischer Staatsangehöriger als Arbeitnehmer identisch mit dem Anspruch deutscher Staatsangehöriger ist, sind Asylbewerber erst dann im gesetzlichen Krankenversicherungssystem, wenn sie wie oben angemerkt, als asylberechtigt anerkannt sind. Für illegale Migranten stellt sich die Situation schwierig dar; sollten sie Gesundheitsleistungen für sich in Anspruch nehmen, so übernimmt das Sozialamt zwar die Kosten, meldet die illegalen Migranten allerdings zugleich auch der Ausländerbehörde. In der Regel hat dies die Abschiebung zur Folge, weswegen illegale Migranten de facto von der Gesundheitsversorgung ausgeschlossen bleiben – schließlich führt eine Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen beziehungsweise jeder Kontakt zum deutschen Gesundheitswesen auch zwangsläufig zur Aufdeckung ihres illegalen Status.

Was den Anspruch der Geflüchteten auf Sozialleistungen und somit auch die gesundheitliche Versorgung betrifft, so regelt das Asylbewerbergesetz die Einzelheiten seit 1993. Das Gesetz definiert in den ersten beiden Paragraphen zunächst verschiedene Leistungsempfängergruppen und weist diesen anschließend besondere Leistungsansprüche zu. Asylsuchende, geduldete Personen, Bürgerkriegsflüchtlinge und ausreisepflichtige Personen haben zwar einen Anspruch auf gesundheitliche Versorgung, dieser wird aber auf Notfälle, akute Erkrankungen und Schmerzzustände beschränkt (§§ 1 und 4 AsylbLG). Geflüchtete erhalten in Deutschland in ihren ersten 15 Aufenthaltsmonaten lediglich eine Notfallversorgung – die Behandlung ist auf Schmerzzustände und akute Beschwerden beschränkt (Fritz, 2018, S. 15).

Medizinische Leistungen im Rahmen von Schwangerschaft, Geburt, Vorsorge und Impfungen sind dagegen vollständig und ohne Einschränkung zu gewähren, wobei § 6 AsylbLG ergänzend hinzufügt, dass sonstige Leistungen nur dann bewilligt werden können, wenn sie im jeweiligen Einzelfall unerlässlich für die Sicherung der Gesundheit oder des Lebensunterhaltes sind.

Die für die Geflüchteten zuständige Behörde ist für die Ausstellung eines Behandlungsscheins oder einer elektronischen Gesundheitskarte (eGK) verantwortlich, welche für die Behandlung bei niedergelassenen Ärzten benötigt wird. Die damit gesetzlich Krankenversicherten erhalten die eGK als Berechtigungsnachweis, um damit Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch nehmen zu können.

Während ein einzelner Behandlungsschein eine bestimmte Geltungsdauer aufweist und pro aufgesuchten Arzt ausgestellt werden muss, besitzt die eGK eine Geltungsdauer entsprechend der Aufenthaltsgenehmigung des Geflüchteten. Mit der eGK wird den Geflüchteten also der direkte Zugang zur Gesundheitsversorgung ermöglicht (Wächter-Raquet, 2016, S. 13).

Ist ein Geflüchteter als solcher anerkannt oder lebt er seit 15 Monaten ununterbrochen im Bundesgebiet, so erhält er gesundheitliche Leistungen im Sinne des Sozialgesetzbuches. Als Leistungsberechtigtem wird ihm dann eine neue Versicherungskarte ausgehändigt, wobei die Wahl der gesetzlichen Krankenversicherung den Geflüchteten obliegt. Mit Ausnahme der gesetzlichen Pflegeversicherung können die Geflüchteten nun im vollen Umfang GKV-Leistungen beziehen.

Für minderjährige, unbegleitete Geflüchtete gelten davon abweichend einige Besonderheiten. So ist die Krankenhilfe über das Jugendamt sicherzustellen, wobei sich im Hinblick auf deren Umfang von Bundesland zu Bundesland gewisse Unterschiede feststellen lassen (Wächter-Raquet, 2016, S. 14).

- **Zugang zur Versorgung**

Bozorgmehr und Razum (2015, S. 1-2) untersuchten erstmals den beschränkten Zugang der Geflüchteten und Asylsuchenden zur Gesundheitsversorgung, welcher vermeintlich zu einer verspäteten Versorgung und einem Ansteigen der Kosten für die Gesundheitsversorgung führt. Die Autoren kamen zu dem Ergebnis, dass die Kosten des Ausschließens der Geflüchteten und Asylsuchenden von der Gesundheitsversorgung signifikant höher erscheinen als das Gewähren eines regulären Zugangs zur Gesundheitsversorgung. Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass Geflüchtete und Asylsuchende allein aus Kostengründen schon bedarfsgerecht versorgt werden sollten – ohne jegliche Beschränkung zum Leistungsangebot.

Dies postulieren auch Walter und Matar (2018, S. 1) und machen deutlich, dass die interkulturelle Öffnung der deutschen Gesundheitswirtschaft unabdingbar ist. Feldmann (2006, S. 809) betonte schon 2006, dass die Politik zukünftig gefragt sei, zielgerichtete Strategien zu entwickeln, damit Unterstützungen für Geflüchtete erfolgreich umgesetzt werden können.

Razum et al. (2016, S. 711) führen an, dass sowohl Gesundheit als auch der Zugang zum Gesundheitssystem ein Menschenrecht darstellen. Während ‚reguläre‘ Immigranten wie beispielsweise Arbeitsmigranten denselben Zugang zum Gesundheitssystem haben wie die deutsche Allgemeinbevölkerung, ist dies für Geflüchtete und Asylsuchende nicht der Fall. Erschwerend kommt hinzu, dass die Gesundheitsversorgung in den verschiedenen Kommunen auch noch unterschiedlich geregelt ist. Zusammenfassend betonen die Autoren, dass derartige Zugangsbeschränkungen die soziale Integration der Geflüchteten negativ beeinflussen können.

- **Gesundheitliche Versorgungssituation**

Was die gesundheitliche Versorgungssituation der Geflüchteten betrifft, so waren statistische Daten bisher nur auf Regionen begrenzt verfügbar – die bundesweite Bestandsaufnahme der Daten ist allerdings in Anbetracht der hohen Flüchtlingszahlen für die Entscheidungsträger von besonderer Bedeutung. Strukturen, Prozesse und prioritäre Bedarfe der gesundheitlichen Versorgung müssen aus Sicht der Gesundheitsämter beginnend bei der Erstaufnahmeeinrichtung bis hin zur Unterbringung in Wohnungen abgebildet werden. Bozorgmehr et al. (2016a, S. 547) führten daher eine bundesweite Datenerhebung durch und erfragten von Gesundheitsämtern Angaben zu ärztlichen Maßnahmen sowie Screenings zur Kommunikation, zur Prävention und der Gesundheitsförderung, zur Information und Dokumentation, zur Koordination sowie zu den Bedarfen und strukturellen Ressourcen. Verbesserungspotenziale im Hinblick auf die Versorgung der Geflüchteten ergaben sich den Statements der befragten Gesundheitsämter zufolge insbesondere in folgenden Bereichen:

- Standardisierung und Koordination
- Zügige Durchführung von Schutzimpfungen
- Standardisierte Erhebung sowie datenschutzkonforme Übermittlung von gesundheitsbezogenen Informationen

- Konzentration auf bevölkerungsmedizinisch besonders wichtige Infektionskrankheiten Im Rahmen der Erstuntersuchung

Für die Zukunft folgern Bozorgmehr et al. (2016a, S. 547), dass derartige Befragungen von Gesundheitsämtern regelmäßig durchgeführt werden müssen, um ein detailliertes Abbild der aktuellen Versorgungssituation generieren zu können.

Im Rahmen ihrer Studie “Experiences of refugees and asylum seekers in general practice: a qualitative study” widmeten sich Bhatia und Wallace (2007) explizit dem Zugang der Geflüchteten zum Gesundheitssystem im Vereinten Königreich. Die Autoren betonen, dass im Allgemeinen zwar viel über die Gesundheitssituation der Geflüchteten gesprochen wird, die Erfahrungen der Geflüchteten selbst allerdings kaum berücksichtigt werden. Mithilfe von teilstrukturierten Interviews fanden die Autoren heraus, dass sich der Zugang der Geflüchteten zu Allgemeinmedizinerinnen insbesondere dann sehr schwierig gestaltet, wenn diese Geflüchteten keine Unterstützung von Flüchtlingsorganisationen oder der Familie erhalten oder ihr Asylantrag abgelehnt wurde. Allein der Status als Geflüchteter beziehungsweise die damit verbundenen Vorurteile führten bereits dazu, dass die Geflüchteten ihre Verhaltensweisen in Bezug auf die Suche nach Hilfe änderten. Bhatia und Wallace (2007, S. 1) schlagen vor, dass der Zugang der Geflüchteten zum Gesundheitsangebot durch einen verbesserten Zugang der Geflüchteten zu Informationen sowie durch Unterstützung der Allgemeinmedizinerinnen in Bezug auf den Umgang mit Geflüchteten verbessert werden kann. Borgschulthe et al. (2016, S. 809) führen in diesem Zusammenhang an, dass die Versorgung der Geflüchteten mit Einführung der Krankenversicherungskarten sowie mit dem wöchentlichen Anbieten von Sprechstunden in den Notunterkünften verbessert werden kann – die beiden Maßnahmen stellen eine Brücke zwischen Notfallversorgung und dem generellen Regelversorgungssystem dar.

Es sei abschließend noch erwähnt, dass der Zugang der Geflüchteten zur Gesundheitsversorgung nicht nur in den Kommunen, sondern auch in den europäischen Ländern durchaus variiert, was letztendlich mit den Regelungen und Gesetzen des jeweiligen Landes hinsichtlich des Migrationsprozesses zusammenhängt (Bradby et al., 2015, Abstract).

1.1.2 Gesundheits- und Krankheitsverständnis

Das Gesundheits- sowie das Krankenverständnis von Individuen wird kulturell geprägt, weswegen die Medizin einem kulturellen Teilaspekt entspricht. Kulturvergleichende Studien konnten bereits zeigen, dass sich die Menschen im Hinblick auf gesundheitliche Aspekte durchaus voneinander unterscheiden. Dies trifft nach Uslucan (2016, S. 30) und der BZgA (2016, S. 18) beispielsweise auf die folgenden Bereiche zu:

- Erfahrung von Schmerzen
- Bezeichnung und die Identifizierung von Krankheitssymptomen
- Kommunikation über das Leiden
- Annahmen über mögliche Ursachen einer Erkrankung
- Behandlungswünsche und
- Erwartungen gegenüber Medizinern.

Die Gründe für derartige Disparitäten im Gesundheits- und Krankheitsverständnis sind in der Regel kultureller Natur. Was muslimische Patienten betrifft, so muss nach Ilkilic (2006, S. 18) bereits beim Menschenbild angesetzt werden. Der Mensch wurde demnach als Statthalter Gottes in idealer Gestalt geschaffen – Gesundheit sowie Krankheit werden dabei als sich im Laufe des menschlichen Lebens abwechselnde Phänomene betrachtet. So können die nachfolgend erläuterten drei wesentlichen Grundsätze identifiziert werden, welche das Gesundheits- und Krankheitsverständnis muslimischer Menschen prägen:

- **Gesundheit sowie Krankheit sind natürliche Phänomene im islamischen Glauben**

Während Krankheit dem Menschen Leid zufügt und sein Leben einschränkt, sorgt Gesundheit für die Befreiung von Schmerzen, Funktionsausfällen oder Strukturanomalien und trägt so zu seinem Wohlbefinden bei. Die Krankheit gehört dem islamischen Glauben zufolge zur Natur des Menschen (Ilkilic, 2006, S. 18).

Krankheiten werden durch chemische, physikalische, biologische oder weitere Stoffe mit Wissen und Einwilligung Gottes hervorgerufen – Gott verleiht diesen Stoffen demnach die krankmachende Wesensart. Demgegenüber stehen medizinische Maßnahmen und Arzneimittel, welche heilende Kräfte besitzen. Bei der Arzneimittelverordnungen muss jedoch beachtet werden, dass bestimmte Inhaltsstoffe wie beispielsweise Alkohol oder

Gelatine in den Medikamenten gemäß dem muslimischen Glauben nicht vorkommen dürfen. Dies betrifft ebenso Implantate porcinen Ursprungs (David und Ilkilic, 2010, S. 54f.)

- **Gesundheit ist eine Gabe Gottes**

Der Körper und damit auch die Gesundheit sind als Gaben Gottes zu verstehen und entsprechen einem zu schützenden Gut. Während Gott weiterhin als Eigentümer fungiert, wird der Mensch nur als Nutznießer verstanden, welcher im Laufe seines Lebens verantwortlich und rechtmäßig mit dem Körper umgehen muss. Die Gesundheit des Körpers entspricht ebenso einem Gut, welches dem Menschen überlassen wurde und für dessen Erhaltung er zu sorgen hat. Dem islamischen Glauben zufolge werden hygienische sowie medizinische Maßnahmen zur Bewahrung und Wiederherstellung der menschlichen Gesundheit als Pflicht angesehen. Im Jenseits muss der Mensch Rechenschaft darüber ablegen, wie er seinen Körper behandelt hat – dies ist entweder mit Belohnung oder aber mit Bestrafung verbunden (Sahinöz, 2018, S. 45).

- **Gesundheit als unabdingbarer Zustand zur Pflichterfüllung**

Die menschliche Gesundheit hat eine elementare Bedeutung im Hinblick auf die Erfüllung sozialer, ethischer und religiöser Verpflichtungen (BZgA, 2016 S. 13 und Ilkilic, 2006, S. 19).

Die Identifikation von Krankheitsursachen sowie die anschließende Heilung werden im Islam lediglich durch Gottes Erlaubnis hervorgerufen. Medizinische und therapeutische Maßnahmen haben also nicht an sich Erfolg, sondern ihre heilenden Kräfte werden erst durch Gott verliehen. Was die ärztliche Behandlung betrifft, so ist der Muslim dazu angehalten, sich mit dem Ziel der Heilung derartiger Mittel zu bedienen. Im Islam gilt die Medizin als edelste und wichtigste aller Künste, denn sie sorgt für die gesunde Verfassung, welche ein Muslim zur Ausübung seiner Pflichten benötigt. Die neuen Anwendungen im Rahmen der modernen Medizin wie beispielsweise lebensverlängernde Maßnahmen, Debatten über den Hirntod oder auch In-vitro-Fertilisationstechniken stellen Muslime allerdings vor neue Herausforderungen und konfrontieren sie mit ethischen Problemen (Ilkilic, 2006, S. 20).

Muslime interpretieren Krankheit sowohl als eine Prüfung als auch als Sündenvergebung und Gnadenerweis Gottes, schließlich entspricht das irdische Leben einem Prüfungsort –

zu den zahlreichen Prüfungsnormen werden daher auch die Krankheit oder die Behinderung gezählt. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass im Falle einer Krankheit oder Behinderung angemessene medizinische und therapeutische Maßnahmen getroffen werden sollen – eine Ablehnung derartiger Maßnahmen wird als Aufsässigkeit gegenüber Gott interpretiert (BZgA, 2016 S. 14 und Ilkic, 2006, S. 21).

1.1.3 Herausforderungen im medizinischen Arbeitsalltag

Im medizinischen Versorgungsalltag von Flüchtlingen können eine ganze Reihe verschiedener Herausforderungen auftreten. Cheng et al. (2015, S. 171) fassen die Konfliktfelder im Rahmen ihrer empirischen Studie zusammen, bei der sie Geflüchtete nach ihren Erfahrungen mit Gesundheitssystemen befragten. Sprachbarrieren, das Arzt-Patienten-Verhältnis sowie kulturell bedingte Problematiken gehören demnach zu den häufigsten Nennungen. Im Rahmen des vorliegenden Abschnittes werden vier mögliche Hürden „Kultur- und Wertesystem“, „Religion und Geschlechterrolle“, „Sprachbarriere und Bildungsniveau“ sowie „Sozialkompetenz und Selbstreflexion“ näher untersucht mit denen Flüchtlinge und das medizinisch betreuende Fachpersonal im Berufsalltag konfrontiert werden.

- **Multikulturalität**

Für den Begriff der **Multikulturalität** lassen sich ähnliche Erklärungen finden. So entspricht Multikulturalismus einem Konzept der friedlichen und respektvollen Koexistenz von verschiedenen Kulturen. Domenig (2007, S. 54) führt in diesem Kontext an, dass die Bewahrung der kulturellen Identität und des kulturellen Gutes zu einer erfolgreichen Integration führt.

- **Transkulturalität**

Die **Transkulturalität** unterscheidet sich dahingehend von den Begriffen der **Interkulturalität** und der **Multikulturalität**, indem sie die Existenz verschiedener Einzelkulturen voraussetzt – sie stellt das grenzüberschreitende, über das kulturelle Hinausgehende ins Zentrum und steht somit für das Gemeinsame und das Verbindende (Domenig, 2007, S.172). Die Transkulturalität drängt somit zu einem Übergang von einzelnen Kulturen hin zu einer vollkommen neuen transkulturellen Kulturform (Welsch, 1999, zitiert nach Domenig, 2007, S.173).

Transkulturalität steht für einen permanenten gesellschaftlichen Austausch, welcher durch konkrete Interaktionen wächst. Diese Interaktionen dürfen nicht vom klassischen kulturellen Denken beeinflusst werden, denn ansonsten kann der Stereotypisierung nicht entsprechend vorgebeugt werden.

- **Interkulturalität**

Unter dem Begriff der **Interkulturalität** ist eine Überschneidung mehrerer Kulturen zu verstehen. Durch jene Überschneidung entstehe laut Wierlacher (1999, S. 155-181) eine dritte Kultur, die keiner Kombination der jeweiligen Kulturen entspricht, sondern einer neuen Natur ist.

Die obigen Ausführungen zeigen, dass kulturelle Unterschiede im Rahmen der Transkulturalität durchaus anerkannt werden, die Verknüpfung der individuellen Interpretationen, Verhaltensweisen sowie Sinn- und Wissensordnungen durch konkrete Interaktionen allerdings im Vordergrund stehen. Nur auf diese Weise können kulturelle Erfahrungsräume geschaffen und erkannt werden. Die untere Abbildung zeigt das Zusammenspiel von verschiedenen Aspekten, welches die Transkulturalität nach Domenig (2007, S. 175) ausmacht.

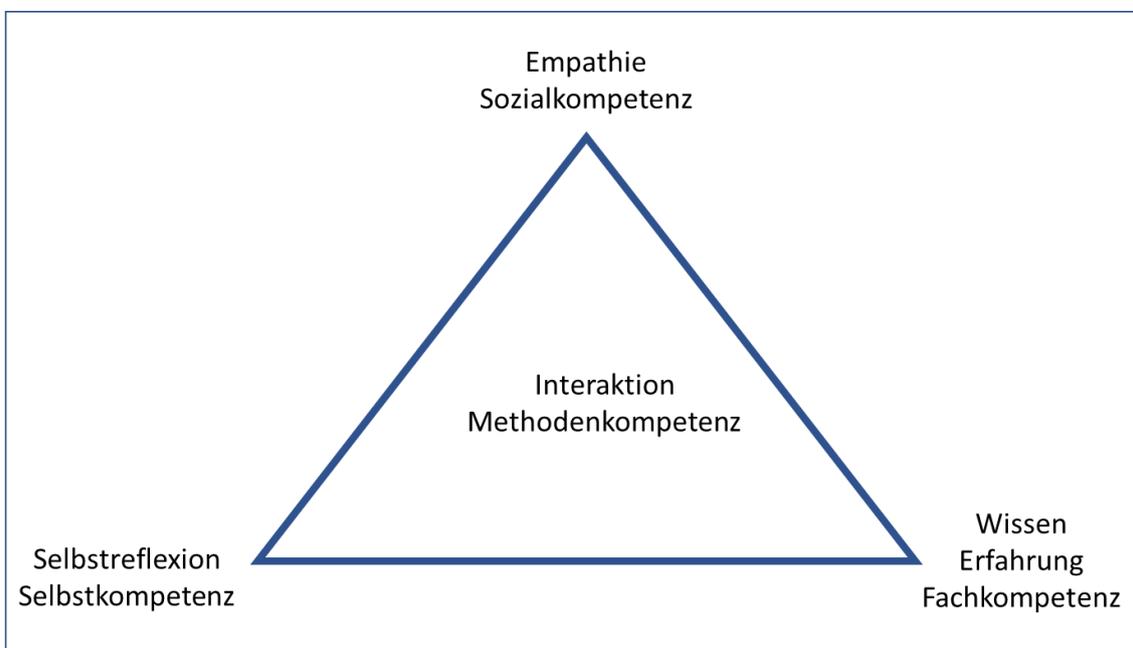


Abbildung 3: Transkulturelle Kompetenz
[Quelle: Eigene Darstellung nach Domenig, 2007]

- **Transkulturelle Kompetenz**

Transkulturelle Kompetenz ist gleichbedeutend mit der Fähigkeit zur Erfassung und des Verstehens individueller Lebenswelten sowie zur Ableitung entsprechend angepasster Handlungsweisen (Schilder & Brandenburg, 2019, S. 57). Eine transkulturell kompetente Person kann eigene Prägungen sowie Vorurteile also reflektieren – sie besitzt die Fähigkeit zur Erfassung und Deutung anderer Perspektiven. Im Gegensatz hierzu werden die Kulturalisierung sowie die Stereotypisierung bestimmter Gruppierungen vermieden. Personen mit transkultureller Kompetenz können mit Geflüchteten kompetent interagieren, und dies über die kulturellen Grenzen hinweg.

Somit stützt sich die transkulturelle Kompetenz auf die drei Pfeiler

- Selbstreflexion
- Erfahrung und Hintergrundwissen
- Narrative Empathie

Inhaltliche Gemeinsamkeiten der verschiedenen Auslegungen bestehen dennoch, denn bei sämtlichen Begrifflichkeiten steht die Beziehung oder vielmehr die Begegnung zwischen zwei oder mehreren, kulturell sehr unterschiedlich geprägten Personen im Vordergrund. Im vorliegenden Fall handelt es sich um die Begegnung zwischen Ärzten und Patienten mit Fluchthintergrund. Beide Kulturen müssen symmetrisch aufeinander eingehen, denn die einseitige Einlassung kann nicht zum Erfolg führen (Visser & De Jong, 2002, S.85). Der interkulturelle Prozess bedingt demnach das Vorhandensein von Interdependenzen und Interaktion (Hinz-Rommel, 1994, zitiert nach Dreißig, 2005, S.16).

- **Selbstreflexion**

Domenig (2007, S. 175) beschreibt Selbstreflexion folgendermaßen: Jedes Individuum einer Kultur oder einer Gesellschaft steigt durch seine Geburt in eine besondere Lebenswelt ein, welche die Grundlage seiner Gedanken und seines Handelns bildet. Das Individuum hinterfragt dabei seine Lebensgrundlage nicht, denn es sieht sie als normal und gegeben an. Ein Beispiel für eine Lebenswelt ist die individuumszentrierte oder die soziozentrierte Gesellschaft.

In Bezug auf das Thema der vorliegenden Arbeit kann angeführt werden, dass Geflüchtete aus andersartigen Lebenswelten stammen und somit über ganz eigene Kenntnisse und

Erfahrungen verfügen. Diese wiederum bilden die Grundlage für alles physische und geistige Handeln. Eine mangelnde Reflexivität ihres eigenen Seins führt zu Misserfolg, wenn Individuen versuchen ein Problem zu bewältigen, dabei vom Handlungs- und Bezugsschema A ausgehen und dieses in der Lebenswelt B anwenden wollen. Die Folge sind eine Inkongruenz sowie emotionale und kognitive Spannungen. Individuen, welche mit derartigen Folgen konstruktiv arbeiten können, werden demnach auch transkulturell kompetent handeln.² Vor diesem Hintergrund bedeutet transkulturelle Kompetenz nichts anderes als das Einnehmen der Perspektive anderer Menschen. Voraussetzung hierfür ist unter anderem die Fähigkeit zur Selbstreflexivität, also die wertefreie Bewusstmachung und Hinterfragung der eigenen und fremder Lebenswelten. Ohne die Fähigkeit zur Selbstreflexion wird das Arzt-Patienten-Verhältnis höchstwahrscheinlich durch eine inadäquate Betreuung und Stereotypisierung gestört.

- **Hintergrundwissen und Transkulturelle Erfahrung**

Nach der Selbstreflexion wird im Folgenden näher auf das Hintergrundwissen und die **transkulturellen Erfahrungen** eingegangen. Domenig (2007, S. 174) führt hierzu an, dass Hintergrundwissen sowie transkulturelle Erfahrungen die Selbstreflexion unterstützen und damit das Verstehen von Geflüchteten mitsamt ihren Geschichten fördern. Ausschlaggebend sind hierfür allgemeingültige Konzepte zum Kennenlernen und zur Entschlüsselung neuer Situationen, Lebenserfahrungen und Sinnordnungen.

Das erforderliche Hintergrundwissen wird dabei über die konkrete Erfahrungsebene sowie die kognitive Ebene gesammelt. Von besonderer Bedeutung ist dabei, dass Individuen sich dazu entschlossen haben, neue Erfahrungen zu sammeln. Sie benötigen hierfür die besondere Einsicht, dass die Behandlung von Geflüchteten nicht als zusätzliche Belastung angesehen wird, sondern vielmehr als besondere Bereicherung (Domenig 2007, S. 177). Das grundlegende Hintergrundwissen umfasst dabei Kenntnisse über die Kultur, Integration, Migration, Grundrechte sowie migrationsspezifische Lebenswelten, die in Abschnitt 1.1.3 behandelten Barrieren zur Gesundheitsversorgung, medizintechnologische Konzepte, frauenspezifische Lebenswelten, Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Migration, Kommunikation und psychische Erkrankungen der Menschen im Kontext

² Zur Transkulturalität siehe insbesondere Abschnitt 1.2

zur Flucht. Domenig (2007, S. 176f.) führt zusätzlich weitere Aspekte an, welche im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht von Relevanz sind.

- **Sprachbarriere und Bildungsniveau**

Der Erfolg medizinischer Versorgungsmaßnahmen hängt wesentlich von der Sprache, das heißt der verbalen Kommunikation zwischen den Gesprächspartnern ab. Die Sprache ist demnach ein wichtiges Instrument zum persönlichen und direkten Informationsaustausch (Grün, 2011, S. 21). Demnach ist es nicht weiter erstaunlich, dass Sprachbarrieren den Austausch im Rahmen der medizinischen Patientenversorgung deutlich erschweren – Kommunikationsprobleme entstehen in der Regel infolge der unzureichenden oder lückenhaften Deutschkenntnisse der Geflüchteten, was sich insbesondere in den Fachgebieten Körper, Befinden, Sexualität und Gesundheit äußert (Razum et al., 2008, S. 109). Sollen Geflüchtete einem Arzt oder dem Pflegepersonal Auskunft über ihre Erkrankungen oder Beschwerden geben, so ist dies oft mit großen Schwierigkeiten verbunden. Die Umsetzung medizinischer oder therapeutischer Maßnahmen wird somit ebenfalls erschwert, denn unzureichende Deutschkenntnisse führen im weiteren Verlauf dazu, dass die Geflüchteten überhaupt nicht in der Lage sind, die Anweisungen des Arztes oder des Pflegepersonals zu befolgen – die Therapie kann folglich nicht zielgerichtet realisiert werden. Derartige Kommunikationsprobleme und unterschiedliche Interpretationen können nicht nur zu Missverständnissen zwischen behandelndem Fachpersonal und Geflüchteten führen, sondern in der Konsequenz auch zu schwerwiegenden Fehlbehandlungen (Geiger & Razum, 2006, S. 724ff.).

Grün (2011, S. 21) führt im oben erläuterten Kontext an, dass Sprachbarrieren im Zusammenhang mit der Behandlung von ausländischen Personen zu den größten Schwierigkeiten zählen. Empirische Studien konnten bereits zeigen, dass fehlende Information in Bezug auf sozialrechtliche Ansprüche und Angebote sowie Verständigungsschwierigkeiten die Interaktion im Versorgungsprozess signifikant negativ beeinflussen (Brzoska & Razum, 2014, S. 1896).

Sollten die Geflüchteten Grundkenntnisse in Deutsch aufweisen, so führen Razum et al. (2008, S. 109) dennoch an, dass Informationen und Hinweise häufig nicht in einer für sie verständlichen Form und Sprache verfasst sind. Aus diesem Grund ist in der Praxis häufig zu beobachten, dass Familienmitglieder, Besucher oder gar das bilinguale

Reinigungspersonal hinzugezogen werden, wenn es um die Vermittlung von Informationen geht. David und Ilklic (2010, S. 54) bemängeln in derartigen Fällen jedoch, dass es neben Fehlübersetzungen auch zu Verzerrungen, zum Verschweigen und zu Auslassungen wichtiger Informationen kommen kann. Zimmermann (2016, S. 28) stellt in diesem Zusammenhang auch die Frage, wer sich letztendlich überhaupt um das Hinzuziehen eines Dolmetschers kümmert, falls dieser denn benötigt wird.

Ärzte leiden zudem häufig unter Zeitmangel, so dass sie sich nicht intensiv auf die Sprachbarrieren derartiger Patienten einstellen können – dies beeinflusst letztlich wiederum die Behandlungsqualität. In einigen Fällen können Sprachbarrieren sogar dazu führen, dass bestimmte Gesundheitsleistungen gar nicht erst in Anspruch genommen werden (Bermejo et al., 2012, S. 947ff.).

Sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten kann durch einen niederschweligen und allorts vorhandenen Zugang zu geflüchteten-orientierten Deutschkursen begegnet werden – dies wirkt letztendlich auch Verständnisschwierigkeiten im Rahmen der Patientenversorgung entgegen (Borgschulte et al., 2016, S. 813).

Bermejo et al. (2012, S. 951) betonen, dass die Aufenthaltsdauer geflüchteter Personen keine Rolle spielt, denn fernab von mangelnden Deutschkenntnissen führen auch die in der Regel nur sehr kurze schulische Ausbildung oder sogar Analphabetismus dazu, dass die betreffenden Personen sich nicht aktiv über die angebotenen Gesundheitsdienstleistungen informieren können. So liegen die Analphabetisierungsquoten in Ländern wie Eritrea, Syrien, Irak und Afghanistan teilweise weit über 20 %.

Zusammenfassend spielt die Sprache im Rahmen der interkulturellen Verständigung und der menschlichen Interaktion eine zentrale Rolle. Insbesondere im Gesundheitsbereich ist eine gute Kommunikation von großer Bedeutung, denn Begrifflichkeiten wie Befinden, Körper, Sexualität und Gesundheit müssen klar benannt werden können. Das nicht Verstehen von Ankündigungen gesundheitlicher Aktionen führt letztendlich auch dazu, dass keine Teilnahme stattfindet (Schopf & Franges, 2010, S. 20). Bei Patienten mit Migrationshintergrund lassen sich empirischen Studien zufolge europaweit Kommunikationsbarrieren mit weitreichenden Auswirkungen identifizieren. Geflüchtete geben Befragungsergebnissen zufolge die Sprache als ausschlaggebendste Kommunikationsbarriere an. Die European Union Agency for Fundamental Rights (2013, S. 47) betont, dass sich

Kommunikationsschwierigkeiten besonders nachteilig auswirken, wenn diese mit anderen Faktoren wie beispielsweise einer intellektuellen Beeinträchtigung oder auch einem höheren Alter zusammentreffen. Im schlimmsten Fall ziehen sie Fehldiagnosen mit sich. Penka et al. (2012, S. 1170) konstatieren, dass Verständigungsprobleme nicht nur zu geringerer Konsultation von Ärzten führen, sondern auch zu einem schlechteren Verständnis ärztlicher Anordnungen und Erläuterungen, vermehrten Laboruntersuchungen sowie letztendlich auch einer verstärkten Inanspruchnahme von Notaufnahmen und Rettungstellen.

- **Gesundheitskompetenz der Patienten**

Gesundheitssysteme sind komplex und ebenso kulturell spezifisch. Die Nutzung von Gesundheitssystemen fordert den Menschen ein gewisses Maß an Sozialisierung ab. So kennen einige Gruppen beispielsweise die Rolle der Hausärzte gar nicht, oder wissen nicht, wie Arzttermine vereinbart werden können. Von Seiten der Patienten muss viel Eigeninitiative aufgebracht werden, damit bestimmte Leistungen überhaupt erhalten werden können. Dies wiederum fordert dem Patienten eine gewisse Gesundheitskompetenz ab. Sie müssen nach Mayer (2011, S. 17) über gesundheitsrelevante Angebote informiert sein, um ihre eigene Gesundheit auch selbstbestimmt mitgestalten zu können. Wimmer-Puchinger et al. (2006, S. 885) konstatieren in diesem Zusammenhang, dass die in Abschnitt 1.1.3 angeführte Bildung sowie die Sozialkompetenz einen signifikanten Einfluss darauf haben, wie sich ein Mensch im Gesundheitssystem bewegt.

So spielt beispielsweise auch das soziale Umfeld eines Geflüchteten eine wichtige Rolle bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Informationen über Krankheiten, soziale Dienste und Gesundheit werden schließlich in der Regel über Familienmitglieder, Verwandte, Freunde und Bekannte weitergegeben. Vielfach wird sich auch im Internet informiert, oder die gesundheitsbezogenen Informationen werden Büchern entnommen. Zusätzliches Informationsmaterial wie Broschüren oder Folder spielen nach Schopf und Franges (2010, S. 24) im Vergleich zu den vorstehend angeführten Informationsquellen eine untergeordnete Rolle.

- **Religion und Geschlechterrolle**

Die medizinische Versorgung wird auch durch andere religiös-kulturelle Aspekte beeinflusst. Hierzu zählen beispielsweise das Fasten, das Schamgefühl und besondere Speisevorschriften. Dietrich (2011, S. 102) führt in diesem Kontext an, dass Frauen sich aufgrund ihrer religiösen Überzeugung nur von Ärztinnen untersuchen lassen. Ist dies in der jeweiligen Situation nicht möglich, so wird der körperliche Kontakt zwischen dem Arzt und der Frau auf ein Minimum beziehungsweise nur auf das Nötigste reduziert, was eine insuffiziente Anamnese zur Folge haben kann.

Binder-Fritz und Rieder (2014, S. 1033) verweisen auf die besondere Bedeutung des Geschlechts in der Rolle einer sozialen Determinante der Gesundheit. Gender-Aspekte haben einen maßgeblichen Einfluss auf die Gesundheitsversorgung und stehen in Wechselwirkung mit anderen soziokulturellen Determinanten wie beispielsweise dem Status, Bildung, Ethnizität, Alter und anderen soziodemografischen und migrationspezifischen Aspekten. Das Zusammenspiel dieser Determinanten beeinflusst letztendlich die Arzt-Patienten-Interaktion.

- **Kultur- und Wertesystem**

Suchen Asylberechtigte einen Arzt auf, so wird aufgrund der in der Regel unterschiedlichen Kulturkreise und Wertevorstellungen zwischen Patienten und Arzt von einem interkulturellen Verhältnis gesprochen (Ilkilić, 2010, S. 30).

In der heutigen Gesellschaft ist das Aufeinandertreffen von Ärzten und Patienten unterschiedlicher Kulturkreise keine Besonderheit mehr, sondern vielmehr ein herausfordernder Bestandteil des medizinischen Alltags. Die kulturell geprägten Werthaltungen und Wertvorstellungen führen letztendlich zu verschiedenen Definitionen der Begriffe Gesundheit und Krankheit. Nicht zuletzt ist hiervon die Beurteilung von Leiden, Krankheit sowie Behandlungszielen geprägt. Divergierende Wertauffassungen im Rahmen interkultureller Behandlungssituationen können sich in Krankenhäusern wie auch bei niedergelassenen Ärzten zu Auslösern für Interessens- und Entscheidungskonflikte entwickeln. Kontroversen, welche auf unterschiedlichen Wertauffassungen basieren, sind relativ breit gefächert und beinhalten eine Vielzahl an verschiedenen ethischen Aspekten. Ilkilić (2010, S. 29) betont, dass die derzeitige Situation häufig eine suboptimale

Patientenversorgung mit sich zieht und sich zudem negativ auf das Wohlbefinden der Patienten und die Selbstwahrnehmung von Ärzten und Pflegepersonal auswirkt.

Wie bereits in vorherigen Passagen angesprochen, haben die ausländischen Patienten und Patientinnen ihre Leiden aufgrund ihres Verständnisses über Gesundheit und Krankheit bereits im Vorfeld der Behandlung bewertet, weswegen die ärztliche Diagnose nur noch zwischen dem gesellschaftlichen und dem medizinischen Verständnis von Krankheit und Gesundheit vermittelt (Paul, 2007, S. 145). Die beiden eng miteinander verbundenen sozialen und kulturspezifischen Systeme dienen daher der Erklärung dessen, was ein Mensch unter Begriffen wie Gesundheit, Krankheit, Miss- und Wohlbefinden versteht (Greifeld, 1995, S. 22f.).

1.1.4 Zusammenfassende Einflussfaktoren für eine gelingende Versorgung

Die von der Autorin in der vorliegenden Arbeit durchgeführte Kategorisierung der identifizierten Einflussfaktoren legt sich auf fünf wesentliche Key-Akteure fest, welche wiederum selbst essenzielle Effekte mit sich bringen können. Diese Akteure ergeben sich aus der von der Autorin durchgeführten Literaturrecherche und können nach Abbildung 4 im Sinne eines Modells zusammengefasst werden.

Die fünf Stakeholder der allgemeinmedizinischen Versorgungsrealität sind auf der einen Seite der Geflüchtete als Patient, auf der anderen Seite aber auch die externen Supporter, die Leistungsanbieter, die wissenschaftsorientierten Institutionen sowie die rechtsstaatlichen Institutionen.

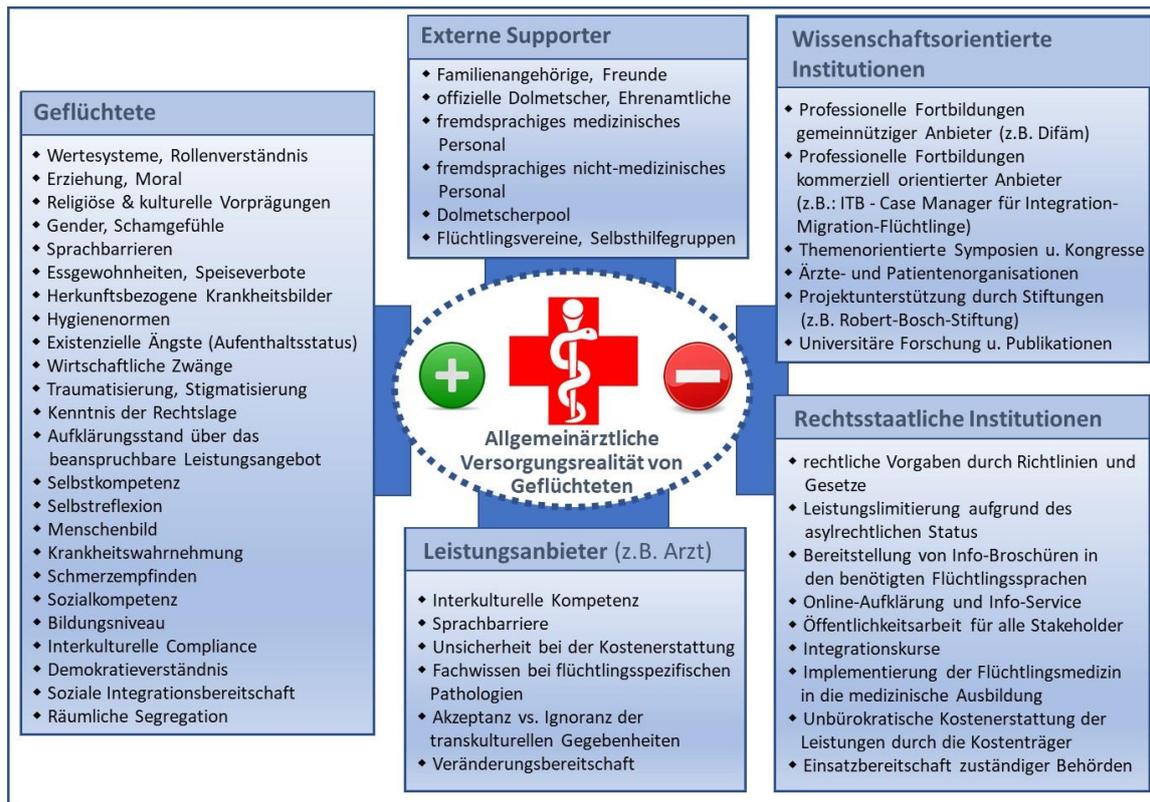


Abbildung 4: Essentielle Einflussfaktoren auf das Momentum der allgemeinmedizinischen Versorgung von Geflüchteten

[Quelle: Eigene Darstellung]

Wie die obigen Ausführungen zusammenfassend zeigen, gibt es eine Reihe von positiven und negativen Einflussfaktoren, welche wesentlich dafür verantwortlich sind, ob eine allgemein-medizinische Behandlung aus Sicht der Betroffenen zügig, positiv und erfolgreich verläuft.

- **Perspektive von Geflüchteten**

Auf Seiten der Geflüchteten können das Wertesystem, das Rollenverständnis, die Erziehung und die Moral ebenso wie die religiösen und kulturellen Prägungen signifikant dafür verantwortlich sein, ob eine allgemeinärztliche Behandlung gut oder schlecht verläuft. In diesem Kontext sind auch geschlechterspezifische Ansichten, das Schamgefühl und Sprachbarrieren von Relevanz. Essgewohnheiten und Speisevorschriften können starken Einfluss auf die Akzeptanz und die Einnahme von Medikamenten haben. Auch können existenzielle Ängste eine wichtige Rolle spielen, wenn bei einem Arztbesuch die Identität beziehungsweise der Aufenthaltsort an die Behörden weitergeleitet werden. Stigmatisierung und Traumatisierung sind ebenfalls sehr negative Prädiktoren für eine erfolgreiche

Therapie. Oft sind Geflüchtete nicht über ihre Rechtslage informiert und wissen nicht, welches Leistungsangebot sie als Patient beanspruchen dürfen. Selbstreflexion, das Menschenbild, die Krankheitswahrnehmung und die Sozialkompetenz beeinflussen das Arzt-Patienten-Verhältnis ebenso nachhaltig wie das vorhandene Bildungsniveau und die interkulturelle Compliance von Geflüchteten, welche sich erst mit den politischen Gegebenheiten einer Demokratie vertraut machen müssen. Je höher ihre Integrationsbereitschaft ist, desto besser sind die Aussichten im Rahmen einer gesundheitlichen Versorgung. Die räumliche Segregation von Geflüchteten in speziell dafür vorgesehenen Massenunterkünften bedingt oftmals ein erhöhtes Ansteckungsrisiko.

Als externer Supporter können Familienangehörige, Freunde, offizielle Dolmetscher und Ehrenamtliche angesehen werden, welche die Geflüchteten im Falle einer gesundheitlichen Versorgung persönlich unterstützen. Hierzu gehört auch das fremdsprachige Personal in der Arztpraxis oder in der Klinik, welches teilweise bei Kenntnis der Muttersprache von Geflüchteten als sprachliche Mittler fungiert. Dies gilt im Übrigen auch für nicht-medizinisches Personal, wie zum Beispiel Reinigungskräfte, die im Notfall die Übersetzungstätigkeit übernehmen und damit erst eine Kommunikation und eine medizinische Versorgung ermöglichen. Inwieweit die Präzision dieser Personen in Hinblick auf eine medizinische Anamnese und therapeutischen Anweisungen beziehungsweise Verordnungen als sicher und ausreichend bezeichnet werden kann, ist vom jeweiligen Einzelfall abhängig. Grundsätzlich haben Ärzte die Möglichkeit, sich kostenpflichtig eines Dolmetscherpools zu bedienen, welcher im Notfall telefonisch zur Verfügung steht. Die dafür anfallenden Kosten werden nicht immer von den Kostenträgern übernommen. Auch können Flüchtlingsorganisationen und Selbsthilfegruppen für Geflüchtete hilfreiche Unterstützer im Bereich der Gesundheitsversorgung sein.

- **Perspektive der Leistungsanbieter**

Auf Seiten der Leistungsanbieter ist das Vorhandensein von interkultureller Kompetenz ebenso wichtig für einen Behandlungserfolg wie die Überwindung von Sprachbarrieren und die Klarheit einer Kostenerstattung durch die Krankenkassen oder Sozialhilfeträger. Sofern die Leistungsanbieter bereit für Veränderungen sind und sich mit den transkulturellen Unterschieden proaktiv auseinandersetzen, kann die ärztliche Versorgung von

Geflüchteten nachhaltig verbessert werden. Dazu gehören auch medizinische Kenntnisse über die flüchtlingspezifischen Pathologien.

Als wissenschaftsorientierte Institutionen definiert das oben vorgestellte Modell diejenigen Einrichtungen, welche sich mit der Forschung und der Wissensvermittlung zur Geflüchteten-Thematik professionell auseinandersetzen. Neben gemeinnützigen gibt es auch kommerziell orientierte Organisationen, die Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen für die davon betroffenen Personengruppen anbieten. Inzwischen gibt es sogar einige Lehrstühle an deutschen Universitäten, welche sich mit dem Themenbereich auseinandersetzen und auf diesem Gebiet auch intensive Forschung betreiben. Häufig werden derartige Projekte von Stiftungen finanziert. Darüber hinaus können themenorientierte Symposien und Kongresse der Wissensverbreitung rund um das Thema Geflüchtete dienlich sein. Ärzte- und Patientenorganisationen offerieren zudem weitere hilfreiche Informationsangebote.

Als fünfte Instanz fungieren in dem Modell die rechtsstaatlichen Institutionen. Diese geben durch Verordnungen und Gesetze diejenigen Handlungsspielräume vor, in denen sich Allgemeinmediziner und Geflüchtete bewegen können. In Abhängigkeit vom asylrechtlichen Status können Gesundheitsleistungen für dieses Patientenklientel limitiert sein. Wichtig ist die Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit durch staatliche Institutionen, um sämtlichen Stakeholdern und ihrem jeweiligen Informationsbedarf gerecht zu werden. Ein breites Angebot an Informationsmaterial, Webseiten und die Bereitschaft den Status Quo zu verbessern bietet eine gute Ausgangsbasis. Auch ist es hilfreich, wenn die Kostenträger die allgemeinmedizinische Versorgung von Geflüchteten gegenüber dem Leistungserbringer (z.B. Arzt) unbürokratisch und wohlwollend garantieren. Aufgrund der Gegebenheiten erhält das Thema Geflüchtete in der medizinischen Ausbildung ein höheres Gewicht, was zur Folge hat, dass Studierende besser auf den Umgang mit diesem speziellen Patientenklientel vorbereitet werden müssen. Entsprechende Angebote werden inzwischen schon in medizinischen Studiengängen integriert.

1.2 Das Ziel: eine Geflüchteten-orientierte Versorgung

1.2.1 Entwicklungen im Bereich einer Geflüchteten-orientierten, medizinischen Versorgung

Nicht nur die Anbieter von Gesundheitsleistungen, sondern auch die Städte, Gemeinden und Kommunen der Bundesrepublik Deutschland widmeten sich infolge des rasanten Anstiegs an Geflüchteten an die praktizierenden Ärzte, um diese besser auf die besonderen Bedürfnisse dieses Patientenklientel einstellen zu können. So brachte der Landkreis Gießen beispielsweise eine Informationsbroschüre über die ärztliche Versorgung von Geflüchteten und Asylbewerbern heraus und verweist auf die Herausforderungen im Zusammenhang mit deren Behandlung. Die Broschüre soll Ärzten den Praxisalltag mit Geflüchteten erleichtern, bei der Überwindung bürokratischer Hürden helfen und die Behandlung der Geflüchteten im Hinblick auf die Durchführung wie auch die Abrechnung unkompliziert gestalten (Landkreis Gießen, 2018, S. 2).

Wie bereits in Abschnitt 1.2 angemerkt, leiden Geflüchtete häufig an Traumatisierungen – sie benötigen daher eine besondere therapeutische Behandlung und Betreuung. In den letzten Jahren bildeten sich im gesamten Bundesgebiet Geflüchteter kümmern. Auch bereits bestehende Organisationen stellen eine erforderliche therapeutische Behandlung sowie eine soziale Beratung sicher und bieten den traumatisierten Geflüchteten diverse Bildungsmaßnahmen an.

Bereits im Jahr 2006 brachte die Bundesregierung ein Handbuch zur Thematik heraus. Eine Übersicht über die verschiedenen Initiativen, welche sich der Gesundheitsverbesserung von Geflüchteten und Migranten verschrieben haben, findet sich nach Berens et al. (2008, S. 13) im besagten „Handbuch für Modelle guter Praxis zur Integration und Gesundheit“. Die Autoren betonen jedoch, dass die meisten Aktivitäten von privaten Organisationen durchgeführt werden und von staatlicher Seite nicht flächendeckend initiiert werden. Nichtsdestotrotz wird im Rahmen dieser zahlreichen Aktivitäten angestrebt, den Zugang von Geflüchteten zum Gesundheitswesen zu vereinfachen und zu verbessern (Berens et al., 2008, S. 16).

Viele Krankenkassen, wie beispielsweise die BKK, bieten diverse Broschüren oder Gesundheitswegweiser speziell für Migranten an. In verschiedenen Sprachen werden

Themenbereiche wie die Krankenversicherung im Allgemeinen, Arztbesuche, Zahnarzt-konsultationen, Apotheken und Krankenhäuser behandelt. Zudem werden Informationen zur Gesundheitsförderung und zur Prävention für Geflüchtete und Migranten ausgegeben. Viele informierte Geflüchtete engagieren sich in der Folge, indem sie dann selbst die Rolle als Gesundheitsmediator übernehmen und andere Betroffene über die bundesdeutsche Gesundheitsversorgung informieren.

Neben vielen nationalen Initiativen existieren auf regionaler Ebene eine Vielzahl weiterer Projekte und Selbsthilfeprogramme, welche sich unter anderem mit der Frauengesundheit, biografischen Migrations-, Kommunikations- und Integrationsaspekten und nicht-somatischen Erkrankungen beschäftigen. So können Geflüchtete aus Afrika in Frankfurt am Main beispielsweise Migrationsvereine und kommunale Stellen besuchen und an der sogenannten Afrikasprechstunde teilnehmen; hier erhalten sie eine umfassende Beratung und Betreuung. Weitere regionale Initiativen zu den Themengebieten Bildung, Gesundheitsberatung und Rechtsfragen existieren in Stuttgart, Münster und Berlin. Berens et al. (2008, S. 16) verwiesen in diesem Zusammenhang auf die Datenbank der Initiative „Gesundheitliche Chancengleichheit“. Dabei wird deutlich, dass viele Projekte sich der Bekämpfung der gesundheitlichen Ungleichheit widmen und dabei explizit Geflüchtete und Migranten in den Fokus nehmen. Zudem zeigt sich, dass sich die meisten Initiativen auf große Städte beziehen – ländliche Regionen werden deutlich weniger stark betrachtet oder weisen weniger Angebote auf.

Die Robert-Bosch-Stiftung beschäftigte sich bereits im Jahr 2016 mit den Herausforderungen der Flüchtlingszuwanderung und damit auch der Verbesserung des Aufnahme- und Versorgungssystems. Die Stiftung betont, dass ein wissenschaftlicher Gesamtüberblick über die Wirkung derzeitiger Versorgungssysteme auf die Lebenslage der Geflüchteten in Deutschland fehlt. Angesichts der Herausforderungen in Bezug die Behandlung und Versorgung von Geflüchteten ist belastbares Wissen über die Erwartungen, Wünsche und die Gesundheit von Geflüchteten dringend erforderlich (Robert-Bosch-Stiftung, 2016, S. 85). Neben den oben erwähnten Projekten, Initiativen, Vereinen und Organisationen geben viele Institutionen, wie beispielsweise das Gesundheitsministerium und die Deutsche Krebsgesellschaft, Informationsflyer in verschiedenen Sprachen heraus und bieten einen speziellen Telefonservice für Geflüchtete und Migranten an (Berens et al., 2008, S. 16).

1.2.2 Notwendigkeit für spezifische Qualifikation des Gesundheitspersonals

Die vorangehenden Abschnitte zeigen, dass die Versorgung von Geflüchteten zwingend verbessert werden muss. Einerseits sollten Geflüchtete selbst so gut wie möglich in die medizinische Versorgung der Bundesrepublik Deutschland eingeführt werden, was ein spezielles interkulturelles Gesundheits- und Krankheitsverständnis voraussetzt. Auf der anderen Seite muss eine analoge Einführung für medizinische Fachkräfte entwickelt und anschließend etabliert werden, damit die in Abschnitt 1.2 erläuterten Zugangsbarrieren im Bereich der medizinischen Versorgung abgebaut werden können (Borgschulte et al., 2016, S. 813).

Dass Fortbildungsmaßnahmen für den Umgang mit Geflüchteten erforderlich sind, sagt auch Duncan et al. (2010, S. 9-10): Obwohl eine theoretische Fortbildung die praktischen Erfahrungen niemals ersetzen könne, liefert sie den Grundstein für den Umgang mit Geflüchteten. Innovative Ansätze seien hier gefragt damit die Gesundheitsversorgung von Geflüchteten nachhaltig verbessert werden könne.

Allerdings muss im Hinblick auf die bereits bestehenden Fortbildungsansätze festgehalten werden, dass das Gesundheitspersonal mehr Unterstützung braucht, als dies mit bisherigen Unterstützungsmaßnahmen der Fall ist (Farley et al., 2014, S. 85). Bei den meisten Fortbildungsangeboten werden häufig nur Teilbereiche der „Geflüchteten-Problematik“ gestreift, über die in den Veranstaltungen dann detaillierter informiert wird. Insbesondere der Umgang von Medizinern mit Flüchtlingen im beruflichen Alltag wird dabei selten in aller Ausführlichkeit behandelt, denn in der Regel werden nur Krankheitsbilder dieses speziellen Patientenkontextes angesprochen.

Wie aus Abschnitt 1.1.1 ersichtlich, ist die Anzahl der in Deutschland eingetroffenen Geflüchteten seit dem Jahr 2014 besonders stark angestiegen. Es steht daher außer Frage, dass die bedarfsgerechte Versorgung der Geflüchteten nicht nur aktuell, sondern auch zukünftig einen besonderen Stellenwert in Deutschland einnimmt.

- **Spezifisches Erkrankungsspektrum**

Ein besonders wichtiger Bereich im Hinblick auf die Gesundheitsprobleme von Geflüchteten sind die oben thematisierten Infektionskrankheiten mitsamt ihren Folgeerkrankungen.

kungen sowie physische bzw. psychische Traumatisierungen. Chronische Gesundheitsstörungen können bedingt durch den unterschiedlichen Zugang zur medizinischen Versorgung zudem weitere Komplikationen mit sich ziehen (Berens et al., 2008, S. 10).

Die Notwendigkeit einer bedarfsgerechten Versorgung ergibt sich allein schon aus dem spezifischen Erkrankungsspektrum der Geflüchteten. Alberer et al. (2016) widmeten sich im Rahmen ihrer empirischen Studie der Identifikation von Erkrankungen bei Geflüchteten, indem sie die Daten von 548 Geflüchteten auswerteten. Die Ergebnisse konnten zeigen, dass die im Rahmen einer allgemeinmedizinischen Ambulanz behandelten Erkrankungen überwiegend dem bekannten Erkrankungsspektrum der einheimischen Bevölkerung entsprechen. Hierzu zählen beispielsweise Atemwegsinfektionen, Hauterkrankungen, gastrointestinale sowie neuropsychiatrische Krankheitsbilder. In spezialisierten Zentren konnten dagegen Malaria, die pulmonale wie auch die extrapulmonale Tuberkulose, Pneumonien, Schistosomiasis und Skabies entdeckt werden. Alberer et al. (2016, S. 8) folgerten daraus, dass die meisten bei den Geflüchteten diagnostizierten Erkrankungen den behandelnden Allgemeinmedizinern, Pädiatern und Internisten durchaus bekannt und sie mit derartigen Erkrankungen daher auch vertraut sind. Zu bedenken sind allerdings die oben angeführten tropenmedizinisch und infektiologisch relevanten Erkrankungen – eine schnelle Abklärung sowie eine umgehende anschließende Behandlung derartiger Erkrankungen sind von großer Bedeutung, um deren weitere Verbreitung und einen schweren Verlauf bei Patienten vermeiden zu können. Es wird deutlich, dass Geflüchtete und Asylsuchende zu einer Gruppe von Menschen gehören, innerhalb welcher ein erhöhtes Potenzial für Gesundheitsproblematiken besteht. So existiert in den meisten Herkunftsländern der Geflüchteten nur eine eingeschränkte Gesundheitsversorgung (Caulford und Vali, 2006, S. 1253). Obwohl die Anzahl der Tuberkulosefälle als relativ gering bewertet wird, sollte das Risiko einer möglichen Ausbreitung der Krankheit nicht unterschätzt werden. Diel et al. (2016, S. 1) schlagen daher vorbeugende Schutzmaßnahmen wie beispielsweise Atemschutzmasken vor, falls ein Tuberkulosefall im Zusammenhang mit Geflüchteten aufgetreten ist. Es wird deutlich, dass das deutsche Gesundheitssystem durch die oben erläuterten Umstände vor besondere Herausforderungen gestellt wird, denn die Geflüchteten kommen häufig bereits schlecht versorgt in Deutschland an und müssen vor Ort behandelt werden.

- **Chronische Erkrankungen**

Die Notwendigkeit einer bedarfsgerechten Versorgung ergibt sich zusätzlich durch den Umstand, dass ein sich verstärkender Trend zur Unterbringung von Geflüchteten in Städten erkennbar ist, und eine wachsende Anzahl an Geflüchteten an chronischen, nicht übertragbaren Krankheiten leidet – lokale und internationale Institutionen priorisieren jedoch überwiegend übertragbare Krankheiten. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, in welchem Ausmaß chronische, nicht übertragbare Krankheiten unter den Geflüchteten auftreten und wie diesen Geflüchteten letztendlich der Zugang zur Gesundheitsversorgung erleichtert werden kann (Amara und Aljunid, 2014, S. 1). Aus diesem Aspekt wird ebenso die besondere Herausforderung für das deutsche Gesundheitssystem deutlich, denn chronische Krankheiten belasten das Gesundheitssystem immens.

Aumüller und Bretl (2008, S. 36-37) führen an, dass Geflüchtete sich bei ihrer Ankunft zwar auf Tuberkulose untersuchen lassen müssen und innerhalb von drei Monaten einen Allgemeinmediziner aufsuchen können, jedoch besteht darüber hinaus keine umfassende medizinische Versorgung. Viele Geflüchtete leiden an chronischen Erkrankungen und psychischen Störungen, wobei insbesondere die Kinder stark betroffen sind. Die Krankheiten werden entweder aus ihrem Heimatland mitgebracht oder sind eine Folge der Unterbringung und einer daraus resultierenden Ansteckung in den Wohnheimen. Häufig treten bei den Geflüchteten Schlafstörungen, Kopfschmerzen und Herzrasen auf, aber auch Faktoren wie Stress, Isolation und Heimweh können sich signifikant auf ihr individuelles Wohlbefinden auswirken. Gehen Geflüchtete einer Arbeit nach, so können häufig Ermüdungserscheinungen und Angespanntheit diagnostiziert werden, da sie in der Regel viel und lange arbeiten müssen und dabei wenig Urlaub haben.

Bozorgmehr et al. (2016b, S. 601) führten eine systematische Literaturrecherche durch und kamen zu der Schlussfolgerung, dass insbesondere im Bereich der chronischen Erkrankungen sowie der Kinder- und Müttergesundheit noch erheblicher Forschungsbedarf besteht.

- **Psychische Erkrankungen**

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) stellte in einem Bericht aus dem Jahr 2015 fest, dass die meisten Geflüchteten unter schweren psychischen Erkrankungen leiden. Die Aufnahmerichtlinie der Europäischen Union besagt, dass alle Aufnahmeländer die

besondere Situation dieser schutzbedürftigen Menschen berücksichtigen müssen. Hierzu zählen insbesondere Geflüchtete mit psychischen Erkrankungen, denn die Mehrzahl dieser Menschen musste in ihrem Heimatland Folter und andere schwere Formen physischer, sexueller und psychischer Gewalt ertragen. Besonders schwierig stellt sich die Situation für unbegleitete minderjährige Geflüchtete dar, da die Kinder und Jugendlichen häufig an schweren Traumata leiden. Zudem fehlt ihnen die notwendige adulte Unterstützung, um mit dem Erlebten umzugehen. Diese Personengruppe benötigt eine besondere Begleitung sowie professionelle Hilfe. Die BPTK (2015, S. 10) betont in diesem Zusammenhang, dass das deutsche Gesundheitssystem auf die angemessene Versorgung der traumatisierten und psychisch erkrankten Geflüchteten überhaupt nicht ausreichend vorbereitet ist. Und so erhalten viel zu wenig psychisch erkrankte Geflüchtete auch eine entsprechende Behandlung (BPTK, 2015, S. 11). Die BPTK verweist auf notwendige Gesetzesänderungen, damit psychisch erkrankte Geflüchtete ohne die in Abschnitt 1.1 angeführte Wartezeit von 15 Monaten behandelt werden können.

- **Kommunikation und Information von Patienten mit Migrationshintergrund: Transkulturelle Aspekte in der Gesundheitsversorgung**

Alpern et al. (2016, S. 6) konnten im Rahmen ihrer empirischen Studie zeigen, dass die meisten Ärzte zwar gern mit Geflüchteten arbeiten, jedoch viele Barrieren identifiziert wurden, welche einer guten Versorgung im Wege stehen. Hierzu zählen beispielsweise die in Abschnitt 1.1.3 angeführten kulturellen und sprachlichen Schwierigkeiten. Trotz ihrer Teilnahme an besonderen Weiterbildungen und Schulungen zum Thema der globalen Gesundheit fühlen sich die meisten Ärzte nicht mit einem ausreichenden Wissen über die Gesundheit von Geflüchteten ausgestattet und wünschen sich daher weitere Fortbildungen. Diese sollten den Ergebnissen zufolge nicht nur auf die kulturelle Kompetenz ausgelegt sein, sondern ebenso das Themengebiet der Geflüchteten-gesundheit abdecken.

Schmidt-Kaehler et al. (2017, S. 5) verweisen darauf, dass in der Vergangenheit bereits einige Maßnahmen durchgeführt wurden, um Geflüchtete über Gesundheit zu beraten, zu informieren und aufzuklären. Neue Ergebnisse aus dem Bereich der Gesundheitskompetenz zeigen jedoch, dass mehr als die Hälfte der in Deutschland lebenden Bevölkerung Probleme mit dem Verstehen, dem Verarbeiten und der Anwendung von Gesundheitsinformationen hat. Aus diesem Grund sind für alle Patienten besondere Methoden und

Strategien zur Verbesserung der Kommunikation und Compliance gefragt. Ärzte müssen bedenken, dass Patienten häufig aufgeregt sind, Angst haben, unter Medikamenteneinfluss stehen oder Schmerzen verspüren – äußerst schlechte Rahmenbedingungen, um neues Wissen aufzunehmen. Gesundheitsinformationen sollten daher möglichst einfach vermittelt werden (Schmidt-Kaehler et al., 2017, S. 32). Diese Faktoren potenzieren sich bei Patienten mit Migrationshintergrund. Es müssen daher migrationsgerechte Materialien verwendet werden, um Gesundheitsinformationen kultursensibel kommunizieren zu können (Schmidt-Kaehler et al., 2017, S. 43).

- **Selbstreflexion**

Hat es das Gesundheitssystem eines Landes mit einer Vielzahl an unterschiedlichen sprachlichen und soziokulturellen Gruppierungen zu tun, so müssen Ärzte und Pflegepersonal mit diesen Gruppen dennoch richtig arbeiten können. Eine besondere Herausforderung besteht darin, auf dieses multikulturelle Patientenkontext entsprechend einzugehen. Von den behandelnden Ärzten verlangt dies ein gewisses Maß an Anpassungsfähigkeit in Bezug auf ihr Verhalten, zudem sind Knowhow und situationsgerechte Kenntnisse erforderlich. Konkret bedeutet dies, dass Ärzte sowie Pflegepersonal dazu angehalten sind, für ihr Handeln transkulturelle Kompetenzen zu erwerben (Althaus et al., 2010, S. 79).

Nach Domenig (2007, S. 175f.) entspricht die transkulturelle Kompetenz einerseits einer sozialen Fähigkeit, andererseits ist sie aber auch als Voraussetzung für einen professionellen Umgang insbesondere mit Geflüchteten anzusehen. Transkulturelle Kompetenz ist nicht natürlich gegeben, sondern kann antrainiert und erlernt werden, was im Hinblick auf das Thema der vorliegenden Arbeit von besonderer Bedeutung ist. Die Interaktionsfähigkeit steht dabei bei der vorstehenden Abbildung im Mittelpunkt und bildet somit den Kern der transkulturellen Kompetenz.

Fachpersonen müssen demnach zuerst den Selbstreflexionsprozess durchlaufen, um ihre individuelle Lebenswelt wahrnehmen zu können. Erst im Anschluss hieran sind sie zur besseren Einordnung und zum besseren Verständnis der Lebenswelten anderer Personen wie beispielsweise denjenigen von Geflüchteten fähig. In Kombination mit der Selbstreflexion helfen transkulturelle Erfahrungen sowie Hintergrundwissen dabei, die Lebensgeschichten der Geflüchteten besser verstehen zu können. Unter der narrativen Empathie versteht Domenig (2007, S. 178) eine Methode zur Ermutigung von Patienten und zum

besseren Verständnis seiner Situation. Sie dient somit auch dem Zweck, für den Patienten die richtige Behandlung und Pflege zu initiieren. Die narrative Empathie erhält ihren Namen durch die Narration beziehungsweise der Erzählung. Das medizinische Personal verhält sich im Sinne der narrativen Empathie im Gespräch mit dem Patienten nicht neutral – vielmehr bringt es sich aktiv ein, indem besondere Strategien angewendet werden. Dies betrifft beispielsweise passende Fragen, Zustimmungsbekundungen und Selbstpräsentation. Damit diese Technik Erfolg hat, sind Eigenschaften wie Aufgeschlossenheit, Offenheit und Aufmerksamkeit von besonderer Bedeutung. Im Kontext der Transkulturalität bedeutet Empathie also nichts anderes als eine Zuwendung, welche von Interesse, Engagement und Neugierde ausgeht.

Menschen, welche über die Fähigkeit der narrativen Empathie verfügen, verhalten sich gegenüber Geflüchteten wertschätzend und respektvoll. Sie reflektieren Rassismen, diskriminierende Handlungen sowie eigene Vorurteile und schreiben der Narration eine besondere Bedeutung im Hinblick auf die Pflege und die Behandlung der Patienten zu. Die Arzt-Patienten-Beziehung wird durch die narrative Empathie und die Selbstreflexion gefördert. Zudem tragen die Aneignung eines spezifischen Hintergrundwissens sowie interkulturelle Erfahrungen zur allgemeinen Sensibilisierung und zur Entwicklung eines Selbstbewusstseins der Fachpersonen bei (Althaus et al., 2010, S. 79).

1.3 Fragestellung

Vor dem Hintergrund der eingangs geschilderten Ausgangslage stellt sich zwangsläufig die Frage, durch welche Maßnahmen die medizinische Versorgung der Geflüchteten nachhaltig verbessert werden kann. Das übergeordnete Ziel der Arbeit ist zum einen die Bedarfserhebung zum Zweck der Entwicklung eines Fortbildungsformates für medizinisches Personal, zum anderen die Evaluation dieses neu etablierten Fortbildungsformates(s.u.) und die Ermittlung eines etwaigen Optimierungsbedarfes, um das Fortbildungskonzept ggf. breiter und langfristig anbieten zu können.

Hierzu werden im Rahmen der Arbeit die nachfolgenden spezifischen Forschungsfragen (getrennt nach Kategorien) bearbeitet:

Teil A: Bedarfsermittlung

Um die Kurse bedarfsgerecht entwickeln zu können wurde in einer Online-Befragung unter Allgemeinärzten in der Region des nördlichen Baden-Württembergs eine Situationsanalyse durchgeführt mit folgenden Fragestellungen:

- Wie wird die aktuelle Versorgung von Geflüchteten durch Allgemeinärzte wahrgenommen?
- Wie häufig im Quartal konsultieren Geflüchtete die Allgemeinmediziner?
- Welchen Herausforderungen stehen Ärzte bei der Behandlung von Geflüchteten gegenüber und welche Lösungsansätze können identifiziert werden?
- Inwieweit haben Allgemeinmediziner beziehungsweise Allgemeinarztpraxen Interesse an Fortbildungen zur Förderung der interkulturellen Kompetenz und der interprofessionellen Zusammenarbeit?
- Welche Themen zur Förderung sind für den Teilnehmer von besonderem Interesse sind?

Es wurden Allgemeinärzte befragt, da diese meist als erste Anlaufstelle für den Patienten und als zentrale Koordinatoren fungieren.

Teil B: Evaluation und Optimierungsmöglichkeiten der Fortbildungsveranstaltung

Um die Kursinhalte und den Ablauf zu evaluieren, wurden die folgenden Fragen adressiert:

- Welche Erkenntnisse können aus der Evaluation der Fortbildungsveranstaltung „Hintergrund und mentale Gesundheit (Bedarfe von Migranten erkennen)“ gewonnen werden?
- Welche Unterstützung benötigen Ärzte, um eine gute medizinische Versorgung von Geflüchteten sicherstellen zu können?
- Welches Verbesserungspotenzial erkennen die Teilnehmenden in Hinblick auf den Inhalt und die Durchführung spezifischer Fortbildungskurse?
- Welche Ansätze zur Akzeptanzsteigerung und zur Umsetzbarkeit können seitens des Anbieters der Fortbildungskurse entwickelt werden?

Zur Beantwortung der oben definierten Forschungsfragen greift die vorliegende Arbeit auf die empirische Datenerhebung zurück.

In erster Linie sollten mit den Kursen die Ärzte der Allgemeinmedizin in Baden-Württemberg als Zielgruppe angesprochen werden, aber auch sonstige medizinische Berufe, Versorger, Leistungserbringer, Therapeuten sowie Mitarbeitende von Behörden sowie Ehrenamtliche, welche sich mit der Thematik von Geflüchteten auseinandersetzen haben.

2 Material und Methoden

Das Projekt wurde vom Deutschen Institut für Ärztliche Missionen e.V. (Abk.: Difäm) in Kooperation mit dem Institut für Allgemeinmedizin Tübingen durchgeführt und durch die Robert-Bosch-Stiftung gefördert.

Für die vorliegende Arbeit und das Forschungsvorhaben wurde ein Ethikantrag bei der zuständigen Ethikkommission der Eberhard-Karls-Universität Tübingen gestellt, welcher von der Kommission positiv mit der Projekt-Nummer 358/2018BO2 beschieden wurde.

Die Datenschutzrichtlinien wurden entsprechend den Vorgaben der Universität und der gesetzlichen Grundlagen beachtet. Eine zustimmende Datenschutzerklärung wurde von jedem Teilnehmer vorab eingeholt.

2.1 Studiendesign, Studienkonzept und Ablauf

Zur Beantwortung der Frage nutzt das Projekt einen gemischt methodischen Ansatz. Die Bedarfserhebung erfolgte über eine quantitative Onlinebefragung, auch Teile der Kursbewertung wurden über eine quantitative schriftliche Befragung erhoben. Zusätzlich erfolgte eine qualitative Fokusgruppendifkussion zur systematischen Informationsgewinnung.

Die nachfolgende Abbildung beschreibt den Ablauf des Gesamtprojektes.

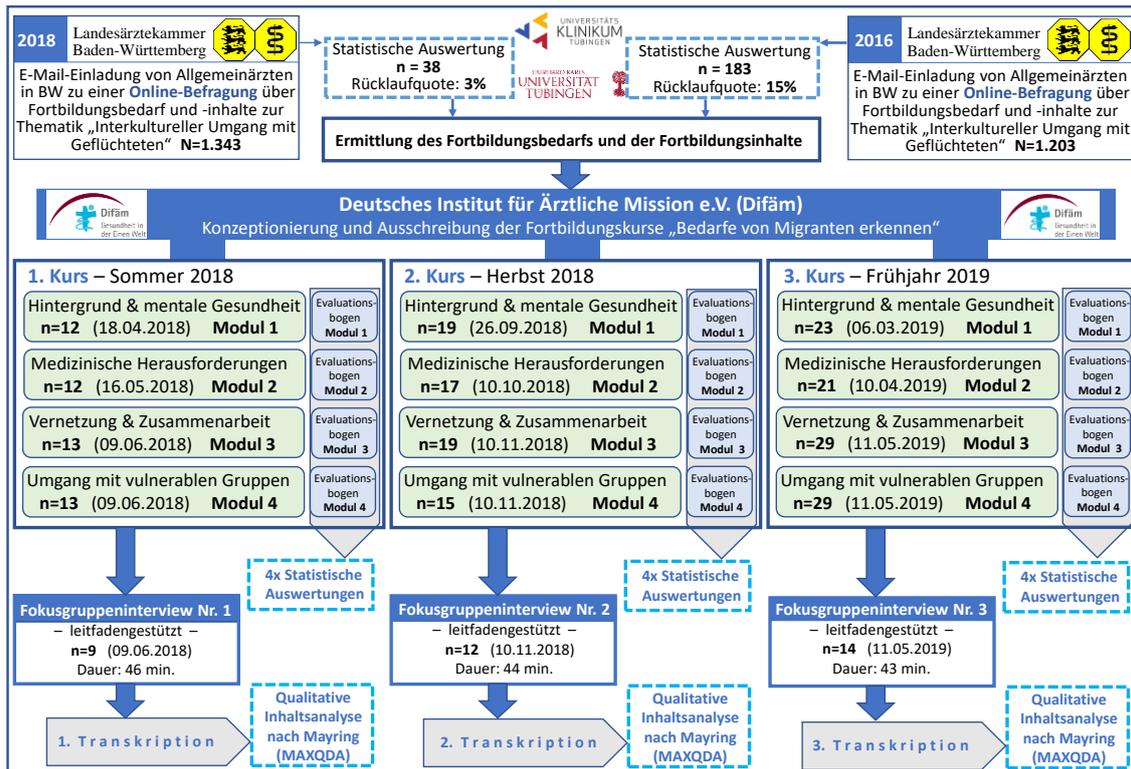


Abbildung 5: Studienablauf und Datenauswertung

[Quelle: Eigene Darstellung]

Das Difäm konzeptionierte die Kurse für interprofessionelle und praxisnahe Fortbildungen zum interkulturellen Umgang mit Gesundheit und Krankheit im Spannungsfeld von Flucht, Migration und Integration auf Basis der schriftlichen Bedarfserhebung. Hierzu konnten zur jeweiligen Thematik passend unterschiedliche Gastdozenten gewonnen werden. Die Difäm-Fortbildungskurse wurden im Sommer 2018, im Herbst 2018 und im Frühjahr 2019 angeboten. Alle drei Kurse bestanden aus je vier Kursmodulen mit jeweils vier Stunden Dauer.

Im Anschluss an alle insgesamt zwölf Module der drei Kurse wurden die Teilnehmenden über einen standardisierten Evaluationsbogen aufgefordert, die Qualität und die Kursinhalte anonym zu bewerten, eigene Motivationsgründe für die Teilnahme anzugeben sowie eventuelle Verbesserungspotenziale zu benennen (siehe Anhang 1.3).

Ergänzend wurde bei jedem der drei Fortbildungskurse ein Fokusgruppen-Interview am letzten Veranstaltungstermin durchgeführt. Hierfür wurde die Forschungsmethode des leitfadengestützten Gruppeninterviews zu Hilfe genommen. In Form eines Gruppeninterviews mit sich daraus entwickelnden Diskussionen wurden die Kursteilnehmenden über

ihre Erfahrungen und Sichtweisen hinsichtlich der Fortbildungsthematik und der absolvierten vier Kursmodule offen befragt.

2.2 Bedarfsanalyse zur Entwicklung der Fortbildungsveranstaltung

Im vorliegenden Abschnitt wird die Online durchgeführte Befragung von Ärzten für Allgemeinmedizin in Baden-Württemberg zum Umgang und den Herausforderungen in der medizinischen Versorgung von Geflüchteten dargestellt.

- **Fragebogenentwicklung**

Der Evaluationsfragebogen 2018 wurde auf Basis eines existierenden Fragebogens des Difäm für eine Befragung im Jahr 2016 angepasst und mit dem Difäm abgestimmt. Es handelte sich um einen standardisierten Fragebogen mit einer zumeist vorgegebenen 4 bis 5-stufigen Likert-Skala sowie Möglichkeiten zu Anmerkungen und Wünschen am Ende der Befragung.

Es wurden insgesamt die nachfolgenden neun verschiedenen inhaltlichen Kategorien entwickelt, um den konkreten Fortbildungsbedarf zu spezifizieren:

- Wie wird die aktuelle Versorgung von Geflüchteten durch Allgemeinärzte wahrgenommen?
- Wie häufig im Quartal konsultieren Geflüchtete die Allgemeinmediziner?
- Welchen Herausforderungen stehen Ärzte bei der Behandlung von Geflüchteten gegenüber und welche Lösungsansätze können identifiziert werden?
- Inwieweit haben Allgemeinmediziner beziehungsweise Allgemeinarztpraxen Interesse an Fortbildungen zur Förderung der interkulturellen Kompetenz und der interprofessionellen Zusammenarbeit?
- Welche Themen zur Förderung sind für den Teilnehmer von besonderem Interesse sind?
- Welche Erkenntnisse können aus der Evaluation der Fortbildungsveranstaltung „Hintergrund und mentale Gesundheit (Bedarfe von Migrant*innen erkennen)“ gewonnen werden?
- Welche Unterstützung benötigen Ärzte, um eine gute medizinische Versorgung von Geflüchteten sicherstellen zu können?

- Welches Verbesserungspotenzial erkennen die Teilnehmenden in Hinblick auf den Inhalt und die Durchführung spezifischer Fortbildungskurse?
- Welche Ansätze zur Akzeptanzsteigerung und zur Umsetzbarkeit können seitens des Anbieters der Fortbildungskurse entwickelt werden?

Der gesamte Fragebogen befindet sich im Anhang (vgl. ab S. 97).

- **Teilnehmerrekrutierung**

In Kooperation mit der Landesärztekammer Baden-Württemberg wurden initial im Februar 2018 alle bekannten Allgemeinarztpraxen in Baden-Württemberg per E-Mail über das zukünftige Fortbildungsprojekt informiert und um die Teilnahme an der Online-Befragung gebeten. Interessierte Ärzte konnten sich über einen Link auf einer Plattform einloggen, um den dort hinterlegten Fragebogen anonym online auszufüllen. Für die Erstellung und die Auswertung des Fragebogens wurde das kostenfreie Programm „Mobosurvey“ verwendet.

Insgesamt wurden 1.343 Ärzte der Allgemeinmedizin Baden-Württembergs durch die Landesärztekammer per E-Mail informiert. Auf die Anonymität der Teilnehmer, die Vertraulichkeit der Angaben sowie auf die Einhaltung des Datenschutzes wurde besonderer Wert gelegt. Eine Rückverfolgbarkeit auf einzelne Teilnehmer ist vollständig ausgeschlossen.

Die im Februar und März 2018 befragten Teilnehmenden hatten vier Wochen Zeit sich einzuloggen und an der Befragung teilzunehmen. Die teilnehmenden Allgemeinärzte hatten durch das Anklicken eines Links in der E-Mail der Landesärztekammer Baden-Württemberg direkt auf den Online-Fragebogen die Möglichkeit, auf die Plattform Mobosurvey zu gelangen. Dort wurde noch einmal kurz erklärt, dass es um die Thematik von Geflüchteten in der allgemeinärztlichen Versorgung geht, um deren Schwierigkeiten und um die mögliche Nutzung von Verbesserungspotenzialen. Danach konnte die Befragung von den Teilnehmenden selbständig gestartet werden. Die Teilnehmenden wählten dabei aus vorgegebenen Antwortkategorien aus und hatten am Ende die Möglichkeit, selbst Anmerkungen und Wünsche zu äußern.

Die Daten der Online-Befragung und des Evaluationsbogens wurden deskriptiv statistisch ausgewertet. Die Antworten wurden tabellarisch zusammengestellt, und die absoluten Häufigkeiten, die prozentuale Verteilung, der arithmetische Mittelwert, der Median, das Minimum und das Maximum verwendet. Die Datenkollektion wurde mit dem Programm Microsoft Excel Version 14.0 und die statistische Auswertung mit dem Programm IBM SPSS Statistics Version 25 vorgenommen.

2.3 Entwicklung und Durchführung der Fortbildungen durch das Deutsche Institut für Ärztliche Mission e.V. (Difäm)

Das übergeordnete Ziel der Fortbildung ist es, die Gesundheitsversorgung von Geflüchteten zu verbessern und die Abläufe im Praxisalltag reibungsloser gestalten zu können. Idealerweise soll ein Netzwerk aus multiprofessionellen Praxisteams in der Region entstehen, wobei diese Praxisteams in die Lage versetzt werden, aufgrund ihrer erworbenen, interkulturellen Kompetenz als Multiplikatoren zu fungieren und die Behandlung von Geflüchteten nachhaltig zu fördern.

Für die Konzeptionierung und die thematische Ausgestaltung der drei Kurse des Jahres 2018/2019 sind ganz gezielt die Erkenntnisse aus beiden Online-Befragungen aus 2016 und 2018 eingeflossen, wie die nachfolgende Abbildung verdeutlicht.

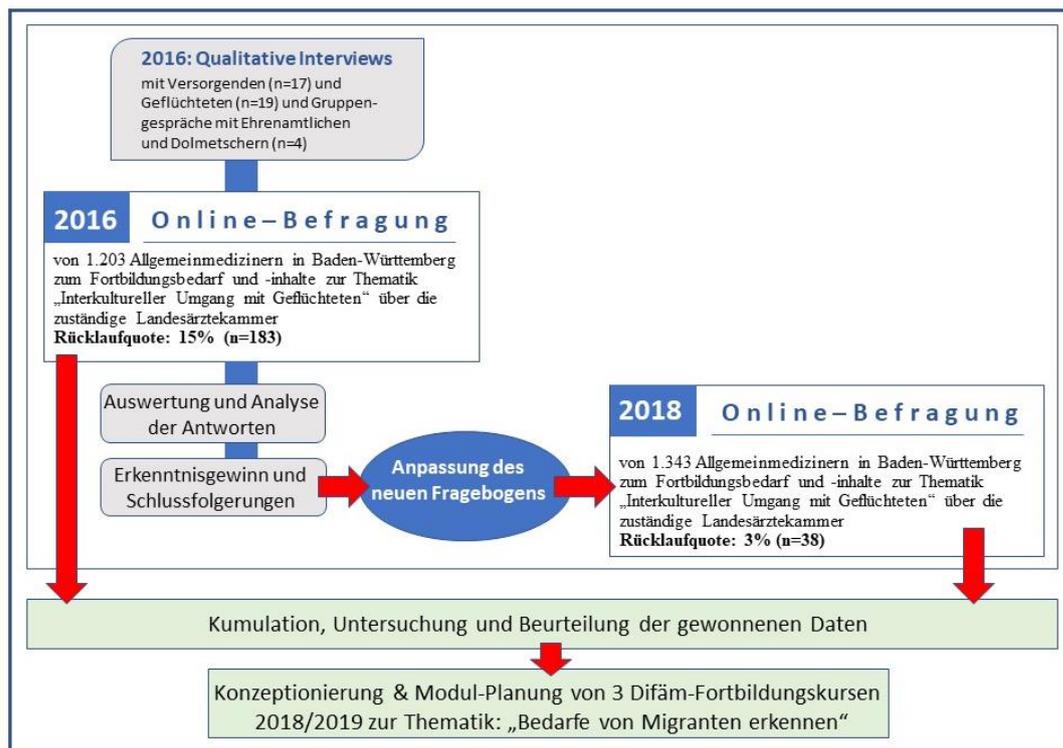


Abbildung 6: Vorgehensweise zur Konzeptionierung der Kursangebote
[Quelle: Eigene Darstellung]

Der Kurs beinhaltet die folgenden vier Themenschwerpunkte³:

- **Modul 1: Hintergrund und mentale Gesundheit**
 - Aktuelle Faktenlage
 - Medizinische Versorgung von Geflüchteten
 - Interkulturelle Kompetenz
 - Gesundheitssysteme in anderen Ländern
 - Psychische Probleme
 - Asylverfahren
- **Modul 2: Medizinische Herausforderungen**
 - Nicht-übertragbare Krankheiten
 - HIV und andere sexuell übertragbare Erkrankungen
 - Tuberkulose
 - Dermatologische Probleme
 - Infektionen

³ Zur detaillierten Ausgestaltung siehe explizit Kapitel 3.

- Spezielle Gynäkologie
- **Modul 3: Vernetzung und Zusammenarbeit**
 - Rechtslage – juristische Probleme
 - Unterstützung und Vernetzung
 - Interkulturelle Praxisteams
- **Modul 4: Umgang mit vulnerablen Gruppen**
 - Impfungen und Prävention
 - Interkulturelle Kommunikation
 - Krankheits- und Rollenverständnis junger Migranten
 - Frauen und Gender.

Die Rekrutierung der Kursteilnehmenden für die drei Kurse im Sommer 2018, Herbst 2018 und Frühjahr 2019 wurde seitens des Difäm und im Rahmen der Befragung vorgenommen, welches die kostenfreien Fortbildungsangebote öffentlich auf ihrer Webseite ausgeschrieben und zusätzlich durch Pressemitteilungen und per Emailverteiler beworben hatte.

2.4 Evaluation der Fortbildungsveranstaltungen

2.4.1 Quantitative Evaluation: Fragebogen zur Evaluation der Fortbildungsveranstaltungen

Im Anschluss an jedes Modul wurden die Teilnehmenden per Evaluationsbogen um ihre Bewertung gebeten. Jeder Kursteilnehmende besuchte die insgesamt vier Module am selben Veranstaltungsort. Mit dem Evaluationsbogen wurden sowohl die Rahmenbedingungen als auch die Qualität der Fortbildungskurse und deren Inhalte zur Bewertung gestellt. Hierfür wurden durch eine vierstufige Likert-Skala vorgegebenen Beurteilungsmöglichkeiten von „sehr gut“ bis „sehr schlecht“ angeboten. Ganz bewusst wurde dafür ein System mit vier Antwortkategorien gewählt, damit die Teilnehmenden sich nicht neutral verhalten, was sich durch das Ankreuzen der Mitte geäußert hätte. Dieses viergliedrige Schema wurde im gesamten Evaluationsbogen beibehalten.

Im ersten Teil des Evaluationsbogens ging es zunächst um die formellen Aspekte wie den Veranstaltungsort, den Aufbau und die Struktur des Moduls, die Themenauswahl, die Fachkompetenz der Dozenten sowie den vorgegebenen Zeitrahmen.

Veranstaltung: Hintergrund und mentale Gesundheit (Bedarfe von Migranten erkennen)				
Bitte bewerten Sie die einzelnen Aspekte des Kurses durch ankreuzen bzw. ausfüllen. Ihre Beurteilung wird selbstverständlich nur anonymisiert ausgewertet.				
	Sehr gut	gut	schlecht	Sehr schlecht
1. Formelle Aspekte	1	2	3	4
1.1. Veranstaltungsort: Wie beurteilen Sie die Lage und die Ausstattung des gewählten Veranstaltungsortes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.2. Aufbau und Struktur: Wie beurteilen Sie den Aufbau und die Struktur des 1. Kursblocks?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.3. Themenauswahl: Wie beurteilen Sie ganz allgemein die festgelegten Themen für den 1. Kursblock?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.4. Fachkompetenz der Dozenten: Wie beurteilen Sie insgesamt die Fachlichkeit der Dozenten des 1. Kursblocks?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.5. Zeitraumen: Wie beurteilen Sie den Zeitumfang der für die angebotenen Themen zur Verfügung stand?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Abbildung 7: Evaluationsbogen Teil 1

[Quelle: Eigene Darstellung]

Danach wurden die Teilnehmenden nach ihrem Gesamturteil vom jeweiligen Kursmoduls befragt, was die nachfolgende Abbildung zeigt.

	Sehr gut	gut	schlecht	Sehr schlecht
2. Gesamtbewertung	1	2	3	4
2. Gesamturteil: Wie konnte der 1. Kursblock Ihre Erwartungen erfüllen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Abbildung 8: Evaluationsbogen Teil 2

[Quelle: Eigene Darstellung]

Im dritten Teil des Evaluationsbogens wurde jeder Vortrag einzeln hinsichtlich seiner Qualität abgefragt. Dies betrifft zum einen die Gesamtqualität des jeweiligen Vortrags, zum anderen wurde abgefragt, welche Relevanz der Vortrag für die praktische Arbeit mit Geflüchteten sowie die Vernetzung vor Ort aufweist.

	Sehr gut	gut	schlecht	Sehr schlecht
	1	2	3	4
3. Relevanz / Beurteilung der einzelnen Module				
3.1. Interprofessionelle Zusammenarbeit: Dozent A				
Insgesamt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für die Arbeit mit Geflüchteten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für die Vernetzung vor Ort	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.2. Hintergrund, medizinische Versorgung von Asylsuchenden: Dozent B				
Insgesamt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für die Arbeit mit Geflüchteten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für die Vernetzung vor Ort	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.3. Interkulturelle Kompetenz: Dozent C				
Insgesamt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für die Arbeit mit Geflüchteten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für die Vernetzung vor Ort	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.4. Gesundheitssysteme in anderen Ländern: Dozent D				
Insgesamt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für die Arbeit mit Geflüchteten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für die Vernetzung vor Ort	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Abbildung 9: Evaluationsbogen Teil 3

[Quelle: Eigene Darstellung]

Was die demographischen Angaben betrifft, so wurde zwischen Medizinern und anderen Berufsgruppen unterschieden. Sofern ein Teilnehmer sich nicht als Mediziner deklariert hatte, war dessen Befragung abgeschlossen. Lediglich die Ärzte unter den Teilnehmern wurden weitergehend befragt. Diese sollten zusätzliche Angaben zur Lage und dem Personal ihrer Praxis machen, wie die nachfolgende Abbildung zeigt.

4. Demographie	
4.1. Welches Geschlecht haben Sie?	<input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich
4.2. Wie alt sind Sie? Jahre alt
4.3. Welcher Berufsgruppe gehören Sie an?	<input type="radio"/> Arzt/Ärztin <input type="radio"/> Sonstige Berufsgruppe welche?
4.4. Weitere Auskünfte bei Berufsgruppe Arzt/Ärztin:	<ul style="list-style-type: none"> • Wo liegt Ihre Praxis? <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> eher auf dem Land (dünn besiedelt) <input type="radio"/> in einer Stadt (>10 000 Einwohner) • Wie viele Ärzte und MFAs sind in Ihrer Praxis tätig? <ul style="list-style-type: none"> Anzahl Ärzte: Anzahl MFAs:

Abbildung 10: Evaluationsbogen Teil 4

[Quelle: Eigene Darstellung]

Der letzte Teil des Evaluationsbogens wurde bewusst offen gestaltet, so dass die Teilnehmenden im Rahmen von Schlussbemerkungen ihre individuellen Empfehlungen und Wünsche zum Ausdruck bringen konnten.

5. Schlussbemerkungen
Ihre Anmerkungen bzw. Empfehlungen:

Abbildung 11: Evaluationsbogen Schlussbemerkung

[Quelle: Eigene Darstellung]

Fragen zum Veranstaltungsort und den Motivationsgründen für die Kursteilnahme wurden nur einmalig im Rahmen des ersten Kursmoduls bei der Abfrage gestellt.

Das Ausfüllen der Fragebögen konnte anonym in den Kursräumen durchgeführt werden, wobei die ausgefüllten Bögen der Befragten bei Abgabe in einen großen Briefumschlag gesteckt wurden, sodass eine anschließende Zuordnung nicht mehr möglich war.

Die Evaluationsbögen wurden am Ende eines jeden Kursmoduls durchnummeriert und digitalisiert. Eine selektive Auswertung nach einzelnen Vortragsthemen oder einzelnen Referenten wurde von Anfang an ausgeschlossen, da hierdurch eine namentliche Rückverfolgbarkeit auf Vortragende möglich gewesen wäre. Aus datenschutzrechtlichen

Gründen hätte dies der Zustimmung aller Referenten bedurft. Da der Fokus der vorliegenden Arbeit auf der Evaluation der Module und ihrer jeweiligen Themenschwerpunkte liegt, wurden alle Vorträge eines jeweiligen Moduls zusammengefasst und einer kumulierten Auswertung zugeführt.

Die Datenauswertung wurde mit der Auswertungssoftware IBM SPSS Version 25 vorgenommen.

2.4.2 Qualitative Evaluation: Fokusgruppendifkussion

- **Entwicklung des Interviewleitfadens**

Im Anschluss an das vierte und letzte Modul eines Kurses wurde mit Teilnehmenden eine Fokusgruppendifkussion durchgeführt, um die erlebte Fortbildungsveranstaltung einerseits gemeinsam reflektieren zu können und um andererseits zusätzliche Einschätzungen und Anregungen zu Kursinhalt und Didaktik genannt zu bekommen.

Inhaltlich basiert der Interviewleitfaden auf den Erkenntnissen der beiden Online-Befragungen und der wissenschaftlichen Literatur zur Fortbildungsthematik bei Geflüchteten. Er wurde für alle drei Fokusgruppeninterviews verwendet.

Der nachfolgende Interviewleitfaden diente im Fokusgruppeninterview als strukturierendes Element. Hierzu wurden fünf offene Fragen formuliert, welche in allen drei Fokusgruppeninterviews – wenn auch in anderer Reihenfolge – an die Teilnehmer gestellt wurden. Darüber hinaus wurden sogenannte Sub-Fragen bzw. Vertiefungsfragen formuliert, mit denen im Bedarfsfall zur Beantwortung der eigentlichen Kernfrage weiter ins Detail gegangen werden konnte (siehe Tab. 1).

Tabelle 1: Interviewleitfaden Fokusgruppendifkussion

[Quelle: Eigene Darstellung]

Nr.	Frage	Erwartete Aspekte	Vertiefungsfragen
1.	Welches vorläufige Resümee ziehen Sie aus dem Kurs „Bedarfe von Migranten erkennen“?	- Relevanz für den Berufsalltag - Beurteilung der Kursinhalte	Was hat Sie am meisten interessiert? Was waren für Sie die wichtigsten Themenbereiche? Und warum?
2.	Welche Unterstützung brauchen Sie, um eine gute gesundheitliche Versorgung von MigrantInnen sicherstellen zu können?	- Verbesserungen - Potentiale	Worauf legen Sie besonderen Wert? Warum ist dieser Punkt so wichtig? Was würde sich dadurch in Ihrem Berufsalltag verbessern?

3.	Wobei kann ein Kurs wie dieser dabei helfen?	Anregungen: - zur Ausschreibung - zur Durchführung - zum Inhalt - zur Qualität	Wie sollte ihre Anregung praktisch umgesetzt werden? Haben Sie konkrete Vorschläge? Welche weiteren Themen sollte der Kurs noch aufnehmen?
4.	Was könnten multiprofessionelle Praxisteams bewirken?	- Einschätzung	Wie könnten sich diese Praxisteams am besten miteinander vernetzen? Welche Zielgruppen sollten direkt angesprochen werden? Und warum?
5.	Gibt es darüber hinaus noch etwas, was Sie gerne ansprechen wollen?	Offen	Können Sie das genauer ausführen?

• **Rekrutierung der Diskussionsteilnehmer**

Für die Interviewrunde wurden die Kursteilnehmenden zu Beginn eines jeden dritten Moduls zu einer Teilnahme eingeladen. Ziel war es, ein möglichst breites Spektrum der Kursteilnehmenden abzubilden, in welchem sich alle unterschiedlichen Berufsgruppen nachfolgender Tabelle wiederfinden sollten.

Tabelle 2: Teilnehmende Berufsgruppen bei den Fokusgruppendifkussionen

[Quelle: Eigene Darstellung]

Fokusgruppendifkussion 1 FGD 01 – 09.06.2018 (46 min.)	Fokusgruppendifkussion 2 FGD 02 – 10.11.2018 (44 min.)	Fokusgruppendifkussion 3 FGD 03 – 11.05.2019 (43 min.)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hausarzt/-ärztin ▪ Hausarzt/-ärztin ▪ Hausarzt/-ärztin ▪ Kinderarzt/-ärztin ▪ Arzt / Ärztin ▪ Krankenschwester ▪ MFA ▪ Ehrenamtliche/r ▪ Sozialpädagoge/in 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kinderarzt ▪ Hausarzt/-ärztin ▪ Hausarzt/-ärztin ▪ Hausarzt/-ärztin ▪ Allgemeinarzt/-ärztin ▪ PTA ▪ Krankenschwester ▪ Krankenschwester ▪ MFA ▪ MFA ▪ Sozialarbeiter/in ▪ Ehrenamtliche/r 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arzt/Ärztin f. Gynäkologie ▪ Allgemeinarzt/-ärztin ▪ Kinderarzt/-ärztin ▪ Kinderarzt/-ärztin ▪ Hausärztin / Internistin ▪ Arzt /Ärztin ▪ Arzt / Ärztin ▪ Arzt / Ärztin für Innere M. ▪ MFA ▪ MFA ▪ MFA ▪ MFA ▪ MFA ▪ MFA ▪ Altenpfleger/in
Σ = 9 Teilnehmende	Σ = 12 Teilnehmende	Σ = 14 Teilnehmende
Gesamt: 12 Personen	Gesamt: 14 Personen	Gesamt: 16 Personen

- **Durchführung der Fokusgruppendifkussion**

Die Fokusgruppendifkussion erfolgte immer im Anschluss an das dritte Kursmodul. Es wurde keine formale Teilnehmerbegrenzung festgelegt, sondern die Kapazität pragmatisch gehandhabt.

Alle Fokusgruppeninterviews wurden mit einem Diktiergerät Olympus WS 853 digital als MP3-Dateien aufgenommen und im Anschluss wortwörtlich transkribiert.

- **Auswertung der Fokusgruppendifkussion**

Die Aussagen der Kursteilnehmenden lagen in Form eines Fließtextes vor und wurden anschließend mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring mit dem Programm MAXQDA ausgewertet. (Siehe Abbildung 12)

Um ein hohes Maß an Anonymität zu gewährleisten, wurde den Teilnehmenden eine Kennzahl zugeordnet, welche im Rahmen der Transkriptionen verwendet wurde. Im anschließend ausgefertigten Fließtext war eine Zuordnung der Aussagen daher nur noch über diese Kennzahl möglich, was ebenso für die qualitative Auswertung mithilfe der Auswertungssoftware MAXQDA gilt – Rückschlüsse auf die Aussagen der einzelnen Teilnehmenden sind somit ohne die Pseudonymisierungsliste ausgeschlossen.

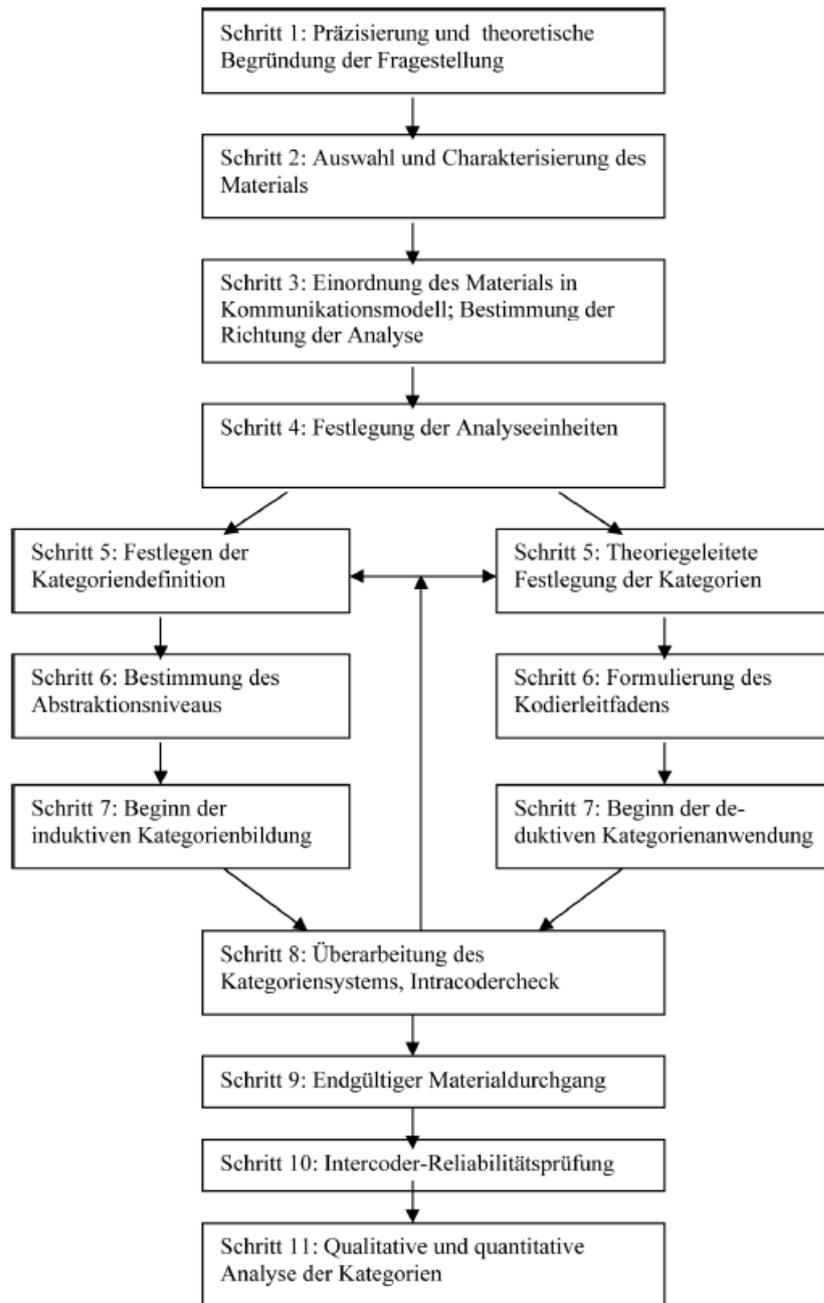


Abbildung 12: Prozess qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring
[Quelle: Mayring, 2015, S. 601]

3 Ergebnisse

3.1 Online-Fragebogen: Bestandsaufnahme der medizinischen Leistungsanbieter

Zunächst werden die aus den Online-Befragungen aus dem Jahr 2016 und dem Jahr 2018 generierten Ergebnisse vorgestellt – eine detaillierte Auswertung der beiden Online-Befragungen befindet sich im Anhang der Arbeit unter Punkt 2.1. Wie bereits in Kapitel 2 dargelegt, variieren die beiden Fragebögen der Jahre 2018 und 2016 an einigen Stellen. Neben sich überschneidenden Fragestellungen existieren auch gezielte Abänderungen, welche sich aufgrund des Erkenntnisgewinns der vergangenen zwei Jahre ergeben haben.

Die Auswertung der beiden Online-Befragungen wurden gemeinsam dargestellt (vgl. Anhang: Tabellen 9-21), so dass sich aus diesen Gesamtergebnissen nachvollziehbare Schlussfolgerungen für die inhaltliche Konzeptionierung der Fortbildungskurse ableiten lassen. Wie der Abbildung 13 entnommen werden kann, lag die Teilnahmequote bei der Online-Befragung im Jahr 2016 – unmittelbar nach der Flüchtlingswelle – noch bei 15% (n=183), wohingegen sie zwei Jahre später auf lediglich 3% (n=38) sank.

Insgesamt ist damit die Bereitschaft der Allgemeinärzte zur Teilnahme an einer zweiten Online-Befragung zur Flüchtlingsthematik deutlich zurückgegangen.

Insgesamt haben in der Studie aus dem Jahr 2018 44 Teilnehmende den Online-Fragebogen gestartet, wobei sechs diesen nicht vollständig ausgefüllt haben. Somit konnten am Ende 38 gültige Fragebögen für die Studie gewonnen werden.

Die Teilnehmer der Studie des Jahres 2018 und 2016 verteilen sich ähnlich auf die verschiedenen Landkreise im Regierungsbezirk Tübingen in Baden-Württemberg. Die meisten teilnehmenden Ärzte kamen in beiden Befragungen aus dem Landkreis Reutlingen (2018: 24%; n=9 / 2016: 21%; n=38). Die wenigstens kamen in beiden Jahren aus dem Landkreis Zollernalb (2018: 3%; n=1 / 2016: 4%; n=7). In beiden Befragungen waren Teilnehmende aus allen acht Landkreisen und dem Stadtkreis Ulm vertreten.

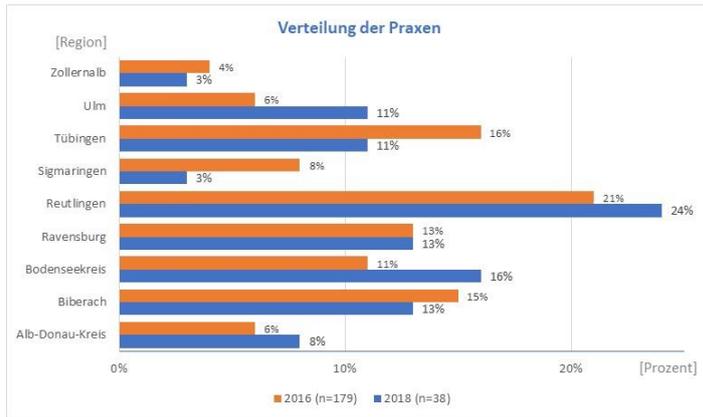


Abbildung 13: Teilnehmende Arztpraxen im Regierungsbezirk Tübingen – im Vergleich
[Quelle: Eigene Darstellung nach Tabelle 18]

An der ersten Befragung nahm ein deutlich höherer Anteil an Praxen aus dem ländlichen Bereich teil (2018: n=6 (16%) / 2016: n=70 (39%)).

Fast zwei Drittel der Befragten kamen in beiden Jahren aus Arztpraxen mit mehr als 1.000 Krankenscheinen pro Quartal (2018: 68%; n=25 / 2016: 60%; n=103).

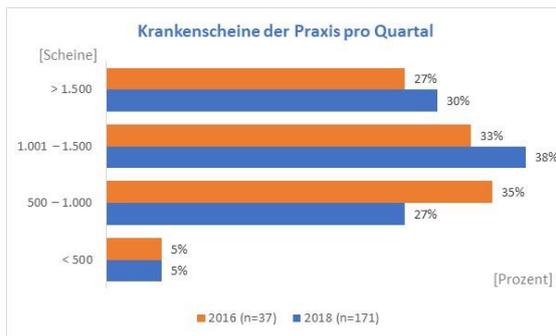


Abbildung 14 Teilnehmende Arztpraxen nach Krankenscheinen pro Quartal – im Vergleich
[Quelle: Eigene Darstellung nach Tabelle 20]

Im Jahr 2018 gaben über drei Viertel (2018: 81%; n=30) der Befragten an, dass in ihrer Praxis bis zu zwei Ärzte tätig sind. Nur in 5% der Praxen waren mehr als 3 Ärzte tätig. Im Jahr 2016 wurden die Teilnehmenden nicht danach gefragt.

Die Variablen Alter und Geschlecht wurden im Jahr 2016 auch aus Gründen des Datenschutzes nicht erhoben und im Jahr 2018 wurde von 79% der Befragten hierzu keine Angabe gemacht, so dass auf Grundlage einer so schwachen Datenbasis keine Auswertung vorgenommen wurde.

Die teilnehmenden Ärzte aus der Region wurden im Jahr 2018 deutlich häufiger von Geflüchteten aufgesucht als noch zwei Jahre zuvor. Während im Jahr 2016 noch 54% der

Befragtenangaben, mehrmals pro Woche bis täglich von Geflüchteten in der Arztpraxis aufgesucht zu werden, waren es im Jahr 2018 bereits 82% der Befragten.

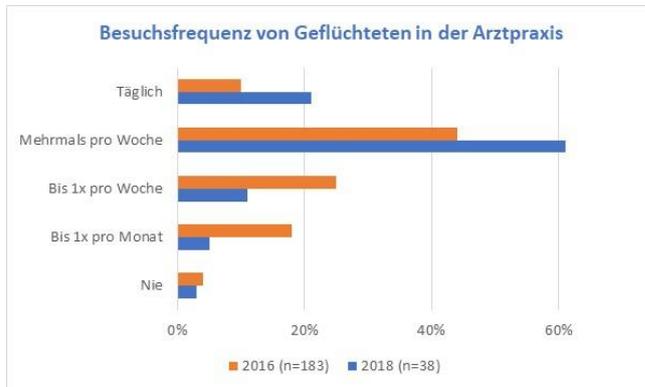


Abbildung 15: Konsultationshäufigkeit von Geflüchteten in der Arztpraxis – im Vergleich
[Quelle: Eigene Darstellung nach Tabelle 9 im Anhang]

Die Motivation des Praxisteams für die Versorgung von Geflüchteten ist unter den teilnehmenden Arztpraxen nach wie vor sehr hoch. Im Jahr 2016 bescheinigten 53% (n=96) der Befragten ihrer Praxis eine hohe bis sehr hohe Motivation und im Jahr 2018 mehrheitlich 59% (n=22) der Befragten (siehe Tabelle 15).

Die Konfrontation der Ärzte mit ausgefallenen oder seltenen Erkrankungen hat sich innerhalb von zwei Jahren verringert. Während im Jahr 2016 noch 78% der Befragten angaben, diese nie oder selten in ihrer Praxis zu sehen, waren es im Jahr 2018 nur noch 52% der Mediziner (siehe Abbildung 16).

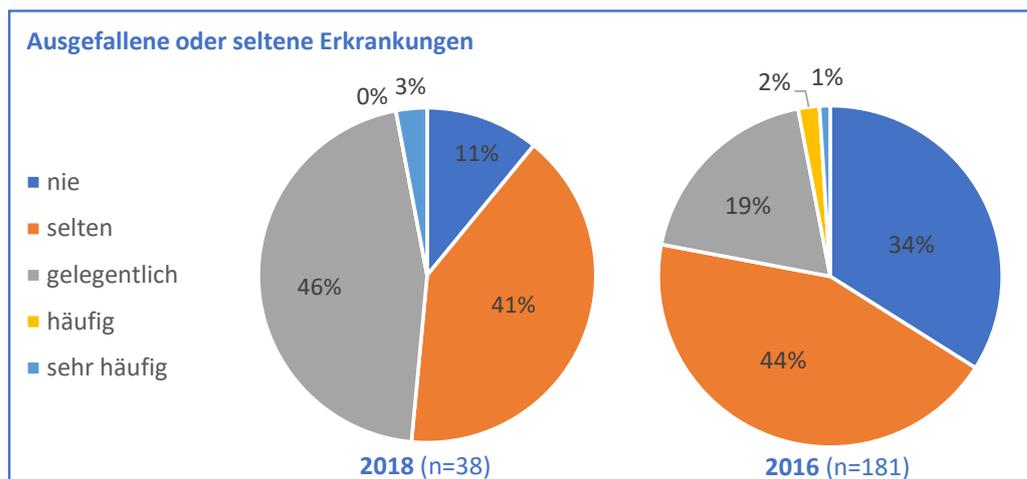


Abbildung 16: Auftreten von unbekanntem Krankheiten bei Geflüchteten – im Vergleich
[Quelle: Eigene Darstellung nach Tabelle 11]

Dagegen haben die psychischen oder posttraumatischen Störungen bei Geflüchteten zugenommen. Während sich im Jahr 2016 nur 48% der Ärzte damit beschäftigen mussten, sind dies im Jahr 2018 bereits 68% der Teilnehmenden die angaben, häufig bis sehr häufig damit konfrontiert zu werden.

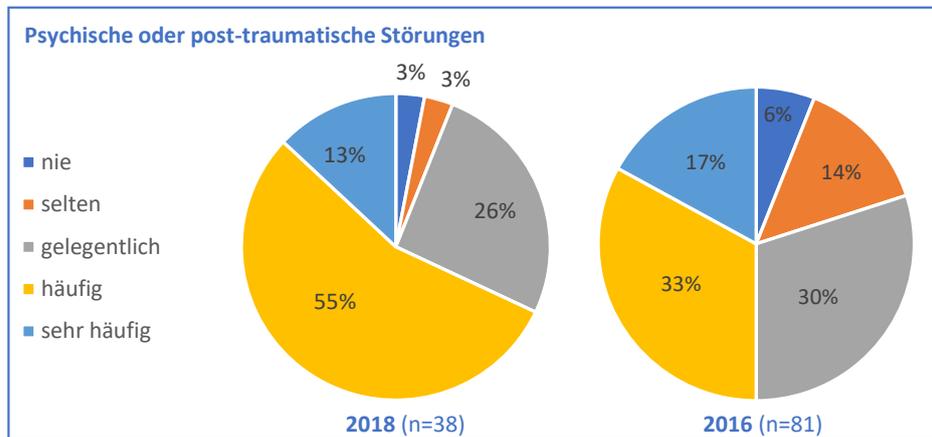


Abbildung 17: Auftreten pathologische Störungen bei Geflüchteten – im Vergleich
[Quelle: Eigene Darstellung nach Tabelle 11]

Der erhöhte Zeitaufwand, welcher mit der Behandlung und der administrativen Verwaltung von Geflüchteten einhergeht, hat sich innerhalb von zwei Jahren von 36% auf 74% in der Kategorie „sehr häufig“ verdoppelt. Die medizinische Betreuung dieses Patientenklientel ist demnach sehr zeitintensiv (siehe Abbildung 18). Im Jahr 2016 gaben noch dreiviertel der teilnehmenden Ärzte eine häufige bis sehr häufige Belastung durch einen erhöhten Zeitaufwand für Geflüchtete an. Dagegen sind es im Jahr 2018 in Summe 98% der befragten Mediziner.

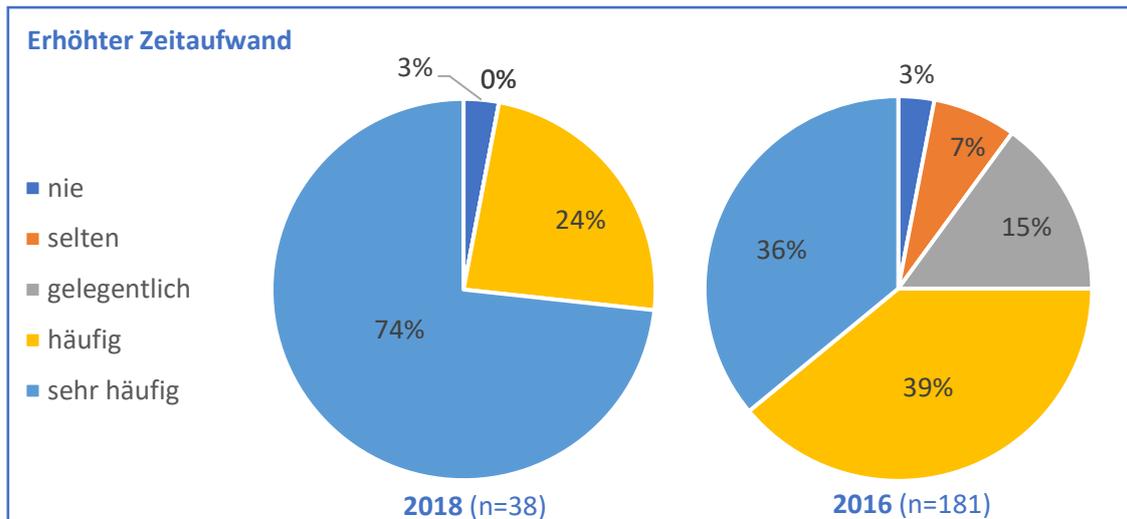


Abbildung 18: Zeitliche Beanspruchung durch Geflüchtete – im Vergleich

[Quelle: Eigene Darstellung nach Tabelle 11]

Die befragten Hausärzte aus beiden Befragungen gaben an, dass knapp ein Drittel der Geflüchteten nie oder selten Termine einhalten würden (2018: 31% / 2016: 32%). Im Jahr 2016 wurde den Geflüchteten mit 45% eine häufige bis sehr häufige Einhaltung von Arztterminen konstatiert. Bei der zweiten Befragung sank dieser Wert auf 37%.

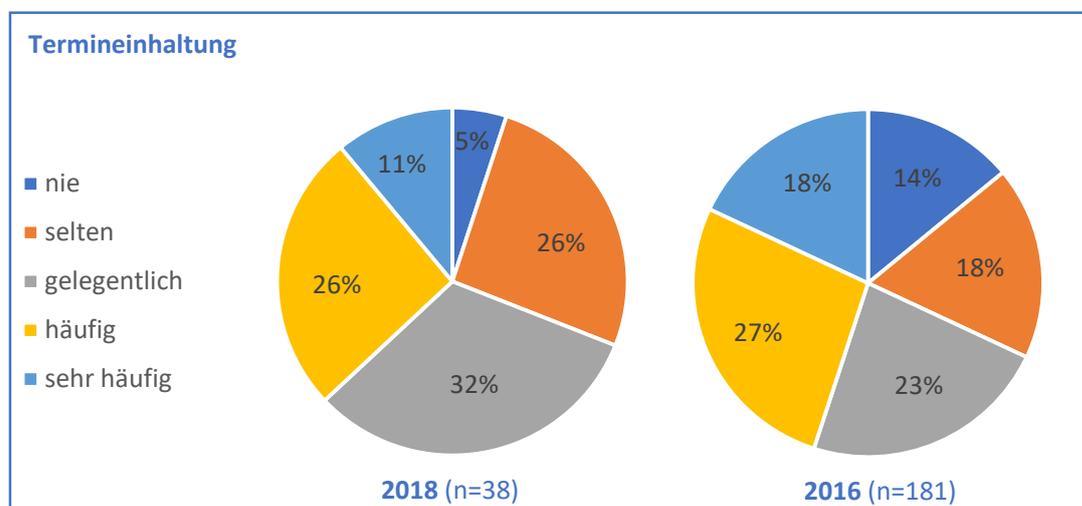


Abbildung 19: Wahrnehmung von Terminen durch Geflüchtete – im Vergleich

[Quelle: Eigene Darstellung nach Tabelle 11]

Die vorhandenen Sprachprobleme oder die Verfügbarkeit eines adäquaten Dolmetschers waren schon im Jahr 2016 für 80% der Ärzte ein häufiges bis sehr häufiges Problem.

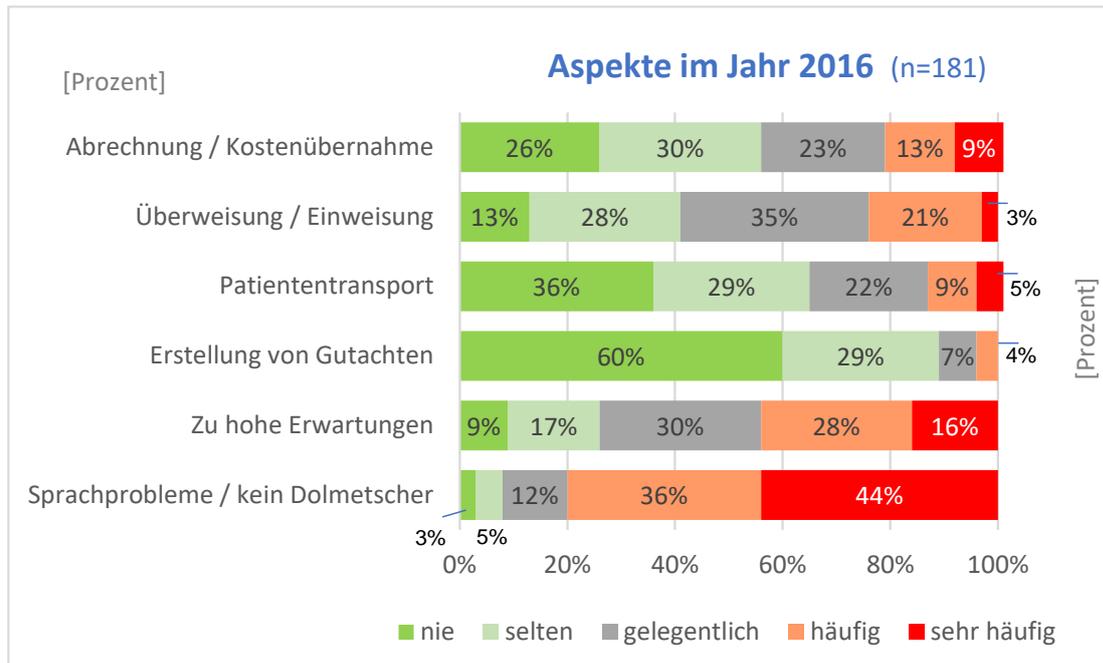


Abbildung 20: Herausforderungen bei der Behandlung von Geflüchteten

[Quelle: Eigene Darstellung nach Tabelle 11]

Bereits im Jahr 2016 hat sich aus der Online-Befragung ergeben, dass die Erstellung von Gutachten (89%), der Patiententransport (65%) von Geflüchteten sowie deren Überweisung beziehungsweise Einweisung (41%) und deren Kostenabrechnung (56%) nie oder selten ein Problem für die befragten Mediziner darstellte (siehe Abbildung 20). Um den Fragebogen zu kürzen, wurde im Jahr 2018 auf diesbezügliche Fragen verzichtet.

Aus Sicht der befragten Ärzte hat sich die Erwartungshaltung der Geflüchteten an die ärztliche Leistung seit dem Jahr 2016 noch verstärkt. Sowohl im Jahr 2016 als auch im Jahr 2018 wurde nach den Herausforderungen bei der Behandlung von Geflüchteten gefragt.

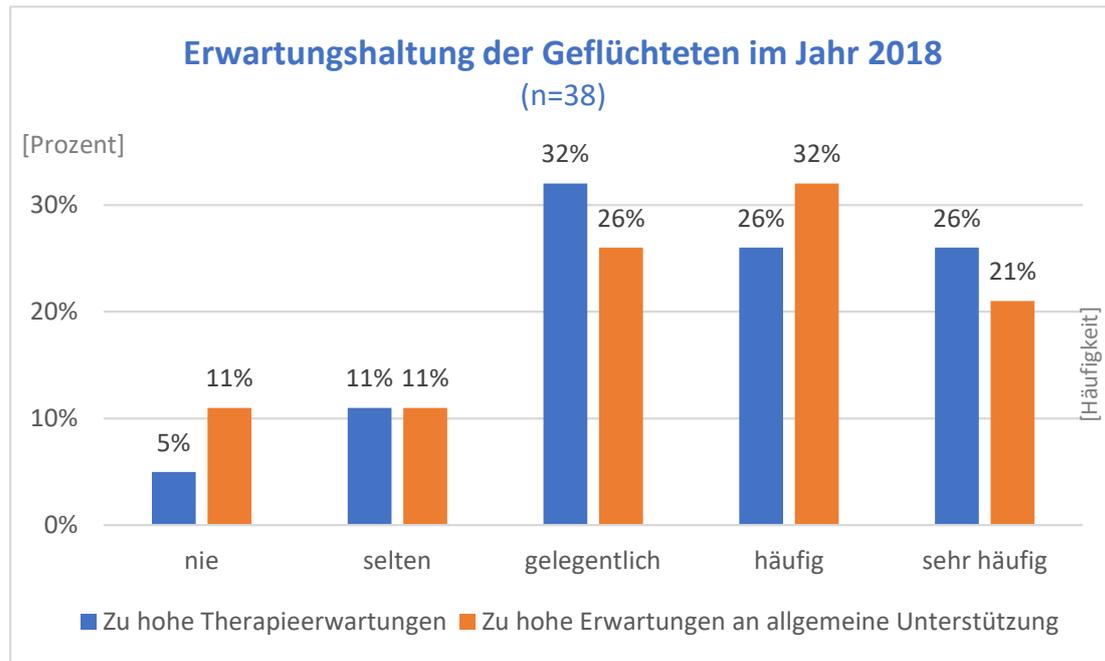


Abbildung 21: Erwartungsdimension bei Geflüchteten

[Quelle: Eigene Darstellung nach Tabelle 11]

Bei der ersten Online-Befragung gaben noch 44% der Mediziner an, häufig oder sehr häufig mit hohen Erwartungen von Geflüchteten konfrontiert zu werden (siehe Abbildung 20). Im Jahr 2018 kritisierte ein mehrheitlicher Anteil der Befragten die zu hohen Erwartungen sowohl an die Therapie (52%) als auch an die allgemeine Unterstützung (53%) seitens der Geflüchteten (siehe Abbildung 21).

Wie aus der Online-Befragung des Jahres 2018 hervorgeht, beurteilte über die Hälfte der befragten Ärzte die gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten als gut bis sehr gut (57%). Dies gilt ebenfalls für die Unterstützung durch Ehrenamtliche (50%). Demgegenüber war nur rund ein Drittel (31%) der Mediziner mit der Unterstützung durch Sozialarbeiter zufrieden. Und in zwei Dritteln der Fälle (65%) wurde die Arbeit von Übersetzenden als unzureichend bis schlecht eingestuft (siehe Tabelle 8).

Im Jahr 2016 wurden die teilnehmenden Ärzte um eine Bewertung von sechs vorgegebenen Optimierungspotentialen gebeten, welche ihnen den Berufsalltag im Umgang mit Geflüchteten erleichtern könnten. Auf einer Skala von 1 bis 6 nach dem Schulnotenprinzip sollte die Wichtigkeit des jeweiligen Kriteriums bewertet werden. Anhand des ermittelten arithmetischen Mittelwertes ergibt sich eine Rangfolge. So stand im Jahr 2016 die Verfügbarkeit eines kompetenten Dolmetschers an erster Stelle. Mit geringerer Bedeutung

wurden andere Optimierungspotentiale wie Richtlinien oder einfachere Genehmigungswege eingestuft. Eine spezielle Sprechstunde für Geflüchtete war den Befragten am unwichtigsten (siehe Abbildung 22).

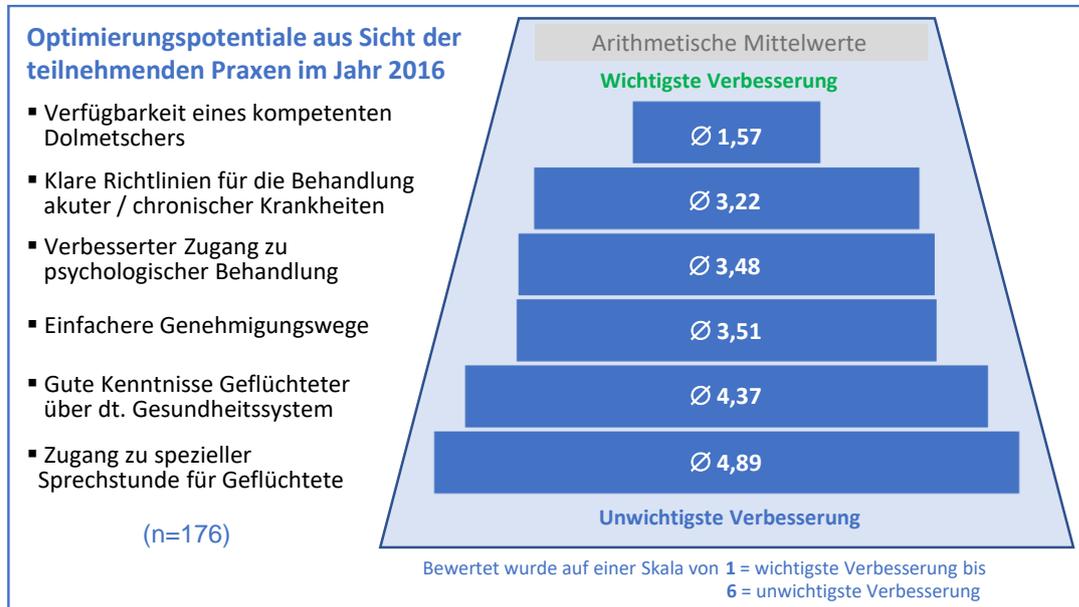


Abbildung 22: Verbesserungspotentiale im Umgang mit Geflüchteten im Praxisalltag – Rangfolge
[Quelle: Eigene Darstellung nach Tabelle 12]

In der Befragung aus dem Jahr 2016 wurde nach der subjektiven Einschätzung der teilnehmenden Praxen gefragt, welche Verbesserungsvorschläge sie für wichtig oder eher unwichtig empfanden.

Als Lösungsansätze wurden im Jahr 2018 medizinische Übersetzungs-Apps mit Illustrationen vorgeschlagen, da nahezu jeder Geflüchtete auch ein Smartphone besitzt. Zudem wären standardisierte Bildtafeln für eine Basisverständnis hilfreich, mit deren Hilfe – unabhängig von der Nationalität und etwaigen Sprachbarrieren – eine indikationsorientierte Kommunikation anhand von Abbildungen möglich wäre (siehe Tabelle 13).

Für die direkte Übersetzung könnten fremdsprachige Medizinstudenten oder fremdsprachige Krankenpfleger als Dolmetscher eingesetzt werden. Ideal wäre eine Hotline während den üblichen Sprechstundenzeiten, welche Ärzte bei akutem Bedarf kontaktieren könnten, um sich direkt einen verfügbaren Übersetzer aus dem Dolmetscher-Pool vermitteln zu lassen (siehe Tabelle 14).

Für ein besseres Verständnis und eine Erhöhung der Compliance bei Geflüchteten wären Medikamentenpläne in allen benötigten Sprachen mit Illustrationen der jeweiligen

Einnahme beziehungsweise Applikation ein geeignetes Tool, welches die befragten Ärzte gerne einsetzen würden. Darüber hinaus wären Aufklärungsbroschüren über das deutsche Gesundheitswesen und die Funktion des Hausarztes als „Gatekeeper“ und Zuweiser für Fachärzte wünschenswert, um die medizinische Betreuung von Geflüchteten aus Sicht der Ärzte zu optimieren (siehe Tabelle 14).

Bereits im Jahr 2016 standen die an der Befragung teilnehmenden Ärzte vor diversen Herausforderungen. So gaben sie an, auf die Krisenbewältigung unzureichend vorbereitet zu sein, sich bürokratischen Hindernissen und Kommunikationsproblemen mit Geflüchteten als Patienten ausgesetzt zu sehen, vorhandene Traumata bei den Geflüchteten nicht immer richtig diagnostizieren und therapieren zu können und das ehrenamtlichen Personen ebenfalls komplett überlastet seien. (siehe Tabelle 15)

Bei der Befragung im Jahr 2018 gaben zwei Drittel (66 %) der Ärzte an, dass ihre Praxis einen Fortbildungsbedarf im Zusammenhang mit der ärztlichen Versorgung von Geflüchteten hat (siehe Tabelle 17).

Die Teilnehmenden der Befragung des Jahres 2018 gaben hinsichtlich ihrer Fortbildungsbedarfs an, dass ihnen weitere Wissensvermittlung zu den Themen „posttraumatische Folgestörungen“ (23%), „Umgang mit Krankheiten anderer Kulturen“ (22%) und das „Rollenverständnis der Frau in anderen Kulturen und anderen vulnerablen Gruppen“ (18%) sowie „rechtliche Aspekte“ (17%) im Umgang mit Geflüchteten überaus wichtig wären (siehe Abbildung 23).

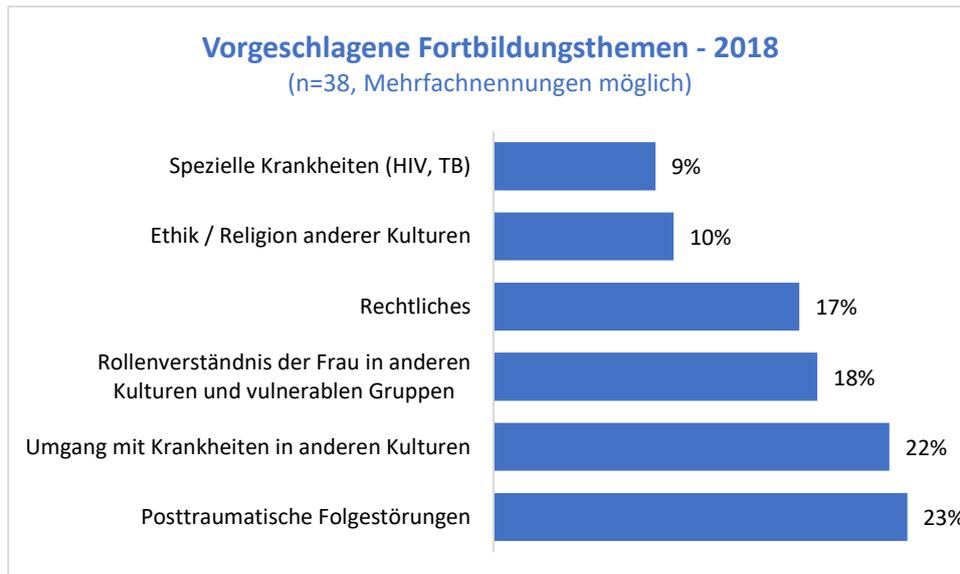


Abbildung 23: Bewertung von potentiell vorgegebenen Fortbildungsthemen

[Quelle: Eigene Darstellung nach Tabelle 17]

Die Themenbereiche „Ethik/Religion anderer Kulturen“ sowie „Spezielle Krankheiten“ waren hinsichtlich ihres präferierten Fortbildungsbedarfs von deutlich geringerer Relevanz.

Auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse aus beiden Online-Befragungen wurde eine Fortbildung mit jeweils vier thematisch unterschiedlichen Kursmodulen konzipiert, von der die ersten drei evaluiert wurden (Abb. 24).

1. Kurs – Sommer 2018	2. Kurs – Herbst 2018	3. Kurs – Frühjahr 2019
Modul 1: 18.04.2018 Hintergrund & mentale Gesundheit <ul style="list-style-type: none"> Fakten zur aktuellen Lage Interkulturelle Kompetenz Gesundheitssysteme Interprofessionelle Zusammenarbeit Psychische Probleme 	Modul 1: 26.09.2018 Hintergrund & mentale Gesundheit <ul style="list-style-type: none"> Medizinische Versorgung von Geflüchteten Psychische Probleme Gesundheitssysteme Interkulturelle Kompetenz 	Modul 1: 06.03.2019 Hintergrund & mentale Gesundheit <ul style="list-style-type: none"> Asylverfahren: Ablauf und rechtliche Aspekte Gesundheitssystemen in anderen Ländern Interkulturelle Kompetenz Workshop Teil 1
Modul 2: 16.05.2018 Medizinische Herausforderungen <ul style="list-style-type: none"> HIV und andere STD Spezielle Gynäkologie Tuberkulose Nicht-übertragbare Krankheiten Dermatologische Probleme, andere Infektionen 	Modul 2: 10.10.2018 Medizinische Herausforderungen <ul style="list-style-type: none"> Spezielle Gynäkologie Impfungen Dermatologische Probleme, andere Infektionen Tuberkulose 	Modul 2: 10.04.2019 Medizinische Herausforderungen <ul style="list-style-type: none"> HIV (und andere STD) Spezielle Gynäkologie Tuberkulose Nicht-übertragbare Krankheiten Dermatologische Probleme, andere Infektionen
Modul 3: 09.06.2018 Vernetzung & Zusammenarbeit <ul style="list-style-type: none"> Rechtslage – juristische Probleme Unterstützung und Vernetzung Das interkulturelle Praxisteam – ein Workshop 	Modul 3: 10.11.2018 Vernetzung & Zusammenarbeit <ul style="list-style-type: none"> Rechtslage – juristische Probleme Unterstützung und Vernetzung Das interkulturelle Praxisteam – ein Workshop 	Modul 3: 11.05.2019 Vernetzung & Zusammenarbeit <ul style="list-style-type: none"> Rechtslage – juristische Probleme Unterstützung und Vernetzung Das interkulturelle Praxisteam – ein Workshop
Modul 4: 09.06.2018 Umgang mit vulnerablen Gruppen <ul style="list-style-type: none"> Impfungen und Prävention Interkulturelle Kommunikation am Beispiel Islam Psychosoziale Versorgung von jungen Migranten Frauen und Gender 	Modul 4: 10.11.2018 Umgang mit vulnerablen Gruppen <ul style="list-style-type: none"> Interkulturelle Kommunikation am Beispiel Islam Krankheits- und Rollenverständnis junger Migranten/innen HIV und sexuell übertragbare Erkrankungen Frauen und Gender 	Modul 4: 11.05.2019 Umgang mit vulnerablen Gruppen <ul style="list-style-type: none"> Impfungen und Prävention Frauen und Gender Krankheits- und Rollenverständnis junger Migranten/innen Interkulturelle Kommunikation am Beispiel Islam

Abbildung 24: Struktur, Modulaufbau und Inhalte der konzipierten Difäm-Kurse

[Quelle: Eigene Darstellung]

Auf Basis des jeweiligen Schwerpunktthemas wurden für jedes Kursmodul wiederum vier bis fünf inhaltlich unterschiedliche Themen mit erfahrenen Dozenten angesetzt, so dass allen Teilnehmenden mit der Veranstaltung ein möglichst breites und facettenreiches Wissensspektrum vermittelt werden konnte.

Die Fortbildungskurse richten sich vor allem an Berufsgruppen und Ehrenamtliche, die sich im medizinischen Alltag regelmäßig mit Geflüchteten auseinandersetzen. Aus diesem Grund sollte sowohl grundlegendes medizinisches Fachwissen als auch sozialrechtliche beziehungsweise interkulturelle Kenntnisse Gegenstand des Kursprogrammes sein. Es sollten Praktiken vermittelt werden, welche direkt bei der Behandlung von Geflüchteten angewandt werden können.

3.2 Evaluation der Fortbildungsveranstaltungen

Zwischen April 2018 und Mai 2019 wurden insgesamt drei Fortbildungsveranstaltungen durch das Difäm-Institut durchgeführt.

Die Bereitschaft zur Teilnahme an der Befragung per Evaluationsbogen war bei allen Kursteilnehmenden gegeben – die Quote lag somit bei 100%.

Bei einer Gesamtbetrachtung aller drei Kurse waren 88,5% der Teilnehmenden weiblich und das Durchschnittsalter lag bei 52,2 Jahren. 55,7% gehörten der Berufsgruppe der Ärzte an, die restlichen 44,3% zählten zu den sonstigen Berufsgruppen (siehe Tabelle 33).

Tabelle 3: Merkmale der Arztpraxen

[Quelle: Eigene Darstellung]

Merkmale der Arztpraxen				
	Kurs 1 Sommer 2018 (Module 1-4)	Kurs 2 Herbst 2018 (Module 1-4)	Kurs 3 Frühjahr 2019 (Module 1-4)	GESAMT
Lage der Praxis (Stadt vs. Land)	Stadt: n=19 (73,1%) Land: n=7 (26,9%)	Stadt: n=20 (83,3%) Land: n=4 (16,7%)	Stadt: n=29 (80,6%) Land: n=7 (19,4%)	Stadt: n=68 (79,1%) Land: n=18 (20,9%)
Tätige Ärzte pro Praxis (\bar{x} \tilde{x}, min., max.)	\bar{x} =2,4 \tilde{x} =2,5 min. 1 max. 4	\bar{x} =2,8 \tilde{x} =3,0 min. 2 max. 4	\bar{x} =2,7 \tilde{x} =2,0 min. 1 max. 7	\bar{x} =2,7 \tilde{x} =3,0 min. 1 max. 7
Tätige MFAs pro Praxis (\bar{x} \tilde{x}, min., max.)	\bar{x} =4,6 \tilde{x} =5,0 min. 2 max. 7	\bar{x} =6,2 \tilde{x} =6,0 min. 3 max. 10	\bar{x} =5,0 \tilde{x} =5,0 min. 2 max. 7	\bar{x} =5,3 \tilde{x} =5,0 min. 2 max. 10
Legende:				
<ul style="list-style-type: none"> • Es gab Kursteilnehmer, die zu einzelnen Fragen „keine Angabe“ gemacht haben • \bar{x}: Mittelwert, \tilde{x}: Median 				

Dazu gehörten Pflegende, medizinisch-technische Angestellte, medizinische Fachangestellte, Migrationsberatende und Sozialarbeitende (siehe Tabelle 34).

Zu den Merkmalen der Arztpraxen ist abschließend festzuhalten, dass sich insgesamt 79,1% der Praxen der Teilnehmenden in der Stadt befanden sowie im Durchschnitt 2,7 Ärzte und 5,3 MFAs pro Praxis tätig waren (siehe Tabelle 35).

3.3 Beurteilung auf Basis der Evaluationsbögen

3.3.1 Motivation zur Kursteilnahme

Wie Tabelle 4 zeigt, sind die Motivationsgründe für die Kursteilnahme vielfältig. So gaben die meisten Befragten ihre Arbeit mit Geflüchteten bzw. Migranten oder den täglichen Umgang mit Asylanten als Grund für die Kursteilnahme an.

Tabelle 4: Angegebene Beweggründe für eine Kursanmeldung – geclustert
 [Quelle: Eigene Darstellung nach Tabelle 23]

Anlass der Kursteilnahme		
Arbeitsalltagsverbesserung	Wissenserwerb	Impuls
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Optimierung der Praxisabläufe ▪ Verbesserung im Umgang mit Geflüchteten in der Praxis ▪ Verbesserung der Patientenversorgung ▪ Abbau von Verständnis- und Kommunikationsbarrieren ▪ Aufbau eines Netzwerkes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medizinisches Interesse ▪ Neugier, Inspiration ▪ Horizonterweiterung ▪ Vorbereitung für die freiberufliche Tätigkeit ▪ Austausch praktischer Erfahrungen ▪ Aufbau interkulturelle Kompetenz 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Information über Ärztekammer (E-Mail, Homepage) ▪ Ausschreibung im Internet (Difäm, Facebook, Robert-Bosch-Stiftung) ▪ Infolyer Difäm ▪ Empfehlung (Arbeitgeber, Freunde) ▪ Eigener Migrationshintergrund

Das Fehlen von interkulturellen Kompetenzen wird häufig genannt, weswegen sich der Praxisalltag mit Geflüchteten schwierig gestaltet.

Viele Teilnehmende sind an einem „Verstehen“ der Geflüchteten interessiert und sind auf der Suche nach Anregungen und Impulsen für den Umgang mit Geflüchteten. Dabei geht es darum, vorhandene Unsicherheiten abzubauen und bisheriges intuitives Agieren im ärztlichen Praxisalltag durch fachliches Hintergrundwissen beim Patientenumgang zu ersetzen. Durch den Aufbau interkultureller Kompetenz soll der Praxisalltag in seinen Abläufen erleichtert werden.

3.3.2 Bewertung der Kursstruktur und Inhalte

Bei einer Gesamtbetrachtung der Bewertung sämtlicher vier Module über alle drei Kurse bewerteten 63,7% der Teilnehmenden den Aufbau und die Struktur mit „sehr gut“, weitere 36,3% mit „gut“. Eine schlechtere Bewertung wurde daher von keinem der Teilnehmenden abgegeben (siehe Abbildung 25).

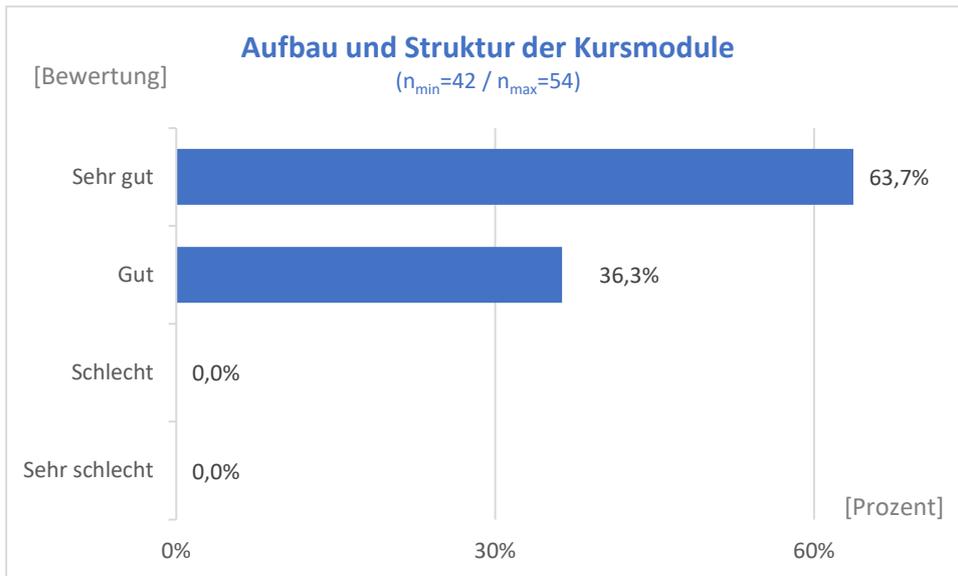


Abbildung 25: Gesamtbewertung aller Kursmodule durch die Teilnehmenden
[Quelle: Eigene Darstellung nach Tabelle 24]

Auch die angebotenen Themenangebote innerhalb der Module wurden insgesamt von 68,1% mit „sehr gut“ und von 31,4% mit „gut“ bewertet (siehe Tabelle 25). Wie der nachfolgenden Abbildung entnommen werden kann, hat der Kurs 1 durchschnittlich am besten bewertet.

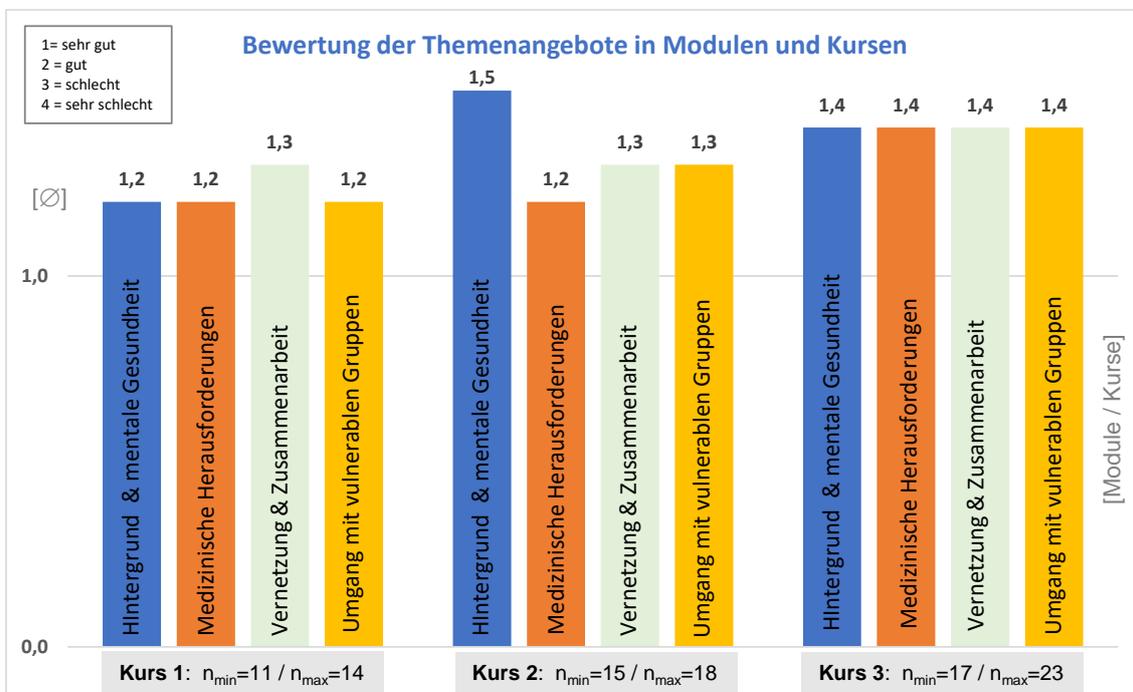


Abbildung 26: Durchschnittliche Bewertung der Kursmodule durch die Teilnehmer
(Skala: 1=sehr gut, 2=gut, 3=schlecht, 4= sehr schlecht) [Quelle: Eigene Darstellung nach Tabelle 25]

Was die Fachkompetenzen der Dozenten betrifft, so zeigt sich derselbe Trend: 79,2% bewerteten diese mit „sehr gut“, 20,3% mit „gut“ (siehe Tabelle 26). Die Tabellen 27 bis 31 zeigen, dass die Bewertungen „sehr gut“ und „gut“ auch überwiegend für die Aspekte

- Zur Verfügung stehender Zeitrahmen für die Vorträge (44,5% und 51,3%)
- Erfüllung der Erwartung der Kursteilnehmenden (59,0% und 41,0%) und
- Qualität aller Vorträge eines Moduls (68,0% und 29,8%)

zu einem vorherrschenden Anteil vergeben wurden.

3.3.3 Erfüllte Erwartungen

Bei den Erwartungen der Kursteilnehmer an die Kursinhalte schnitt das vierte Kursmodul mit 70,3% sehr guten Bewertungen gegenüber den anderen drei Modulen deutlich am besten ab (siehe Tabelle 28). Dies bestätigte sich auch bei der bewerteten Vortragsqualität über alle Vorträge hinweg, wo das vierte Modul von mehr als drei Viertel (75,6%) aller Kursteilnehmer mit „sehr gut“ eingestuft wurde (siehe Tabelle 29).

Hinsichtlich der Umsetzung der Vortragsinhalte für die anschließende Arbeit mit Geflüchteten vergaben insgesamt 96,3% der Befragten die Bewertung „gut bis sehr gut“. Und auch in dieser Bewertungskategorie schnitt das vierte Kursmodul erneut am besten ab, da 75,6% dieses mit sehr gut beurteilten. Die stärksten negativen Rückmeldungen gab im Anschluss an die beiden ersten Kursmodule. Im Anschluss an Kursmodul 1 bewerteten insgesamt 13 Teilnehmer aus allen Kursen die Umsetzbarkeit des Gelernten für ihre Arbeit als „schlecht bis sehr schlecht“, ebenso wie 13 Personen aus dem Kursmodul 2 (siehe Tabelle 30).

Die Fortbildungsinhalte waren für die meisten Teilnehmer und ihre geplante Vernetzung vor Ort sehr hilfreich. So vergaben 50,1% der Befragten die Bewertung „sehr gut“ und 40,9% „gut“. Dennoch konnten rund 10% der Befragten das vermittelte Wissen nur „schlecht“ bis „sehr schlecht“ für ihre Vernetzung vor Ort verwerten. Hierunter waren vor allem Ärzte und medizinisch-technische Angestellte, die zwar die Kursinhalte positiv bewerteten, aber trotzdem keinen Gewinn für ein verbessertes Networking im Praxisalltag darin erkennen konnten.

Vor allem das Kursmodul 1 mit der Thematik „Hintergrund und mentale Gesundheit“ verbuchte 12,5% schlechte und 0,5% sehr schlechte Bewertungen. Auch Kursmodul 2

wurde mit 6,1% schlecht und 3,9% sehr schlecht von den Teilnehmenden eingestuft (siehe Tabelle 31).

Ungeachtet dessen wurde die gesamten Veranstaltungen mehrheitlich von den Teilnehmern gelobt. Dies galt sowohl für die Auswahl der Referenten, das inhaltliche Themenangebot aber auch für die Veranstaltungsorganisation selbst. Die Difäm-Kurse wurden insgesamt als sehr informativ und die Fallbeispiele als sehr hilfreich eingestuft. Als besonders interessant wurden die Anmerkungen der Patientin und der Sozialarbeiterin aus dem Sudan hervorgehoben, die zur Thematik „Beschneidung, Schwangerschaft und Geburt“ gute Aufklärungsarbeit leisten konnte.

3.3.4 Verbesserungsvorschläge

Ungeachtet der insgesamt sehr positiven Bewertung der Fortbildungsveranstaltungen wurde angemerkt, dass mehr Zeit für die Themen insgesamt aber auch für den anschließenden Informationsaustausch eingeplant werden sollte. Vor allem die rechtlichen Aspekte waren nicht allen Teilnehmenden geläufig, so dass eine intensivere Auseinandersetzung an dieser Stelle wünschenswert gewesen wäre. (siehe Tabelle 32).

Als verbesserungswürdig wurden die zu schnelle Vortragsgeschwindigkeit, der zu knapp bemessene Zeitrahmen für wichtige Themen und die zu kurzen Pausen thematisiert. Darüber hinaus wurden mehr Fallbeispiele, ein Handout und mehr Zeit für Diskussionen und Fragen von den Teilnehmern vorgeschlagen. Die Themengebiete „Impfungen“, „Hauterkrankungen auf dunkler Haut“ und „Begrüßungsregeln“ sind nach Ansicht einiger Teilnehmer bei den Kursen zu kurz gekommen. Auch die Gesundheitssysteme anderer Länder, die Krankheiten anderer Kulturen und die ideale Weiterleitung dieses speziellen Patientenkontextes im Bedarfsfall sind Aspekte, die nach Ansicht einiger Teilnehmer bei zukünftigen Kursen Berücksichtigung finden sollten.

Auch der Wunsch nach mehr Kontakt unter den Teilnehmern und mehr Hinweise für die spätere Vernetzung – auch in Bayern – wurde seitens der Teilnehmer geäußert (siehe Tabelle 32). Die nachfolgende Übersicht fasst noch einmal die wesentlichen Punkte zusammen, die von den Teilnehmenden in den Anmerkungen aufgegriffen wurden.

Tabelle 5: Themenschwerpunkte in den Anregungen der Kursteilnehmer

[Quelle: Eigene Darstellung nach Tabelle 32]

Verbesserungsvorschläge – Empfehlungen – Hinweise – Lob – Kritik		
Formale Aspekte	Inhaltliche Aspekte	Organisatorische Aspekte
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Themengewichtung ▪ Vortragsgeschwindigkeit ▪ Vortragslautstärke ▪ Schriftgröße der Präsentationen ▪ Zeitrahmen ▪ Unterlagen (Handout) ▪ Umfang einzelner Themen ▪ Verwendung von Anglizismen ▪ Informationsdichte 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informationsgehalt ▪ Interkulturelle Kompetenz ▪ Objektivität der Dozenten ▪ Themenauswahl ▪ Themenrelevanz für den Praxisalltag ▪ Fallbeispiele ▪ Interdependenz zwischen Krankheit und Kultur ▪ Workshop-Stellenwert 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dozentenauswahl ▪ Terminierung der Veranstaltung (z.B. Abend) ▪ Pausendauer ▪ Kulinarisches Angebot ▪ Möglichkeiten der Vernetzung ▪ Veranstaltungsqualität

Was die Beurteilung der Lage und der Ausstattung des Veranstaltungsortes betrifft, so gaben insgesamt 53,9% der Kursteilnehmer die Bewertung „sehr gut“ ab und weitere 44,7% die Bewertung „gut“ (siehe Tabelle 22).

3.4 Ergebnisse aus den Fokusgruppendifkussionen

In der vorliegenden wissenschaftlichen Arbeit wurde das Material sowohl in Ober- als auch in Unterkategorien eingeordnet, was dem nachfolgendem Codesystem entnommen werden kann.

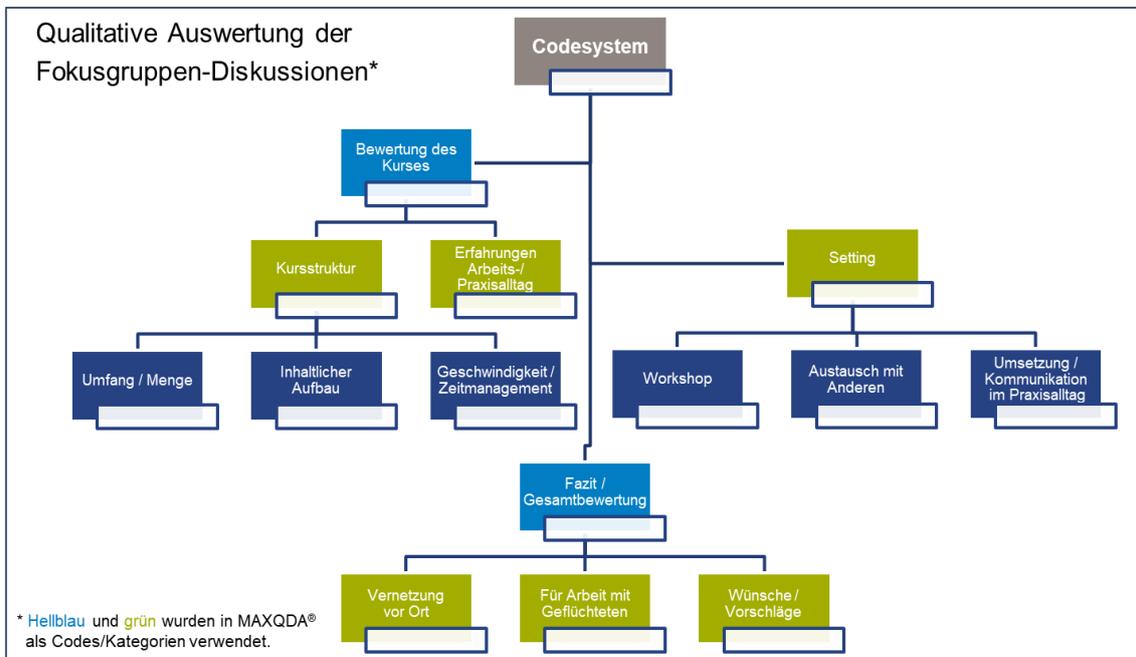


Abbildung 27: Codesystem für die MAXQDA-Auswertung der Fokusgruppeninterviews
[Quelle: Eigene Darstellung]

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Struktur und die Auswertung des Codeplans der Fokusgruppen-Diskussion, welche im Anschluss an das vierte Modul eines jeden der drei Kurse durchgeführt wurde.

Tabelle 6: Verteilung der Codes und Subcodes nach Häufigkeiten
[Quelle: Eigene Darstellung]

Codes	Subcodes	Häufigkeit (n)
1. Kursstruktur		43
	▪ Geschwindigkeit / Zeitmanagement	6
	▪ Inhaltlicher Aufbau	27
	▪ Umfang / Menge	8
2. Erfahrungen Arbeits-/ Praxisalltag		19
<i>(Fortsetzung folgende Seite)</i>		

<i>(Fortsetzung von vorheriger Seite)</i>	
3. Setting	45
▪ Umsetzung / Kommunikation im Praxisalltag	18
▪ Workshop	3
▪ Austausch mit Anderen	23
4. Fazit / Gesamtbewertung	85
▪ Vernetzung vor Ort	21
▪ Wünsche / Vorschläge	39
▪ Für Arbeit mit Geflüchteten	19

In der leitfadengestützten Fokusgruppendifkussion wurde ein Feedback hinsichtlich Kursstruktur, Setting und Erfahrungen für den Arbeits- bzw. Praxisalltag sowie eine Gesamtbewertung des Fortbildungsangebotes eingeholt.

Die Häufigkeit der Zuordnung von Codes und Subcodes aus den Bemerkungen der Fokusgruppeninterviews zeigt die Bedeutung der jeweiligen thematischen Kategorie seitens der Teilnehmenden (siehe Tabelle 6).

Innerhalb der Kursstruktur gab es nur wenige Beiträge zu „Umfang / Menge“ (n=8) und „Geschwindigkeit / Zeitmanagement“ (n=6). Dafür gab es viele Wortmeldungen zum Code „Inhaltlicher Aufbau“ (n=27).

Beim Setting schenkten die Teilnehmenden dem „Workshop“ (n=3) wenig Bedeutung. Viel wichtiger waren ihnen hier Bemerkungen zum „Austausch mit Anderen“ (n=23) und zur „Umsetzung / Kommunikation im Praxisalltag“ (n=18). Auch über die „Erfahrungen im Arbeits- und Praxisalltag“ (n=19) wurde vermehrt diskutiert.

Beim Fazit bzw. der Gesamtbewertung dominierten die „Wünsche und Vorschläge“ (n=39) vor den beiden Rubriken „Vernetzung vor Ort“ (n=21) und „Für Arbeit mit Geflüchteten“ (n=19).

Mithilfe einer Wortwolke können die von den Teilnehmenden der Fokusgruppendifkussion angebrachten Aspekte übersichtlich dargestellt werden.

So ist zu erkennen, dass den Teilnehmenden die Diskussion über den Austausch mit anderen Personen aus dem Bereich der Gesundheitsversorgung wichtiger war als

beispielsweise die Kursstruktur. Insgesamt nahmen die geäußerten Wünsche und Vorschläge der Teilnehmer den größten Raum innerhalb der Fokusgruppendifkussion ein.

Alle kompletten Statements der Teilnehmenden der Fokusgruppendifkussion sind im Anhang ab Seite 126 dieser Arbeit zu finden, gegliedert unter dem jeweiligen Code bzw. Subcode. Da allen Teilnehmenden vorab Anonymität zugesichert wurde, musste bei der Auswertung auf eine direkte Zuordnung von Aussagen zu Berufsgruppen verzichtet werden, da auch Tätigkeiten angegeben wurden, die nur ein einziges Mal innerhalb einer Fokusgruppe vertreten waren und folglich ein Rückschluss auf die betreffende Person möglich gewesen wäre.

3.4.1 Kursstruktur

- **Geschwindigkeit / Zeitmanagement** [n=6 / siehe Seite 126]

Einige Teilnehmende hätten „*an mancher Stelle gern mehr Zeit gehabt*“⁴ und können sich auch vorstellen, die Fortbildungsveranstaltung um einen Tag zu erweitern und dafür die „*einzelnen Vorträge mit wirklich Zeitpuffer für Diskussion, für Fragen, für Ideen*“ versehen werden könnten. Positiv erwähnt wurde die stringente Einhaltung des Zeitplans durch die Kursleiterin.

- **Inhaltlicher Aufbau** [n=27 / siehe Seite 127-130]

Die Auseinandersetzung mit der medizinischen Thematik HIV und Tuberkulose (TBC) wurde unterschiedlich bewertet. Während es sich einerseits Teilnehmende „*nochmal konkreter gewünscht*“ hätten, empfanden andere diesen Aspekt als willkommene „*Auffrischung*“ um ihm im alltäglichen Praxisablauf „*aufmerksamer im Hinterkopf*“ zu haben. In diesem Zusammenhang wurden die „*medizinischen Geschichten*“ lobend hervorgehoben.

Hinsichtlich des Kursbeginns wurde vorgeschlagen, dass man mit einer Geschichte wie die der Frau, die beim Arztbesuch die Hand nicht geben wollte „*einen Kurs mit so einer Kontroverse auch beginnt*“, weil man Meinungen erhält „*die dann anders sind*“ und die man „*berücksichtigen kann*“ und so einen „*Diskurs voranbringen*“ kann. Zudem kam

⁴ Zur besseren Lesbarkeit werden die Angaben, die wörtlich aus den Fokusgruppendifkussionen entnommen wurden, kursiv und mit Anführungszeichen hervorgehoben. Die jeweils exakte, anonymisierte Angabe der Quelle findet sich als Fließtext im Anhang auf den jeweils bei den Subtiteln angegebenen Seiten.

der Vorschlag, dass man einen „*kleinen Workshop gleich an den Anfang setzen*“ könnte, um die „*Gruppe sich ein bisschen finden zu lassen*“.

Die Wissensvermittlung rechtlicher Aspekte war den Teilnehmenden sehr wichtig, weil man aus juristischer Sicht „*nur das oder nur jenes machen darf*“ und „*weil das ja doch eine ganze Flut ist, was man da beachten kann oder muss*“.

Von Seiten der MTAs wurde angemerkt, dass manche Themenblöcke „*eher für den ärztlichen Bereich*“ waren und eine teilnehmende Altenpflegerin hätte sich die Veranstaltung „*ein bisschen mehr pflegebezogen*“ gewünscht.

Besondere Erwähnung verdiente „*das Erscheinen der Somalierin*“ die für eine Diskussion zur Verfügung stand und „*das Eingehen des Gynäkologen auf die Besonderheiten der Migrantinnen*“.

Insgesamt wurde die inhaltliche Struktur des Kurses als sehr gut empfunden. Aufgrund der unterschiedlichen Ausbildung konnte sich jeder Teilnehmende aus den Themenblöcken „*das rausziehen was man braucht*“.

Die Praxisrelevanz und das Angebot der verschiedenen behandelten Aspekte „*sowohl juristisch, medizinisch, sozialpädagogisch*“ wurden ebenso positiv herausgestellt wie den guten Überblick, den man bekommen habe „*um sich ein ganz großes Bild im Kopf zusammenmalen*“ zu können.

- **Umfang / Menge** [n=8 / siehe Seite 130-131]

Hinsichtlich des Umfangs wurde angemerkt, dass „*das Medizinische*“, und hierbei insbesondere das Thema Haut „*etwas zu kurz gekommen*“ ist. Einer teilnehmenden Ärztin hatte das Thema Tuberkulose „*zu viel Raum eingenommen*“. Darüber hinaus wurde der Wunsch geäußert, sich mehr mit dem Anspruchsdenken der Geflüchteten auseinanderzusetzen. Hierzu wurde beispielsweise gefragt „*Was glaubt denn die Syrerin, wenn die ohne Deutschkenntnisse zu mir in die Praxis kommt*“.

3.4.2 Erfahrungen im Arbeits- und Praxisalltag

[n=19 / siehe Seite 131-134]

Unter den Teilnehmenden wurde kontrovers diskutiert, inwieweit Ehrenamtliche im Praxisalltag eine Hilfe sein können. So wurde angegeben, dass diese „*soziokulturell*“ und

„von der klinischen Situation her“ „heillos überfordert“ seien, wohingegen in Bayern ein „hervorragendes Netz aufgebaut“ sei und „die ehrenamtliche Arbeit in Bayern“ sehr gut funktioniert und den Geflüchteten – neben dem Angebot Ehrenamtlicher – auch ein „Bürgerbus der unentgeltlich verwendet werden kann“ für Arztbesuche zur Verfügung steht. Über die Dolmetscher wurde sehr positiv gesprochen, weil sie nicht nur als Übersetzer fungieren, sondern auch mentalitätsbedingte Dissonanzen erklären würden. Beispielsweise hatte ein Dolmetscher seinem Arzt erklärt, weshalb dieser den direkten Kontakt zu einem geflüchteten, afghanischen Patienten verloren hatte.

„Du hast gelacht, an einer falschen Stelle. Du hast ein bisschen was von dem Patienten bagatellisiert und ein bisschen gelacht dazu.“

Der betreffende Arzt äußerte sich verständnisvoll und wertschätzend in der Fokusgruppendifkussion: „Und das hätte ich ja nie gemerkt, wenn mich der Dolmetscher da nicht darauf aufmerksam gemacht hätte.“

Gezielt erwähnt wurde der schwierige Umgang mit westafrikanischen Geflüchteten „weil die sowas wie Prophylaxe oder vorbeugend irgendwas zu machen einfach nicht einsehen“.

Als weiterer Aspekt wurde vorgebracht, dass es Arztpraxen in der Region gibt, die „es einfach ablehnen Flüchtlinge zu behandeln“, obwohl „rechtlich gesehen müssen die niedergelassenen Ärzte die Geflüchteten genauso nehmen und Termine geben, wie jedem anderen Bewohner“. So seien Frauenarztpraxen bekannt „die grundsätzlich keine Migrantinnen aufnehmen“ aber auch „bei Kinderärzten (ist es) zu Ablehnungen gekommen“. Geflüchtete gelten formal als „Privatpatienten“ „bevor sie ihre AOK-Karte bekommen und die Privatrechnung bekommt das Regierungspräsidium“.

3.4.3 Setting

- **Umsetzung / Kommunikation im Praxisalltag** [n=18 / siehe Seite 134-137]

Im medizinischen Alltag wird der Umgang mit Geflüchteten als zeitintensiv bewertet. Die Teilnehmenden diskutierten, wie „man das besser in der Praxis organisieren“ könnte und zogen sogenannte „Flüchtlingssprechstunden“ als Alternative in Erwägung. Vorgeschlagen wurde beispielsweise „jeden Mittwochnachmittag machen wir Migrantensprechstunde“.

Zusätzlich wurde angeregt, für jeden Geflüchteten „eine *Mappe*“ zu erstellen, in der die Patientendaten und Befunde enthalten sind. „*Mit dieser Mappe geht er dann*“ von Arzt zu Arzt und so gehen „*keine Informationen verloren*“.

Bei Fragestellungen „die man selber nicht lösen kann“ wurde die Etablierung eines „*Chatrooms*“ angeregt, in Form einer „*Gruppe, die sich mal gefunden hat und dass die sich dann austauscht*“. Auch „*Gruppengespräche/Gruppenvisionen*“ konnten sich die Teilnehmenden gut vorstellen, um in „*kollegialen Beratungen*“ diverse Fallbeispiele zu diskutieren. „*Jeder aus seiner Disziplin bringt seinen Input rein und man kann dann gemeinsam entwickeln*“.

- **Workshop** [n=3 / siehe Seite 137]

Die Durchführung eines Workshops wurde als sehr gutes didaktisches Instrument eingestuft, denn die Teilnehmenden mussten sich dadurch „*selber mal eine Strategie überlegen und es hat jeder irgendwelche anderen Aspekte mit reingebracht*“. Darüber hinaus empfanden sie es sehr hilfreich, „*dass man die verschiedenen Perspektiven am Beispiel dann auch beleuchtet*“ bekommt“. Es wurde vorgeschlagen „*vielleicht zu jedem Modul einen kleinen Workshop zu machen*“ um „*in praktischer Erfahrung rauszuarbeiten, was man jetzt grad erfahren hat*“.

- **Austausch mit anderen** [n=23 / siehe Seite 137-140]

Viele Teilnehmende nutzten die Möglichkeit im Kurs einmal „*berufsübergreifend*“ beziehungsweise „*interdisziplinär*“ in der Gruppe kommunizieren zu können. Gemeinsam wurden „*Praxistipps*“ und Erfahrungen ausgetauscht. Es war sehr wichtig „*dass man ins Gespräch kommt*“ und „*von Verschiedenen zu hören, wie sie das Problem Migrantinnen-Medizin*“ angehen und „*zu hören wie die das bisher organisiert haben und da mehr Tipps zur Hand kriegt und wie man die vielen Probleme gut in den Griff kriegt*“. Die Teilnehmenden „*profitier(ten) am meisten von den Nebengesprächen*“ und „*was man so zwischen den Diskussionen halt mitbekommt von den verschiedenen Blickrichtungen*“.

In der Gruppendiskussion ergab sich für die Teilnehmenden die Gelegenheit, um die eigene „*Wut einfach mal auf den Tisch legen zu können*“. Insgesamt konnten die Teilnehmenden viel „*Input aus anderen Berufsbereichen/Arbeitsbereichen aufnehmen*“ um dieses Wissen in der täglichen „*Arbeit und auch für das Ehrenamt zu nutzen*“.

Aus Sicht einiger Teilnehmenden waren im Kurs zu wenige Möglichkeiten für gemeinsame Gespräche vorgesehen. Da das dritte und vierte Modul an einem ganzen Samstag stattfand, bot sich hier die Mittagspause idealerweise an, um mit anderen Teilnehmenden ins Gespräch zu kommen.

Es wurde angeregt, dass man das Gelernte *„im Alltag ausprobiert und dass man sich dann nach einer gewissen Zeit noch mal trifft und auswertet, was..., wie hat es denn wirklich geklappt“*.

3.5 Fazit / Gesamtbewertung

- **Vernetzung vor Ort** [n=21 / siehe Seite 141-143]

Es wurde seitens der Teilnehmenden festgestellt, dass an vielen Stellen bereits Netzwerke in der eigenen Umgebung existieren. Hier wurden städtische Stellen zur Betreuung von Ehrenamtlichen aber auch *„regionale Arztnetze“* genannt, welche jedoch nur von wenigen Ärzten aktiv genutzt werden. Zudem wurde die These aufgestellt: *Wer „ehrenamtlich tätig ist, der hat Netzwerke“*.

Diesbezüglich äußerte sich ein Teilnehmer wie folgt: *„Ich weiß natürlich längst an wen ich mich wenden kann, um irgendeine Begleitung zu erfahren, oder einfach ein Feedback mal abzufragen.“*

Die Netzwerkbildung an sich wurde aus sehr unterschiedlichen Blickwinkeln diskutiert. So gaben Teilnehmende an, nicht die *„Zeit und Energie“* für den Aufbau eines Netzwerkes zu haben. Es wurde festgestellt, dass ein Difäm-Kurs das lokale Netzwerk nicht verändern kann, da es immer *„konkrete Ansprechpartner“* vor Ort sind, deren Unterstützung man im Bedarfsfall benötigt.

Es wurde vorgeschlagen, als Essenz aus den Difäm-Kursen *„eine Art Leitfaden (zu) entwickeln. Eben auch für andere Kommunen wie man ein Netzwerk für Migranten gestalten kann“*. Zudem wäre ein Koordinator *„in einem Netzwerk ein großer Fortschritt. Jemand, der ein Auge darauf hat“*.

- **Wünsche & Vorschläge für den Kurs** [n=39 / siehe Seite 144-148]

Die Teilnehmenden konnten sich vorstellen, die bisherigen Kurse noch um die Schwerpunkte *„Helferperspektive“*, *„Selbstschutz der Mediziner“*, *„Dolmetscher-Verfügbarkeit“*,

„Ethnische Aspekte“, „Genitalverstümmelungen“, „sexuelle und häusliche Gewalt“ und „kulturelle Hintergründe“ zu ergänzen.

So wäre es von Interesse einmal zu erfahren „*Wie geht's den Helfern?*“ und wie kann der Arzt sichergehen, dass er in Hinblick auf die religiöse oder soziokulturelle Herkunft nichts „*Falsches*“ sagt.

Interessant wäre es zudem gewesen, mehr aus den Flüchtlingseinrichtungen für Erstaufnahmen zu erfahren. Mit welchen Problemen sind die Verantwortlichen dort konfrontiert und „*wie ist man mit den Themen umgegangen*“?

Zudem wurden die „*riesen Schwierigkeiten Ausschläge auf dunkler Haut zu erkennen und zu diagnostizieren*“ als möglicher Aspekt erwähnt, der sich zukünftig für ein Thema innerhalb des Kurses eignen würde.

Auch wurde gewünscht, mehr kulturelle Hintergründe vermittelt zu bekommen, weil man sich dann „*empathisch auch mehr reinversetzen (kann) in das, was die Leute dann fühlen oder dann weiß man vielleicht doch, wie gehe ich jetzt mit demjenigen um*“.

- **Für die Arbeit mit Geflüchteten** [n=19 / siehe Seite 149-151]

Die Verfügbarkeit an Dolmetschern und deren zentrale Bedeutung für einen erfolgreichen, medizinischen Umgang mit Geflüchteten wurde von vielen Teilnehmenden angesprochen. Denn „*ganz vorne ist immer, diese Sprachbarriere abzubauen*“. „*Dolmetscher sind so ein Problem was alle beschäftigt*“. Der Vorteil ihrer Einbindung besteht darin, dass „*die einem einfach diese Brücken geben können*“ und ein Dolmetscher „*selber genau weiß, wie es in seiner Kultur ist*“. Auch möchte man mit Dolmetschern nicht nur „*den Migranten entgegenkomme(n)*“ sondern „*man kann auch effizienter arbeiten*“. Präferiert wurden von einigen Teilnehmenden ehrenamtliche Dolmetscher, denn „*einen offiziellen Dolmetscher kann man fast nicht zahlen*“.

Der Kurs vermittelte den Teilnehmenden Hinweise wie sie mit bestimmten Situationen besser umgehen und „*besser aus diesen Situationen herauskommen*“ können. Auch wurde der Kurs als positiver „*Impuls*“ empfunden, alltägliche Probleme bewusster wahrzunehmen und medizinische Zusammenhänge sowie „*den Hintergrund von Flüchtlingen und deren Herkunftsländern (besser) kennen zu lernen*“. Durch den „*Perspektivwechsel*“ könne man im „*Arbeitsalltag nochmal anders draufgucken*“.

Eine Teilnehmende drückte ihre abschließende Bewertung der Fortbildungsveranstaltung wie folgt aus: *„Jetzt hab ich mehr gelernt, jetzt weiß ich mehr und jetzt kann ich den Leuten vielleicht mehr helfen“*.

4 Diskussion

Ärzte für Allgemeinmedizin stehen besonderen Herausforderungen gegenüber, wenn es um die Behandlung von Geflüchteten geht. Unsicherheiten, Sprachbarrieren und fehlendes Wissen spielen dabei eine besondere Rolle. Die angebotenen Fortbildungskurse als Lösungsansatz können derartige Unsicherheiten reduzieren, denn die Leistungserbringer haben ein Interesse an der optimalen Versorgung der Geflüchteten.

Die vom Difäm und der Autorin durchgeführte Online-Befragung erwies sich als sehr hilfreiches Tool, um sowohl den Status Quo als auch den essenziellen Bedarf an Fortbildungen im Umgang mit Geflüchteten zu eruieren. Das Feedback aus der Praxis von Allgemeinmedizinern und deren Bedürfnisse bildeten die Basis für die Konzeptionierung der drei Kurse des Difäm-Instituts.

Die aus den Befragungen und Evaluierungen abgeleiteten Erkenntnisse sind in der nachfolgenden Tabelle noch einmal übersichtlich zusammengefasst. Dabei wurden auf Basis der in Kapitel 3 dargestellten Ergebnisse alle wesentlichen Aspekte zusammengetragen, die eine Fortbildungsveranstaltung beinhalten muss und die von der Mehrheit der Teilnehmenden als gut bis sehr gut bewertet wurden. Darüber hinaus wurden die Handlungsempfehlungen ergänzt, die seitens der Teilnehmenden vorgebracht wurden.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Ergebnisse für eine optimierte Kursgestaltung hinsichtlich des Inhaltes, der Organisation und der Zielsetzungen auf.

Tabelle 7: Ergebnisse für eine optimierte Kursgestaltung

[Quelle: Eigene Darstellung]

Inhaltliche Kurs-Komponenten
<p><u>Vier thematisch festgelegte Module:</u></p> <p>1. Modul - Hintergrund und mentale Gesundheit: Medizinische Versorgung von Geflüchteten, Gesundheitssysteme, Interkulturelle Kompetenz, Interprofessionelle Zusammenarbeit, Psychische Probleme, rechtliche Aspekte/Asylverfahren</p> <p>2. Modul - Medizinische Herausforderungen: HIV und andere STD, Spezielle Gynäkologie, Tuberkulose, Nicht-übertragbare Krankheiten, Dermatologische Probleme, Impfungen</p> <p>3. Modul - Vernetzung und Zusammenarbeit: Rechtslage, juristische Probleme, Unterstützung und Vernetzung, Workshop: Das interkulturelle Praxisteam</p> <p>4. Modul - Umgang mit vulnerablen Gruppen: Impfungen und Prävention, Interkulturelle Kommunikation am Beispiel Islam, Psychosoziale Versorgung von jungen Migranten/innen, Frauen und Gender, Krankheits- und Rollenverständnis junger Migranten/innen, HIV und sexuell übertragbare Erkrankungen</p>
<p><i>(Fortsetzung nächste Seite)</i></p>

<i>(Fortsetzung von voriger Seite)</i>	
Organisatorische Rahmenbedingungen	Inhaltliche Handlungsempfehlungen seitens der Kurs-Teilnehmenden
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Institutionelle Organisation & Leitung der Kurse ▪ 4 Kursmodule mit 3 Terminen ▪ Themenspezifische Dozentenwahl (Mediziner, Sozialarbeiter, Geflüchtete/r bzw. Patient/in, Jurist/in, Ehrenamtliche/r) ▪ Ansprechender Veranstaltungsort ▪ Adäquate kulinarische Verpflegung ▪ Vorherige Digitale Ausschreibung im Internet ▪ Initiierung eines Mailings über Ärztekammer ▪ Festgelegter Zeitrahmen mit Pausenreglung ▪ Kombination aus Vorträgen und Workshop ▪ Technisches Equipment, digitale Präsentationen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intensivere, thematische Auseinandersetzung mit: Rechtlichen Aspekten, Helferperspektive, Selbstschutz der Mediziner, ethnische Aspekte, Genitalverstümmelung, sexuelle und häusliche Gewalt, kulturelle Hintergründe, Dolmetscher-Problematik, Hautproblemen, Impfungen, Begrüßungsregeln ▪ Hinzunahme eines Vortrags über die Erfahrungen aus Flüchtlingseinrichtungen der Erstaufnahme ▪ Mehr pflegebezogene Perspektiven und Inhalte ▪ Sichtweise und Anspruchsdenken der Geflüchteten thematisieren
Strukturelle Handlungsempfehlungen seitens der Kurs-Teilnehmenden	Erwartungen der Teilnehmenden
<p><u>Inhaltliche Handlungsempfehlungen:</u></p> <p>Vorbereitung von mehr Fallbeispielen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gebrauch von weniger Anglizismen ▪ Hinzunahme weiterer Workshops ▪ Planung von mehr Freiräumen (Zeitpuffer) für gemeinsame Gespräche, Diskussionen und Entwicklung von Ideen ▪ Initiierung und Intensivierung eines Netzwerks ▪ Entwicklung eines Leitfadens zur Etablierung eines adäquaten Netzwerkes <p><u>Formale Handlungsempfehlungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Verwendung einer größeren Schriftart bei den Präsentationen ▪ Langsamere Vortragsgeschwindigkeit ▪ Abgabe eines Handouts 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufbau interkultureller Kompetenz ▪ Wissensvermittlung für den Praxisalltag ▪ Reduktion von sprachlichen und kulturellen Barrieren ▪ Aufbau von Netzwerken ▪ Schaffung einer Plattform für den Erfahrungsaustausch ▪ Interaktive Kursgestaltung ▪ Förderung von Diskussionen ▪ Sensibilisierung für den interdisziplinären Umgang

Allgemeinärztliche Praxen standen nicht nur in den vergangenen Jahren, sondern auch aktuell und zukünftig vor der Herausforderung, Geflüchtete optimal medizinisch versorgen zu können. Ohne interkulturelles Wissen sowie die Vermittlung bislang selten auftretender Erfahrungsbereiche wie beispielsweise der sittenbedingten Genitalverstümmelung in der Gynäkologie kann die Situation nur schwer verbessert werden. Der adäquate Umgang mit Geflüchteten ist vor diesem Hintergrund also von besonderer Bedeutung und wurde von den Teilnehmenden auch als solcher gesehen.

In diesem Kontext bestehende Unsicherheiten unter den Leistungserbringern müssen reduziert werden – die Fortbildungsveranstaltungen erwiesen sich hierbei als geeignetes

Instrument, denn sie greifen die wesentlichen Thematiken, die seitens der Leistungserbringer als relevant eingestuft wurden auf und führen zu einem Erkenntnisgewinn. Zudem ermöglichen sie einen interdisziplinären Austausch unter den Teilnehmenden, welcher die Erfahrungen und das Alltagswissen der Teilnehmenden einbezieht. Ein derartiger Austausch fördert Lerch (2017, S. 127) zufolge neuer Sichtweisen und Denkanstöße, was somit auch im vorliegenden Kontext naheliegend ist. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das Angebot der Fortbildungsveranstaltungen durch das Nahelegen von interkulturellen und praxisnahen Modulen des Difäm-Instituts die Bedürfnisse der Leistungserbringer getroffen hat. Hierdurch kann das Arzt-Patienten-Verhältnis und damit die Versorgung dieses spezifischen Patientenkollektivs von Geflüchteten unterstützt werden. Die Difäm-Kurse können daher als erfolgversprechendes Beispiel für andere Institutionen dienen.

Es sei in diesem Kontext anzumerken, dass die Effekte derartiger Fortbildungsveranstaltungen auf den medizinischen Praxisalltag weiter untersucht werden sollten. Auch könnte geklärt werden, inwieweit die zukünftigen Angebote von den Leistungserbringern angenommen werden und inwiefern sich der Bedarf an diesbezüglichen Fortbildungen verändert. Durch Rückmeldungen der Teilnehmenden lässt sich sagen, dass sich der Bedarf nach weiteren Seminaren erhöhen wird.

Da sich die Situation in Zukunft ändern wird, müssen Fortbildungsveranstaltungen stets auf die aktuellen Bedürfnisse und Rahmenbedingungen zugeschnitten werden. Die über die Zeit gewonnen Erkenntnisse müssen in die Kurse eingearbeitet werden, um auch weiterhin zu einem Mehrwert für alle Beteiligten beitragen zu können.

Nachfolgend werden die in Kapitel 3 vorgestellten Ergebnisse im Hinblick auf die drei von der Autorin identifizierten Themenbereiche „Akzeptanz, Relevanz und Bedarf der Difäm-Fortbildungsveranstaltungen“, „Inhaltlicher Mehrwert für den zukünftigen medizinischen Umgang mit Geflüchteten“ und „Umsetzung, Organisation und Netzwerk im medizinischen Berufsalltag“ diskutiert.

Zur Definition der drei oben angeführten Kategorien ist im Hinblick auf eine begründete Auswahl Folgendes anzuführen:

- Akzeptanz, Relevanz und Bedarf

Diese Kategorie erschließt sich im Wesentlichen aus den theoretischen Grundlagen der Abschnitte 1.1 und 1.2 – so konnte Abschnitt 1.1 beispielsweise auf die verschiedenen Konfliktfelder im medizinischen Versorgungsalltag und damit auch auf die Relevanz und den Bedarf an Fortbildungsveranstaltungen zur Verbesserung der Geflüchteten-Versorgung hinweisen.

- Wissenstransfer und inhaltlicher Mehrwert
 - Hier soll der inhaltliche Nutzen, der sich aus der quantitativen Online-Befragung der Leistungserbringer sowie den Erkenntnissen aus der qualitativen Fokusgruppendifkussion im Hinblick auf den Umgang mit Geflüchteten gewonnen wurde Umsetzung, Organisation und Netzwerk im medizinischen Berufsalltag

Die im Rahmen der vorliegenden Arbeit generierten Erkenntnisse dienen dazu, die Geflüchteten-Versorgung durch entsprechende Fortbildungsveranstaltungen für Leistungserbringer zu verbessern – hierzu bedarf es allerdings einer Umsetzung der Ergebnisse, welche im medizinischen Berufsalltag entsprechend organisiert werden muss. Im Rahmen dieser Kategorie wird daher diskutiert, wie sich der Fortbildungsbedarf in der Praxis umsetzen lässt.

4.1 Akzeptanz, Relevanz und Bedarf der Difäm-Fortbildungsveranstaltung

Hier geht es um die Bereitschaft, Zeit für Kurse aufzubringen. Die Behandlung von Geflüchteten macht meist nur einen kleinen Anteil im Praxisalltag aus, weswegen vermutet werden kann, dass dieser Bereich im Fortbildungsbedarf keine allzu hohe Priorität genießt. Die Zeit für externe Fortbildungen ist äußerst knapp bemessen, so dass nur die essentiell notwendigen Kurse besucht werden, welche den höchsten Nutzen für den Praxisalltag bringen.

Teilweise wurde kritisiert, dass es nicht die Aufgabe der Mediziner sei, sich um die soziokulturellen Probleme der Geflüchteten und deren Ansichten zu kümmern. Hier würde die Verantwortung beim Patientenkollektiv selbst liegen, welches sich auf das deutsche Gesundheitssystem einstellen müsste. Als Allgemeinmediziner sind sie in erster Linie für die medizinische Behandlung von gesundheitlichen Problemen und Krankheiten

zuständig. Verständigungsschwierigkeiten oder eine fehlende Compliance der Patienten basierend auf kulturellen oder religiösen Ursachen stellen sicher eine herausfordernde Thematik dar, welche jedoch nicht von Ärzten gelöst werden kann. Als Verantwortliche wären hier die begleitenden Institutionen für Flüchtlinge, aber auch die Geflüchteten selbst zu nennen – diese sollten über das deutsche Gesundheitssystem intensiv und verpflichtend geschult werden.

Im Zusammenhang mit der bereits im Jahr 2016 durchgeführten Vorbefragung lässt sich in Bezug auf die Akzeptanz Folgendes anführen:

Das Ausmaß der Akzeptanz lässt sich im Zusammenhang der Rücklaufquote der Befragungen und dem Verlauf der Flüchtlingskrise diskutieren. So war die Flüchtlingskrise im Jahr 2016 auf ihren Höhepunkt, es herrschten im Hinblick auf den überraschenden Zustrom an Menschen aus anderen Kulturkreisen fast chaotische Zustände – gegenüber 2014 hatten sich die Asylantragszahlen vervierfacht. Insofern wundert es nicht, dass die Resonanz der Online-Ärztebefragung im Jahr 2016 hoch gewesen ist. Insbesondere die Anbieter von Gesundheitsleistungen wurden 2016 mit einer Situation und einem Patientenklintel konfrontiert, ohne entsprechend darauf vorbereitet gewesen zu sein. Da die Unsicherheiten im Umgang mit Geflüchteten und der Bedarf an Wissenszuwachs enorm hoch waren, wuchs in der Folge auch die Bereitschaft, die eigenen Ansichten im Rahmen einer Befragung zu kommunizieren.

Die deutlich geringeren Teilnahmequoten der Online-Befragung aus dem Jahr 2018 lassen sich sicherlich auch damit erklären, dass (nach einem politischen Abkommen mit der Türkei die Flüchtlinge an der Grenze zurückgewiesen wurden und) die Zahlen in Deutschland gesunken sind. Der Wissensdurst unter den Allgemeinmediziner war bei vielen auch deshalb weniger, weil die Aufgaben in der Versorgung von Geflüchteten inzwischen weniger herausfordernd geworden sind – teilweise kann auch von einem routinierten Umgang gesprochen werden.

Ärzte könnten auch in gewisser Weise abgestumpft sein und deshalb ablehnender, da sie seit dem Jahr 2016 bereits von vielen Seiten mit dieser Thematik konfrontiert wurden.

Auch gilt es zu bedenken, dass im Rahmen der vorliegenden Studie dieselben Allgemeinmediziner ein weiteres Mal um ihre Teilnahme an einer Online-Befragung gebeten wurden, an welcher sie bereits zwei Jahre zuvor teilgenommen hatten. Da viele ihre Meinung

schon im Jahr 2016 für die Wissenschaft preisgegeben hatten, wollten sie ihre Arbeitszeit nicht noch ein zweites Mal dafür verwenden, um ohne erkennbaren Mehrwert erneut Rede und Antwort zu stehen. Insgesamt betrachtet handelt es sich hierbei jedoch um einige wenige Allgemeinmediziner, denn die Fortbildungsveranstaltungen waren den Ausführungen aus Kapitel 3 zufolge verhältnismäßig gut besucht. Die Interaktivität der Kursteilnehmenden und deren ernsthaftes Interesse an einer optimalen medizinischen Versorgung von Geflüchteten waren neben der thematischen Agenda sehr wesentlich für den Erfolg der Fortbildung verantwortlich – wer sich in seiner Freizeit und an Wochenenden der Wissensvermittlung einer medizinischen Versorgung von Geflüchteten widmet, muss zwangsläufig ein großes persönliches Interesse daran haben, einen individuellen und interkulturellen Beitrag leisten zu wollen. Sowohl die Auswertung der Evaluationsbögen als auch die Analyse der Fokusgruppen-Interviews der drei Fortbildungsveranstaltungen belegen den Bedarf und den Mehrwert derartiger Angebote, die den Umgang mit Geflüchteten erleichtern und das Arzt-Patienten-Verhältnis optimieren sollen. Schließlich äußerten sich die Teilnehmenden in Bezug auf die Relevanz der Veranstaltungen für ihre Arbeit überwiegend positiv.

Der medizinische Umgang mit Geflüchteten stellt nach wie vor eine große Herausforderung für jede allgemeinärztliche Praxis dar. Von Seiten der Leistungserbringer ist eine große Bereitschaft zu konstatieren, im Rahmen der lokalen Möglichkeiten offerierte Fortbildungsangebote zu nutzen, um die medizinische Versorgung von Geflüchteten auf ein adäquates Niveau zu bringen.

In diesem Kontext muss jedoch auch auf die oben bereits erläuterte kritische Haltung der Leistungserbringer verwiesen werden, welche der großen Bereitschaft zur Nutzung von Fortbildungsangeboten entgegensteht. So kann festgehalten werden, dass viele Leistungserbringer der Nutzung von Fortbildungsangeboten auf der einen Seite zwar kritisch gegenüberstehen, sich auf der anderen Seite aber dennoch der großen Herausforderung und ihrer Aufgabe bewusst sind, die Geflüchteten-Versorgung durch Ergreifen spezieller Maßnahmen verbessern zu müssen. Eine derartige Einstellung könnte die identifizierte große Bereitschaft zur Nutzung der offerierten Fortbildungsangebote erklären.

Die Differenzen zwischen der kritischen Einstellung der Leistungserbringer und ihrer Bereitschaft zur Nutzung von Fortbildungsangeboten zeigen, dass dem kontinuierlichen Einholen von Feedback eine besondere Bedeutung zukommt.

Um den Schwerpunkt auf ein kritisches, optimierendes Feedback für die Kurse zu legen, wurden auch offen gestaltete Fragestellungen im Evaluationsbogen verwendet, um möglichst vielseitige Anmerkungen und Empfehlungen der Kursteilnehmer zu bekommen. Auch mit dezidiertem Lob oder klarer Kritik konnten einzelne Aspekte evaluiert werden, so dass sich resümierend ein sehr umfassender Gesamteindruck auf Seiten der Teilnehmenden ermitteln ließ.

4.2 Wissenstransfer und inhaltlicher Mehrwert

Insgesamt wurde die Vermittlung des Know-hows und neuer Erkenntnisse innerhalb der Teilnehmerschaft sehr geschätzt.

Die Teilnehmenden schätzen die Vermittlung von Wissen über die interkulturelle Kompetenz, die medizinische Versorgung von Geflüchteten und die Gesundheitssysteme in anderen Ländern.

In den Zitaten der Teilnehmenden finden sich häufig Hinweise über die hohe Praxisrelevanz – das vermittelte Wissen war den Teilnehmenden nicht gänzlich unbekannt, allerdings auch nicht richtig klar. Das betrifft beispielsweise die Klärung der Fragestellung, an wen oder welche Institution sich die Teilnehmenden wenden können, wenn sie in bestimmte Situationen geraten.

Es ist zu hoffen, dass die Teilnehmenden der involvierten Allgemeinarztpraxen zukünftig eine neue Qualität bei der medizinischen Versorgung von Geflüchteten praktizieren. In der Folge würde sowohl die Zufriedenheit auf Seiten der Leistungserbringer als auch auf Seiten der betroffenen Patienten steigen. Wenn sowohl die Versorgungsqualität als auch die Wirtschaftlichkeit im Umgang mit Geflüchteten im allgemeinärztlichen Praxisalltag gesteigert werden könnten, ließe sich auf allen Seiten von einer Win-Win-Situation sprechen.

Die Kurse waren so ausgelegt, dass der praxisrelevanten Wissensvermittlung die höchste Priorität eingeräumt wurde. Allen Dozenten war bewusst, dass die Teilnehmenden ihren Praxisalltag im Hinblick auf den Umgang mit Geflüchteten nachhaltig verbessern

wollten. Neben dem eigentlichen Wissenstransfer ging es auch darum, die Teilnehmenden von den Erfahrungen anderer profitieren zu lassen.

Bemühungen wie die Difäm-Fortbildungskurse zur nachhaltigen Verbesserung der Geflüchteten-Versorgung finden sich beispielsweise ebenso in der Studie „Welche gesundheitsbezogenen Informationen brauchen Geflüchtete?“ von Philippi, Melchert und Renaud (2018). Die Autoren untersuchten die bedarfsgerechte Versorgung der Geflüchteten im Rahmen einer Mixed-Methods-Studie und befragten zehn Experten aus dem Bereich der medizinischen Versorgung. Die Ergebnisse zeigen die gesundheitsbezogenen Informationsbedarfe sowie die Bedürfnisse der Geflüchteten – auf Basis dieser Erkenntnisse lassen sich nachhaltige und zielgruppenspezifische Maßnahmen zur Sensibilisierung der Leistungserbringer ableiten.

Der inhaltliche Mehrwert der vorliegenden Untersuchung ergibt sich im Vergleich zur obigen Studie insbesondere dadurch, dass nicht nur der Bedarf der Geflüchteten im Vordergrund stand, sondern zusätzlich die Leistungserbringer nach ihren Erfahrungen, Meinungen, Bedarfen und Wünschen befragt wurden – die vorliegende Untersuchung bezog also beide Seiten ein.

4.3 Umsetzung, Organisation und Netzwerk im medizinischen Berufsalltag

Ein wesentliches Ziel der Difäm-Fortbildungskurse bestand darin, durch die Vermittlung von wichtigem und praxisrelevantem Wissen die allgemeinärztliche Versorgung von Geflüchteten in Baden-Württemberg nachhaltig zu verbessern. Ein erster Schritt in Richtung nachhaltige Verbesserung bestand in der Ermittlung des Schulungsbedarfs im Großraum unter den allgemeinmedizinischen Leistungsanbietern.

Nahezu die Gesamtheit der Kursteilnehmenden war offen für den interkulturellen Dialog und den spezialisierten bzw. individualisierten Umgang mit Geflüchteten. Dabei ging es nur sehr untergeordnet um die Optimierung der Kostenerstattung von Leistungen gegenüber Geflüchteten – vielmehr waren die prozessoptimierenden Tools und Hinweise für den Praxisalltag von herausragendem Interesse.

Der Evaluation der Difäm-Kurse konnte überwiegend positives Feedback entnommen werden. Die Interessenten und Teilnehmenden sahen einen enormen Fortbildungsbedarf,

um den tagtäglichen Umgang einer Allgemeinarzt-Praxis mit Geflüchteten zu optimieren. So lässt sich festhalten, dass die maßgeschneiderten Themen der vier Kursmodule aller drei Kurse weitgehend den Fortbildungsbedürfnissen der angemeldeten Teilnehmenden entsprochen haben. Die Ärzteschaft konnte die Kursinhalte beeinflussen und essentielle Themen indirekt festlegen, welche als ungelöste Probleme im Umgang mit Geflüchteten auftraten und aktuell von entscheidender Relevanz sind. Diese Motivationslage lässt hoffen, dass sich der Umgang im Arzt-Patienten-Verhältnis unter Einbindung des medizinischen Assistenzpersonals dadurch im Alltag tatsächlich verbessern lässt. Ob die Kursangebote und die Dozenten vor Ort hierzu einen wesentlichen Beitrag leisten konnten, konnte im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht untersucht werden und könnte Gegenstand einer Nacherhebung sein.

Mittlerweile existieren sehr viele Ansätze zur wissenschaftlichen Untersuchung der Flüchtlingsthematik und zur Generierung valider Daten in Bezug auf die Versorgung von Geflüchteten – insbesondere die Universitäten sind hier in der Vorreiterrolle. Die Universität Osnabrück unterhält mit ihrem Institut für Migrationsforschung und interkulturelle Studien (IMIS) mit ihrem Online-Angebot „Netzwerk Fluchtforschung“ ein multidisziplinäres Netzwerk, welches sich mit den Themen Zwangsmigration, Asyl und Flucht beschäftigt. Auf dieser Plattform werden Wissenschaftler zusammengebracht, welche Forschung zu derartigen Themen betreiben. Darüber hinaus wird die Flüchtlingsforschung systematisiert, indem Konferenzen abgehalten und Forschungsergebnisse zusammengeführt werden. Und mit dem peer-reviewed Journal „ZFlucht“ werden zudem wissenschaftliche Artikel der Flüchtlingsforschung publiziert. (Netzwerk Fluchtforschung, 2019, o. S.)

Passend zum Thema der vorliegenden Dissertation unterhält die Universität Bielefeld an der dortigen Fakultät für Gesundheitswissenschaften mit „RefuDat“ eine Vergleichsdatenbank zur quantitativen Forschung zur Gesundheitsversorgung von Geflüchteten. Hier werden wissenschaftliche Rohdaten und Publikationen zusammengestellt und der Öffentlichkeit präsentiert. Auf diese Weise lässt sich prüfen, wer wann und wo zur geflüchteten Thematik forscht, welche Daten bereits publiziert sind und welche Studien aktuell laufen (RefuDat, 2019, o. S.). Neben der Forschung an der Universität Bielefeld über Flucht und Migration finden auch regelmäßig Symposien und Arbeitskreise statt. Das Zentrum für interdisziplinäre Forschung (ZiF) widmet sich vor allem den Fragen der gesundheitlichen

Versorgung von Geflüchteten in der Bundesrepublik (Universität Bielefeld, 2019, o. S.). Im Fokus stehen damit auf der einen Seite die Ermittlung eines Status Quo im Hinblick auf die Versorgung von Geflüchteten, auf der anderen Seite aber auch die Identifikation von Versorgungsbedarfen.

Auch auf europäischer Ebene existiert ein digitales Angebot, um universitäre Forschung und Nichtregierungsorganisationen auf dem Gebiet von Public Health bei Migranten und Flüchtlingen zu vernetzen, wissenschaftliche Erkenntnisse zu kumulieren und diese der Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen (Mig Health Care, 2019, o. S.).

Die Bestrebungen zeigen, dass die nachhaltige Verbesserung der Geflüchteten-Versorgung im Fokus vieler Organisationen steht – im Rahmen weiterführender Forschungen sollten auch die Effekte von Schulungen und Fortbildungen gemessen werden. Der Erfolg dieser Maßnahmen in Bezug auf eine verbesserte Versorgung von Geflüchteten wird zwar in der Regel vorausgesetzt, ist jedoch kaum empirisch belegt und zeigt Potenzial für weiterführende Forschungen auf. Wie im Rahmen der Limitationen noch einmal detailliert erläutert, beschäftigt sich die vorliegende Dissertation ebenfalls nicht mit der Analyse des Erfolges der Fortbildungsveranstaltungen – wohl aber werden im Rahmen der vorliegenden Dissertation wichtige Erkenntnisse in Bezug auf eine erfolgsversprechende Ausgestaltung solcher Fortbildungsveranstaltungen gewonnen.

Generell lässt sich in Bezug auf nachhaltige Effekte und Auswirkungen zusammenfassen, dass Fortbildungsveranstaltungen unmittelbar am Ende daraufhin überprüft werden, in welchem Maße die gesteckten Ziele erreicht und welche messbaren Wirkungen erreicht werden konnten. Mithilfe anonym erhobener Daten der Teilnehmenden lässt sich vergleichen, ob die Einstellungen und Denkhaltungen der Kursteilnehmenden mit der Sollvorgabe des Kurses – der Zielvorstellung des Veranstalters – übereinstimmen. Diese Bewertung ist eine Art Rückblick und hilft die kommenden Bildungsmaßnahmen inhaltlich oder didaktisch zu verbessern. Derartig gewonnene Erkenntnisse dienen zur Steuerung und führen zu Konsequenzen bei der Ausgestaltung zukünftiger Unterrichtseinheiten. So können gegebenenfalls Seminarinhalte sowie angewandte Arbeitstechniken verbessert und etwaige Fehler reduziert werden. (Bak, 2007b, S. 409)

Darüber hinaus können die Angaben der Teilnehmenden auch nur die Wirksamkeit einer Fortbildungsmaßnahme und die gute Qualität der Fortbildungsinhalte bestätigen. Im

Rahmen einer Beurteilung durch die Teilnehmenden werden im Regelfall folgende Aspekte abgefragt: Rahmenbedingungen, Motivation der Teilnahme, Erfüllung der Erwartungen, Bewertung des Dozenten bzw. des Vortrages, Arbeitsatmosphäre, Nutzen der Veranstaltung und eine Gesamtbeurteilung des Seminars. Diese Abfragen erfolgen im Regelfall durch ein Rating, indem den Teilnehmenden eine Skala mit verschiedenen Antwortalternativen vorgegeben wird. Mit sogenannten offenen Fragen werden die Teilnehmenden dann noch um Hinweise, Anregungen und Verbesserungsvorschläge gebeten (Bak, 2007b S. 409).

Einleitend wurde bereits auf die Robert Bosch Stiftung verwiesen – in einem Bericht der mit dem Titel „Was wir über Flüchtlinge (nicht) wissen“ wird bereits im Januar 2016 im Rahmen der Projektzusammenfassung darauf hingewiesen, dass Studien zur Versorgung von Geflüchteten sowohl Armutrisiken und Segregationserscheinungen als auch Gesundheitsprobleme aufgreifen – dies betrifft insbesondere die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Was die Gesundheitsversorgung der Geflüchteten betrifft, so zeigen sich rechtlich stark eingeschränkte Leistungsansprüche sowie auch Zugangsprobleme, welche auf Unkenntnis, Ängsten, mangelnder interkultureller Sensibilisierung und Kommunikationsschwierigkeiten basieren (Robert Bosch Stiftung, 2016, S. 6). Carlsson et al. (2010, S. 824) untersuchten in diesem Zusammenhang die Langzeitänderungen von Symptomen in Bezug auf Depressionen, Angstzustände, Lebensqualität und posttraumatische Belastungsstörungen von Geflüchteten nach 23 Monaten im Anschluss an eine multidisziplinäre Behandlung. Die Autoren fanden heraus, dass bezüglich der psychischen Gesundheit keine signifikante Verbesserung beobachtet werden konnte. Sie betonen allerdings, dass weitere Studien erforderlich sind, um die sozialen und gesundheitsbezogenen Interventionen unter schwer traumatisierten Geflüchteten besser bewerten zu können. Stammel et al. (2017, Abstract) zeigte jedoch, dass ein multidisziplinärer Ansatz in der medizinischen Behandlung von Geflüchteten zu sehr positiven klinischen Resultaten geführt hat. Jüngere Geflüchtete profitierten hiervon mehr als Ältere. Für Crumlish und O'Rourke (2010, S. 237) wurde in den vergangenen Jahren viel für die Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen der Allgemeinbevölkerung getan – für Geflüchtete existiert ein solcher Ansatz allerdings nicht, obwohl diese Gruppe zehnmal stärker gefährdet ist (Fazel et al., 2005, S. 1309). Die in Deutschland vorherrschenden Restriktionen bezüglich der Versorgungssituation erschweren den Geflüchteten den Zugang zum

Gesundheitssystem, obwohl empirische Studien bereits zeigen konnten, dass dieses traumatisierte Patientenklientel von evidenzbasierten, Trauma fokussierten Ansätzen durchaus profitiert – ein multidisziplinärer Ansatz in spezialisierten Behandlungszentren ist daher gefordert (Böttche et al., 2016, S. 1136). Die vorliegende Arbeit könnte mit der Entwicklung und Evaluierung von Fortbildungsveranstaltungen vor dem Hintergrund der oben geschilderten Herausforderungen einen Beitrag leisten, um die Behandlung von Geflüchteten zu verbessern, schließlich basiert die Ausgestaltung der Fortbildungsveranstaltungen auf den Wünschen und Bedürfnissen der Leistungserbringer und konnte im Rahmen der qualitativen Erhebung überwiegend positives Feedback generieren.

4.4 Limitationen und kritische Reflexion

Die vorliegende Arbeit griff zur Beantwortung der in Abschnitt 1.3 definierten Forschungsfragen sowohl auf eine quantitative Erhebung im Sinne einer Befragung von Leistungserbringern als auch auf eine qualitative Erhebung im Sinne von Fokusgruppendifkussionen zurück.

Nachfolgend werden die mit beiden Erhebungsmethoden verbundenen Limitationen aufgezeigt sowie das methodische Vorgehen der vorliegenden Arbeit einer kritischen Reflexion unterzogen.

Was quantitative Befragungen betreffen, so muss festgehalten werden, dass derart stark standardisierte Fragebögen, so wie sie im Rahmen der vorliegenden Arbeit eingesetzt wurden, in der Regel lediglich der Erfassung numerischer Daten dienen und nur erhoben und quantifiziert werden kann, was bereits vermutet wurde – es ergeben sich daher kaum Ansätze für Verbesserungen. Die in der vorliegenden Arbeit durchgeführte Online-Befragung von Leistungserbringern unterliegt dieser Limitation ebenfalls, denn die aus der Befragung generierten Ergebnisse zeigen ausschließlich auf, wie die Befragten bestimmte Sachverhalte bewerten und einschätzen. Hierzu wurde ihnen eine Bewertungsskala von 1 (sehr gut) bis 4 (sehr schlecht) zur Verfügung gestellt – Optimierungspotenziale lassen sich mithilfe einer solchen Vorgehensweise jedoch nicht generieren. Zur Reduktion dieser Limitation wurde in den quantitativen, standardisierten Online-Fragebogen eine offene Abschlussfrage integriert, so dass die Teilnehmenden im Rahmen einer Schlussbemerkung dennoch ihre individuellen Empfehlungen und Wünsche zum Ausdruck bringen konnten.

Auch muss in Bezug auf die statistische Auswertung der im Rahmen der quantitativen Erhebung generierten Daten abschließend festgehalten werden, dass die Stichprobe von 38 Teilnehmenden mit für gültig erklärten Fragebögen für das Erhalten aussagekräftiger Ergebnisse deutlich zu klein ist. Auf diese Limitation wurde jedoch entsprechend reagiert, denn von einer Inferenzstatistik wurde abgesehen, stattdessen wurden die generierten Daten lediglich deskriptiv ausgewertet. Rückschlüsse von der Stichprobe auf die Grundgesamtheit aller Leistungserbringer in der Bundesrepublik Deutschland wurden daher nicht gezogen.

Des Weiteren ist im Hinblick auf die Verallgemeinerungsfähigkeit der Ergebnisse kritisch anzumerken, dass die Stichprobe lediglich auf einen bestimmten Raum innerhalb der Bundesrepublik Deutschland, nämlich den Regierungsbezirk Tübingen in Baden-Württemberg, zurückzuführen ist. Es kann also vermutet werden, dass sich die Ergebnisse zwischen den verschiedenen Bundesländern durchaus signifikant voneinander unterscheiden und in einigen Bundesländern oder Regionen beispielsweise eine besonders hohe Bereitschaft zur Nutzung von Angeboten zur Verbesserung der Geflüchteten-Versorgung identifiziert werden kann, während diese Bereitschaft in anderen Bundesländern oder Regionen so gut wie gar nicht vorhanden ist.

Dennoch muss in diesem Kontext festgehalten werden, dass die generierten quantitativen Daten erste Anhaltspunkte darstellen und erste Potenziale für weiterführende Forschungsaktivitäten aufzeigen – im Rahmen weiterführender Forschungen wird daher empfohlen, die Einstellungen der Leistungserbringer auch in anderen Bundesländern zu erheben, um etwaige landesspezifische Unterschiede aufdecken zu können.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde zusätzlich zur quantitativen Online-Befragung von Leistungserbringern eine qualitative Erhebung über Fokusgruppendifkussionen durchgeführt – diese unterliegt wie oben dargestellt in hohem Maße der Subjektivität. Die auf diese Weise generierten Erkenntnisse spiegeln damit lediglich die Einstellungen und Einschätzungen der teilnehmenden Leistungserbringer wider, weswegen grundsätzlich Vorsicht bei ihrer Verallgemeinerung geboten ist. Im vorliegenden Fall kann jedoch festgehalten werden, dass sich die Aussagen der teilnehmenden Leistungserbringer in vielen Bereichen in hohem Maße ähneln, so dass vermutet werden kann, dass diese Ergebnisse auch in gewisser Art und Weise auf die Allgemeinheit übertragen werden können.

Dennoch gilt wie bereits im Zusammenhang mit der quantitativen Erhebung angeführten Limitationen, dass etwaige Unterschiede zwischen Bundesländern und/oder Regionen nicht ausgeschlossen werden können.

Grundsätzlich gilt: Auch, wenn die erhobenen Daten in einem hohen Maße der Subjektivität unterliegen, bedeutet dies keinesfalls, dass sie ohne jegliche Methodik analysiert und interpretiert wurden. In diesem Kontext kann festgehalten werden, dass die transkribierten Fokusgruppendifkussionen nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) analysiert wurden. Die methodische Kontrolle ist daher von hoher Relevanz – Helfferich (2011, S. 156) betont in diesem Zusammenhang, dass die methodische Kontrolle insbesondere bei der Dateninterpretation von Bedeutung ist und damit auch die Datenqualität bestimmt.

Die Literatur zur Durchführung einer qualitativen Datenerhebung betont zudem, dass ein Interviewleitfaden vor seinem endgültigen Einsatz im Rahmen von Experteninterviews mithilfe eines Pretests auf Verständlichkeit getestet werden sollte – immerhin hängt die Datenqualität auch von der Qualität der Vorbereitung einer Erhebung ab (vgl. Punch, 2011, S. 175).

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde aus diesem Grund ein Pretest mit unabhängigen Versuchspersonen durchgeführt – der in Abschnitt 2.5.1 vorgestellte Interviewleitfaden wurde somit im Hinblick auf Verständlichkeit und das Formulieren präziser und eindeutiger Fragestellungen diskutiert und nach Feedback der Versuchspersonen an geeigneter Stelle modifiziert. Die Ergebnisse der geführten Fokusgruppendifkussion konnten allerdings zeigen, dass keine großen Missverständnisse und Unklarheiten aufgetreten sind.

Was die Durchführung der qualitativen Fokusgruppendifkussion betrifft, so muss des Weiteren festgehalten werden, dass der Erfolg einer solchen Erhebung auch von den Kommunikationsfähigkeiten des Interviewers beziehungsweise im vorliegenden Fall der Autorin der vorliegenden Arbeit abhängt. Flick (2016, S. 143) führt in diesem Zusammenhang an, dass die Kommunikationsfähigkeiten zu den wesentlichen Erfolgsinstrumenten eines Interviewers gehören. Bezüglich der Erfahrungen der Autorin mit der Durchführung von Fokusgruppendifkussionen kann angeführt werden, dass die Autorin nicht über umfangreiche Erfahrungen mit dem Führen von Fokusgruppendifkussionen

verfügt – jedoch konnte während der gesamten Forschungsarbeit ein gewisses Maß an Routine und Erfahrung aufgebaut werden, was bei der Durchführung von Vorteil war.

Weiterhin ist im Zusammenhang mit der qualitativen Erhebung zu konstatieren, dass die generierten Daten keine Rohdaten darstellen, so wie es im Rahmen der quantitativen Erhebung der Fall war. Vielmehr ergeben sich die qualitativ erhobenen Daten direkt aus der Interviewsituation und sind damit auch in hohem Maße von der Ausgestaltung der jeweiligen Interviewsituation abhängig – schließlich kreiert die Autorin der vorliegenden Arbeit als Interviewerin die gesamte Interviewsituation durch ihre individuellen Charakteristika selbst. Punch (2011, S. 176) führt in diesem Kontext an, dass nicht nur die individuellen Persönlichkeitscharakteristika die Interviewsituation und somit auch die Erhebungsmethode beeinflussen, sondern zusätzlich die soziodemografischen Merkmale der interviewenden Person wie beispielsweise die Volkszugehörigkeit, die soziale Klasse, das Alter und das Geschlecht.

Insgesamt versteht sich die qualitative Erhebung also als wechselseitiges Spiel, welches sowohl durch die interviewende Person als auch durch die jeweiligen Teilnehmenden ausgestaltet und beeinflusst wird. Es kann aus diesem Grund für den vorliegenden Fall der Fokusgruppendifkussion also nicht vollständig ausgeschlossen werden, dass sich durch die individuellen Verhaltensweisen der Beteiligten, deren Erwartungshaltungen und deren Einschätzungen auch gegenseitige Beeinflussungen ergeben haben.

So ist es beispielsweise denkbar, dass die Interviewerin selbst sowie die Teilnehmenden die gesamte Diskussion bereits durch die Wahl spezifischer Fragestellungen und Themen beeinflussen und/oder die Diskussion hierdurch in eine ganz bestimmte Richtung gelenkt wird. Was die im Rahmen der vorliegenden Arbeit geführte Diskussion betrifft, so muss in diesem Kontext festgehalten werden, dass die Autorin in der Position als Interviewleiterin zwar über verhältnismäßig wenig Erfahrung bezüglich der Durchführung qualitativer Fokusgruppendifkussionen verfügt – es kann jedoch gleichermaßen betont werden, dass die Erfahrungswerte im Laufe der Forschungsarbeit gestiegen sind. Der anfangs vorherrschende Mangel an Fachkenntnissen im Umgang mit Widersprüchen, Gesprächsführungstechniken, Interventionen, zulässigen Frageformen, Interaktionskompetenzen sowie verbalen und nonverbalen Signalen konnte im Verlauf der Forschungsarbeit kontinuierlich durch steigende Erfahrung verbessert werden.

Zusammenfassend kann jedoch festgehalten werden, dass die Nachteile der quantitativen Erhebung durch die Kombination aus quantitativer und qualitativer Erhebung weitgehend abgeschwächt wurden – so konnte beispielsweise die fehlende Subjektbezogenheit der quantitativen Erhebung durch die Fokusgruppendifkussion beseitigt werden. Dennoch können einige Limitationen nicht durch die Kombination aus quantitativer und qualitativer Erhebung beseitigt werden – dies betrifft im Wesentlichen die Verallgemeinerungsfähigkeit der Ergebnisse aufgrund der zu kleinen und räumlich begrenzten Stichprobe werden abschließend beide Erhebungen, sowohl die quantitative als auch die qualitative, zusammen betrachtet, so muss im Hinblick auf die Limitationen für die Interpretation der generierten Daten und Informationen Folgendes festgehalten werden: 38 Teilnehmende aus der quantitativen Erhebung sowie die Teilnehmenden aus der qualitativen Fokusgruppendifkussion spiegeln nicht die Auffassung der Allgemeinheit wider. Für die Interpretation der generierten Daten und Informationen bedeutet dies, dass aufgrund der begrenzten Stichproben die Gefahr von Fehlinterpretationen besteht. So ist beispielsweise davon auszugehen, dass an der quantitativen Online-Erhebung nur diejenigen Leistungserbringer teilgenommen haben, die sich den Herausforderungen aus der Behandlung von Geflüchteten zum einen bewusst sind und zum anderen gewillt sind, sich diesen Herausforderungen durch eigene Initiative zu stellen, um auf diese Weise zu einer Situationsverbesserung beizutragen. Auf der anderen Seite kann ebenso vermutet werden, dass diejenigen Leistungserbringer, welche sich gegen die Teilnahme an der Onlinebefragung entschieden haben, sich in Bezug auf ihre Einstellungen und Wünsche wesentlich von den teilgenommenen Leistungserbringern unterscheiden – die quantitative Erhebung kann eben diese Seite nicht abbilden, und so fehlen wichtige Erkenntnisse über die Gründe und Einstellungen der nicht teilgenommenen Leistungserbringer.

Dieselben Limitationen in Bezug auf die Interpretationsqualität gelten für die aus den Fokusgruppendifkussionen abgeleiteten Ergebnisse: An diesen Diskussionen beteiligten sich längt nicht alle Teilnehmenden, sondern vermutlich eher diejenigen, die einer Verbesserung der Versorgung von Geflüchteten positiv gegenüberstehen. Die Ansichten derjenigen Leistungserbringer, die weder an den Fortbildungsveranstaltungen noch den anschließenden Diskussionen teilnehmen, konnten daher nicht erhoben werden. Aus diesem Grund besteht die Gefahr einer zu einseitigen Interpretation dahingehend, dass die

positive Einstellung der Teilnehmenden in der Interpretation zwar überwiegt, diese jedoch nicht auf die Allgemeinheit der Leistungserbringer übertragen werden kann.

In Bezug auf die Qualität der Interpretation beziehungsweise die Stärke der generierten Ergebnisse kann jedoch festgehalten werden, dass die aus beiden Erhebungen generierten Daten und Informationen zur Verbesserung der aktuellen Situation beitragen können – trotz des geringen Rücklaufes der quantitativen Befragung konnten aus den offenen Fragen wichtige Inhalte für die Ausgestaltung der Fortbildung generiert werden. Ebenso lieferten die Fokusgruppendifkussionen erste wichtige Erkenntnisse – die vorliegende Arbeit liefert in diesem Kontext Ansatzpunkte für weitere Forschungen.

5 Zusammenfassung

Das Ziel der vorliegenden Arbeit bestand in der Validierung der Difäm-Fortbildungskurse zum Thema Gesundheitsversorgung für Geflüchtete sowie in der Ermittlung eines Optimierungsbedarfes, um ein derartiges Fortbildungskonzept neben in Baden-Württemberg auch als Standard in anderen Regionen/Bundesländern anbieten zu können. Die Arbeit nutzte die Erhebungsinstrumente Online-Fragebögen, Evaluationsbögen und Fokusgruppensitzungen, um einerseits Bedarfe und Bedürfnisse identifizieren und andererseits die Difäm-Fortbildungskurse im Hinblick auf ihre Ausgestaltung und ihren Nutzen bewerten zu können.

Die Ergebnisse der Erhebungen konnten zeigen, dass Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin besonderen Herausforderungen gegenüberstehen, was die Behandlung von Geflüchteten betrifft. So bestehen häufig Unsicherheiten in Bezug auf die Erwartungen der Geflüchteten, ergänzt durch Sprachbarrieren oder fehlendes Wissen im Umgang mit anderen Kulturen sowie in Deutschland eher selten auftretenden Erkrankungen. Das Angebot von Fortbildungskursen erweist sich in diesem Zusammenhang als geeigneter Lösungsansatz zur Reduzierung derartiger Unsicherheiten, denn das Interesse der Leistungserbringenden an einer optimalen Versorgung der Geflüchteten ist durchaus als groß zu bezeichnen. Dennoch sind Ärztinnen und Ärzte auf Unterstützung angewiesen, denn ohne interkulturelles Wissen sowie die Vermittlung anderer neuartiger Wissensbereiche im Umgang mit Geflüchteten kann die Situation nicht verbessert werden.

Die Ergebnisauswertung konnte zeigen, dass die Teilnehmenden der Difäm-Fortbildungskurse von den Vorteilen dieses Angebotes überzeugt sind und lediglich kleinere Anmerkungen in Bezug auf Verbesserungspotenzial im Rahmen der Evaluation gemacht wurden – diese betrafen allerdings nicht Inhalt und Aufbau der Kurse, sondern hingen in der Regel mit den einzelnen Vorträgen der Dozentinnen und Dozenten zusammen. Es ist daher davon auszugehen, dass eine Erweiterung des Kursangebotes auch in weiteren Bundesländern zu einem großen Nutzen für Geflüchtete, Leistungserbringende sowie die Gesellschaft führt.

6 Literaturverzeichnis

- Alberer, M., Wendeborn, M., Löscher, T. & Seilmaier, M. (2016):** Erkrankungen bei Flüchtlingen und Asylbewerbern, Daten von drei verschiedenen medizinischen Einrichtungen im Raum München aus den Jahren 2014 und 2015, Deutsche Medizinische Wochenschrift, Ausgabe 141(1), S. 8-15.
- Alpern, J. D., Davey C.S. & Song J. (2016):** Perceived barriers to success for resident physicians interested in immigrant and refugee health. In: BMC Med Educ, Ausgabe 16:178.
- Althaus, F., Hudelson, P., Domenig, D., Green, A. R. & Bodenmann, P. (2010):** Transkulturelle Kompetenz in der medizinischen Praxis - Bedürfnisse, Mittel, Wirkung. In: Schweizer Medizin Forum, Ausgabe 10(5), S. 79-83.
- Amara, A. H. & Aljunid, S.M. (2014):** Noncommunicable diseases among urban refugees and asylum-seekers in developing countries: a neglected health care need. In: Globalization and Health, Volume 10:24.
- Ärztammer Westfalen-Lippe (2019):** Online Fortbildung. Online: <https://www.aekwl.de/index.php?id=5771> (letzter Zugriff am 14. Mai 2019).
- Aumüller, J. & Bretl, C. (2008):** Lokale Gesellschaften und Flüchtlinge – Förderung von sozialer Integration. Die kommunale Integration von Flüchtlingen in Deutschland. Berliner Institut für Vergleichende Sozialforschung 02/2008, Berlin: o. V.
- Bak, B. (2007a):** Evaluation von Fortbildung (Fortbildungscontrolling) Teil 1, DVP 09/2007, S. 353-358.
- Bak, B. (2007b):** Evaluation von Fortbildung (Fortbildungscontrolling) Teil 2, DVP 10/2007, S. 408-412.
- BAMF (Hrsg.) (2015):** Migration, Integration, Asyl. Nürnberg: o. V.
- BAMF (2010):** Interkulturelle Kompetenz. Online: http://www.bamf.de/DE/Das-BAMF/BerufKarriere/Fortbildung/InterkulturelleKompetenz/interkulturellekompetenz-node.html;jsessionid=114D286C0F933F7AAFCA5A74A84E6473.2_cid359 (letzter Zugriff am 14. Mai 2019).
- Berens, E., Spallek, J. & Razum, O. (2008):** Länderbericht Deutschland. Bielefeld: o. V.
- Bermejo, I., Hölzel, L., Kriston, L. & Härter, M. (2012):** Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. Bundesgesundheitsblatt, Ausgabe 55 (8), S. 944-953.
- Bhatia, R. & Wallace P. (2007):** Experiences of refugees and asylum seekers in general practice: a qualitative study. In: BMC Fam Pract., Volume 21; 8,48.
- Binder-Fritz, C. & Rieder, A. (2014):** Zur Verflechtung von Geschlecht, sozioökonomischem Status und Ethnizität im Kontext von Gesundheit und Migration. In: A. Bundesgesundheitsblatt, Ausgabe 57, S. 1031-1037.
- Borgschulte, H. S. (2016):** Gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten in 2015 – Evaluation einer Ambulanz für Geflüchtete in einer Kölner Notunterkunft (Kölner Modell). In: Gesundheitswesen, Ausgabe 78(12), S. 808-813.
- Böttche M., Stammel, N. & Knaevelsrud, C. (2016):** Psychotherapeutische Versorgung traumatisierter geflüchteter Menschen in Deutschland. In: Der Nervenarzt, Volume 87, S. 1136-1143.

- Bozorgmehr, K., Nöst, S., Thaiss, H. M. & Razum, O. (2016a):** Die gesundheitliche Versorgungssituation von Asylsuchenden - Bundesweite Bestandsaufnahme über die Gesundheitsämter. Bundesgesundheitsblatt, Ausgabe 59, S. 545-555.
- Bozorgmehr, K., Mohsenpour, A., Saure, D., Stock, C., Loerbroks, A., Joos, S. & Schneider, C. (2016b):** Systematic review and evidence mapping of empirical studies on health status and medical care among refugees and asylum seekers in Germany (1990-2014). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, Ausgabe 59(5), S. 599-620.
- Bozorgmehr K., Razum O. (2015):** Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany 1994–2013. In: PLoS ONE, Ausgabe 10(7), e0131483.
- BPtK (Bundespsychotherapeuten Kammer) (Hrsg.) (2015):** BPtK-Standpunkt: Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen, Ausgabe 09/2015, Berlin: o. V.
- Bradby, H., Humphris, R., Newall, D. & Phillimore, J. (2015):** Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for refugees and asylum seekers in the European Region (2015). Health Evidence Network synthesis report 44.
- Brzoska, P. & Razum, O. (2014):** Versorgungsprobleme und mögliche Lösungsstrategien bei Menschen mit Migrationshintergrund. DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift 139(38), S. 1895-1897.
- BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2016):** Kultursensibilität in der gesundheitlichen Aufklärung – Kulturelle Unterschiede in der Kommunikation: Barrieren, Chancen, Lösungswege. Online: <https://www.fachdialognetz.de/fileadmin/pfm/formUploads/files/60649210.pdf> (letzter Zugriff am 24.10.2019)
- Bungartz, J. (2011):** Herausforderungen und Potenziale hausärztlicher Versorgung in einer multikulturellen Gesellschaft. In: Bundesgesundheitsblatt, Ausgabe 54, S. 1179–1186.
- Burnett, A. & Peel, M. (2001):** Asylum seekers and refugees in Britain – Health needs of asylum seekers and refugees. In: BMJ Volume 322, S. 544-547.
- BVS (2019):** Seminare zu Asyl und Flüchtlingen. Online: <https://www.bvs.de/fortbildung/seminare/seminare-zu-asyl-und-fluechtlingen/index.html> (letzter Zugriff am 14. Mai 2019).
- Carlsson, J. M., Olsen, D. R., Kastrup, M. & Mortensen, E. L. (2010):** Late mental health changes in tortured refugees in multidisciplinary treatment. In: Journal of Nervous and Mental Disease, Volume 198(11), S. 824-828.
- Caulford, P. & Vali, Y. (2006):** Providing health care to medically uninsured immigrants and refugees. In: CMAJ, Volume 174(9), S. 1253-1254.
- Cheng, I.-H., Drillich, A. & Schattner, P. (2015):** Refugee experiences of general practice in countries of resettlement. In: British Journal of General Practice, March 2015, S. 171-176.
- Crumlish, N. & O'Rourke, K. (2010):** A Systematic Review of Treatments for Post-Traumatic Stress Disorder Among Refugees and Asylum-Seekers. In: The Journal of Nervous and Mental Disease, Volume 198(4), S. 237-251.
- David, M. & Ilkic, I. (2010):** Religiöser Glaube – Islam. Mögliche Konflikte im Klinisch-gynäkologischen Alltag. In: Der Gynäkologe, Ausgabe 43, S. 53-57.

- Diel, R., Loddenkemper, R. & Nienhaus, A. (2016):** Consequences of tuberculosis among asylum seekers for health care workers in Germany. In: *Journal of Occupational Medicine and Toxicology* (2016) 11:4.
- Dietrich, A. (2011):** Geschlechterrollen in unterschiedlichen Kulturkreisen. In: U. Thamer und M. Wüstenbecker (Hrsg.), *Gesundheit von Migranten*, Frankfurt am Main: Peter Lang, S. 101-108.
- Domenig, D. (2007):** *Transkulturelle Kompetenz*. 2. Auflage, Mannheim: Huber.
- Dreißig, V. (2005):** *Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus*. Bielefeld: Transcript-Verlag.
- Duncan, G., Shepherd, M. & Symonds, J. (2010):** Working with refugees - a manual for caseworkers and volunteers. In: *Rural and Remote Health*, Volume 10: 1406.
- Düvell, F. (2011):** Soziologische Aspekte: Zur Lage der Flüchtlinge. In: *Flüchtlingsschutz als globale und lokale Herausforderung*, S. 29-49.
- European Union Agency for Fundamental Rights (2013):** Inequalities and multiple discrimination in access to and quality of healthcare. FRA, European Union Agency for Fundamental Rights, Luxembourg.
- Farley, R., Askew, D. & Kay, M. (2014):** Caring for refugees in general practice: perspectives from the coalface. In: *Australian Journal of Primary Health*, Volume 20, S. 85-91.
- Fazel, M., Wheeler, J. & Danish, J. (2005):** Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. In: *Lancet*, Volume 365(9467), S. 1309-14.
- Feldmann, R. (2006):** Primary health care for refugees and asylum seekers: A review of the literature and a framework for services. In: *Public Health*, Volume 120(9), S. 809-816.
- Frank, L., Yasil-Jürgens, R., Razum, O., Borzogmehr, K., Schenk, L. & Gilsdorf, A. (2017):** Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. In: *Journal of Health Monitoring* 2(1), S. 24-47
- Fritz, A. (2018):** Gesundheit für Flüchtlinge - Eine unbestimmte, unübersichtliche und umstrittene Gesundheitsversorgung in Deutschland. In: *Zeitschrift für medizinische Ethik*. Bd. 64 (2018), S. 15-31.
- Geiger, I. K. & Razum, O. (2006):** Migration – Herausforderungen für die Gesundheitswissenschaften. In: K. Hurrelmann (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften*, 4. Auflage, Weinheim: Juventa, S. 719-746.
- Gillen, G. (2016):** Warum? Woher? Wohin? Menschen auf der Flucht – ein erster Überblick. In: A. Reschke (Hrsg.), *Und das ist erst der Anfang – Deutschland und die Flüchtlinge*. 5. Auflage, Reinbek: Rowohlt, S. 41-54.
- Greifeld, K. (1995):** Was ist „krank“? Wohlbefinden und Missbefinden im interkulturellen Vergleich. In: *Dr. med. Mabuse*, Ausgabe 96, S: 22-26.
- Grün, A. K. (2011):** Interkulturelle therapeutische Kompetenz bei der Behandlung von Migranten. In: U. Thamer und M. Wüstenbecker (Hrsg.), *Gesundheit von Migranten*, Frankfurt: Verlag Peter Lang, S. 17-35.
- Ilklic, I. (2010):** Medizinethische Aspekte des interkulturellen Arzt-Patienten-Verhältnisses. *Migration und Gesundheit, Kulturelle Vielfalt als Herausforderung für die medizinische*

- Versorgung, Vorträge der Jahrestagung des Deutschen Ethikrates 2010. Berlin: Deutscher Ethikrat, S. 29-40.
- Ilklic, I. (2006):** Begegnung und Umgang mit muslimischen Patienten. 6. Auflage, Zentrum für medizinische Ethik, Medizinethische Materialien, Heft 160, Bochum: o. V.
- ITB (Hrsg.) (2019):** CasemanagerIn/FallmanagerIn Integration – Migration – Flüchtlinge. Infoheft Nr. 51, Hamburg: o. V.
- Knipper M. & Akinci, A. (2005):** Wahlfach „Migrantenmedizin“ - interdisziplinäre Aspekte der medizinischen Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund. In: GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung, S. 1-5.
- Knipper, M. & Bilgin, Y. (2009):** Medizin und Ethnisch-Kulturelle Vielfalt - Migration und andere Hintergründe. In: Deutsches Ärzteblatt, Ausgabe 107(3), A76 - A79.
- Landkreis Gießen (Hrsg.) (2018):** Information zur ärztlichen Versorgung von Flüchtlingen und Asylbewerbern im Kreis Gießen.
- Leopoldina (2015):** Zur Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden. Kurz-Stellungnahme, online: http://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2015_Gesundheit_Asylsuchende_01.pdf (letzter Zugriff am 23. November 2019).
- Mayer, J. (2011):** Migration und Gesundheit: Mögliche Wege aus dem Präventionsdilemma. ÖIF-Dossier Nr 17. Hg. v. Österreichischer Integrationsfonds.
- Mayring, P. (2015):** Qualitative Inhaltsanalyse - Grundlagen und Techniken. Beltz Pädagogik, Weinheim: Beltz.
- Mig Health Care (2019):** Minimize health inequalities and improve the integration of vulnerable migrants and refugees into local communities. Online: <https://mighealthcare.eu/> (letzter Zugriff am 17. Mai 2019).
- Netzwerk Fluchtforschung (2019):** Netzwerk Fluchtforschung. Online: <https://fluechtlingsforschung.net/> (letzter Zugriff am 17. Mai 2019).
- Paul, N. (2007):** Gesundheit und Krankheit. In.: H. Fangerau, N. Paul, S. Schulz & K. Steigleder (Hrsg.), Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 131-317.
- Penka, S., Schouler-Ocak, M., Heinz, A. & Kluge, U. (2012):** Interkulturelle Aspekte der Interaktion und Kommunikation im psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlungsetting. In: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 55(9).
- Philippi, M., Melchert, P. & Renaud, D. (2018):** Welche gesundheitsbezogenen Informationen brauchen Geflüchtete? In: Prävention und Gesundheitsförderung, Vol. 13, S. 203-210.
- PTK Bayern (2019):** Fortbildung zur psychotherapeutischen Behandlung von psychischen Störungen bei Flüchtlingskindern. Online: https://www.ptk-bayern.de/ptk/web.nsf/id/li_fobifluechtlinge2018.html (letzter Zugriff am 14. Mai 2019).
- Razum, O., Wenner, J. & Bozorgmehr, K. (2016):** Wenn Zufall über den Zugang zur Gesundheitsversorgung bestimmt: Geflüchtete in Deutschland. In: Gesundheitswesen 2016, Volume 78(11), S. 711-714.
- Razum, O., Zeeb, H., Messmann, U., Schenk, L. et al. (2008):** Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Migration und Gesundheit.

- RefuDat (2019):** Vergleichsdatenbank für die quantitative Forschung zu Gesundheit und gesundheitlicher Versorgung Geflüchteter. Online: <http://projekt-refudat.uni-bielefeld.de/> (letzter Zugriff am 17. Mai 2019).
- Refugio München (2019):** Fortbildung für Psychologische Fachdienste, die mit UMF arbeiten – „Kultursensibler Umgang mit UMF“ mit intensiver Fallarbeit und Praxisbegleitung. Online: <https://www.refugio-muenchen.de/veranstaltungen/fortbildung-fuer-psychologische-fachdienste-die-mit-umf-arbeiten-kultursensibler-umgang-mit-umf-mit-intensiver-fallarbeit-und-praxisbegleitung/> (letzter Zugriff am 14. Mai 2019).
- Robert Bosch Stiftung (2016):** Was wir über Flüchtlinge (nicht) wissen. Berlin: o. V.
- Sahinöz, C. (2018):** Seelsorge im Islam – Theorie und Praxis in Deutschland. Wiesbaden: Springer VS.
- Schilder, M. & Brandenburg, H. (2019):** Transkulturelle Pflege. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmidt-Kaehler, S., Vogt, D., Berens, E.-M., Horn, A. & Schaeffer, D. (2017):** Gesundheitskompetenz – verständlich informieren und beraten. Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Bielefeld: o. V.
- Schopf, A. & Franges, H. (2010):** Die Partizipation von MigrantInnen in lokalen gesundheitsfördernden Angeboten in Wien Deutsche Zusammenfassung des Berichts über die fördernden und hindernden Faktoren für die Teilnahme aus der Perspektive von MigrantInnen. Healthy Inclusion. Forschungsinstitut des Roten Kreuzes, Wien.
- Stammel, N., Knaevelsrud, C., Schock, K., Walther, L.C.S., Wenk-Ansohn, M. & Böttche, M. (2017):** Multidisciplinary treatment for traumatized refugees in a naturalistic setting: symptom courses and predictors. *Eur J Psychotraumatol.* 2017 Oct 10;8 (sup2).
- Statista (2019):** Anzahl der Flüchtlinge im Verantwortungsbereich des UNHCR weltweit von 2010 bis 2017. Online: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/159744/umfrage/anzahl-der-fluechtlinge-weltweit-seit-1997/> (letzter Zugriff am 11. April 2019).
- Universität Freiburg (2019):** Curriculumentwicklung für eine interprofessionelle Fortbildung: Umgang mit Menschen mit Flucht- und Migrationserfahrung und Symptomen von posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) in der Akutversorgung. Online: <https://www.med.uni-freiburg.de/de/studium/pflegewissenschaft/forschung-1/forschung-1/forschung> (letzter Zugriff am 17. Mai 2019).
- Universität Bielefeld (2019):** Forschung an der Universität Bielefeld über Flucht und Migration. Online: <https://www.uni-bielefeld.de/refugees/forschung.html> (letzter Zugriff am 17. Mai 2019).
- Uslucan, H.-H. (2016):** Kultursensible Gesundheitsförderung – oder: Wie viele westliche Werte stecken in unseren Konstrukten psychischer Gesundheit? In: BZGA (Hrsg.), Kultursensibilität in der gesundheitlichen Aufklärung – Kulturelle Unterschiede in der Kommunikation, Barrieren, Chancen, Lösungswege, Band 21, S. 30-36.
- Visser, M. & De Jong, A. (2002):** Kultursensitiv pflegen. München: Urban und Fischer.
- Vogel, B. (2016):** Qualifizierung für die Fortbildung Ehrenamtlicher als Sprachbegleiter_innen für Flüchtlinge in Niedersachsen. Online: https://wie-kann-ich-helfen.info/qualifizierung-fuer-die-fortbildung-ehrenamtlicher-als-sprachbegleiter_innen-fuer-fluechtlinge-in-niedersachsen/2882 (letzter Zugriff am 14. Mai 2019).

- VWA (2017):** Forschungsmethode: Leitfadengestütztes Interview. Online: http://www.ahs-vwa.at/pluginfile.php/2982/mod_page/content/123/leitfadengst%C3%BCtzes%20Interview.pdf (letzter Zugriff am 15. Mai 2019).
- Wächter-Raquet, M. (2016):** Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende und Flüchtlinge. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh: o. V.
- Walter, C. & Matar, Z. (2018):** Herausforderungen und Chancen der interkulturellen Gesundheitswirtschaft in Deutschland. In: Interkulturelle Kommunikation in der Gesundheitswirtschaft, Wiesbaden: Springer Gabler, S. 1-19.
- Wimmer-Puchinger, B., Wolf, H. & Engleder, A. (2006):** Migrantinnen im Gesundheitssystem. Inanspruchnahme, Zugangsbarrieren und Strategien zur Gesundheitsförderung. In: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 49/9:884-892
- Wierlacher, A. (1999):** Interkulturalität. Zur Konzeptionalisierung eines Leitbegriffs interkultureller Literaturwissenschaft. In: Henk de Berg und Matthias Prangel, Heidelberg, S. 155-181.
- Wirtgen, W. (2009):** Traumatisierte Flüchtlinge: Psychische Probleme bleiben meist unerkannt. In: Deutsches Ärzteblatt 2009; 106(49): A-2463 / B-2115 / C-2055.
- Zimmermann, G. W. (2016):** Wer kümmert sich um den Dolmetscher für Flüchtlinge? In: MMW- Fortschritte der Medizin, Volume 158, S. 28.

7 Erklärungen zum Eigenanteil

Die Arbeit wurde an der Eberhard-Karls-Universität Tübingen / Institut für Allgemeinmedizin & interprofessionelle Versorgung unter Betreuung von Frau Prof. Dr. Stefani Joos durchgeführt.

Die Konzeption der Studie erfolgte in Zusammenarbeit mit dem Institut für Allgemeinmedizin & interprofessionelle Versorgung und das deutsche Institut für ärztliche Mission (Difäm).

Sämtlichen Module wurden von mir eigenständig in Zusammenarbeit und Unterstützung durch das Difäm durchgeführt.

Die statistische Auswertung erfolgte eigenständig durch mich.

Ich versichere, das Manuskript selbständig verfasst zu haben und keine weiteren als die von mir angegebenen Quellen verwendet zu haben.

Tübingen, den _____

[Unterschrift]

Anhang

1 Musterfragebögen

1.1 Muster: Online-Fragebogen aus dem Jahr 2018

Bedarfe von Migrant/innen erkennen

Dieser Fragebogen untersucht, wie sich Ihre Arbeit in der Hausarztpraxis durch Menschen mit Migrationshintergrund verändert hat.

1. Wie bewerten Sie die aktuelle Versorgungslage von Migrant/innen in Ihrer Gemeinde?

a) Wie gut sind Migrant/innen medizinisch bzw. gesundheitlich versorgt?

schlecht sehr gut

1 2 3 4 5

b) Wie gut ist die Unterstützung durch Ehrenamtliche?

schlecht sehr gut

1 2 3 4 5

c) Wie gut ist die Unterstützung durch Sozialarbeiter?

Schlecht sehr gut

1 2 3 4 5

d) Wie gut ist die Unterstützung durch Übersetzende?

schlecht sehr gut

1 2 3 4 5

2. Wie häufig wurden Sie von Migrant/innen in den letzten zwei Quartalen konsultiert?

nie bis 1x pro Monat bis 1x pro Woche mehrmals pro Woche täglich

3. Wie häufig stellten sich folgende Herausforderungen bei der Behandlung eines/r Migranten/in?

nie	selten	gelegentlich	häufig	sehr häufig
a) ausgefallene oder seltene Erkrankungen				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) psychische oder posttraumatische Störungen				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) erhöhter Zeitaufwand				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) zu hohe Erwartungen an die Therapie				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) zu hohe Erwartungen an allgemeine Unterstützung				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Termineinhaltung				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte beschreiben Sie hier weitere Herausforderungen

4. Wie schätzen Sie die Motivation Ihres Praxisteam zur Versorgung von Migrant/innen ein?

gering					sehr hoch
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	

5. Haben Sie Interesse an Fortbildungen alleine oder mit Ihrem Praxispersonal teilzunehmen?

 Ja Nein

6. Welche Themen zur Förderung interkultureller Kompetenz und interprofessionellen Zusammenarbeit interessieren Sie?

Mehrere Antworten sind möglich.

 spezielle Krankheiten wie z.B. HIV und TB posttraumatische Folgestörungen Rechtliches Umgang mit Krankheit in anderen Kulturen Rollenverständnis der Frau in anderen Kulturen und andere vulnerable Gruppen

7. Informationen zu Ihnen und Ihrer Praxis

Ich bin

 männlich weiblich unbestimmten Geschlechts

Mein Alter in Jahren ist

Meine Praxis liegt in folgendem Landkreis

Meine Praxis ist

Meine Praxis hat pro Quartal etwa die folgende Anzahl an Krankenscheinen

In meiner Praxis gibt es die folgende Anzahl an Arztstellen

Haben Sie noch weitere Anmerkungen?

1.2 Muster: Online-Fragebogen aus dem Jahr 2016

Sieben Fragen zu Geflüchteten in der Hausarztpraxis

Dieser Fragebogen untersucht, wie sich Ihre Arbeit durch Geflüchtete verändert hat.

1. Wie häufig wurden Sie von Geflüchteten in den letzten 2 Quartalen konsultiert?

nie	bis 1x pro Monat	bis 1x pro Woche	mehrmals/Woche	täglich
<input type="radio"/>				

2. Wie schätzen Sie Ihren persönlichen zusätzlichen Arbeitsaufwand durch Geflüchtete ein?

gering				sehr hoch
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

3. Wie schätzen Sie die Motivation Ihres Praxisteam zur Versorgung Geflüchteter ein?

gering				sehr hoch
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

4. Wie häufig stellten sich folgende Herausforderungen bei der Behandlung eines/r Geflüchteten?

nie	selten	gelegentlich	häufig	sehr häufig
a) Sprachprobleme oder kein kompetenter Dolmetscher verfügbar				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) zu hohe Erwartungen der/des Geflüchteten				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) fremde/exotische Erkrankungen				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) psychische/posttraumatische Störungen				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Gutachtenerstellung				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Wie häufig stellten sich folgende organisatorische Herausforderungen bei der Behandlung eines/r Geflüchteten?

	nie	selten	gelegentlich	häufig	sehr häufig
a) erhöhter Zeitaufwand	<input type="radio"/>				
b) Termineinhaltung	<input type="radio"/>				
c) Patiententransport	<input type="radio"/>				
d) Überweisung/Einweisung	<input type="radio"/>				
e) Abrechnung/Kostenübernahme	<input type="radio"/>				

6. Ordnen Sie folgende Verbesserungen nach der Wichtigkeit für Ihren Praxisablauf.

1=wichtigste Verbesserung bis 6=unwichtigste Verbesserung

<input type="checkbox"/>	kompetenter Dolmetscher verfügbar
<input type="checkbox"/>	gute Kenntnisse Geflüchteter über das deutsche Gesundheitssystem
<input type="checkbox"/>	klare Richtlinien für die Behandlung akuter/chronischer Erkrankungen
<input type="checkbox"/>	einfachere Genehmigungswege
<input type="checkbox"/>	verbesserter Zugang zu psychologischer Behandlung
<input type="checkbox"/>	Zugang zu spezieller Sprechstunde für Geflüchtete

7. Haben Sie noch weitere Anmerkungen oder Verbesserungsvorschläge?

Meine Praxis liegt in folgendem Landkreis:

Meine Praxis ist

Meine Praxis hat pro Quartal etwa die folgende Anzahl an Krankenscheinen:

1.3 Muster: Evaluationsbogen für die Fortbildungskurse-Kurse

Veranstaltung: Hintergrund und mentale Gesundheit (Bedarfe von Migranten erkennen)

Bitte bewerten Sie die einzelnen Aspekte des Kurses durch ankreuzen bzw. ausfüllen.

Ihre Beurteilung wird selbstverständlich nur anonymisiert ausgewertet.

	Sehr gut	gut	schlecht	Sehr schlecht
	1	2	3	4
1. Formelle Aspekte				
1.1. Veranstaltungsort: Wie beurteilen Sie die Lage und die Ausstattung des gewählten Veranstaltungsortes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.2. Aufbau und Struktur: Wie beurteilen Sie den Aufbau und die Struktur des 1. Kursblocks?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.3. Themenauswahl: Wie beurteilen Sie ganz allgemein die festgelegten Themen für den 1. Kursblock?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.4. Fachkompetenz der Dozenten: Wie beurteilen Sie insgesamt die Fachlichkeit der Dozenten des 1. Kursblocks?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.5. Zeitrahmen: Wie beurteilen Sie den Zeitumfang der für die angebotenen Themen zur Verfügung stand?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Sehr gut	gut	schlecht	Sehr schlecht
2. Gesamtbewertung	1	2	3	4
2. Gesamturteil: Wie konnte der 1. Kursblock Ihre Erwartungen erfüllen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Sehr gut	gut	schlecht	Sehr schlecht
3. Relevanz / Beurteilung der einzelnen Module	1	2	3	4
3.1. Interprofessionelle Zusammenarbeit: ➤ Dozent/in 1				
Insgesamt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für die Arbeit mit Geflüchteten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für die Vernetzung vor Ort	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.2. Hintergrund, medizinische Versorgung von Asylsuchenden: ➤ Dozent/in 2				
Insgesamt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für die Arbeit mit Geflüchteten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für die Vernetzung vor Ort	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.3. Interkulturelle Kompetenz: ➤ Dozent/in 3				
Insgesamt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für die Arbeit mit Geflüchteten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für die Vernetzung vor Ort	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.4. Gesundheitssysteme in anderen Ländern: ➤ Dozent/in 4				
Insgesamt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für die Arbeit mit Geflüchteten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für die Vernetzung vor Ort	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2 Datenauswertungen

2.1 Auswertung der Online-Befragungen aus den Jahren 2018 und 2016

Tabelle 8: Allgemeine Beurteilung der Versorgungslage von Geflüchteten - 2018

Online-Befragung 2018			schlecht  sehr gut					
	Versorgung / Unterstützung	n	①	②	③	④	⑤	Gesamt
•	Wie gut sind Geflüchtete gesundheitlich versorgt?	37	3%	11%	30%	35%	22%	100%
•	Wie gut ist die Unterstützung durch Ehrenamtliche?	36	3%	14%	33%	25%	25%	100%
•	Wie gut ist die Unterstützung durch Sozialarbeiter?	36	11%	31%	28%	25%	6%	100%
•	Wie gut ist die Unterstützung durch Übersetzende?	37	22%	43%	27%	8%	0%	100%

Tabelle 9: Konsultationshäufigkeit von Geflüchteten in der Arztpraxis – im Vergleich 2018 vs. 2016

Online-Befragung		2018		2016	
	Häufigkeit der Arztbesuche	absolut [n]	anteilig [%]	absolut [n]	anteilig [%]
•	Nie	1	3%	8	4%
•	Bis 1x pro Monat	2	5%	30	18%
•	Bis 1x pro Woche	4	11%	46	25%
•	Mehrmals pro Woche	23	61%	81	44%
•	Täglich	8	21%	18	10%
	GESAMT	38	100%	183	100%

Tabelle 10: Zusätzlicher persönlicher Arbeitsaufwand des Arztes durch Geflüchtete - 2016

Online-Befragung 2016			gering  sehr hoch					
		n	①	②	③	④	⑤	Gesamt
•	Zusätzlicher persönlicher Aufwand	180	15%	20%	26%	28%	11%	100%

Tabelle 11: Herausforderungen bei der Behandlung von Geflüchteten – im Vergleich 2018 vs. 2016

Online-Befragung								
Jahr	Herausfordernde Themen	n	nie	selten	gelegentlich	häufig	sehr häufig	Gesamt
2018	Ausgefallene oder seltene Erkrankungen	38	11%	41%	46%	0%	3%	100%
2016		181	34%	44%	19%	2%	1%	100%
2018	Psychische oder post-traumatische Störungen	38	3%	3%	26%	55%	13%	100%
2016		181	6%	14%	30%	33%	17%	100%
2018	Erhöhter Zeitaufwand	38	3%	0%	0%	24%	74%	100%
2016		181	3%	7%	15%	39%	36%	100%
2018	Termineinhaltung	38	5%	26%	32%	26%	11%	100%
2016		181	14%	18%	23%	27%	18%	100%
2018	Zu hohe Erwartungen an die Therapie	38	5%	11%	32%	26%	26%	100%
	Zu hohe Erwartungen an allgemeine Unterstützung		11%	11%	26%	32%	21%	100%
2016	Sprachprobleme oder kein kompetenter Dolmetscher verfügbar	181	3%	5%	12%	36%	44%	100%
	Zu hohe Erwartungen von Geflüchteten		9%	17%	30%	28%	15%	100%
	Erstellung von Gutachten		60%	29%	7%	4%	0%	100%
	Patiententransport		36%	29%	22%	9%	5%	100%
	Überweisung / Einweisung		13%	28%	35%	21%	3%	100%
	Abrechnung / Kostenübernahme		26%	30%	23%	13%	9%	100%

Nur die grau hinterlegten Themen wurden analog in den Online-Befragungen 2018 und 2016 exakt so abgefragt

Tabelle 12: Gewichtung von Verbesserungsmöglichkeiten im Praxisablauf mit Geflüchteten - 2016

Online-Befragung 2016		n	wichtigste Verbesserung				unwichtigste Verbesserung		Gesamt
Aspekte	1		2	3	4	5	6		
•	Verfügbarkeit eines kompetenten Dolmetschers	176	70%	16%	5%	6%	2%	1%	100%
•	Gute Kenntnisse Geflüchteter über das deutsche Gesundheitssystem	176	5%	14%	12%	14%	22%	34%	100%
•	Klare Richtlinien für die Behandlung akuter / chronischer Erkrankungen	176	6%	30%	24%	22%	15%	4%	100%
•	Einfachere Genehmigungswege	176	9%	14%	27%	27%	13%	10%	100%
•	Verbesserter Zugang zu psychologischer Behandlung	176	9%	23%	19%	19%	22%	9%	100%
•	Zugang zu spezieller Sprechstunde für Geflüchtete	176	1%	4%	12%	12%	27%	43%	100%

Tabelle 13: Anregungen und Verbesserungsvorschläge aus der Befragung im Jahr 2018

Online-Befragung 2018	
Herausforderungen	Verbesserungsvorschläge
• Sprachbarriere & Selbstüberschätzung bei Deutschkenntnissen (schwierige telefonische Terminvereinbarung)	medizinische Übersetzungs-App mit Illustrationen standardisierte Bild- bzw. Zeigetafeln für Basisverständigung
• Problematik bei Hinzunahme von Dolmetschern (Angehörige in Dolmetscherfunktion bei medizinischen Fragestellungen überfordert)	Medizinstudenten oder Krankenschwestern als Dolmetscher Hotline mit Pool von telefonisch erreichbaren Dolmetschern für akuten Bedarf während Sprechstundenzeiten weibliche Dolmetscher für Patientinnen und männliche Dolmetscher für Patienten
• Unrealistische Erwartungshaltung	Aufklärungsbroschüren über deutsches Gesundheitswesen in allen Sprachen Medikamentenpläne in allen Sprachen mit Illustration der Einnahme
• Bürokratische Hürden / hoher Zeitaufwand	(Erst)Anamnese- und Dokumentations-Bögen sollten in Kopie immer beim Flüchtling verbleiben, da ansonsten jeder neu aufgesuchte Arzt die Arbeit von vorne beginnen muss
• Vergütungs- bzw. Erstattungslücke wenn vom Berechtigungsschein des Sozialamts auf Versicherungskarte umgestellt wird (ca. 3 Monate Kostenerstattung unklar)	-----
• Geflüchtete kommen in Gruppen (blockieren Sprechstunde)	-----

Tabelle 14: Anregungen und Verbesserungsvorschläge aus der Befragung im Jahr 2016

Online-Befragung 2016		
	Herausforderungen	Verbesserungsvorschläge
•	Unzureichende Krisenleitung	Notfallplan mit Leitlinienerstellung, Verteilung der Kompetenzen und Zuständigkeiten
•	Krankmachende Verfahren	Schnelleres und durchschaubares Asylverfahren, sinnvollerer Nutzen der Wartezeit Einfachere Wege im Gesundheitssystem, z.B. durch eine Gesundheitskarte
•	Kommunikationsproblematik	Deutschunterricht so früh wie möglich Verfügbarkeit an Dolmetschern spart Ressourcen durch frühere Diagnosestellung und weniger Chronifizierung
•	Unbehandelte Trauma-Folgen	Verfügbare Dolmetscher helfen Störungen einzuschätzen, zu begleiten oder therapeutisch zu intervenieren
•	Überlastung von Ehrenamtlichen	Adäquate Betreuung durch Sozialämter und eine Verbesserung der Zusammenarbeit

Tabelle 15: Beurteilung der Motivation des eigenen Arzt-Praxisteam für die Versorgung von Geflüchteten – im Vergleich 2018 vs. 2016

Online-Befragung		2018		2016	
Motivation		absolut [n]	anteilig [%]	absolut [n]	anteilig [%]
 <p>Gering</p> <p>sehr hoch</p>	①	1	3%	6	3%
	②	2	5%	16	9%
	③	12	32%	63	35%
	④	20	54%	69	38%
	⑤	2	5%	27	15%
		37	100%	181	100%
		Keine Angabe = 1		Keine Angabe = 2	

Tabelle 16: Interesse an themenspezifischen Fortbildungen - 2018

Online-Befragung 2018				
		ja	nein	Gesamt
•	Interesse an Fortbildungen des Arztes/Praxisteam	66%	34%	100%

Tabelle 17: Fortbildungsbedarf und relevante Fortbildungsthemen im Zusammenhang mit Geflüchteten 2018

Online-Befragung 2018			
	Interessante Fortbildungsthemen (Mehrfachnennungen möglich)	absolut (n)	anteilig [%]
•	Posttraumatische Folgestörungen	27	23%
•	Umgang mit Krankheit in anderen Kulturen	25	22%
•	Rollenverständnis der Frau in anderen Kulturen und anderen vulnerablen Gruppen	21	18%
•	Rechtliches	20	17%
•	Ethik/Religion anderer Kulturen	12	10%
•	Spezielle Krankheiten, wie z.B. HIV und TB	10	9%
	Gesamt	115	100%

Tabelle 18: Demografische Strukturdaten: Landkreise – im Vergleich 2018 vs. 2016

Online-Befragung	2018		2016	
	absolut [n]	anteilig [%]	absolut [n]	anteilig [%]
Alb-Donau-Kreis	3	8%	10	6%
Biberach	5	13%	27	15%
Bodenseekreis	6	16%	20	11%
Ravensburg	5	13%	23	13%
Reutlingen	9	24%	38	21%
Sigmaringen	1	3%	15	8%
Tübingen	4	11%	29	16%
Ulm	4	11%	10	6%
Zollernalb	1	3%	7	4%
Gesamt	38	100%	179	100%
	Keine Angabe = 0		Keine Angabe = 4	

Tabelle 19: Demografische Strukturdaten: Arztstellen - 2018

Online-Befragung 2018		
Anzahl an Arztstellen in der Praxis	absolut [n]	anteilig [%]
< 1,0	3	8%
1,0 bis 1,5	20	54%
1,6 bis 2,0	7	19%
2,1 bis 2,5	1	3%
2,6 bis 3,0	4	11%
> 3,0	2	5%
Gesamt	37	100%
Keine Angabe = 1		

Tabelle 20: Demografische Strukturdaten: Krankenscheine – im Vergleich 2018 vs. 2016

Online-Befragung	2018		2016	
	absolut [n]	anteilig [%]	absolut [n]	anteilig [%]
< 500	2	5%	9	5%
500 – 1.000	10	27%	59	35%
1.001 – 1.500	14	38%	57	33%
> 1.500	11	30%	46	27%
Gesamt	37	100%	171	100%
Keine Angabe = 1		Keine Angabe = 5		

Tabelle 21: Demografische Strukturdaten: Lage der Praxis – im Vergleich 2018 vs. 2016

Online-Befragung	2018		2016	
	absolut [n]	anteilig [%]	absolut [n]	anteilig [%]
Eher auf dem Land (dünn besiedelt)	6	16%	70	39%
In einer Stadt (>10.000 Einwohner)	32	84%	108	61%
Gesamt	38	100%	178	100%
Keine Angabe = 0		Keine Angabe = 5		

2.2 Gesamtergebnisse der Evaluationsbögen: Difäm-Kurse mit jeweils vier Modulen

Tabelle 22: Lage und Ausstattung des Veranstaltungsortes

Lage und Ausstattung des Veranstaltungsortes								
	Kurs 1 Sommer 2018		Kurs 2 Herbst 2018		Kurs 3 Frühjahr 2019		GESAMT	
	absolut (n)	relativ (%)	absolut (n)	relativ (%)	absolut (n)	relativ (%)	absolut (n)	relativ (%)
[1] Sehr gut	10	83,3	8	42,1	23	51,1	41	53,9
[2] Gut	2	16,7	11	57,9	21	46,7	34	44,7
[3] Schlecht	0	0	0	0	1	2,2	1	1,3
[4] Sehr schlecht	0	0	0	0	0	0	0	0
Gesamt	12	100,0	19	100,0	45	100,0	76	100,0
$\bar{x} \bar{X}$	1,2	1,0	1,6	2,0	1,5	1,0	1,5	1,0

• Lage und Ausstattung des Veranstaltungsortes wurde jeweils nur im Evaluationsbogen des 1. Moduls eines Kurses abgefragt
 • Es gab Kursteilnehmer, die zu einzelnen Fragen „keine Angabe“ gemacht haben
 • \bar{x} : Mittelwert, \bar{X} : Median

Tabelle 23: Motivationsgründe für eine Kursteilnahme

Kurs 1: Sommer 2018	Kurs 2: Herbst 2018	Kurs 3: Frühjahr 2019
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arbeit in meiner Heimatpraxis ▪ Arbeit mit Geflüchteten ▪ bessere Vernetzungsmöglichkeiten ▪ Die tägliche Begegnung auf verschiedenen Ebenen mit Flüchtlingen (spezifische -> Kinderarztpraxis -> Kinderradio/Medien-pädagogik ▪ Eigene Herkunft; Kontakt zu Geflüchteten ▪ Erfahrungen in Praxis (Allgemeinmedizin) sowie Flüchtlingshilfe ▪ Erfahrungen/Erlebtes/ Intuitives Handeln auf eine sachliche Basis stellen; ▪ Interesse an interkulturellem Zusammenleben in der Gesellschaft an sich ▪ Erleichterung des Praxisalltags durch besseres Verstehen interkultureller Unterschiede ▪ nach draußen zu schauen, sich weiter zu entwickeln ▪ Verbesserung der Versorgung unserer Patienten, Horizont-Erweiterung ▪ Verbesserung meiner persönlichen Kompetenzen, Austausch, Information, Wissensvermittlung ▪ Verbesserung von Umgang + Verständnis von Migranten + Interpretation von Symptomen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arbeit mit Flüchtlingen ▪ Arbeit mit Migranten als Migrationsberaterin ▪ Der tägliche Umgang mit Asylanten + Behörden in der eigenen Praxis, der sich oft schwierig gestaltet ▪ Entwicklung interkultureller Kompetenz für meine tägliche Arbeit im Krankenhaus ▪ Interesse, "verstehen" ▪ interkultureller Aspekt ▪ Kontakt im Beruflichen und Privaten mit Migranten, Interesse am Thema durch Seminarangebot in "Gesundheit in der einen Welt" geweckt. ▪ Medizin. Hintergründe, Gesundheitssysteme ▪ Mehr interkulturelle Kompetenz bekommen. Hintergrundwissen aus den Herkunftsländern. Austausch. ▪ Menschen mit Migration in meinem Arbeitsbereich besser verstehen und mit ihnen kommunizieren ▪ Neue Impulse für die Arbeit mit Geflüchteten ▪ neue Inputs bei Umgang mit Migranten, Anregungen ▪ Neugierde, Praktische Erfahrung ▪ Themenspektrum insgesamt sehr interessant; Planung Freiberuflichkeit; Bildung im Allgemeinen; Interessierte aus unterschiedlichen Bereichen. ▪ Unsicherheit in Bezug auf Konzepte, Kultur, Klienten und deren Anliegen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angebot von Difäm in Praxispost ▪ Ankündigung ▪ Anschreiben durch Bezirksärztekammer ▪ Ärztekammer ▪ Ärztekammer Info ▪ Bezirksärztekammer ▪ durch Arbeitgeber ▪ Durch eine Freundin empfohlen ▪ Durch meine Chefin + einen Infoflyer ▪ Durch unsere Chefin ▪ Einladung war in Praxispost ▪ email v. Difäm/ÄK ▪ Facebook ▪ Flyer ▪ Im Internet ▪ Internet ▪ Internet Robert Bosch Stiftung ▪ Kollegin ▪ KV ▪ LÄK ▪ Per Mail ▪ Praxis ▪ Rundschreiben / mail Ärztekammer ▪ Tag der Allg. Medizin TÜ ▪ Tag der Allgemeinmedizin Tübingen - Flyer ▪ Über d. BÄ ▪ über meine Chefin ▪ über unsere Assistentin
<p> • Motivationsgründen für die Teilnahme am Kurs wurde jeweils nur im Evaluationsbogen des 1. Moduls eines Kurses abgefragt • Es gab Kursteilnehmer, die zu einzelnen Fragen „keine Angabe“ gemacht haben </p>		

Tabelle 24: Aufbau und Struktur der Module im Kurs

Aufbau und Struktur der Module im Kurs									
		Kurs 1 Sommer 2018		Kurs 2 Herbst 2018		Kurs 3 Frühjahr 2019		GESAMT	
		absolut (n)	relativ (%)	absolut (n)	relativ (%)	absolut (n)	relativ (%)	absolut (n)	relativ (%)
Modul 1 Hintergrund und mentale Gesundheit	[1] Sehr gut	7	58,3	11	57,9	13	56,5	31	57,4
	[2] Gut	5	41,7	8	42,1	10	43,5	23	42,6
	[3] Schlecht	0	0	0	0	0	0	0	0
	[4] Sehr schlecht	0	0	0	0	0	0	0	0
	Summe	12	100,0	19	100,0	23	100,0	54	100,0
	$\bar{x} \tilde{x}$	1,4	1,0	1,4	1,0	1,4	1,0	1,4	1,0
Modul 2 Medizinische Heraus-forde- rungen	[1] Sehr gut	8	72,7	13	81,3	7	33,3	28	58,3
	[2] Gut	3	27,3	3	18,8	14	66,7	20	41,7
	[3] Schlecht	0	0	0	0	0	0	0	0
	[4] Sehr schlecht	0	0	0	0	0	0	0	0
	Summe	11	100,0	16	100,0	21	100,0	48	100,0
	$\bar{x} \tilde{x}$	1,3	1,0	1,2	1,0	1,7	2,0	1,4	1,0
Modul 3 Vernetzung und Zusammen-ar- beit	[1] Sehr gut	7	63,6	13	72,2	10	58,8	30	65,2
	[2] Gut	4	36,4	5	27,8	7	41,2	16	34,8
	[3] Schlecht	0	0	0	0	0	0	0	0
	[4] Sehr schlecht	0	0	0	0	0	0	0	0
	Summe	11	100,0	18	100,0	17	100,0	46	100,0
	$\bar{x} \tilde{x}$	1,4	1,0	1,3	1,0	1,4	1,0	1,4	1,0
Modul 4 Umgang mit vulnerablen Gruppen	[1] Sehr gut	9	81,8	12	80,0	11	68,8	32	76,2
	[2] Gut	2	18,2	3	20,0	5	31,3	10	23,8
	[3] Schlecht	0	0	0	0	0	0	0	0
	[4] Sehr schlecht	0	0	0	0	0	0	0	0
	Summe	11	100,0	15	100,0	16	100,0	42	100,0
	$\bar{x} \tilde{x}$	1,2	1,0	1,2	1,0	1,3	1,0	1,2	1,0
GESAMT Module 1-4 kumuliert	[1] Sehr gut	31	68,9	49	72,1	41	53,2	121	63,7
	[2] Gut	14	31,1	19	27,9	36	46,8	69	36,3
	[3] Schlecht	0	0	0	0	0	0	0	0
	[4] Sehr schlecht	0	0	0	0	0	0	0	0
	Summe	45	100,0	68	100,0	77	100,0	190	100,0
	$\bar{x} \tilde{x}$	1,3	1,0	1,3	1,0	1,5	1,0	1,4	1,0

• Sofern sich ein/e Teilnehmer/in nicht für eine konkrete Bewertung entschieden sondern stattdessen die Mitte zwischen zwei Kategorien angekreuzt hatte, wurde für die statistische Auswertung jeweils eine Nennung in der vorstehenden und eine in der nachstehenden Kategorie berücksichtigt → in der Folge erhöhten sich damit die Nennungen um n=1
 • Es gab Kursteilnehmer, die zu einzelnen Fragen „keine Angabe“ gemacht haben
 • \bar{x} : Mittelwert, \tilde{x} : Median

Tabelle 25: Themenangebote in den Modulen und Kursen

Themenangebote in den Modulen und Kursen									
		Kurs 1 Sommer 2018		Kurs 2 Herbst 2018		Kurs 3 Frühjahr 2019		GESAMT	
		absolut (n)	relativ (%)	absolut (n)	relativ (%)	absolut (n)	relativ (%)	absolut (n)	relativ (%)
Modul 1 Hintergrund und mentale Gesundheit	[1] Sehr gut	10	83,3	9	50,0	14	60,9	33	62,3
	[2] Gut	2	16,7	9	50,0	9	39,1	20	37,7
	[3] Schlecht	0	0	0	0	0	0	0	0
	[4] Sehr schlecht	0	0	0	0	0	0	0	0
	Summe	12	100,0	18	100,0	23	100,0	53	100,0
	$\bar{x} \tilde{x}$	1,2	1,0	1,5	1,5	1,4	1,0	1,4	1,0
Modul 2 Medizinische Heraus-forde- rungen	[1] Sehr gut	11	78,6	13	81,3	13	61,9	37	72,5
	[2] Gut	3	21,4	3	18,8	8	38,1	14	27,5
	[3] Schlecht	0	0	0	0	0	0	0	0
	[4] Sehr schlecht	0	0	0	0	0	0	0	0
	Summe	14	100,0	16	100,0	21	100,0	51	100,0
	$\bar{x} \tilde{x}$	1,2	1,0	1,2	1,0	1,4	1,0	1,3	1,0
Modul 3 Vernetzung und Zusammen-ar- beit	[1] Sehr gut	8	72,7	12	66,7	10	58,8	30	65,2
	[2] Gut	3	27,3	6	33,3	7	41,2	16	34,8
	[3] Schlecht	0	0	0	0	0	0	0	0
	[4] Sehr schlecht	0	0	0	0	0	0	0	0
	Summe	11	100,0	18	100,0	17	100,0	46	100,0
	$\bar{x} \tilde{x}$	1,3	1,0	1,3	1,0	1,4	1,0	1,3	1,0
Modul 4 Umgang mit vulnerablen Gruppen	[1] Sehr gut	7	63,6	12	80,0	12	70,6	31	72,1
	[2] Gut	4	36,4	3	20,0	4	23,5	11	25,6
	[3] Schlecht	0	0	0	0	1	5,9	1	2,3
	[4] Sehr schlecht	0	0	0	0	0	0	0	0
	Summe	11	100,0	15	100,0	17	100,0	43	100,0
	$\bar{x} \tilde{x}$	1,4	1,0	1,2	1,0	1,3	1,0	1,3	1,0
GESAMT Module 1-4 kumuliert	[1] Sehr gut	36	75,0	46	68,7	49	62,8	130	68,1
	[2] Gut	12	25,0	21	31,3	28	35,9	60	31,4
	[3] Schlecht	0	0	0	0	1	1,3	1	0,5
	[4] Sehr schlecht	0	0	0	0	0	0	0	0
	Summe	48	100,0	67	100,0	78	100,0	191	100,0
	$\bar{x} \tilde{x}$	1,2	1,0	1,3	1,0	1,4	1,0	1,3	1,0

• Sofern sich ein/e Teilnehmer/in nicht für eine konkrete Bewertung entschieden sondern stattdessen die Mitte zwischen zwei Kategorien angekreuzt hatte, wurde für die statistische Auswertung jeweils eine Nennung in der vorstehenden und eine in der nachstehenden Kategorie berücksichtigt → in der Folge erhöhten sich damit die Nennungen um n=1
 • Es gab Kursteilnehmer, die zu einzelnen Fragen „keine Angabe“ gemacht haben
 • \bar{x} : Mittelwert, \tilde{x} : Median

Tabelle 26: Fachkompetenzen der Dozenten

Fachkompetenz der Dozenten									
		Kurs 1 Sommer 2018		Kurs 2 Herbst 2018		Kurs 3 Frühjahr 2019		GESAMT	
		absolut (n)	relativ (%)	absolut (n)	relativ (%)	absolut (n)	relativ (%)	absolut (n)	relativ (%)
Modul 1 Hintergrund und mentale Gesundheit	[1] Sehr gut	11	91,7	11	61,1	15	56,2	37	69,8
	[2] Gut	1	8,3	7	38,9	8	34,8	16	30,2
	[3] Schlecht	0	0	0	0	0	0	0	0
	[4] Sehr schlecht	0	0	0	0	0	0	0	0
	Summe	12	100,0	18	100,0	23	100,0	53	100,0
	$\bar{x} \tilde{x}$	1,1	1,0	1,4	1,0	1,3	1,0	1,3	1,0
Modul 2 Medizinische Heraus-forde- rungen	[1] Sehr gut	11	84,6	14	87,5	17	81,0	42	84,0
	[2] Gut	2	15,4	2	12,5	4	19,0	8	16,0
	[3] Schlecht	0	0	0	0	0	0	0	0
	[4] Sehr schlecht	0	0	0	0	0	0	0	0
	Summe	13	100,0	16	100,0	21	100,0	50	100,0
	$\bar{x} \tilde{x}$	1,1	1,0	1,1	1,0	1,2	1,0	1,1	1,0
Modul 3 Vernetzung und Zusammen-ar- beit	[1] Sehr gut	9	81,8	13	72,2	14	82,4	36	78,3
	[2] Gut	2	18,2	5	27,8	3	17,6	10	21,7
	[3] Schlecht	0	0	0	0	0	0	0	0
	[4] Sehr schlecht	0	0	0	0	0	0	0	0
	Summe	11	100,0	18	100,0	17	100,0	46	100,0
	$\bar{x} \tilde{x}$	1,2	1,0	1,3	1,0	1,2	1,0	1,2	1,0
Modul 4 Umgang mit vulnerablen Gruppen	[1] Sehr gut	11	100,0	14	93,3	12	70,6	37	86,0
	[2] Gut	0	0	1	6,7	4	23,5	5	11,6
	[3] Schlecht	0	0	0	0	1	5,9	1	2,4
	[4] Sehr schlecht	0	0	0	0	0	0	0	0
	Summe	11	100,0	15	100,0	17	100,0	43	100,0
	$\bar{x} \tilde{x}$	1,0	1,0	1,1	1,0	1,3	1,0	1,1	1,0
GESAMT Module 1-4 kumuliert	[1] Sehr gut	42	89,4	52	77,6	58	74,4	152	79,2
	[2] Gut	5	10,6	15	22,4	19	24,4	39	20,3
	[3] Schlecht	0	0	0	0	1	1,2	1	0,5
	[4] Sehr schlecht	0	0	0	0	0	0	0	0
	Summe	47	100,0	67	100,0	78	100,0	192	100,0
	$\bar{x} \tilde{x}$	1,1	1,0	1,2	1,0	1,2	1,0	1,2	1,0

• Sofern sich ein/e Teilnehmer/in nicht für eine konkrete Bewertung entschieden sondern stattdessen die Mitte zwischen zwei Kategorien angekreuzt hatte, wurde für die statistische Auswertung jeweils eine Nennung in der vorstehenden und eine in der nachstehenden Kategorie berücksichtigt → in der Folge erhöhten sich damit die Nennungen um n=1
 • Es gab Kursteilnehmer, die zu einzelnen Fragen „keine Angabe“ gemacht haben
 • \bar{x} : Mittelwert, \tilde{x} : Median

Tabelle 27: Determinierter Zeitrahmen der Vorträge

Determinierter Zeitrahmen der Vorträge									
		Kurs 1 Sommer 2018		Kurs 2 Herbst 2018		Kurs 3 Frühjahr 2019		GESAMT	
		absolut (n)	relativ (%)	absolut (n)	relativ (%)	absolut (n)	relativ (%)	absolut (n)	relativ (%)
Modul 1 Hintergrund und mentale Gesundheit	[1] Sehr gut	6	54,5	1	5,6	11	47,8	18	34,6
	[2] Gut	5	45,5	16	88,9	12	52,2	33	63,5
	[3] Schlecht	0	0	1	5,6	0	0	1	1,9
	[4] Sehr schlecht	0	0	0	0	0	0	0	0
	Summe	11	100,0	18	100,0	23	100,0	52	100,0
	$\bar{x} \tilde{x}$	14	1,0	2,0	2,0	1,5	2,0	1,7	2,0
Modul 2 Medizinische Herausfor- derungen	[1] Sehr gut	3	25,0	8	50,0	10	47,6	21	42,9
	[2] Gut	8	66,7	8	50,0	9	42,9	25	51,0
	[3] Schlecht	1	8,3	0	0	2	9,5	3	6,1
	[4] Sehr schlecht	0	0	0	0	0	0	0	0
	Summe	12	100,0	16	100,0	21	100,0	49	100,0
	$\bar{x} \tilde{x}$	1,8	2,0	1,5	1,5	1,6	2,0	1,6	2,0
Modul 3 Vernetzung und Zusammen- arbeit	[1] Sehr gut	6	54,5	10	52,6	8	47,1	24	51,1
	[2] Gut	4	36,4	8	42,1	9	52,9	21	44,7
	[3] Schlecht	1	9,1	1	5,3	0	0	2	4,3
	[4] Sehr schlecht	0	0	0	0	0	0	0	0
	Summe	11	100,0	19	100,0	17	100,0	47	100,0
	$\bar{x} \tilde{x}$	1,4	1,0	1,5	1,0	1,5	2,0	1,5	1,0
Modul 4 Umgang mit vulnerablen Gruppen	[1] Sehr gut	3	25,0	8	53,3	10	71,4	21	51,2
	[2] Gut	8	66,7	6	40,0	4	28,6	18	43,9
	[3] Schlecht	1	8,3	1	6,7	0	0	2	4,9
	[4] Sehr schlecht	0	0	0	0	0	0	0	0
	Summe	12	100,0	15	100,0	14	100,0	41	100,0
	$\bar{x} \tilde{x}$	1,8	2,0	1,5	1,0	1,3	1,0	1,5	1,0
GESAMT Module 1-4 kumuliert	[1] Sehr gut	18	39,2	57	58,2	39	52,0	84	44,5
	[2] Gut	25	54,3	38	38,8	34	45,3	97	51,3
	[3] Schlecht	3	6,5	3	3,0	2	2,7	8	4,2
	[4] Sehr schlecht	0	0	0	0	0	0	0	0
	Summe	46	100,0	98	100,0	75	100,0	189	100,0
	$\bar{x} \tilde{x}$	1,6	2,0	1,6	2,0	1,5	1,0	1,6	2,0

• Sofern sich ein/e Teilnehmer/in nicht für eine konkrete Bewertung entschieden sondern stattdessen die Mitte zwischen zwei Kategorien angekreuzt hatte, wurde für die statistische Auswertung jeweils eine Nennung in der vorstehenden und eine in der nachstehenden Kategorie berücksichtigt → in der Folge erhöhten sich damit die Nennungen um n=1
 • Es gab Kursteilnehmer, die zu einzelnen Fragen „keine Angabe“ gemacht haben
 • \bar{x} : Mittelwert, \tilde{x} : Median

Tabelle 28: Erwartungserfüllung der Kursteilnehmer

Erwartungserfüllung der Kursteilnehmer									
		Kurs 1 Sommer 2018		Kurs 2 Herbst 2018		Kurs 3 Frühjahr 2019		GESAMT	
		absolut (n)	relativ (%)	absolut (n)	relativ (%)	absolut (n)	relativ (%)	absolut (n)	relativ (%)
Modul 1 Hintergrund und mentale Gesundheit	[1] Sehr gut	6	50,0	9	50,0	12	52,2	27	50,9
	[2] Gut	6	50,0	9	50,0	11	47,8	26	49,1
	[3] Schlecht	0	0	0	0	0	0	0	0
	[4] Sehr schlecht	0	0	0	0	0	0	0	0
	Summe	12	100,0	18	100,0	23	100,0	53	100,0
	$\bar{x} \tilde{x}$	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,0	1,5	1,0
Modul 2 Medizinische Heraus-forde- rungen	[1] Sehr gut	4	44,4	10	66,7	12	57,1	26	57,8
	[2] Gut	5	55,6	5	33,3	9	42,9	19	42,2
	[3] Schlecht	0	0	0	0	0	0	0	0
	[4] Sehr schlecht	0	0	0	0	0	0	0	0
	Summe	9	100,0	15	100,0	21	100,0	45	100,0
	$\bar{x} \tilde{x}$	1,6	2,0	1,3	1,0	1,4	1,0	1,4	1,0
Modul 3 Vernetzung und Zusammen-ar- beit	[1] Sehr gut	6	50,0	12	80,0	8	50	26	60,5
	[2] Gut	6	50,0	3	20,0	8	50	17	39,5
	[3] Schlecht	0	0	0	0	0	0	0	0
	[4] Sehr schlecht	0	0	0	0	0	0	0	0
	Summe	12	100,0	15	100,0	16	100,0	43	100,0
	$\bar{x} \tilde{x}$	1,5	1,5	1,2	1,0	1,5	1,5	1,4	1,0
Modul 4 Umgang mit vulnerablen Gruppen	[1] Sehr gut	5	62,5	12	85,7	9	60,0	26	70,3
	[2] Gut	3	37,5	2	14,3	6	40,0	11	29,7
	[3] Schlecht	0	0	0	0	0	0	0	0
	[4] Sehr schlecht	0	0	0	0	0	0	0	0
	Summe	8	100,0	14	100,0	15	100,0	37	100,0
	$\bar{x} \tilde{x}$	1,4	1,0	1,1	1,0	1,4	1,0	1,3	1,0
GESAMT Module 1-4 kumuliert	[1] Sehr gut	21	51,2	43	69,4	41	54,7	105	59,0
	[2] Gut	20	48,8	19	30,6	34	45,3	73	41,0
	[3] Schlecht	0	0	0	0	0	0	0	0
	[4] Sehr schlecht	0	0	0	0	0	0	0	0
	Summe	41	100,0	62	100,0	75	100,0	178	100,0
	$\bar{x} \tilde{x}$	1,5	1,0	1,3	1,0	1,4	1,0	1,4	1,0

• Sofern sich ein/e Teilnehmer/in nicht für eine konkrete Bewertung entschieden sondern stattdessen die Mitte zwischen zwei Kategorien angekreuzt hatte, wurde für die statistische Auswertung jeweils eine Nennung in der vorstehenden und eine in der nachstehenden Kategorie berücksichtigt → in der Folge erhöhten sich damit die Nennungen um n=1
 • Es gab Kursteilnehmer, die zu einzelnen Fragen „keine Angabe“ gemacht haben
 • \bar{x} : Mittelwert, \tilde{x} : Median

Tabelle 29: Zusammengefasste Vortragsqualität - gesamt

Zusammengefasste Vortragsqualität - gesamt									
		Kurs 1 Sommer 2018		Kurs 2 Herbst 2018		Kurs 3 Frühjahr 2019		GESAMT	
		absolut (n)	relativ (%)	absolut (n)	relativ (%)	absolut (n)	relativ (%)	absolut (n)	relativ (%)
Modul 1 Hintergrund und mentale Gesundheit	[1] Sehr gut	35	63,6	39	53,4	55	61,8	129	59,4
	[2] Gut	20	36,4	32	43,8	30	33,7	82	37,8
	[3] Schlecht	0	0	2	2,8	4	4,5	6	2,8
	[4] Sehr schlecht	0	0	0	0	0	0	0	0
	Summe	55	100,0	73	100,0	89	100,0	217	100,0
	$\bar{x} \tilde{x}$	1,4	1,0	1,5	1,0	1,4	1,0	1,4	1,0
Modul 2 Medizinische Heraus-forde- rungen	[1] Sehr gut	41	70,7	50	76,9	58	66,7	149	71,0
	[2] Gut	11	19,0	15	23,1	28	32,2	54	25,7
	[3] Schlecht	6	10,3	0	0	1	1,1	7	3,3
	[4] Sehr schlecht	0	0	0	0	0	0	0	0
	Summe	58	100,0	65	100,0	87	100,0	210	100,0
	$\bar{x} \tilde{x}$	1,4	1,0	1,2	1,0	1,3	1,0	1,3	1,0
Modul 3 Vernetzung und Zusammen-ar- beit	[1] Sehr gut	27	69,2	43	78,2	28	54,9	98	67,6
	[2] Gut	12	30,8	11	20,0	22	43,1	45	31,0
	[3] Schlecht	0	0	1	1,8	1	2,0	2	1,4
	[4] Sehr schlecht	0	0	0	0	0	0	0	0
	Summe	39	100,0	55	100,0	51	100,0	145	100,0
	$\bar{x} \tilde{x}$	1,3	1,0	1,2	1,0	1,5	1,0	1,3	1,0
Modul 4 Umgang mit vulnerablen Gruppen	[1] Sehr gut	36	72,0	51	86,4	46	68,7	133	75,6
	[2] Gut	14	28,0	8	13,6	20	29,9	42	23,9
	[3] Schlecht	0	0	0	0	1	1,4	1	0,6
	[4] Sehr schlecht	0	0	0	0	0	0	0	0
	Summe	50	100,0	59	100,0	67	100,0	176	100,0
	$\bar{x} \tilde{x}$	1,3	1,0	1,1	1,0	1,3	1,0	1,3	1,0
GESAMT Module 1-4 kumuliert	[1] Sehr gut	139	68,8	183	72,6	187	63,6	509	68,0
	[2] Gut	57	28,2	66	26,2	100	34,0	223	29,8
	[3] Schlecht	6	3,0	3	1,2	7	2,4	16	2,1
	[4] Sehr schlecht	0	0	0	0	0	0	0	0
	Summe	202	100,0	252	100,0	294	100,0	748	100,0
	$\bar{x} \tilde{x}$	1,3	1,0	1,3	1,0	1,4	1,0	1,3	1,0

• Sofern sich ein/e Teilnehmer/in nicht für eine konkrete Bewertung entschieden sondern stattdessen die Mitte zwischen zwei Kategorien angekreuzt hatte, wurde für die statistische Auswertung jeweils eine Nennung in der vorstehenden und eine in der nachstehenden Kategorie berücksichtigt → in der Folge erhöhten sich damit die Nennungen um n=1
 • Es gab Kursteilnehmer, die zu einzelnen Fragen „keine Angabe“ gemacht haben
 • \bar{x} : Mittelwert, \tilde{x} : Median

Tabelle 30: Zusammengefasste Vortragsqualität – für die Arbeit mit Geflüchteten

Zusammengefasste Vortragsqualität – für die Arbeit mit Geflüchteten									
		Kurs 1 Sommer 2018		Kurs 2 Herbst 2018		Kurs 3 Frühjahr 2019		GESAMT	
		absolut (n)	relativ (%)	absolut (n)	relativ (%)	absolut (n)	relativ (%)	absolut (n)	relativ (%)
Modul 1 Hintergrund und mentale Gesundheit	[1] Sehr gut	35	58,3	39	60,0	46	52,9	120	56,6
	[2] Gut	21	35,0	22	33,8	37	42,4	80	37,7
	[3] Schlecht	4	6,7	4	6,2	4	4,6	12	5,7
	[4] Sehr schlecht	0	0	0	0	1	1,1	1	0,5
	Summe	60	100,0	65	100,0	87	100,0	212	100,0
	$\bar{x} \tilde{x}$	1,5	1,0	1,5	1,0	1,6	1,0	1,5	1,0
Modul 2 Medizinische Heraus-forde- rungen	[1] Sehr gut	41	70,7	43	70,5	53	64,6	137	68,2
	[2] Gut	12	20,7	18	29,5	27	32,9	57	28,4
	[3] Schlecht	5	8,6	0	0	2	2,4	7	3,5
	[4] Sehr schlecht	3	5,2	0	0	1	1,1	4	2,0
	Summe	58	100,0	61	100,0	82	100,0	201	100,0
	$\bar{x} \tilde{x}$	1,6	1,0	1,3	1,0	1,4	1,0	1,4	1,0
Modul 3 Vernetzung und Zusammen-ar- beit	[1] Sehr gut	25	64,1	41	74,5	29	59,2	95	66,4
	[2] Gut	14	35,9	13	23,6	19	38,8	46	32,2
	[3] Schlecht	0	0	1	1,8	1	2,0	2	1,4
	[4] Sehr schlecht	0	0	0	0	0	0	0	0,0
	Summe	39	100,0	55	100,0	49	100,0	143	100,0
	$\bar{x} \tilde{x}$	1,4	1,0	1,3	1,0	1,4	1,0	1,4	1,0
Modul 4 Umgang mit vulnerablen Gruppen	[1] Sehr gut	41	82,0	49	81,7	43	65,2	133	75,6
	[2] Gut	9	18,0	11	18,3	19	28,7	39	22,2
	[3] Schlecht	0	0	0	0	4	6,1	4	2,3
	[4] Sehr schlecht	0	0	0	0	0	0	0	0,0
	Summe	50	100,0	60	100,0	66	100,0	176	100,0
	$\bar{x} \tilde{x}$	1,2	1,0	1,2	1,0	1,4	1,0	1,3	1,0
GESAMT Module 1-4 kumuliert	[1] Sehr gut	142	67,6	172	71,4	171	59,8	485	66,3
	[2] Gut	56	26,7	64	26,6	102	35,7	222	30,3
	[3] Schlecht	9	4,3	5	2,1	11	3,8	25	3,4
	[4] Sehr schlecht	3	1,4	0	0	2	1,0	5	0,7
	Summe	210	100,0	241	100,0	286	100,0	737	100,0
	$\bar{x} \tilde{x}$	1,4	1,0	1,3	1,0	1,4	1,0	1,4	1,0

• Sofern sich ein/e Teilnehmer/in nicht für eine konkrete Bewertung entschieden sondern stattdessen die Mitte zwischen zwei Kategorien angekreuzt hatte, wurde für die statistische Auswertung jeweils eine Nennung in der vorstehenden und eine in der nachstehenden Kategorie berücksichtigt → in der Folge erhöhten sich damit die Nennungen um n=1
 • Es gab Kursteilnehmer, die zu einzelnen Fragen „keine Angabe“ gemacht haben
 • \bar{x} : Mittelwert, \tilde{x} : Median

Tabelle 31: Zusammengefasste Vortragsqualität – für die Vernetzung vor Ort

Zusammengefasste Vortragsqualität – für die Vernetzung vor Ort									
		Kurs 1 Sommer 2018		Kurs 2 Herbst 2018		Kurs 3 Frühjahr 2019		GESAMT	
		absolut (n)	relativ (%)	absolut (n)	relativ (%)	absolut (n)	relativ (%)	absolut (n)	relativ (%)
Modul 1 Hintergrund und mentale Gesundheit	[1] Sehr gut	24	37,5	29	46,0	33	40,7	86	41,3
	[2] Gut	32	50,0	26	41,3	38	46,9	96	46,2
	[3] Schlecht	8	12,5	8	12,7	10	12,3	26	12,5
	[4] Sehr schlecht	0	0	0	0	1	1,2	1	0,5
	Summe	64	100,0	63	100,0	81	100,0	208	100,0
	$\bar{x} \tilde{x}$	1,7	2,0	1,7	2,0	1,8	2,0	1,7	2,0
Modul 2 Medizinische Herausfor- derungen	[1] Sehr gut	25	61,0	24	43,6	35	41,2	84	46,4
	[2] Gut	16	39,0	26	47,3	44	51,8	86	47,5
	[3] Schlecht	0	0	5	9,1	6	7,1	11	6,1
	[4] Sehr schlecht	7	17,1	0	0	0	0	7	3,9
	Summe	41	100,0	55	100,0	85	100,0	181	100,0
	$\bar{x} \tilde{x}$	2,1	1,0	1,7	2,0	1,7	2,0	1,8	2,0
Modul 3 Vernetzung und Zusammen- arbeit	[1] Sehr gut	22	59,5	37	71,2	22	44,9	81	58,7
	[2] Gut	13	35,1	13	25,0	20	40,8	46	33,3
	[3] Schlecht	2	5,4	2	3,8	7	14,3	11	8,0
	[4] Sehr schlecht	0	0	0	0	0	0	0	0,0
	Summe	37	100,0	52	100,0	49	100,0	138	100,0
	$\bar{x} \tilde{x}$	1,5	1,0	1,3	1,0	1,7	2,0	1,5	1,0
Modul 4 Umgang mit vulnerablen Gruppen	[1] Sehr gut	24	54,5	40	72,7	28	48,3	92	58,6
	[2] Gut	17	38,6	14	25,5	21	36,2	52	33,1
	[3] Schlecht	3	6,8	1	1,8	9	15,5	13	8,3
	[4] Sehr schlecht	0	0	0	0	0	0	0	0,0
	Summe	44	100,0	55	100,0	58	100,0	157	100,0
	$\bar{x} \tilde{x}$	1,5	1,0	1,3	1,0	1,7	2,0	1,5	1,0
GESAMT Module 1-4 kumuliert	[1] Sehr gut	95	49,2	130	57,8	118	43,1	343	50,1
	[2] Gut	78	40,4	79	35,1	123	44,9	280	40,8
	[3] Schlecht	13	6,7	16	7,1	32	11,7	61	8,9
	[4] Sehr schlecht	7	3,6	0	0	1	0	8	1,2
	Summe	193	100,0	225	100,0	274	100,0	692	100,0
	$\bar{x} \tilde{x}$	1,7	2,0	1,5	1,0	1,7	2,0	1,6	1,0

• Sofern sich ein/e Teilnehmer/in nicht für eine konkrete Bewertung entschieden sondern stattdessen die Mitte zwischen zwei Kategorien angekreuzt hatte, wurde für die statistische Auswertung jeweils eine Nennung in der vorstehenden und eine in der nachstehenden Kategorie berücksichtigt → in der Folge erhöhten sich damit die Nennungen um n=1

• Es gab Kursteilnehmer, die zu einzelnen Fragen „keine Angabe“ gemacht haben

• \bar{x} : Mittelwert, \tilde{x} : Median

Tabelle 32: Anmerkungen und Empfehlungen der Kursteilnehmer

Anmerkungen und Empfehlungen der Kursteilnehmer			
	Kurs 1 Sommer 2018	Kurs 2 Herbst 2018	Kurs 3 Frühjahr 2019
Modul 1 Hintergrund und mentale Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ zu schnell durch die Folien gegangen, nicht alle kennen die Gesetze genau und langsames Präsentieren wäre für alle gut gewesen ▪ Schön, dass es eine solche interdisziplinäre Fortbildung (endlich) gibt. ▪ z.T. winzige Schrift in den Dias, kann man bestimmt vergrößern. ▪ Sehr interessant und tatsächlich schon nach kürzester Zeit horizontweiternd. Ich erhoffe noch konkrete Ratschläge zum persönlichen Umgang mit Migranten. ▪ Zeitrahmen wurde mit "teilweise zu kurz" kommentiert 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Freue mich auf Block 2-3-4 ▪ 3.4: "Zeitlicher Rahmen zu knapp!". Die beiden letzten Vorträge waren etwas zu schnell und von der Zeit zu knapp gemessen, zu wenig Zeit für Fragen und Austausch ▪ Leider werden die Themen aus Zeitgründen nur angerissen. Also: eher. Bessere Wegbeschreibung mit Öffis! ▪ Mehr Zeit für einzelne Themen! 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mehr Zeit / Konkretes für rechtliche Aspekte (Interkulturelle Kompetenz [←- wurde nachträglich durchgestrichen]) ▪ Rechtsanwältin ist wertend und zu flapsig, schweift ab, Erfahrungen nach 3 Jahren Migrationsfluss sind anders als 2015 - > mehr darauf eingehen. Mehr Fallbeispiele aus dem Teilnehmerkreis. ▪ Veranstaltung war kurzweilig. Handout für Nachschlagen und Notizen wäre schön. Zeitraum war leider etwas spät (bis 21.30 Uhr) --> Heimfahrt, nächster Tag wieder in der Praxis fit bereit sein für Patienten. --> Freue mich schon auf den nächsten Block! ▪ Vernetzung geschieht sicher noch ▪ Viele weitere erfolgreiche Kurse !! :) ▪ Workshop empfand ich als arg "Sozpäd"-ig. Wenig Nutzen für Praxis; konstruierte Fälle.
Modul 2 Medizinische Herausforderungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kommentar bei 3.4: "'nicht relevant für mich, sorry'"; ▪ Vielleicht bzw. hoffentlich kommen am Samstagstermin Infos zu Kindern u. Jugendlichen - Entwicklungen, typ. Erkrankungen, Stellung in der Fam., schulische Ausbildung usw. ▪ MRSA und and. multiresistente Erreger - Themenblock" ▪ Kommentar nach Block3: "Vernetzung?" ▪ zu wenig Zeit"; ▪ leider nicht auf Migranten übertragen / praktische Erfahrungen nicht eingebracht, schade ▪ der Inhalt "nicht übertragbare Erkrankungen" war wenig mit der Fragestellung "Bedarfe von Migranten" verknüpft und nicht unbedingt für das anwesende Publikum geeignet. ▪ Wie meine Kollegin andeutete "alle schwätzen schwäbisch" ▪ große Themen mit wenig Zeit zum Präsentieren 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gut: Vor allem der Bezug auf Kultur der Menschen eingehen. Würde daran noch gerne mehr arbeiten. Umgang mit Krankheit in den verschiedenen Kulturen. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1.5: "Zu lange". ▪ Sehr gute Referenten/innen ▪ Gute neue Informationen durch kompetente alltagserfahrene Dozenten ▪ Handout wäre prima, um gleich Notizen dazu zu machen und um nach zu lesen und Infos im Team weiter zu geben. ▪ Interessant war die Teilnahme der Patientin bzw. Protagonistin aus Somalia und auch die Bemerkungen der Sozialarbeiterin aus Ludwigsburg, die aus dem Sudan kommt zum Thema Beschneidung und Schwangerschaft, Geburt ▪ Tuberkulose fand ich zu lang und ausführlich. Wir müssen ja "nur" dran denken und zu Facharzt schicken

<p>Modul 3</p> <p>Vernetzung und Zusammenarbeit</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bitte Fortsetzung des Seminars zum Vertiefen und kontinuierlichen Austausch (Vernetzung) für die Arbeit vor Ort mit Flüchtlingen. ▪ ein Prozess des Eintauchens und der Wunsch nach mehr Kontakt durch das Seminar ▪ Die einzelnen Vortragszeiten etwas verlängern, damit jeweils die Diskussion nicht am Ende den Vortrag limitiert. ▪ Kommentar zu 3.2: "War für mich zu polarisierend, es gibt sicher auch andere Sichtweise --> auf jeden Fall Diskussion anregend". ▪ Sehr gutes Einhalten des Zeitrahmens 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Block 1: Zu ausschweifend, nicht strukturiert ▪ Fallbeispiele waren sehr gut ▪ Im Anschluss der Vorträge wäre noch mehr Zeit für Fragen positiv ▪ Mehr Zeit zur Verfügung stellen ▪ praxisnah, schön ▪ Vielleicht könnte man für einzelne Themen etwas mehr Zeit einplanen, da es viele spannende Inhalte gibt und mehr Fragen-/Diskussionsbedarf 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Handout wäre gut. ▪ Thema Impfungen hätte mehr Zeit eingeräumt werden können.
<p>Modul 4</p> <p>Umgang mit vulnerablen Gruppen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1.4: "zu spannend für die kurze Zeit, gerne länger". ▪ 3.3 überfordert mit Fülle an Info lieber einzel Beispiel + Gespräch ▪ 3.1: "Folienschrift zu klein". ▪ Vereinzelt zu überfrachtete/zu klein gedruckte Folien bei PP-Präsentationen ▪ 3.3: "ein bisschen zu schnell". ▪ 3.3: "Psychosoziale Versorgung von jungen Flüchtlingen". Liste von Therapeuten vor Ort, die traumatisierte Patienten behandeln, Anlaufstellen, Hotlines, Meetings, Stammtisch in Tübingen ▪ Projektion auf Leinwand zu klein, häufig sind (volle) Folien nicht so gut zu lesen. ▪ mehr Struktur in dem wichtigen Thema Impfungen wäre wünschenswert 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 3.2 zu schnell + zu leise gesprochen; Insgesamt wäre eine Vertiefung der Themen wichtig, ebenso mehr Arbeit an Fallbeispielen. z.T. für Nichtmediziner unverständliche Fachsprache ▪ Danke, dass die Fortbildung trotz Umbaumaßnahmen stattgefunden hat. ▪ Etwas mehr Zeit einplanen. Verschiedene Kulturen miteinbeziehen. Sehr Islamlastig ▪ Kommentar zu 1.4 (Zeitraumen): gerne länger!; Sehr gut Vernetzung gerne ▪ längere Pausen; wenigstens 12-15 Minuten. Persönliche Gespräche sind so leider nicht möglich. ▪ Sehr nützlich. Etwas zu schnell (hohe Informationsdichte) ▪ Angebot, das ich gut in meine Arbeit integrieren kann ▪ Snacks in den Pausen waren prima ▪ wunderbare Dozentinnen! ▪ Vormittags ist Aufnahmekapazität von Inputs besser, deshalb vielleicht Workshop erst am Nachmittag ▪ Zu Block 3.3 + 3.4: Dozentin verwendet sehr viele engl. Ausdrücke und Texte. Besser wäre deutsch. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Handout ▪ Insgesamt gute Organisation aller Blöcke ▪ Interessante Themen, manche Dinge waren eher nur für Ärzte, aber trotzdem interessant. ▪ Ebenfalls toll, die gemischte Gruppe aus verschiedenen Bereichen! ▪ HIV "Fachvortrag": zu lang und ausführlich; Tipp drandenken würde mE reichen ▪ Ob man aus dem Workshop viel Profit ziehen kann, müsste man diskutieren. ▪ Interdisziplinarität: Was sind meine Aufgaben / Grenzen meiner Möglichkeiten. Vernetzung vor Ort; was delegiere ich sinnvollerweise. Sehr gute Veranstaltung!! ▪ Mehr Zeit für Modul "Interkulturelle Kommunikation" ▪ sehr informativer Kurs. Ich fand den Vortrag des Gynäkologen noch besonders und fand es lehrreich die Patientin (aus Sudan?) zu hören. Er hat gezeigt, wie er auf die Besonderheiten dieser Patientengruppe respektvoll eingeht ▪ Vielleicht auch noch ein Vortrag eines Dolmetschers bzw. Sprachmittlers/in?

(Fortsetzung nächste Seite)

(Fortsetzung von vorheriger Seite)

<p>Weitere (offen gebliebene) Thematiken aus Sicht der Kursteilnehmer</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Krankheiten anderer Kulturen ▪ Vernetzung vor Ort in Bayern ▪ Weitere Hilfe im Gewinnen von mehr interkultureller Kompetenz ▪ Workshop, praktische Anwendung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hinweise für Vernetzung vor Ort; Literaturhinweise ▪ Krankheitsverständnis in anderen Kulturen ▪ Kulturelle Hintergründe im Denken über Krankheit ▪ Niederschwellige Angebote an Beratungsstellen, was wäre da wichtig? ▪ psycho-soziale Aspekte; Gesundheitssysteme in anderen Ländern ▪ Wie kann ich die Signale, die der Geflüchtete mir sendet, richtig verstehen? Bildhafte Sprache z.B. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arbeitsfähigkeit, Integration in den Arbeitsmarkt trotz gesundheitlicher Probleme; Schwierigkeiten bei Kindern; Geschlechterproblematik - Rechte der Frauen ▪ Bisher wurden alle Inhalte im Kurs behandelt, die Problematik der Flüchtlinge betrifft. ▪ Bürokratie, Asylscheine, wie kann ich an der Anmeldung mit Pat. kommunizieren, Asylscheinestelle, Wer ist Ansprechpartner ▪ Dolmetscherschulung ▪ Hauterkrankungen auf dunkler Haut erkennen ▪ Impfungen ▪ Kulturelle Hintergründe konkret bei Kontakt mit Gesundheitssystem bei Menschen verschiedener Herkunft. ▪ Kulturelle Unterschiede zu sehen und zu wissen ▪ prakt. + logistische Dinge, wo schicke ich wen hin. Kontakte ▪ Praktische Beispiele ▪ Rechtliches, Unterschiede im Krankheitsverständnis. ▪ religiöse/kulturelle Unterschiede ▪ Sprache!! ▪ z.B. Begrüßungsregeln ... (Syrien, Afghanistan, Irak, Iran als praktische Beispiele)
--	---	--	--

Kommentare wie „sehr gut“ „Danke“ „sehr informativ“ „tolle Veranstaltung“ etc. wurden der Übersichtlichkeit halber nicht mit in die Tabelle aufgenommen, da sich eine solche positive Wertung schon an anderen Stellen des Evaluationsbogens in messbarer Form widerspiegelt.

Tabelle 33: Demografische Merkmale der Kursteilnehmer

Demografische Merkmale der Kursteilnehmer				
	Kurs 1 Sommer 2018 (Module 1-4)	Kurs 2 Herbst 2018 (Module 1-4)	Kurs 3 Frühjahr 2019 (Module 1-4)	GESAMT
Anzahl Teilnehmer (n min., n max.)	min. 12 max. 13	min. 15 max. 19	min. 17 max. 23	min. 12 max. 23
Verteilung Geschlecht (♂, ♀, Anteil %)	♂ n=4 (9,1%) ♀ n=44 (90,9%)	♂ n=11 (15,9%) ♀ n=58 (84,1%)	♂ n=7 (8,9%) ♀ n=72 (91,1%)	♂ n=22 (11,5%) ♀ n=170 (88,5%)
Altersverteilung [Jahre] (\bar{x} \tilde{x} , min., max.)	\bar{x} =54,1 \tilde{x} =49,0 min. 40 max. 74	\bar{x} =51,6 \tilde{x} =50,5 min. 35 max. 63	\bar{x} =51,7 \tilde{x} =52,0 min. 20 max. 72	\bar{x} =52,2 \tilde{x} =51,0 min. 20 max. 72
Berufsgruppe Ärzte (n, Anteil %)	n=29 (65,9%)	n=26 (37,7%)	n=52 (65,8%)	n=107 (55,7%)
Berufsgruppe Sonstige (n, Anteil %)	n=15 (34,1%)	n=43 (62,3%)	n=27 (34,2%)	n=85 (44,3%)
Legende: • Es gab Kursteilnehmer, die zu einzelnen Fragen „keine Angabe“ gemacht haben • \bar{x} : Mittelwert, \tilde{x} : Median				

Tabelle 34: Berufsgruppengliederung bei Nicht-Ärzten unter den Teilnehmern

Berufsgruppenaufteilung der Nicht-Ärzte unter den Teilnehmern			
	Kurs 1 Sommer 2018	Kurs 2 Herbst 2018	Kurs 3 Frühjahr 2019
Angaben der Kursteilnehmer	- MTA / Ruhestand / Ehrenamtliche - Arzthelferin + Medienpädagogin - Ehrenamt - Internistisch - KP - Krankenpfleger/in - Krankenschwester - Päd - Pädiatrie	- Allgemeinmedizin - AtA - Diplom-Pädagogin - Dolmetscher - Ehrenamtliche/r - Hebamme - Krankenschwester - Krankenschwester, ehrenamtliche Flüchtlingsbegleiterin - Krankenschwester, Begleiterin - Mediatorin - MFA - Migrationsberaterin/-beratung - PTA - Sozialarbeit/erin - SozPäd - Übersetzung - Übersetzung, Schule	- Altenpflege - MFA - MFA / MDA - MFA / Verah - MTA - Pflege /Pflegerin - Sozialarbeit
Legende: • Es gab Kursteilnehmer, die zu einzelnen Fragen „keine Angabe“ gemacht haben			

Tabelle 35: Merkmale der Arztpraxen

Merkmale der Arztpraxen				
	Kurs 1 Sommer 2018 (Module 1-4)	Kurs 2 Herbst 2018 (Module 1-4)	Kurs 3 Frühjahr 2019 (Module 1-4)	GESAMT
Lage der Praxis (Stadt vs. Land)	Stadt: n=19 (73,1%) Land: n=7 (26,9%)	Stadt: n=20 (83,3%) Land: n=4 (16,7%)	Stadt: n=29 (80,6%) Land: n=7 (19,4%)	Stadt: n=68 (79,1%) Land: n=18 (20,9%)
Tätige Ärzte pro Praxis (\bar{x} \tilde{x} , min., max.)	$\bar{x}=2,4$ $\tilde{x}=2,5$ min. 1 max. 4	$\bar{x}=2,8$ $\tilde{x}=3,0$ min. 2 max. 4	$\bar{x}=2,7$ $\tilde{x}=2,0$ min. 1 max. 7	$\bar{x}=2,7$ $\tilde{x}=3,0$ min. 1 max. 7
Tätige MFAs pro Praxis (\bar{x} \tilde{x} , min., max.)	$\bar{x}=4,6$ $\tilde{x}=5,0$ min. 2 max. 7	$\bar{x}=6,2$ $\tilde{x}=6,0$ min. 3 max. 10	$\bar{x}=5,0$ $\tilde{x}=5,0$ min. 2 max. 7	$\bar{x}=5,3$ $\tilde{x}=5,0$ min. 2 max. 10
Legende: • Es gab Kursteilnehmer, die zu einzelnen Fragen „keine Angabe“ gemacht haben • \bar{x} : Mittelwert, \tilde{x} : Median				

2.3 Ergebnisse der Fokusgruppendifkussionen

Tabelle 36: Auswertung Codes

Farbe	Obercode	Sub-Code	Codings aller Dokumente	
			absolut [n]	anteilig [%]
●	Setting	Austausch mit Anderen	17	12,2
●	Setting	Workshop	2	1,4
●	Setting	Umsetzung / Kommunikation im Praxisalltag	9	6,5
●		Setting	1	0,7
●	Kursstruktur	Geschwindigkeit / Zeitmanagement	5	3,6
●	Kursstruktur	Inhaltlicher Aufbau	24	17,3
●	Kursstruktur	Umfang / Menge	7	5,0
●		Kursstruktur	2	1,4
●	Fazit / Gesamtbewertung	Vernetzung vor Ort	8	5,8
●	Fazit / Gesamtbewertung	Wünsche / Vorschläge	30	21,6
●	Fazit / Gesamtbewertung	Für Arbeit mit Geflüchteten	12	8,6
●		Fazit / Gesamtbewertung	6	4,3
●		Erfahrungen Arbeits-/Praxisalltag	16	11,6

2.4 Kodierte Ergebnisse MAXQDA - Textpassagen

2.4.1 Kursstruktur

1.

"Wir kommen ja auch aus unterschiedlichen Bereichen. Also für mich als Pflegekraft oder als Krankenpfleger ist es natürlich auch jetzt nicht im Vordergrund gewesen also die medizinischen Sachen zu hören. Das fand ich auch interessant also das habe ich sehr wohlwollend aufgenommen und auch interessiert aufgenommen" [FGD 01 09.06.2018; Position: 21 - 21]

2.

"Ich bin Allgemeinärztin. Also ich schließe mich den anderen jetzt auch an. Ich finde es war unheimlich gut strukturiert. Sehr interessante Themen." [FGD 03 11.05.2019; Position: 28 - 28]

2.4.1.1 Geschwindigkeit / Zeitmanagement

1.

"[Interesse?] Schon das Medizinische. Das hätte ich mir auch noch etwas mehr gewünscht. Das ging sehr schnell." [FGD 01 09.06.2018; Position: 12 - 12]

2.

"Das Einzige ist, ich hätte für manche Themen, für viele Themen, an mancher Stelle gern mehr Zeit gehabt. Also auch klar einzelne Fachvorträge, die dann so ein bisschen am Schluss sehr komprimiert werden mussten, weil man nicht fertig wurde, aber was ja auch daran lag eben an diesen Kontroversen, die dann auftauchen ja ... und die noch eingehender zu Diskutieren auch ja... und das hätte ich gut gefunden. Also einfach etwas mehr Zeit, von mir aus noch ein Tag mehr und dafür die einzelnen Vorträge mit wirklich Zeitpuffer für Diskussion, für Fragen, für Ideen ja... weil eben ich glaub, es gibt einfach nicht nur eine Wahrheit." [FGD 01 09.06.2018; Position: 31 - 31]

3.

"Und trotzdem fand ich's aber gut. Ich bin völlig, völlig ihrer Meinung, aber ich fand's trotzdem gut, dass es jemanden gab, der strukturiert hat und gesagt hat „Leute, hallo in fünf Minuten ist echt Feierabend“. Fand ich auch wichtig, dass die Struktur so gestimmt hat." [FGD 01 09.06.2018; Position: 32 - 32]

4.

"dass man nicht am Schluss noch kurz die letzten drei Folien quasi hinten runterfallen lassen muss, weil's in der Mitte des Vortrags eine kurze Diskussion gab. Ansonsten ... nee, find ich auch gut, also endlos labern ist auch nicht immer hilfreich" [FGD 01 09.06.2018; Position: 41 - 41]

5.

"man muss ja auch sagen, wie groß soll so ein Kurs werden? Und wenn der jetzt halt so über die vier Mal geht, dann fand ich, dass von den Themen her, würde ich jetzt nicht noch mehr reinpacken. Also wie vorher schon gesagt, eher, dass man überlegt, dass man's nicht mit ganz so viel Druck jedes einzelne Thema durchbringt." [FGD 01 09.06.2018; Position: 97 - 97]

6.

"Und ich fände es eigentlich auch besser, wenn man mit einem ganzen Tag beginnt. Weil so Gespräche ergaben sich eigentlich bisher so neben den Workshops nicht, weil einfach zu wenig Zeit war. Wenn man abends um 16 Uhr kommt ist jeder froh um 22 Uhr, wenn er heimgeht." [FGD 02 10.11.2018; Position: 24 - 24]

2.4.1.2 Inhaltlicher Aufbau

1.

"das mit der Tuberkulose fand ich prima und mit dem HIV als Auffrischung nochmal" [FGD 01 09.06.2018; Position: 16 - 16]

2.

"Aber ich habe einfach keine Übung mit HIV. Und nur zu sagen „die sind blöd und die sollen sich mal nicht so anstellen“... da hätt' ich mir eher nochmal konkreter gewünscht - ok warum müssen sie sich nicht anstellen ja? Das war mir zu oberflächlich. So nach dem Motto „naja das wisst ihr doch sowieso alle“. T'schuldigung, ich bin hergekommen, weil ich's eben nicht weiß. Ja? Und deswegen wäre es für mich hilfreicher gewesen, man wäre da konkreter gewesen zum Beispiel." [FGD 01 09.06.2018; Position: 16 - 16]

3.

"Aber ansonsten waren diese medizinischen Themen für mich auch nochmal so, dass ich dachte „ok stimmt, musst besser drauf achten“. Grad mit der Tuberkulose. Das ist einfach was, wo ich viel zu wenig dran denke und das würde ich sicherlich aufmerksamer im Hinterkopf haben. Oder auch mit den Hauterkrankungen, dass man da genauer hinschaut." [FGD 01 09.06.2018; Position: 16 - 16]

4.

"nach wie vor denk ich immer, ich gebe mir wirklich super viel Mühe und bin immer erstmal da, ich krieg immer Ärger mit meinen Arzthelferinnen, weil die sagen „die kommt nicht vorwärts, weil sie sich dauernd immer Stunden lang mit diesen Asylanten da beschäftigt“. Also da ist mir zu wenig, was erwarten die von mir, warum erwarten die das, haben die ein Anrecht da drauf sich das zu erwarten? Und umgekehrt: Wie kann ich die motivieren? Haben wir uns jetzt heute schon ein paar Mal drüber unterhalten. Wie kann ich denn die motivieren, dass sie vielleicht mal die banalsten Dinge - nämlich lernen, dass sie auch mit mir in Kontakt treten können." [FGD 01 09.06.2018; Position: 16 - 16]

5.

"Wir kommen ja auch aus unterschiedlichen Bereichen. Also für mich als Pflegekraft oder als Krankenpfleger ist es natürlich auch jetzt nicht im Vordergrund gewesen also die medizinischen Sachen zu hören. Das fand ich auch interessant also das habe ich sehr wohlwollend aufgenommen und auch interessiert aufgenommen" [FGD 01 09.06.2018; Position: 21 - 21]

6.

"Was ich auch toll fand, waren die medizinischen Geschichten, also über Tuberkulose und HIV mit dem hat man hier nicht viel zu tun und ich denke das nochmal ein bisschen breiter – würde ich sehr begrüßen." [FGD 01 09.06.2018; Position: 23 - 23]

7.

"Ich hätte es jetzt auch für die Gesamtgruppe ganz schön gefunden, wenn man das eventuell auch dieses Modul am Anfang eher macht, auch um die Gruppe sich ein bisschen finden zu lassen. Grad durch diese Diskussionen in kleinen Gruppen und so weiter, auch den Vortrag und so lernt man sich doch auch bisschen besser kennen und hat dann auch einen anderen Austausch eventuell in den folgenden Modulen. Könnte ich mir vorstellen." [FGD 01 09.06.2018; Position: 43 - 43]

8.

"Indem wir das mal zum Thema machen? Wie geht's denn eigentlich den Helfern? Das ist doch mal einen Vortrag wert! Wie geht's den Helfern?" [FGD 01 09.06.2018; Position: 51 - 51]

9.

"Ich fände es ganz gut, wenn man so einen Kurs mit so einer Kontroverse auch beginnt. Also dass man wirklich auch ein kontroverses Thema wie jetzt ... ich fand das jetzt mit dem Arztbesuch und der Frau, die die Hand nicht geben möchte, das ist schon kein sehr großes Ding, aber da kann man natürlich die

unterschiedlichsten Meinungen dran aufmachen. Und wenn man einen Kurs mit sowas beginnt und den Fall natürlich auch... wie soll ich sagen...nicht Hemmungen – das ist blöd, dann macht man so einen Kurs auch breiter. Der macht mehr Raum auf und sagt, wir sind nicht nur hier um jetzt zu sagen, die sind alle gut und wir wollen denen irgendwie helfen, egal was es kostet, oder sowas. Sondern ja man kann's aus verschiedenen Richtungen dann ansehen. Und dann gibt's auch vielleicht Meinungen, die dann anders sind und die man dann auch berücksichtigen kann und die aber in so einem Diskurs ja dann auch wahnsinnig... also die den voranbringen, find ich. Wenn immer nur mit Leuten zusammen bist, die das gleiche schwätzen, da kommt ja auch nix dabei raus. Es geht ja immer voran wenn's unterschiedliche Meinungen gibt und dann überlegt man sich „ja stimmt da da da ... und so weiter und vielleicht gibt man's gar nicht zu, aber dann Daheim denkt man –vielleicht sollt ich da doch nochmal anders drüber nachdenken oder so. Also das fände ich jetzt zum Beispiel mal so ein Mittel um den breiter aufzumachen.“ [FGD 01 09.06.2018; Position: 60 - 60]

10.

"Und das sind genau die Dinge, die uns fehlen. Wir gehen nämlich genauso wie Sie, gehen wir ran. Wir sehen den Patienten, wir fragen ihn so, wie wir jeden fragen und gehen da ganz ohne Vorurteile auf den zu. Aber wir bedenken nicht, dass man vielleicht doch rechtlich nur das oder nur jenes machen darf, oder aufpassen muss, wegen der kulturellen Schranke, weil die das alles ganz anders sehen. Weil diese Bedeutung nicht die gleiche ist, wie bei uns. Und das war das, was wir im ersten Block gemacht haben. Genau das. Und das fand ich eigentlich recht hilfreich. Sicher konnte man nicht alles merken, aber ich habe viele Dinge da mitgenommen, wo ich einfach eher drüber nachdenke. Die fand ich ganz arg wichtig. Das war sowas, was von A bis Z für mich jetzt so ziemlich alles abgedeckt hat. Und in der Mitte war halt das Medizinische.“ [FGD 01 09.06.2018; Position: 70 - 70]

11.

"Also insgesamt find ich es doch ganz gut abgedeckt. Also es war wirklich aus ganz, ganz vielen Bereichen war jemand da und hat auch was Gutes und Interessantes dazu gesagt und man konnte sich wirklich so ein ganz großes Bild im Kopf zusammenmalen, wo man so einen Überblick kriegt, wo ich jetzt mal so einen Überblick gekriegt hab, fand ich.“ [FGD 01 09.06.2018; Position: 97 - 97]

12.

"Also man könnte eigentlich so einen kleinen Workshop gleich an den Anfang setzen“ [FGD 01 09.06.2018; Position: 111 - 111]

13.

"Auch wenn mir manches bekannt ist so an Schamgesellschaft, Familienstruktur und solchen Dingen. Auch manche medizinischen Dinge hab ich gesehen, aber das ist noch mal eine Erweiterung jetzt.“ [FGD 02 10.11.2018; Position: 29 - 29]

14.

"Ich fand die gesetzlichen Informationen auch noch mal ganz wichtig, weil das ja doch eine ganze Flut ist, was man da beachten kann oder muss. Und ich selber war da jetzt nicht ganz so drin bisher in dieser Thematik, was man alles beachten muss, wenn man mit einem Flüchtling ... denjenigen unterstützen will, weil ich als PTA mit dieser Seite nichts zu tun hab. Und diese medizinische Seite fand ich auch sehr gut, was dort beim letzten Mal an Themen angesprochen wurde. Die Impfungen waren mir ein bisschen zu viel auf einmal ... Da kam ich persönlich jetzt nicht mit. Heute, dass die Anwältin noch mal alles so gut umrissen hat, fand ich auch für mich jetzt ganz interessant. Und diese Fallbeispiele, die betreffen mehr die ärztliche Seite, die aber letztendlich dann auch wieder weiter greifen, weil sie gezeigt haben, dass reicht nicht, wenn nur der Arzt sich den Patienten anschaut. Da müssen andere mit eingreifen.“ [FGD 02 10.11.2018; Position: 46 - 46]

15.

"Also ich fand den Aufbau vom Kurs auch sehr gut. Also auch die verschiedenen Aspekte, also sowohl juristisch, medizinisch, sozialpädagogisch, fand ich sehr gut von den verschiedenen Seiten neue Informationen zu bekommen und letztendlich glaube ich, trägt es bei mir zumindest dazu bei der Sensibilität

oder erhöhte Sensibilität für diese Menschen, also gerade unter dem Aspekt zu sehen, „woher kommen sie? Was haben sie verloren? Und was haben sie unterwegs mitgemacht““ [FGD 02 10.11.2018; Position: 47 - 47]

16.

"Von heute war relativ viel praxisrelevantes dabei. Was wir teilweise so ein bisschen wissen, teilweise aber nicht so genau, jetzt doch für mich ein bisschen klarer wurde, wohin wir uns wenden können, wenn wir wieder in so eine Situation kämen, wo wir nicht wissen an wen wir uns wenden können und wer sich da weiter kümmern könnte. Also von dem her fand ich das eigentlich ganz gut vom heutigen Tag." [FGD 03 11.05.2019; Position: 19 - 19]

17.

"Ich find es sehr praxisrelevant was hier geboten wird. Auch Dinge... Also ich bin Kinderärztin... Dinge die jetzt nicht unbedingt mit einer kinderärztlichen Sprechstunde zu tun haben... Wenn ich einfach an den ersten Vortrag über... Das war glaube ich der juristische...denke, auch da ist es unglaublich hilfreich, dass man einen gewissen Hintergrund hat." [FGD 03 11.05.2019; Position: 22 - 22]

18.

"Ich bin Medizinische Fachangestellte und kann mich dem nur anschließen. Es ist meinem Gefühl nach eher für den ärztlichen Bereich, weil die unmittelbar betroffen sind. Für meinen Teil der Arbeit könnte ich mir vorstellen, dass man da noch ein bisschen mehr Praxis macht. Was tun? Wie tun? Aber sonst muss ich sagen, heute war es auch für mich sehr, sehr interessant und es gleicht sich so ein bisschen aus. Also der praktische Teil und der theoretische Teil. Der rechtliche Teil... Also wo man nicht weiß und trotzdem braucht." [FGD 03 11.05.2019; Position: 23 - 23]

19.

"Dieses fachliche und medizinische Wissen einerseits, aber auch dieses Wissen um gerade diese rechtliche Geschichte... In welchem Stadium befinden sich die Flüchtlinge, wenn sie zu uns kommen? Und jetzt heute auch die Vernetzung. Was gibt es denn alles? Das ist finde ich auch Wissen..." [FGD 03 11.05.2019; Position: 25 - 25]

20.

"Mir geht es ähnlich wie der Kollegin, dass manche Dinge eher bezogen sind auf die Ärzte und Ärztinnen. Für uns als MFAs zwar schon interessant zu wissen, aber jetzt wie z.B. letzte Woche der Vortrag über die Tuberkulose. Das finde ich, sind dann doch schon eher Dinge die mehr dann wirklich in den ärztlichen Bereich gehen. Da wäre dann vielleicht zu überlegen... Gut das ist vielleicht auch ein Aufwand, aber ob man da vielleicht ein bisschen trennen kann, welche Fachgruppen man jetzt anspricht. Ich mein klar war es mal interessant zu hören, aber für die Praxis an sich. Weil ich mache ja keine Diagnostik und mache auch keine Therapie als MFA... Also da vielleicht noch ein bisschen unterscheiden." [FGD 03 11.05.2019; Position: 26 - 26]

21.

"Ich bin Altenpflegerin. Das ist nochmal was anderes. Mir ging es heute Morgen zum Beispiel so, das mit dem Impfen. Das war für mich gänzlich unnötig. Die Nebengespräche fand ich dann wieder interessant, wenn es um den Herpes Zoster geht. Mir gefällt die Fortbildung sehr gut, wobei ich an sich von dem meisten nichts in meine praktische Arbeit bringen kann. Es bereichert mich aber immens. Ich find es unglaublich spannend. Und ich glaube es wird immer so sein. Man nimmt immer was mit. Ich denke ein bisschen mehr pflegebezogen fände ich auch an sich besser. Also gerade so in diesem Bereich „Pflege und Betreuung“ direkt und konkret." [FGD 03 11.05.2019; Position: 27 - 27]

22.

"Ich bin auch Kinderärztin. Mir gefällt der Kurs auch sehr gut, weil wir auch immer die Eltern mit anwesend haben und nicht nur auf die Kinder gucken. Gerade heute Block 3 hat mir sehr gut gefallen, weil es viel um die lokale Vernetzung ging. Und auch gerade der Vortrag von Refugio, weil wir oft auch mit sehr emotionalen Reaktionen der Eltern umgehen müssen und für das ein oder andere hab ich jetzt

eher das Gefühl, warum die Person eventuell so reagiert haben könnte. Man weiß ja manches, aber manches auch nicht. Und gerade so diese Coping-Strategien und so weiter... Das war für mich sehr hilfreich." [FGD 03 11.05.2019; Position: 29 - 29]

23.

"Auch ich als MFA, wenn ich jetzt jemand zum Impfen einbestelle, muss ich schon wissen, warum er das bekommt. Wann und wie zum Beispiel. Oder ich würde dann schon gerne wissen... Jetzt kommt die syrische Frau mit einem Schein vom Landratsamt oder einer AOK-Karte. Ja was bedeutet das denn? Also von dem her gesehen... Wird es Schwierigkeiten geben, das (sinnvoll) zu trennen und dann aber einen gleichen Nenner zu haben. Aber grundsätzlich ja... Man kann sich ja auch aus den Blöcken die man hat, dann das rausziehen was man braucht. Es gibt auch Dinge wo ich jetzt denke „Ja, das hab ich jetzt gehört und ist jetzt nicht so meins, brauch ich jetzt vielleicht auch nicht unbedingt“ – und dann hör ich es mir halt an." [FGD 03 11.05.2019; Position: 32 - 32]

24.

"Aber ich glaube eher, wie händeln wir das so ganz allgemein in einer Praxis und draußen im wilden Leben. Im Kontakt. Wir haben es vorhin im Zwischengespräch von den Kindern gehabt, oder wie Mütter mit ihren Kindern umgehen... Was auch anders ist als bei uns häufig ja. Also so diese eher allgemeinen Themen. Wie werde ich angesprochen? Bei uns ist oft das Thema natürlich, das „Mann / Frau“ –Thema. Ja... Also von wem lässt man sich was sagen oder wer darf sich in welche Themen einmischen in unserer Familie?" [FGD 03 11.05.2019; Position: 42 - 42]

25.

"Ja da bräuchte man einen, der damit Erfahrung hat mit schwarzen Patienten, halt aus Afrika ..." [FGD 03 11.05.2019; Position: 48 - 48]

26.

"Ja die Haut ist ein wenig zu kurz gekommen." [FGD 03 11.05.2019; Position: 49 - 49]

27.

"Ach ich fand schon besonders das Erscheinen der Somalierin...: Dass man sie hier auch mal gesehen hat beim Boss und dass ein bisschen eine Auseinandersetzung stattgefunden hat. Dass sie geredet hat. Wir auch Fragen hätten stellen können. Also das finde ich nicht schlecht, wenn so Beispiele mitgebracht werden. Von Leuten die auch bereit sind sich zu äußern. Das fand ich schon ganz besonders muss ich sagen. Auch das Eingehen des Gynäkologen auf die Besonderheit der Migrantinnen ja. Fand ich auch gar nicht selbstverständlich oder? Hatte ich so noch nicht erlebt. Dass er sich da so rein gedacht hat." [FGD 03 11.05.2019; Position: 81 - 81]

2.4.1.3 Umfang / Menge

1.

"Also für mich war es eine umfassende Fortbildung aller Bereiche dieses Problems „Flüchtlinge“ betreffend." [FGD 01 09.06.2018; Position: 10 - 10]

2.

"[Interesse?] Schon das Medizinische. Das hätte ich mir auch noch etwas mehr gewünscht. Das ging sehr schnell. Da konnten wir gerade beim Herrn Marmé nicht tief genug gehen. Das war toll, was er über die Hintergründe gesagt hat und sehr große Empathie und Verständnis dieser Migrantin gegenüber gezeigt hat. Aber das Medizinische kam da dann doch etwas zu kurz. Ihm sollte man mehr Raum geben. Er hätte noch viel mehr zu sagen." [FGD 01 09.06.2018; Position: 12 - 12]

3.

"Aber ansonsten muss ich echt sagen, mir ist nach wie vor, es geht ja darum, Bedarfe oder Bedarf ... was erwarten denn die Flüchtlinge, was denn hier so passieren soll? Das ist mir zu wenig gewesen. Also

ich kann immer noch nicht sagen, was glaubt denn eigentlich die Syrerin, wenn die ohne Deutschkenntnisse zu mir in die Praxis kommt, was ich denn da jetzt zu leisten hätte? Und hat sie überhaupt einen Anspruch da drauf." [FGD 01 09.06.2018; Position: 16 - 16]

4.

"nach wie vor denk ich immer, ich gebe mir wirklich super viel Mühe und bin immer erstmal da, ich krieg immer Ärger mit meinen Arzthelferinnen, weil die sagen „die kommt nicht vorwärts, weil sie sich dauernd immer Stunden lang mit diesen Asylanten da beschäftigt“. Also da ist mir zu wenig, was erwarten die von mir, warum erwarten die das, haben die ein Anrecht da drauf sich das zu erwarten? Und umgekehrt: Wie kann ich die motivieren? Haben wir uns jetzt heute schon ein paar Mal drüber unterhalten. Wie kann ich denn die motivieren, dass sie vielleicht mal die banalsten Dinge - nämlich lernen, dass sie auch mit mir in Kontakt treten können." [FGD 01 09.06.2018; Position: 16 - 16]

5.

"Also insgesamt find ich es doch ganz gut abgedeckt. Also es war wirklich aus ganz, ganz vielen Bereichen war jemand da und hat auch was Gutes und Interessantes dazu gesagt und man konnte sich wirklich so ein ganz großes Bild im Kopf zusammenmalen, wo man so einen Überblick kriegt, wo ich jetzt mal so einen Überblick gekriegt hab, fand ich." [FGD 01 09.06.2018; Position: 97 - 97]

6.

"Also ich fand den Aufbau vom Kurs auch sehr gut. Also auch die verschiedenen Aspekte, also sowohl juristisch, medizinisch, sozialpädagogisch, fand ich sehr gut von den verschiedenen Seiten neue Informationen zu bekommen und letztendlich glaube ich, trägt es bei mir zumindest dazu bei der Sensibilität oder erhöhte Sensibilität für diese Menschen, also gerade unter dem Aspekt zu sehen, „woher kommen sie? Was haben sie verloren? Und was haben sie unterwegs mitgemacht“" [FGD 02 10.11.2018; Position: 47 - 47]

7.

"Was mir, obwohl Ärztin, zu viel Raum eingenommen hat, war die Tuberkulose. Das war so ins Detail ausgearbeitet, ... Wenn ich Tuberkulose behandeln muss, dann informiere ich mich natürlich und zwar ganz aktuell und da würde ein grober Überblick finde ich reichen. Also da habe ich eine gewisse Länge empfunden, wo man vielleicht etwas anderes dafür reinnehmen könnte. So als einzelne Erkrankung ... andere Erkrankungen werden ja auch nicht einzeln so exzessiv ausgebreitet." [FGD 03 11.05.2019; Position: 36 - 36]

8.

"Ja die Haut ist ein wenig zu kurz gekommen." [FGD 03 11.05.2019; Position: 49 - 49]

2.4.2 Erfahrungen Arbeits-/Praxisalltag

1.

"Also ich habe es noch aus meiner Praxis in Erinnerung, dass man eher ein bisschen die Hände über'm Kopf zusammengeschlagen hat, wenn da eine Flüchtlingsfamilie kam, weil man gedacht hat „ok meine ganze Organisation kommt durcheinander“." [FGD 01 09.06.2018; Position: 23 - 23]

2.

"ich finde den Anspruch, Ehrenamtliche einzuladen für definitiv falsch. Die sind, wenn ich unsere Ehrenamtlichen bei uns im Ort angucke, die sind heillos überfordert. Soziokulturell und auch so von der klinischen Situation, vom Interesse an den Verfahrensgeschichten" [FGD 01 09.06.2018; Position: 25 - 25]

3.

"Also ich habe es glaub ich ... kann durchaus profitieren. Also was ich ganz schön find ist so ... ich bin ja jetzt auch schon relativ lang in dem gesundheitlichen Bereich tätig und was ich ganz schön find ist

jetzt so diese Erfahrungen, die ich gemacht habe und wo man irgendwie so halt mit umgeht über all die Jahre, das ist jetzt doch nochmal in manchen Bereichen nochmal vertieft, nochmal so ein bisschen eine theoretische Basis auch bekommt und jetzt für mich persönlich einfach auch interessant ist und auch diese Hintergründe." [FGD 01 09.06.2018; Position: 31 - 31]

4.

"Aber wenn die dann kommen, kein Deutsch sprechen, keinen Übersetzer haben und dann kommen sie mit fünf Problemen – Sie haben da ein Hautfleckchen und dort ein Hautfleckchen und da haben sie einen Nagelpilz und da soll ich mich jetzt drum kümmern? Bis ich's erstmal kapiert hab, ich weiß nicht, was ich logistisch machen soll. Darf ich das überhaupt machen? Ist das jetzt damit gemeint mit diesem Asylbewerberleistungsgesetz? Oder eigentlich nicht?" [FGD 01 09.06.2018; Position: 62 - 62]

5.

"Aber ist so eine Flüchtlingssprechstunde nicht auch so eine Sache der persönlichen, individuellen Entscheidung? Also ich kenne Flüchtlingssprechstunden, allerdings aus dem Stuttgarter Raum. Wo die Praxis einfach da zweimal nachmittags oder einmal vormittags einmal nachmittags –wie auch immer– dann sagt „so gut ok, das reservier ich jetzt einfach. Das mach ich jetzt einfach mal. Probiere es aus. Es ist ja ein Ausprobieren. Ist der Bedarf da? Wird's angenommen? Was sagen meine anderen Patienten? Meine sogenannten normalen und alten Patienten?“ Also da gibt's glaub ich keine generelle Empfehlung." [FGD 01 09.06.2018; Position: 88 - 88]

6.

"Also meine Erwartung war einmal zu hören, was ist die interkulturelle Seite der medizinischen Fragen innerhalb der Flüchtlingsarbeit. In meinem Kontext, in dem ich arbeite, werde ich sicher in Zukunft mehr mit Migranten auch zu tun haben. Eben nicht nur mit Geflüchteten. Und ich habe mich sehr viel mit den sozialpädagogischen Aspekten beschäftigt. Aber noch nicht mit den medizinischen Aspekten von interkultureller Arbeit." [FGD 02 10.11.2018; Position: 15 - 15]

7.

"Also meine Erfahrung war auch so in der Klinik, dass es ganz oft zu Schwierigkeiten kam, weil Missverständnisse da waren, also nicht nur sprachlicher Seite, sonder auch im Umgang mit Schmerz zum Beispiel. Und da habe ich mir erhofft und die Erwartungen sind auch voll erfüllt bisher, dass ich da mehr dahintergucken kann, um den Menschen auch eher gerecht zu werden." [FGD 02 10.11.2018; Position: 21 - 21]

8.

"Wir hatten bei uns in der Klinik am Nachmittag eine kurze Fortbildung auch über Umgang mit Patienten aus muslimischem Raum. Und als ich dann diese Flyer gesehen habe, habe ich gedacht, das würde mich noch interessieren, weiter da an dem Thema zu arbeiten. Und also für mich ist es auch so, dass ich jetzt durch die verschiedenen Vorträge spüre, dass ich wieder mehr sensibilisiert worden bin. Auch wie sehe ich den Patienten? Kann ich auch hinter dem, was er zum Beispiel äußert, mehr sehen oder so. Was höre ich da raus aus den Äußerungen? Und kann ich da auch bei meinen Kollegen ein bisschen mehr Verständnis wecken, warum der Patient so reagiert. Weil das ist oft auch das große Problem bei uns in der Pflege, dass die Kollegen das halt einfach nicht abwerten oder den in eine Schublade stecken" [FGD 02 10.11.2018; Position: 49 - 49]

9.

"Die Neugeborenen bei uns in der EA/LEA (Landeserstaufnahmeeinrichtung) in Sigmaringen, die haben ganz oft die gleichen Ausschläge. So eine Art Frieselausschlag, wo man auf der schwarzen Haut... Also ich weiß jetzt zum Beispiel gar nicht ob das rot ist, ob das auf weißer Haut rot wäre. Das weiß ich nicht. Das ist so wie Reibeisen hier und ich weiß auch nicht wo das herkommt. Ich möchte behaupten, fast jedes zweite Neugeborene hat das. Und dann sagen die immer das ist ein Ausschlag und wollen eine Creme dagegen. Ich vermute ja dass die... Das ist jetzt auch kulturspezifisch. Die tun die krausen, dicken Haare ihrer Babys mit so einem komisch riechenden Öl eincremen vom ersten Tag an. Das riecht so ein bisschen wie Mottenpulver. Das riecht ganz stark... Olivenöl ist das nicht, das würde anders riechen ...

Ich weiß nicht, was es ist... Und wir sagen immer „Lassen Sie das bitte doch mal weg“. Damit man dann sieht, ob das vielleicht damit zusammenhängt, dass das die Haut reizt. Aber das schaffen wir nicht." [FGD 03 11.05.2019; Position: 47 - 47]

10.

"Das ist einfach schlechter. Viel, viel schlechter, die Versorgung, als in Baden-Württemberg. Was auch schon für Ärger sorgt. Die einen sind unzufrieden, die anderen verweilen sechs Jahre lang mit vier Leuten in einem Zimmer. Natürlich sind die nicht gut gelaunt." [FGD 03 11.05.2019; Position: 62 - 62]

11.

"Dazu möchte ich noch sagen, die ehrenamtliche Arbeit funktioniert deshalb in Bayern sehr, sehr gut. Also ich komme aus Augsburg und wir haben ein hervorragendes Netz aufgebaut, weil wir um die schlechten Bedingungen wissen." [FGD 03 11.05.2019; Position: 66 - 66]

12.

"Und trotzdem ist es ein Problem. Weil ich auch glaube, dass viele es einfach ablehnen Flüchtlinge zu behandeln. Also ich kenne Frauenarztpraxen, die grundsätzlich keine Migrantinnen aufnehmen. Weil das viel zu umständlich ist." [FGD 03 11.05.2019; Position: 68 - 68]

13.

"Ich habe deshalb eine Anfrage an die KV gerichtet, weil es auch bei Kinderärzten zu Ablehnungen gekommen ist, wenn es zum Ultraschall der Hüfte gekommen ist in der EA. Dann müssen wir die zu niedergelassenen Kollegen schicken und ... Das dumme war dann, dass die Frauen dort gar nicht angekommen sind." [FGD 03 11.05.2019; Position: 69 - 69]

14.

"Normalerweise muss der niedergelassene Arzt jeden nehmen. Geflüchtete sind aber „Privatpatienten“. Die laufen ja als Privatpatienten. Die Rechnung bekommt ja das Regierungspräsidium. Also bei uns in der Erstaufnahmestelle sind das alles Privatpatienten bevor sie ihre AOK-Karte bekommen und die Privatrechnung bekommt das Regierungspräsidium." [FGD 03 11.05.2019; Position: 69 - 69]

15.

"Also rechtlich gesehen müssen die niedergelassenen Ärzte die Geflüchteten genauso nehmen und denen Termine geben, wie jedem anderen Bewohner. Also da kann man sich dann auch vielleicht darauf berufen. Das war die Rechtsabteilung der KV Stuttgart, die mir das schriftlich mitgeteilt hat." [FGD 03 11.05.2019; Position: 69 - 69]

16.

"Es sind so viele involviert bis das dann funktioniert. Auch die Sanitätsstationen selber muss natürlich, wenn die einen Überweisungsschein und die Kostenübernahme in die Hand drückt, müssen die denen das dann sagen „Bitte das ist wichtig für Sie und Ihr Kind“. Wenn das dann auch nicht stattfindet, dann... Ich weiß nicht... Gehen sie halt zum dm und kaufen sich dort was..." [FGD 03 11.05.2019; Position: 74 - 74]

17.

"Bei uns auf der Alb ist das jetzt kein Problem. Durch die vielen Ehrenamtlichen die die Patienten dann begleiten, geht das ganz gut mit einem Bürgerbus der unentgeltlich verwendet werden kann für solche Zwecke. Also das funktioniert." [FGD 03 11.05.2019; Position: 77 - 77]

18.

"die Afrikaner sind schon schwierig. Ich habe sehr viel mit Westafrikanern gesprochen, weil die sowas wie Prophylaxe oder vorbeugend irgendwas zu machen einfach nicht einsehen. Und da laufen auch in Afrika viele Programme. Und auch in Afrika werden die nicht genutzt. Keiner weiß eigentlich so genau, warum." [FGD 03 11.05.2019; Position: 79 - 79]

19.

"Also die Dolmetscher haben ja auch sehr weitergeholfen. Also zum Beispiel habe ich mit einem gesprochen und habe irgendwie das Gefühl gehabt, dass ich den Kontakt verloren habe. Ein afghanischer Mann, total verloren... Und ich habe den Dolmetscher gefragt was da passiert ist. Und er hat zu mir gesagt „Du hast gelacht, an einer falschen Stelle. Du hast ein bisschen was von dem Patienten bagatelisiert und ein bisschen gelacht dazu.“ Und dann ist es aus. Dann kriegst du keinen Kontakt mehr. Und das hätte ich ja nie gemerkt, wenn mich der Dolmetscher da nicht darauf aufmerksam gemacht hätte." [FGD 03 11.05.2019; Position: 88 - 88]

2.4.3 Setting

1.

"Generell zum Kurs finde ich, er ist sehr gut durchstrukturiert und durchgeplant. Es wird auch immer schön darauf geachtet, dass die Zeiten eingehalten werden. Bei manchen finde ich es ein bisschen schade, wenn ich heute früh das nehme mit dem Impfen. Das war fast ein bisschen zu kurz gehalten" [FGD 03 11.05.2019; Position: 26 - 26]

2.4.3.1 Umsetzung / Kommunikation im Praxisalltag

1.

"Aber ansonsten muss ich echt sagen, mir ist nach wie vor, es geht ja darum, Bedarfe oder Bedarf ... was erwarten denn die Flüchtlinge, was denn hier so passieren soll? Das ist mir zu wenig gewesen. Also ich kann immer noch nicht sagen, was glaubt denn eigentlich die Syrerin, wenn die ohne Deutschkenntnisse zu mir in die Praxis kommt, was ich denn da jetzt zu leisten hätte? Und hat sie überhaupt einen Anspruch da drauf." [FGD 01 09.06.2018; Position: 16 - 16]

2.

"nach wie vor denk ich immer, ich gebe mir wirklich super viel Mühe und bin immer erstmal da, ich krieg immer Ärger mit meinen Arzthelferinnen, weil die sagen „die kommt nicht vorwärts, weil sie sich dauernd immer Stunden lang mit diesen Asylanten da beschäftigt“. Also da ist mir zu wenig, was erwarten die von mir, warum erwarten die das, haben die ein Anrecht da drauf sich das zu erwarten? Und umgekehrt: Wie kann ich die motivieren? Haben wir uns jetzt heute schon ein paar Mal drüber unterhalten. Wie kann ich denn die motivieren, dass sie vielleicht mal die banalsten Dinge - nämlich lernen, dass sie auch mit mir in Kontakt treten können." [FGD 01 09.06.2018; Position: 16 - 16]

3.

"Und das ist zum Beispiel auch was, was ich noch erwarten würde an so einen Kurs. Dass man so ein bisschen überlegt, wie kann man das besser in der Praxis organisieren, dass man diesen Leuten gerecht wird. Also, weil in der normalen Sprechstunde - man hat keine Zeit. Eigentlich wehrt man eher ab und noch so viel Empathie oder Wissen ist dann einfach nicht zu realisieren, weil man hat ja auch die anderen Leute zu versorgen. Also dass man nochmal überlegt, wie könnte man das besser organisieren. Macht man eine Flüchtlingsprechstunde? Oder irgendwie sowas." [FGD 01 09.06.2018; Position: 23 - 23]

4.

"Also da fällt mir als allererstes tatsächlich fallen mir die Dolmetscher ein. Weil ich finde und zwar nicht nur unter dem Aspekt, dass ich den Migranten entgegenkomme, weil sie noch nicht Deutsch sprechen, sondern ich denke es ist auch einfach effizient. Man kann einfach effizienter arbeiten." [FGD 01 09.06.2018; Position: 72 - 72]

5.

"Also die Organisationsstruktur... ob man zum Beispiel eine Flüchtlingsprechstunde, ob's sowas gibt ja. Dass man einfach sagt, ich reservier einen Nachmittag oder dass man vielleicht gemeinsam nochmal darüber diskutieren könnte, wie man dieses Zeitmanagement – weil das halt ich für das Schwierigste." [FGD 01 09.06.2018; Position: 84 - 84]

6.

"Also Sie stellen sich jetzt vor, dass es quasi eine Arztpraxis gibt, die dann quasi sagt „So wir machen zum Beispiel jetzt jeden Mittwochnachmittag machen wir Migrantensprechstunde oder so?“ [FGD 01 09.06.2018; Position: 114 - 114]

7.

"Also ich denke, dass Praxisteam, also wir hatten ein sehr motiviertes Praxisteam, also ich hätte mir gut vorstellen können, da mit zwei Helferinnen zu kommen und denen hätte das auch Spaß gemacht. Weil ich find grad, dass man nicht nur als Arzt zur Fortbildung geht. Also diese Diabetesfortbildung hatten wir auch immer gemeinsam gemacht. Ich fand das immer auch als Kommunikation im Team sehr gut. Genau ... und dass man den Tag miteinander fortgeht. Also ich halte die Idee für sehr gut." [FGD 01 09.06.2018; Position: 116 - 116]

8.

"Also meine Erwartung war einmal zu hören, was ist die interkulturelle Seite der medizinischen Fragen innerhalb der Flüchtlingsarbeit. In meinem Kontext, in dem ich arbeite, werde ich sicher in Zukunft mehr mit Migranten auch zu tun haben. Eben nicht nur mit Geflüchteten. Und ich habe mich sehr viel mit den sozialpädagogischen Aspekten beschäftigt. Aber noch nicht mit den medizinischen Aspekten von interkultureller Arbeit." [FGD 02 10.11.2018; Position: 15 - 15]

9.

"Insbesondere muslimische Patienten aus Großfamilien habe ich erfahren, stand hilflos davor, habe jetzt mehr Verständnis dafür und habe auch ein paar Hinweise bekommen, wie ich damit am besten umgehe. Also, was ich daraus machen kann, wie ich besser aus diesen Situationen herauskommen kann, um tatsächlich dem speziellen Patienten, also einem Kind, zu helfen." [FGD 02 10.11.2018; Position: 20 - 20]

10.

"Und wenn man dann so was jemandem anbietet, dass man aber guckt ja Vernetzung, ... Eine Mappe dem Patienten, dem Klienten, dem Mandanten macht und mit dieser Mappe geht er dann zu Herrn Schmitt und Frau Maier und dann wissen die, was hat der Herr Schmitt gesagt, was hat Frau Maier gesagt. Also so was zum Beispiel." [FGD 02 10.11.2018; Position: 26 - 26]

11.

"Nee, das [Mappe] war ein Vorschlag von einer Kollegin, die sozusagen so was für eine andere Sache überlegt hat. Aber eigentlich wäre es für die Geflüchteten auch schön. Weil der Patient verliert seine Daten und das, was der Kollege gesagt hat und dann darf er es auch verfügen, diese Sachen weiterzugeben. Und so geht nämlich keine Information verloren. Und es wird nichts doppelt gemacht." [FGD 02 10.11.2018; Position: 27 - 27]

12.

"Ich hätte viel Optimismus bezüglich des Chatrooms, der vorgeschlagen worden ist. Weil ich das auch aus meinem beruflichen Alltag, ... dass man eben Fragen, die man selber nicht lösen kann, einfach stellt und schaut, hat irgendjemand anders schon mal so was gesehen, gelöst. Gibt es irgendwelche Anregungen? Und das wäre natürlich eine Gruppe, die sich mal gefunden hat und dass die sich dann austauscht." [FGD 02 10.11.2018; Position: 30 - 30]

13.

"Und was mich jetzt auch bewogen hat, hier mit dran teilzunehmen, ist auch zu schauen, wo/wie kann ich mein Netzwerk und auch mein Wissen/mein Hintergrundwissen verändern. Mein Netzwerk kann ich

hier nicht momentan verändern. Und das finde ich eigentlich auch ganz schade. Denn so ein Netzwerk... Wenn jemand kommt und sagt „Ich komme aus Syrien, ich bin in der so und so vielten Klasse“ – wir sind Kinderärzte – Dann muss ich erstmal gucken, was muss ich jetzt in Erfahrung bringen? Das ist dann erstmal ganz praktisch – was muss ich jetzt impfen? Und meistens gibt es dann schon Impfungen oder es gab keine Impfungen. Aber diese Informationen – was ist schon vorher gewesen? – das ist oftmals gar nicht da. Also es gibt kein Netzwerk bei uns, was dazu führt, dass der niedergelassene Arzt schon weiß, was das Gesundheitsamt gemacht hat. Und das finde ich eigentlich sehr, sehr schade." [FGD 02 10.11.2018; Position: 34 - 34]

14.

"[Chatroom] ist nicht meine Art von Kommunikation. Ich mag lieber Gruppengespräche, in denen wir uns austauschen. Das fand ich jetzt sehr gut mit diesen Fallbeispielen. Und ich kenne das ja aus der sozialpädagogischen Arbeit, dass wir uns zu einer Art Gruppengespräch/Gruppenvisionen oder auch kollegialen Beratungen zusammensetzen und dort Fallbeispiele, Case Management betreiben. Und so ähnlich war das ja an unserem Tisch jetzt. Und das finde ich eine Art von Netzwerk. Zu sagen, jeder aus seiner Disziplin bringt seinen Input rein und man kann dann gemeinsam entwickeln. Vielleicht sogar exemplarisch. Wie kann ich in diesen und diesen und diesen Fällen umgehen. Und wenn wir solche exemplarischen Beispiele in einem Chatroom dann wieder mitteilen können, sodass andere davon profitieren, das wäre glaube ich eine hilfreiche Form von solchen Chatrooms." [FGD 02 10.11.2018; Position: 39 - 39]

15.

"Also insgesamt vom Praktischen her: wir wohnen in einer Kleinstadt mit um die 10.000 Einwohner. Da gibt es bei der Stadt irgendjemanden der für Flüchtlinge zuständig ist. Die haben natürlich erstmal damit zu tun, sich um die zu kümmern, die gerade schon da sind und zu gucken, dass das alles läuft. Aber das ist eigentlich die zentrale Stelle bei der Stadt, wo man sagen kann, die müssten bündeln, wen gibt es und mit welchen Kompetenzen? Sprachkompetenzen, ärztliche Kompetenzen sonst was. Gewisses Problem ist dann noch, wie viele Leute kann ich überhaupt verkraften? Weil die unendlich viel Zeit fressen können. Aber ob eine Robert-Bosch-Stiftung vielleicht für mehrere Orte zusammen jemanden finanzieren, der diesen Aufbau von Netzwerk, Fragebogen verschicken, nachtelefonieren, sonst was alles machen, um zu gucken, was gibt es denn in diesem Landkreis oder in dieser Gegend? Also konkret befristete Stelle. Aufgerechnet nach entsprechenden Gemeinden. Netzwerkaufbau – wen gibt es an Dolmetschern, was gibt es alles für Kompetenzen und das dann zum Beispiel den Ärzten zur Verfügung zu stellen." [FGD 02 10.11.2018; Position: 66 - 66]

16.

"Was mich noch immer bewegt in dem Kurs, ist die Zeit. Das kommt ganz viel zur Sprache, dass die Ärzte einfach für solche Dinge keine Zeit haben. Ob man sich eine Struktur vorstellen könnte, dass man jemanden dafür hat, der einem in der Praxis zur Verfügung steht. Dass man dieses Zeitproblem vielleicht mal ein bisschen aufweichen könnte. Also darüber nachdenken, ob man das mit naja mit Ehrenamtlichen vielleicht schwierig, aber mit anderem Fachhintergrund bestücken könnte. Weil es scheint ja wirklich das größte Problem zu sein. Die Zeit." [FGD 02 10.11.2018; Position: 72 - 72]

17.

"Mir geht es ähnlich wie der Kollegin, dass manche Dinge eher bezogen sind auf die Ärzte und Ärztinnen. Für uns als MFAs zwar schon interessant zu wissen, aber jetzt wie z.B. letzte Woche der Vortrag über die Tuberkulose. Das finde ich, sind dann doch schon eher Dinge die mehr dann wirklich in den ärztlichen Bereich gehen. Da wäre dann vielleicht zu überlegen... Gut das ist vielleicht auch ein Aufwand, aber ob man da vielleicht ein bisschen trennen kann, welche Fachgruppen man jetzt anspricht. Ich mein klar war es mal interessant zu hören, aber für die Praxis an sich.. Weil ich mache ja keine Diagnostik und mache auch keine Therapie als MFA... Also da vielleicht noch ein bisschen unterscheiden." [FGD 03 11.05.2019; Position: 26 - 26]

18.

"Und bei manchen Teilen denke ich mir, „Das wäre was, das müsste jetzt einfach eine ganz allgemeine Fortbildung“, wo man jedes Mal schnell ein Thema abends, so wir das halt ja alle unsere Fortbildungszirkel irgendwo, wo man eben alle Kollegen erreichen würde. Weil wie Sie sagten, es gibt viele Probleme und alle gehen unterschiedlich damit um. Wir hier haben uns jetzt schon mal entschieden, das sehr... Da offensiv uns damit auseinander zu setzen. Ich würde sagen, die Mehrzahl tut es halt nicht und die Probleme sind ja trotzdem da. Also wie man quasi noch niederschwelliger die Informationen, die wir jetzt bekommen haben, an eine viel größere Gruppe von Kollegen bringen kann." [FGD 03 11.05.2019; Position: 39 - 39]

2.4.3.2 Workshop

1.

"Ich habe mir vorher überlegt, so Praxissachen, so Workshops und sowas sind ja immer oft ziemlich unbeliebt, weil da muss man ja auch selber was machen, aber es ist doch so, ja ich mein dieses Sitzen und Zuhören hat natürlich schon auch was - für mich zumindest. Und dann dieser Workshop, wenn man dann teilnehmen muss, das ist doch anstrengender als nur zu sitzen und zuzuhören. Aber es bringt doch echt immer sehr viel und ich muss so im Nachhinein sagen, vielleicht wäre es ganz spannend und vielleicht nicht zu jedem Modul oder zu jedem Kapitel, aber vielleicht zu jedem Modul einen kleinen Workshop zu machen und das auch nochmal so in praktischer Erfahrung rauszuarbeiten, was man jetzt grad erfahren hat. Auch für sich nochmal das quasi in den Kopf zu rufen „was habe ich denn und was haben die anderen denn jetzt mitgenommen aus dem Modul“. Das fände ich ganz hilfreich eigentlich." [FGD 01 09.06.2018; Position: 21 - 21]

2.

"Aber diese Fälle, die wir heute bearbeitet haben, da waren wir wirklich nochmal ganz anders gefordert. Ich fand's eigentlich super gut. Wir mussten uns selber mal eine Strategie überlegen und es hat jeder irgendwelche anderen Aspekte mit reingebracht. Das wäre was, was in der Praxis doch hilfreich wäre, denke ich." [FGD 01 09.06.2018; Position: 42 - 42]

3.

"Schön war auch jetzt der Workshop. Eben drauf zu achten, dass von jeder Gruppe diejenigen, die die Geflüchteten betreuen, halt zusammenkommen. Dass man die verschiedenen Perspektiven am Beispiel dann auch beleuchtet bekommt. Das find ich eigentlich sehr schön. Weil so, wie Sie das vorhin sagten, man hat eigentlich keine Zeit mehr noch mal ein Gremium und noch mal was zu besuchen, wo es um die eigenen Patienten geht." [FGD 02 10.11.2018; Position: 26 - 26]

2.4.4.1 Austausch mit Anderen

1.

"Ich fand's nett, hier zu sein. Ich fand die Stimmung schön, ich fand's schön, dass wir miteinander im Gespräch gewesen sind" [FGD 01 09.06.2018; Position: 16 - 16]

2.

"Aber diese Fälle, die wir heute bearbeitet haben, da waren wir wirklich nochmal ganz anders gefordert. Ich fand's eigentlich super gut. Wir mussten uns selber mal eine Strategie überlegen und es hat jeder irgendwelche anderen Aspekte mit reingebracht. Das wäre was, was in der Praxis doch hilfreich wäre, denke ich." [FGD 01 09.06.2018; Position: 42 - 42]

3.

"wir haben sehr viel diskutiert in unserer Gruppe. Das war gut, find ich." [FGD 01 09.06.2018; Position: 42 - 42]

4.

"Ich hätte es jetzt auch für die Gesamtgruppe ganz schön gefunden, wenn man das eventuell auch dieses Modul am Anfang eher macht, auch um die Gruppe sich ein bisschen finden zu lassen. Grad durch diese Diskussionen in kleinen Gruppen und so weiter, auch den Vortrag und so lernt man sich doch auch bisschen besser kennen und hat dann auch einen anderen Austausch eventuell in den folgenden Modulen. Könnte ich mir vorstellen." [FGD 01 09.06.2018; Position: 43 - 43]

5.

"Ja man lernt auch nochmal das Kommunizieren. Wir als Ärzte sind ja manchmal versucht, das, was wir denken für das Richtige zu halten. Und ich denke diese Diskussionen lassen einen auch merken, dass es sehr viel unterschiedliche Ansichten gibt. Das weiß man, aber man fühlt es in den Gruppen." [FGD 01 09.06.2018; Position: 44 - 44]

6.

"Und dass man vielleicht versteht, wie's mir geht, wie ich mit denen nicht klarkomme. Das findet so gar keinen Raum. Und ich finde, das muss aber auch gesagt werden können. Ohne, dass man sich schlecht fühlen muss. Und diesen Raum muss ich sagen, den habe ich mir eher sozusagen genommen. Andere offensichtlich, haben sich nicht getraut, das so deutlich zu sagen." [FGD 01 09.06.2018; Position: 47 - 47]

7.

"Ich fände es ganz gut, wenn man so einen Kurs mit so einer Kontroverse auch beginnt. Also dass man wirklich auch ein kontroverses Thema wie jetzt ... ich fand das jetzt mit dem Arztbesuch und der Frau, die die Hand nicht geben möchte, das ist schon kein sehr großes Ding, aber da kann man natürlich die unterschiedlichsten Meinungen dran aufmachen. Und wenn man einen Kurs mit sowas beginnt und den Fall natürlich auch... wie soll ich sagen...nicht Hemmungen – das ist blöd, dann macht man so einen Kurs auch breiter. Der macht mehr Raum auf und sagt, wir sind nicht nur hier um jetzt zu sagen, die sind alle gut und wir wollen denen irgendwie helfen, egal was es kostet, oder sowas. Sondern ja man kann's aus verschiedenen Richtungen dann ansehen. Und dann gibt's auch vielleicht Meinungen, die dann anders sind und die man dann auch berücksichtigen kann und die aber in so einem Diskurs ja dann auch wahnsinnig... also die den voranbringen, find ich. Wenn immer nur mit Leuten zusammen bist, die das gleiche schwätzen, da kommt ja auch nix dabei raus. Es geht ja immer voran wenn's unterschiedliche Meinungen gibt und dann überlegt man sich „ja stimmt da da da ... und so weiter und vielleicht gibt man's gar nicht zu, aber dann Daheim denkt man –vielleicht sollt ich da doch nochmal anders drüber nachdenken oder so. Also das fände ich jetzt zum Beispiel mal so ein Mittel um den breiter aufzumachen." [FGD 01 09.06.2018; Position: 60 - 60]

8.

"Praxistipps" [FGD 01 09.06.2018; Position: 86 - 86]

9.

"Erfahrungsaustausch" [FGD 01 09.06.2018; Position: 87 - 87]

10.

"Ich könnt mir vorstellen, dass Ärzte die jetzt grad niedergelassen sind und in der täglichen Arbeit mit den Flüchtlingen zu tun haben, dass die einfach, wenn sie sehr empathisch sind auch viel Frust einstecken müssen und dass man wirklich am Anfang das zur Sprache bringen kann. Weil ich glaube schon, dass so ein Kurs auch die Leute versammelt und dass man das dann mal äußern kann. Und das habe ich bei Ihnen sehr gespürt. Dass Sie sehr empathisch sind, dass Sie sehr gern mit den Leuten arbeiten, aber dass Sie einfach merken – es macht auch viel Wut. Ja und diese Wut einfach mal auf den Tisch legen zu können." [FGD 01 09.06.2018; Position: 98 - 98]

11.

"Arztmobil" [FGD 01 09.06.2018; Position: 106 - 106]

12.

"Das ist natürlich jetzt wieder der Vorteil von der Mittagspause jetzt heute gewesen, einerseits war's natürlich jetzt nett, dass wir zwei Abende und/oder Nachmittage und eben nur einen Samstag hatten. Weil man eigentlich... dachte ich „boah jetzt muss ich heute hier hin und ich habe echt was anderes zu tun“. Aber es war halt jetzt heute in dieser Mittagspause die Möglichkeit, überhaupt in Kontakt zu kommen. Das war jetzt das letzte Mal...wenn man sich kannte... also ich glaub, Sie kennen ja auch manche hier und ich kannte halt keinen. Wenn man sich nicht kennt, dann kommt man in den fünf Minuten nicht so ganz zwingend ins Gespräch. Also zumindest ging mir das so und ich glaub manchen andern schon auch, wenn ich das so beobachtet hab. Da braucht man ein bisschen mehr Anlauf und gerade die Diskussion in der Gruppe schonmal, dass man da überhaupt schonmal sagt „Mensch da, das war doch interessant. Das sollte man wissen, wie war das da grad eben?“ Dann kommt man mehr ins Gespräch." [FGD 01 09.06.2018; Position: 110 - 110]

13.

"Ja, ich fand das Thema einmal interessant. Ich hatte den Flyer irgendwann mal in der Post und dachte, das ist ein Thema, was mal nicht so ganz medizinisch fokussiert ist. Wo man auch mal interdisziplinär zusammensitzt. Also nicht nur unter Ärzten. Das hat mich sehr angesprochen und war, jetzt was meine Erwartungen angeht, eigentlich jetzt eher der Einstellung „mal gucken, was da Interessantes auf mich zukommt“ und bisher find ich es interessant." [FGD 02 10.11.2018; Position: 17 - 17]

14.

"Ja mir ging es eigentlich auch so, dass ich einfach über die medizinischen Zusammenhänge, einfach den Hintergrund von Flüchtlingen und deren Herkunftsländer kennen lernen will und einfach Input aus anderen Berufsbereichen/Arbeitsbereichen aufnehmen wollte um das für meine tägliche Arbeit und auch für das Ehrenamt zu nutzen." [FGD 02 10.11.2018; Position: 19 - 19]

15.

"Also ich fände es prima, wenn man das, was wir hier lernen, als Anstoß ..., dass man das im Alltag ausprobiert und dass man sich dann nach einer gewissen Zeit noch mal trifft und auswertet was ..., wie hat es denn wirklich geklappt? Zurzeit ist es ein theoretisches Konzept für mich. Ich würde es gerne auch praktisch ..., und dann evaluieren. Zusammen mit anderen. Also nicht nur ich allein in meinem Kämmerchen." [FGD 02 10.11.2018; Position: 23 - 23]

16.

"Ich hätte viel Optimismus bezüglich des Chatrooms, der vorgeschlagen worden ist. Weil ich das auch aus meinem beruflichen Alltag, ... dass man eben Fragen, die man selber nicht lösen kann, einfach stellt und schaut, hat irgendjemand anders schon mal so was gesehen, gelöst. Gibt es irgendwelche Anregungen? Und das wäre natürlich eine Gruppe, die sich mal gefunden hat und dass die sich dann austauscht." [FGD 02 10.11.2018; Position: 30 - 30]

17.

"Ich habe diese Fragen immer offengelassen. Nach der Evaluation des Netzwerkens. Weil ich denke, das ist eine sehr konkrete Sache. Da braucht man wirklich dann vor Ort Ansprechpartner. Das kann die Gruppe nicht leisten, weil wir... Also ich komm aus Filderstadt, Sie aus Schwieberdingen, das ist hier sehr Tübingen fokussiert. Netzwerk ist für mich, konkrete Ansprechpartner zu haben. Das fehlt mir. Aber ich sehe auch, dass man das nicht leisten kann in so einem Kurs." [FGD 02 10.11.2018; Position: 31 - 31]

18.

"Und durch Sensibilität für diese Menschen - und das hat der Kurs für mich auf jedenfall erreicht - denke ich, dass man das dann auch Mal mit anderen Augen betrachtet einfach." [FGD 02 10.11.2018; Position: 47 - 47]

19.

"Was mir ein bisschen Probleme macht, ist die extreme Inhomogenität der Gruppe bzw. man weiß es gar nicht genau. Es sind Menschen dabei, wo ich mich auch dazu zähle, die schon ziemlich viel Ahnung haben und schon sehr viel Vorwissen. Und es sind Leute dabei, die fast gar kein Vorwissen haben. Und das finde ich ein bisschen schwierig und deshalb würde mir auch noch mehr Austausch taugen. Also dass man ins Gespräch kommt. Dass die, die schon Ahnung haben vielleicht weiter bauen und die anderen noch mehr bei den Basics bleiben." [FGD 03 11.05.2019; Position: 28 - 28]

20.

"Ich meine, auch dass diese Vielschichtigkeit interessant ist. Dass eben verschiedene Aspekte angesprochen werden. Und was mir auch ganz wichtig ist, von Verschiedenen zu hören, wie sie das Problem Migranten-Medizin angehen. Ob es jetzt ein kleines Dorf ist oder eine größere Stadt. Ob es ein Erstaufnahmezentrum ist oder... Das fand ich jetzt ganz wertvoll. Da einiges zu hören wie die das bisher organisiert haben und da mehr Tipps zur Hand kriegt und wie man die vielen Probleme gut in den Griff kriegt." [FGD 03 11.05.2019; Position: 33 - 33]

21.

"Ich möchte noch... Weil Sie gesagt haben mit den Gesprächen dazwischen... Jetzt haben wir ja genau das Thema.. Die MFAs, die Pfleger, die Ärzte.. Die Leute, die Bescheid wissen da sind. Dass man eigentlich sowas ja auch nutzen kann und dann nebenher mal schnell was redet, was nicht unbedingt das Thema war aber was jetzt vielleicht in dem Moment einen interessiert oder wissen möchte." [FGD 03 11.05.2019; Position: 34 - 34]

22.

"Ich schätze, dass wir berufsübergreifend hier sind. Gerade wegen selbst wenn jetzt mal Sachen dabei sind, die für den Einzelnen jetzt nicht probabel sind, aber gerade die Zwischengespräche und dass man gemeinsam auf so ein Thema guckt, finde ich wichtig." [FGD 03 11.05.2019; Position: 37 - 37]

23.

"Insgesamt kann ich mich allem anschließen. Ich fand es auch gut, dass die Gruppe gemischt ist. Das wir uns nicht trennen. Weil ich profitier am meisten von den Nebengesprächen und von dem, was man wirklich so zwischen den Diskussionen halt mitbekommt von den verschiedenen Blickrichtungen." [FGD 03 11.05.2019; Position: 39 - 39]

2.4.4 Fazit / Gesamtbewertung

1.

"Also für mich war es eine umfassende Fortbildung aller Bereiche dieses Problems „Flüchtlinge“ betreffend. Das fand ich für mich sehr hilfreich. Und ich habe jetzt außer kleinen Dingen wo ich denk „interessiert mich nicht so und das nicht so“... insgesamt habe ich einen sehr positiven Eindruck." [FGD 01 09.06.2018; Position: 10 - 10]

2.

"Ich hoffe doch, dass ich alles sofort beim nächsten Kontakt versuchen kann, umzusetzen. Also ich würde es probieren, sofort. Sicher mit Abstrichen." [FGD 01 09.06.2018; Position: 14 - 14]

3.

"Ich fand es einfach nochmal hilfreich, das alles ... diese Erfahrungen, die ich so im Kopf rumfliegen hab, auch nochmal so ein Stück weit zu ordnen und jetzt diese mit neuen Erfahrungen, die ich mit den Flüchtlingen mach die mir im Krankenhaus, ne Zeitlang im Arztmobil, begegnet sind, zu verknüpfen. Also ich fand's insgesamt sehr interessant und wüsste jetzt gar nicht, was ich anders machen würde." [FGD 01 09.06.2018; Position: 21 - 21]

4.

"dass ich dieses Seminar für mich total spannend fand, weil ich auch viel Reisen in die sogenannte 3. Welt machen durfte/konnte und damit schon ein bisschen die kulturellen Erfahrungen als Gast natürlich in den Ländern aber trotzdem gemacht habe." [FGD 01 09.06.2018; Position: 25 - 25]

5.

"Für mich persönlich war es wunderbar. Ich habe ganz viel wieder aufgefrischt, ganz viel dazu gelernt, ganz viel auch gehört, dass ich's glaub ich doch so intuitiv gar nicht so falsch mache, also insofern -ich persönlich: ja danke, vielen Dank, aber nicht unbedingt eine Veranstaltung für Ehrenamtliche." [FGD 01 09.06.2018; Position: 25 - 25]

6.

"Ich bin MFA. Ich finde den Kurs auch für meine persönliche Bereicherung total super toll. Ich finde es toll, auch in Anbetracht der Teilnehmer, auch weil es so unterschiedlich von den Fachrichtungen auch ist, dass man die Module frei wählen kann. Da kann jeder selber entscheiden „Wo habe ich noch eine Lücke, wo bin ich gut eingedeckt mit dem Wissen“." [FGD 03 11.05.2019; Position: 30 - 30]

2.4.4.1 Vernetzung vor Ort

1.

"Es gibt zum Teil Mediation. Die gibt es zum Teil schon auch für die Ehrenamtlichen vielleicht gibt's die zu wenig ja. Aber gibt's inzwischen ja." [FGD 01 09.06.2018; Position: 53 - 53]

2.

"Also bei uns am Ort äh, ist zum Beispiel von der Stadt eine Stelle geschaffen worden, die die ganzen Ehrenamtlichen betreut. Also das ist eine Stelle, die damit ... Und das find ich ganz gut und da wird diese Arbeit gemacht. Aber das denk ich, ob das so ein Kurs leisten kann, weiß ich nicht." [FGD 01 09.06.2018; Position: 55 - 55]

3.

"Ich weiß natürlich längst an wen ich mich wenden kann, um irgendeine Begleitung zu erfahren, oder einfach ein Feedback mal abzufragen." [FGD 01 09.06.2018; Position: 56 - 56]

4.

"Also da fällt mir als allererstes tatsächlich fallen mir die Dolmetscher ein. Weil ich finde und zwar nicht nur unter dem Aspekt, dass ich den Migranten entgegenkomme, weil sie noch nicht Deutsch sprechen, sondern ich denke es ist auch einfach effizient. Man kann einfach effizienter arbeiten." [FGD 01 09.06.2018; Position: 72 - 72]

5.

"Arztmobil" [FGD 01 09.06.2018; Position: 106 - 106]

6.

"Die Vernetzungsidee... Da denk ich also eine Plattform zu schaffen, wo Ärzte oder Praxisteams Fragen stellen können. Und dass da zum Beispiel das Difäm übernehmen könnte, die Dinge zu klären, weil wir mehr Zeit haben. Das würde ich eine tolle Idee finden. Also, dass, was weiß ich, irgendjemand sich herwenden könnte. Wir könnten unsere Kanäle öffnen und dann die Antwort vielleicht finden. Da denke ich, das wäre auch ein reizvolles Thema." [FGD 01 09.06.2018; Position: 116 - 116]

7.

"Was Netzwerken angeht, muss ich sagen, ... ich hab keine große Energie jetzt ein Netzwerk aufzubauen und viele Leute kommen jetzt nicht aus meinem direkten Umfeld. Von daher, ... da musste man immer ankreuzen, ob das jetzt für die Netzwerkgeschichte gut war. Ist ja auch eine Frage, schreibt man da jetzt eins, zwei, drei, vier oder was hin? Man gibt lieber bessere Noten. Das ist so das, was ich mir angewöhnt habe. Aber da hab ich immer so die besseren ... die schlechteren Noten gegeben. Weil das ist unglaublich viel Input, man geht wieder nach Hause und ich muss in meinem Umfeld weiterlaufen und kann

dann nicht gucken, wer ist denn in meinem Landkreis vielleicht als Übersetzer oder als Psychologe oder sonst wie. Die Zeit und Energie hab ich nicht." [FGD 02 10.11.2018; Position: 29 - 29]

8.

"Ich hätte viel Optimismus bezüglich des Chatrooms, der vorgeschlagen worden ist. Weil ich das auch aus meinem beruflichen Alltag, ... dass man eben Fragen, die man selber nicht lösen kann, einfach stellt und schaut, hat irgendjemand anders schon mal so was gesehen, gelöst. Gibt es irgendwelche Anregungen? Und das wäre natürlich eine Gruppe, die sich mal gefunden hat und dass die sich dann austauscht." [FGD 02 10.11.2018; Position: 30 - 30]

9.

"Ich habe diese Fragen immer offengelassen. Nach der Evaluation des Netzwerkes. Weil ich denke, das ist eine sehr konkrete Sache. Da braucht man wirklich dann vor Ort Ansprechpartner. Das kann die Gruppe nicht leisten, weil wir... Also ich komm aus Filderstadt, Sie aus Schwieberdingen, das ist hier sehr Tübingen fokussiert. Netzwerk ist für mich, konkrete Ansprechpartner zu haben. Das fehlt mir. Aber ich sehe auch, dass man das nicht leisten kann in so einem Kurs." [FGD 02 10.11.2018; Position: 31 - 31]

10.

"Also ich habe diese Frage nach dem Netzwerk aber ganz anders verstanden. Ich habe jetzt nicht erwartet, dass wir ein Netzwerk bilden, sondern dass ich das, was ich hier erfahre, in meinem Netzwerk zu Hause anwenden kann. Und da bin ich schon vernetzt. Wer ehrenamtlich tätig ist, der hat Netzwerke." [FGD 02 10.11.2018; Position: 32 - 32]

11.

"Und was mich jetzt auch bewogen hat, hier mit dran teilzunehmen, ist auch zu schauen, wo/wie kann ich mein Netzwerk und auch mein Wissen/mein Hintergrundwissen verändern. Mein Netzwerk kann ich hier nicht momentan verändern. Und das finde ich eigentlich auch ganz schade. Denn so ein Netzwerk... Wenn jemand kommt und sagt „Ich komme aus Syrien, ich bin in der so und so vielen Klasse“ – wir sind Kinderärzte – Dann muss ich erstmal gucken, was muss ich jetzt in Erfahrung bringen? Das ist dann erstmal ganz praktisch – was muss ich jetzt impfen? Und meistens gibt es dann schon Impfungen oder es gab keine Impfungen. Aber diese Informationen – was ist schon vorher gewesen? – das ist oftmals gar nicht da. Also es gibt kein Netzwerk bei uns, was dazu führt, dass der niedergelassene Arzt schon weiß, was das Gesundheitsamt gemacht hat. Und das finde ich eigentlich sehr, sehr schade." [FGD 02 10.11.2018; Position: 34 - 34]

12.

"Also ich fände schon alleine auch sinnvoll, zu schauen, wo sind Versorgungs-Hotspots, wo viel gemacht wird und wo sind die weißen Flecken, wo man was tun kann. Und wo vielleicht auch die Stiftung was unterstützen kann, wenn da Versuche gestartet werden, da was aufzubauen." [FGD 02 10.11.2018; Position: 36 - 36]

13.

"Also meine Erfahrung mit solchen Chatrooms, ist eher negativ. Weil ich habe keine Zeit, mich in diesen vielen Klicks und Antworten und Gegenantworten durchzuarbeiten. Man kann das natürlich Themenmäßig sortieren. Aber auch da hab ich dann wieder eine Agenda nach unten. Da hab ich gar keine Zeit, um so was durchzulesen. Und nur für einen kleinen Spot, den da rein zu bringen, und da müsste ich ja gucken, was habe ich wieder für Antworten" [FGD 02 10.11.2018; Position: 39 - 39]

14.

"[Chatroom] ist nicht meine Art von Kommunikation. Ich mag lieber Gruppengespräche, in denen wir uns austauschen. Das fand ich jetzt sehr gut mit diesen Fallbeispielen. Und ich kenne das ja aus der sozialpädagogischen Arbeit, dass wir uns zu einer Art Gruppengespräch/Gruppenvisionen oder auch kollegialen Beratungen zusammensetzen und dort Fallbeispiele, Case Management betreiben. Und so ähnlich war das ja an unserem Tisch jetzt. Und das finde ich eine Art von Netzwerk. Zu sagen, jeder aus

seiner Disziplin bringt seinen Input rein und man kann dann gemeinsam entwickeln. Vielleicht sogar exemplarisch. Wie kann ich in diesen und diesen und diesen Fällen umgehen. Und wenn wir solche exemplarischen Beispiele in einem Chatroom dann wieder mitteilen können, sodass andere davon profitieren, das wäre glaube ich eine hilfreiche Form von solchen Chatrooms." [FGD 02 10.11.2018; Position: 39 - 39]

15.

"Dass Sie aus diesen Kursen heraus, aus den vielen Interaktionen und den Netzwerkerfahrungen heraus vielleicht so eine Art Leitfaden entwickeln. Eben auch für andere Kommunen, wie man ein Netzwerk für Migranten gestalten kann." [FGD 02 10.11.2018; Position: 42 - 42]

16.

"Dolmetscher: Also so ehrenamtlich, weil das ist klar, einen offiziellen Dolmetscher kann man fast nicht zahlen. Auch die Kliniken, die Ärzte...Alle. Und diese Vernetzung ist sehr wichtig, weil, ich weiß, es gibt Caritas, aber es gehört auch dazu in jeder Stadt oder auf jede ... ich kann einfach Angreifen auf freiwillige Helfer zur Übersetzung. Das ist sehr wichtig. Auch auf juristischer Seite. Weil so was ist... Wir sind jeden Tag mit den Problemen konfrontiert. Wir sind am Ende die, die die Nachrichten übermitteln, was der Arzt sagt." [FGD 02 10.11.2018; Position: 52 - 52]

17.

"Was mich noch immer bewegt in dem Kurs, ist die Zeit. Das kommt ganz viel zur Sprache, dass die Ärzte einfach für solche Dinge keine Zeit haben. Ob man sich eine Struktur vorstellen könnte, dass man jemanden dafür hat, der einem in der Praxis zur Verfügung steht. Dass man dieses Zeitproblem vielleicht mal ein bisschen aufweichen könnte. Also darüber nachdenken, ob man das mit naja mit Ehrenamtlichen vielleicht schwierig, aber mit anderem Fachhintergrund bestücken könnte. Weil es scheint ja wirklich das größte Problem zu sein. Die Zeit." [FGD 02 10.11.2018; Position: 72 - 72]

18.

"Also ich bin Mitglied im Gesundheitsnetz Süd. Also es gibt ja den Medi-Verband im Norden von Württemberg hauptsächlich vertreten. Und es gibt ja regionale Arztnetze. Und da gibt es ja „Kinzig“ und wir nennen uns Gesundregion. Neu-Ulm gehört nicht dazu aber Ulm, Ehingen, der Donaukreis ist die „Gesundregion“. Und so gibt es ja noch mal kleinere regionale Netze und über die könnte man da schon was erreichen. Aber ich will ja mal wirklich die Illusion nehmen. Wer da aktiv kommt, sind zwischen 5 und 10 Ärzten von 200. Und das ist eben wirklich, ... Ärzte sind eine problematische Gruppe." [FGD 02 10.11.2018; Position: 76 - 77]

19.

"Ich finde zum Beispiel so einen Koordinator, der einfach auch darauf achtet, kommen die Patienten wirklich zu den Sprechstunden oder bleibt jemand plötzlich weg? Was steckt dahinter? Und der auch die verschiedenen Helfer dann koordinieren kann und sagen kann „Hätten Sie Zeit und dies und jenes“. Das wäre schon in einem Netzwerk ein großer Fortschritt. Jemand, der ein Auge darauf hat." [FGD 02 10.11.2018; Position: 80 - 80]

20.

"gerade heute Block 3 hat mir sehr gut gefallen, weil es viel um die lokale Vernetzung ging." [FGD 03 11.05.2019; Position: 29 - 29]

21.

"Also rechtlich gesehen müssen die niedergelassenen Ärzte die Geflüchteten genauso nehmen und denen Termine geben, wie jedem anderen Bewohner. Also da kann man sich dann auch vielleicht darauf berufen. Das war die Rechtsabteilung der KV Stuttgart, die mir das schriftlich mitgeteilt hat." [FGD 03 11.05.2019; Position: 69 - 69]

2.4.4.2 Wünsche / Vorschläge

1.

"[Interesse?] Schon das Medizinische. Das hätte ich mir auch noch etwas mehr gewünscht. Das ging sehr schnell. Da konnten wir gerade beim Herrn Marmé nicht tief genug gehen." [FGD 01 09.06.2018; Position: 12 - 12]

2.

"Das mit der Tuberkulose fand ich prima und mit dem HIV als Auffrischung nochmal. Da hätt' ich mir noch ein bisschen pragmatischere Sachen erwartet." [FGD 01 09.06.2018; Position: 16 - 16]

3.

"Ich habe mir vorher überlegt, so Praxissachen, so Workshops und sowas sind ja immer oft ziemlich unbeliebt, weil da muss man ja auch selber was machen, aber es ist doch so, ja ich mein dieses Sitzen und Zuhören hat natürlich schon auch was - für mich zumindest. Und dann dieser Workshop, wenn man dann teilnehmen muss, das ist doch anstrengender als nur zu sitzen und zuzuhören. Aber es bringt doch echt immer sehr viel und ich muss so im Nachhinein sagen, vielleicht wäre es ganz spannend und vielleicht nicht zu jedem Modul oder zu jedem Kapitel, aber vielleicht zu jedem Modul einen kleinen Workshop zu machen und das auch nochmal so in praktischer Erfahrung rauszuarbeiten, was man jetzt grad erfahren hat. Auch für sich nochmal das quasi in den Kopf zu rufen „was habe ich denn und was haben die anderen denn jetzt mitgenommen aus dem Modul“. Das fände ich ganz hilfreich eigentlich." [FGD 01 09.06.2018; Position: 21 - 21]

4.

"Und das ist zum Beispiel auch was, was ich noch erwarten würde an so einen Kurs. Dass man so ein bisschen überlegt, wie kann man das besser in der Praxis organisieren, dass man diesen Leuten gerecht wird. Also, weil in der normalen Sprechstunde - man hat keine Zeit. Eigentlich wehrt man eher ab und noch so viel Empathie oder Wissen ist dann einfach nicht zu realisieren, weil man hat ja auch die anderen Leute zu versorgen. Also dass man nochmal überlegt, wie könnte man das besser organisieren. Macht man eine Flüchtlingsprechstunde? Oder irgendwie sowas." [FGD 01 09.06.2018; Position: 23 - 23]

5.

"Was ich auch toll fand, waren die medizinischen Geschichten, also über Tuberkulose und HIV mit dem hat man hier nicht viel zu tun und ich denke das nochmal ein bisschen breiter – würde ich sehr begrüßen." [FGD 01 09.06.2018; Position: 23 - 23]

6.

"Ich hätte es jetzt auch für die Gesamtgruppe ganz schön gefunden, wenn man das eventuell auch dieses Modul am Anfang eher macht, auch um die Gruppe sich ein bisschen finden zu lassen. Grad durch diese Diskussionen in kleinen Gruppen und so weiter, auch den Vortrag und so lernt man sich doch auch bisschen besser kennen und hat dann auch einen anderen Austausch eventuell in den folgenden Modulen. Könnte ich mir vorstellen." [FGD 01 09.06.2018; Position: 43 - 43]

7.

"Indem wir das mal zum Thema machen? Wie geht's denn eigentlich den Helfern? Das ist doch mal einen Vortrag wert! Wie geht's den Helfern?" [FGD 01 09.06.2018; Position: 51 - 51]

8.

"was wir eigentlich denn da hätten tun müssen/können. Und erwarten können... Was kann ich denn zu meinem Selbstschutz auch tun? Denn das ist das, wie kann ich mich denn jetzt hier... ich muss dem anderen helfen, wie kann ich denn mir helfen? Dass ich da jetzt äh meine ärztliche Arbeit leisten kann ohne dass ich immer denken muss „ja tu ich dem jetzt irgendwie... wie soll ich sagen, religiösen oder soziokulturellen Herkunft irgendwo was Falsches?“ Das fehlte. Das fehlte immer und das fehlt heute noch." [FGD 01 09.06.2018; Position: 52 - 52]

9.

"Aber für den Kurs wäre es vielleicht ganz gut, wenn man da nochmal vielleicht konkreter: Wo können wir die Dolmetscher anfordern? Bei was für Themen, wie lange zum Beispiel? Wer bezahlt das? So konkrete Dinge nochmal an die Hand kriegt." [FGD 01 09.06.2018; Position: 81 - 81]

10.

"Also die Organisationsstruktur... ob man zum Beispiel eine Flüchtlingssprechstunde, ob's sowas gibt ja. Dass man einfach sagt, ich reservier einen Nachmittag oder dass man vielleicht gemeinsam nochmal darüber diskutieren könnte, wie man dieses Zeitmanagement – weil das halt ich für das Schwierigste." [FGD 01 09.06.2018; Position: 84 - 84]

11.

"Also mir fällt grad der Herr Jakober jetzt speziell zum Beispiel ein. Der hat ja erzählt, dass er damit am Anfang da in dieser Flüchtlingseinrichtung/Erstaufnahme gearbeitet hat, und das fand ich enttäuschend, dass er da wirklich... mich hätte jetzt interessiert, wie geht's denn da zu? Wie hat er denn mit ihnen definitiv gearbeitet, wie kamen die denn vor? Mit was für Problemen hat er denn dort zu kämpfen? Also mit was für Themen kamen die Flüchtlinge denn tatsächlich da hin? Wie ist man mit den Themen umgegangen? Das kam da null raus." [FGD 01 09.06.2018; Position: 99 - 99]

12.

"Aber das war mehr so ein allgemeiner internistischer Vortrag gewesen, der eigentlich mit dem, was bringen die denn mit an internistischen Problemen? Ist das anders als hier bei uns in Deutschland ja? Das war Thema verfehlt. Muss man jetzt mal ganz klar sagen, von vorne bis hinten." [FGD 01 09.06.2018; Position: 101 - 101]

13.

"Also man könnte eigentlich so einen kleinen Workshop gleich an den Anfang setzen" [FGD 01 09.06.2018; Position: 111 - 111]

14.

"Also ich denke, dass Praxisteam, also wir hatten ein sehr motiviertes Praxisteam, also ich hätte mir gut vorstellen können, da mit zwei Helferinnen zu kommen und denen hätte das auch Spaß gemacht. Weil ich find grad, dass man nicht nur als Arzt zur Fortbildung geht. Also diese Diabetesfortbildung hatten wir auch immer gemeinsam gemacht. Ich fand das immer auch als Kommunikation im Team sehr gut. Genau ... und dass man den Tag miteinander fortgeht. Also ich halte die Idee für sehr gut." [FGD 01 09.06.2018; Position: 116 - 116]

15.

"Die Vernetzungsidee... Da denk ich also eine Plattform zu schaffen, wo Ärzte oder Praxisteam Fragen stellen können. Und dass da zum Beispiel das Difäm übernehmen könnte, die Dinge zu klären, weil wir mehr Zeit haben. Das würde ich eine tolle Idee finden. Also, dass, was weiß ich, irgendjemand sich herwenden könnte. Wir könnten unsere Kanäle öffnen und dann die Antwort vielleicht finden. Da denke ich, das wäre auch ein reizvolles Thema." [FGD 01 09.06.2018; Position: 116 - 116]

16.

"Also ich fände es prima, wenn man das, was wir hier lernen, als Anstoß ..., dass man das im Alltag ausprobiert und dass man sich dann nach einer gewissen Zeit noch mal trifft und auswertet was ..., wie hat es denn wirklich geklappt? Zurzeit ist es ein theoretisches Konzept für mich. Ich würde es gerne auch praktisch ..., und dann evaluieren. Zusammen mit anderen. Also nicht nur ich allein in meinem Kämmerchen." [FGD 02 10.11.2018; Position: 23 - 23]

17.

"Und wenn man dann so was jemandem anbietet, dass man aber guckt ja Vernetzung, ... Eine Mappe dem Patienten, dem Klienten, dem Mandanten macht und mit dieser Mappe geht er dann zu Herrn

Schmitt und Frau Maier und dann wissen die, was hat der Herr Schmitt gesagt, was hat Frau Maier gesagt. Also so was zum Beispiel." [FGD 02 10.11.2018; Position: 26 - 26]

18.

"Nee, das [Mappe] war ein Vorschlag von einer Kollegin, die sozusagen so was für eine andere Sache überlegt hat. Aber eigentlich wäre es für die Geflüchteten auch schön. Weil der Patient verliert seine Daten und das, was der Kollege gesagt hat und dann darf er es auch verfügen, diese Sachen weiterzugeben. Und so geht nämlich keine Information verloren. Und es wird nichts doppelt gemacht." [FGD 02 10.11.2018; Position: 27 - 27]

19.

"Ich hätte viel Optimismus bezüglich des Chatrooms, der vorgeschlagen worden ist. Weil ich das auch aus meinem beruflichen Alltag, ... dass man eben Fragen, die man selber nicht lösen kann, einfach stellt und schaut, hat irgendjemand anders schon mal so was gesehen, gelöst. Gibt es irgendwelche Anregungen? Und das wäre natürlich eine Gruppe, die sich mal gefunden hat und dass die sich dann austauscht." [FGD 02 10.11.2018; Position: 30 - 30]

20.

"Dass Sie aus diesen Kursen heraus, aus den vielen Interaktionen und den Netzwerkerfahrungen heraus vielleicht so eine Art Leitfaden entwickeln. Eben auch für andere Kommunen, wie man ein Netzwerk für Migranten gestalten kann." [FGD 02 10.11.2018; Position: 42 - 42]

21.

"Bestandsaufnahme machen oder sagen, wir haben uns hier getroffen, haben eine Bestandsaufnahme gemacht. Haben die und die Fragen noch und das dann an die betroffenen Sozialämter, Gesundheitsämter, ... überall dann schicken und darum bitten, wie lösen Sie das dann in Ihrem Kreis und in Ihrem Bereich. Und wo kann man da noch ansetzen. Und das könnte dann wieder die Robert-Bosch-Stiftung übernehmen. Quasi, also die muss zahlen." [FGD 02 10.11.2018; Position: 62 - 62]

22.

"Also insgesamt vom Praktischen her: wir wohnen in einer Kleinstadt mit um die 10.000 Einwohner. Da gibt es bei der Stadt irgendjemanden der für Flüchtlinge zuständig ist. Die haben natürlich erstmal damit zu tun, sich um die zu kümmern, die gerade schon da sind und zu gucken, dass das alles läuft. Aber das ist eigentlich die zentrale Stelle bei der Stadt, wo man sagen kann, die müssten bündeln, wen gibt es und mit welchen Kompetenzen? Sprachkompetenzen, ärztliche Kompetenzen sonst was. Gewisses Problem ist dann noch, wie viele Leute kann ich überhaupt verkraften? Weil die unendlich viel Zeit fressen können. Aber ob eine Robert-Bosch-Stiftung vielleicht für mehrere Orte zusammen jemanden finanzieren, der diesen Aufbau von Netzwerk, Fragebogen verschicken, nachtelefonieren, sonst was alles machen, um zu gucken, was gibt es denn in diesem Landkreis oder in dieser Gegend? Also konkret befristete Stelle. Aufgerechnet nach entsprechenden Gemeinden. Netzwerkaufbau – wen gibt es an Dolmetschern, was gibt es alles für Kompetenzen und das dann zum Beispiel den Ärzten zur Verfügung zu stellen." [FGD 02 10.11.2018; Position: 66 - 66]

23.

"Was mich noch immer bewegt in dem Kurs, ist die Zeit. Das kommt ganz viel zur Sprache, dass die Ärzte einfach für solche Dinge keine Zeit haben. Ob man sich eine Struktur vorstellen könnte, dass man jemanden dafür hat, der einem in der Praxis zur Verfügung steht. Dass man dieses Zeitproblem vielleicht mal ein bisschen aufweichen könnte. Also darüber nachdenken, ob man das mit naja mit Ehrenamtlichen vielleicht schwierig, aber mit anderem Fachhintergrund bestücken könnte. Weil es scheint ja wirklich das größte Problem zu sein. Die Zeit." [FGD 02 10.11.2018; Position: 72 - 72]

24.

"Ich finde zum Beispiel so einen Koordinator, der einfach auch darauf achtet, kommen die Patienten wirklich zu den Sprechstunden oder bleibt jemand plötzlich weg? Was steckt dahinter? Und der auch die verschiedenen Helfer dann koordinieren kann und sagen kann „Hätten Sie Zeit und dies und jenes“.

Das wäre schon in einem Netzwerk ein großer Fortschritt. Jemand, der ein Auge darauf hat." [FGD 02 10.11.2018; Position: 80 - 80]

25.

"Was noch ein bisschen mehr... Aber das kommt glaube ich heute Nachmittag...Noch die ethnische Problematik. Wie man mit verschiedenen Religionsformen umgeht und welche Probleme da in der Praxis auf einen zukommen. Dass man da noch ein bisschen mehr Handling zu bekommt." [FGD 03 11.05.2019; Position: 33 - 33]

26.

"Und bei manchen Teilen denke ich mir, „Das wäre was, das müsste jetzt einfach eine ganz allgemeine Fortbildung“, wo man jedes Mal schnell ein Thema abends, so wir das halt ja alle unsere Fortbildungszirkel irgendwo, wo man eben alle Kollegen erreichen würde. Weil wie Sie sagten, es gibt viele Probleme und alle gehen unterschiedlich damit um. Wir hier haben uns jetzt schon mal entschieden, das sehr... Da offensiv uns damit auseinander zu setzen. Ich würde sagen, die Mehrzahl tut es halt nicht und die Probleme sind ja trotzdem da. Also wie man quasi noch niederschwelliger die Informationen, die wir jetzt bekommen haben, an eine viel größere Gruppe von Kollegen bringen kann." [FGD 03 11.05.2019; Position: 39 - 39]

27.

"weil ich manchmal so die Erfahrung mache, es ist schon der erste Kontakt, der schwierig ist. Wie gehe ich da um mit für mich befremdlichen Anliegen? Oder mit einer Art und Weise wie man sein Anliegen vorbringt. Was uns vielleicht erst einmal ungewohnt vorkommt" [FGD 03 11.05.2019; Position: 42 - 42]

28.

"Dolmetscher sind so ein Problem was alle beschäftigt. Wie bindet man die ein und welche Dolmetscher bindet man wie ein? Und mit was muss man da auch rechnen? Also ich hab eine ganze Zahl von denen" [FGD 03 11.05.2019; Position: 42 - 42]

29.

"Ich glaub jetzt gar nicht die medizinischen Details, die kann man natürlich schon auch finde ich auch manche Themen unheimlich wichtig und spannend... die Gynäkologie ist sicher sowas... Da sind viele Themen jetzt da auch gar nicht gekommen. Ich hab jetzt zum Beispiel viel mit Genitalverstümmelungen zu tun, weil das jetzt nicht so ein Schwerpunkt war..Aber solche Themen.. Das kann man schon als Fortbildungseinheit anbieten." [FGD 03 11.05.2019; Position: 42 - 42]

30.

"Aber ich glaube eher, wie händeln wir das so ganz allgemein in einer Praxis und draußen im wilden Leben. Im Kontakt.. Wir haben es vorhin im Zwischengespräch von den Kindern gehabt, oder wie Mütter mit ihren Kindern umgehen... Was auch anders ist als bei uns häufig ja.. Also so diese eher allgemeinen Themen. Wie werde ich angesprochen? Bei uns ist oft das Thema natürlich, das „Mann / Frau“-Thema. Ja... Also von wem lässt man sich was sagen oder wer darf sich in welche Themen einmischen in unserer Familie?" [FGD 03 11.05.2019; Position: 42 - 42]

31.

"Wir haben viele Themen...sexuelle Gewalt...häusliche Gewalt.. ja wie..Wie gehe ich damit um? Nicht nur, dass ich weiß, wo kann ich wen hinschicken? Sondern auch: wie spreche ich das an?" [FGD 03 11.05.2019; Position: 44 - 44]

32.

"Oder auch wie man selber damit umgeht. Weil es macht ja auch etwas mit einem selber, wenn man weiß, der Mann begleitet die Frau und du weißt ganz genau, er verprügelt sie und was weiß ich. Und wie soll ich damit umgehen?" [FGD 03 11.05.2019; Position: 45 - 45]

33.

"Ich habe riesen Schwierigkeiten Ausschläge auf dunkler Haut zu erkennen und zu diagnostizieren. Da braucht man Bilder und..." [FGD 03 11.05.2019; Position: 47 - 47]

34.

"Wenn man sich durch das Ärzteblatt in Baden-Württemberg durchguckt, gibt es jede Menge Kurse in Deeskalation in der Praxis. Aber ich meine das besteht ja nicht nur aus Deeskalation, das Thema. Die anderen Themen, wo es wirklich um Information oder den positiven Umgang geht, da gibt es nichts dazu" [FGD 03 11.05.2019; Position: 58 - 58]

35.

"Ich habe auch versucht, in dem Bayerischen Ärzteblatt einen Artikel zu schreiben. Dann haben die gesagt, dass dieses Thema [interkulturelle Medizin] für sie nicht relevant ist." [FGD 03 11.05.2019; Position: 60 - 60]

36.

"Ein besserer Zugang zu psychotherapeutischen Möglichkeiten. Zu Psychiatern, PIAs.. Also ich komm von der Schwäbischen Alb und da ist es extrem schwierig überhaupt einen Termin beim Psychiater zu bekommen. Dann ist der Patient dort und ich bekomme zwei Zeilen und Medikament verordnet und das war's dann. Also da sind noch viele Lücken finde ich. Klar, man darf es jetzt nicht mit Tübingen vergleichen. Da sind so viele Psychotherapeuten und Psychiater... Und trotzdem ist es ein Problem. Weil ich auch glaube, dass viele es einfach ablehnen Flüchtlinge zu behandeln. Also ich kenne Frauenarztpraxen, die grundsätzlich keine Migrantinnen aufnehmen. Weil das viel zu umständlich ist." [FGD 03 11.05.2019; Position: 68 - 68]

37.

"Ich habe mit Flüchtlingsfrauen zu tun wenn sie zu uns kommen. aber viele jetzt gerade so wo sie jetzt arbeiten in diesen Aufnahmestellen, da wäre es vielleicht schon gut, wenn man auch mit den Dolmetschern die ja eigentlich nichts anderes tun als die Probleme von A nach B zu transferieren.. Vielleicht wäre das auch mal ein Aspekt wo man sagt „Erzähl uns doch mal, warum ist das so, dass die afrikanischen Frauen... Wie würdest du das sehen?“. Ich mein klar, gibt es kulturelle Bedingungen und so weiter, aber einfach ein bisschen praxisnäher." [FGD 03 11.05.2019; Position: 82 - 82]

38.

"Aber mit den Dolmetschern, dass wir da auch die Erfahrung haben. Das ist total spannend die mal zu hören. Wenn die noch nicht so lange da sind, selber vielleicht sogar einen Fluchthintergrund haben, aber sehr gut deutsch sprechen... Also da muss ich sagen. Wir machen solche Dolmetscher-Schulungen und wir haben da echt wahnsinnig viel gelernt. Und die Dolmetscher sind gar nicht so vorsichtig und rücksichtsvoll und so mit ihren Landsleuten sag ich jetzt mal. Sondern sind da sehr offen ... Und die dürfen auch sagen, wo ich ganz ehrlich sagen muss, sind wir oft sehr verhalten und sagen „Das kannst du jetzt irgendwie nicht so in eine Diskussion einbringen“. Da hält man sich dann eher zurück. Die Dolmetscher können das natürlich auch. Die haben eine ganz andere Rolle da. Und das ist, finde ich, ungeheuer lehrreich. Einfach.. Also das direkt aus dem jeweiligen Kulturkreis mal zu hören... Wie ist das denn eigentlich." [FGD 03 11.05.2019; Position: 83 - 83]

39.

"Also ich finde es auch schön, dass vielleicht... Da hoff ich jetzt, dass heut Nachmittag noch was kommt. So diese kulturellen Hintergründe und so. Weil dann kann man sich da empathisch auch mehr reinversetzen in das, was die Leute dann fühlen oder dann weiß man vielleicht doch, wie gehe ich jetzt mit demjenigen um? Oder was fühlt der jetzt gerade? Oder warum ist der jetzt so ... Auf einmal so zurückgezogen? Wie Sie gesagt haben, dass es einfach nur ein Lächeln war und dann war es... So diese kulturellen Hintergründe." [FGD 03 11.05.2019; Position: 92 - 92]

2.4.4.3 Für Arbeit mit Geflüchteten

1.

"Da hätte sich auch ihre Haltung nicht geändert, das ist ja auch was, was man lernen möchte ja, wenn ich mir schwer tue mit was. Was kann mich motivieren, dass ich mich doch auf die Leute einstellen kann oder dass ich da was finde, wie wir dann beide was davon haben. Ich glaube nicht, dass es gelungen wäre mit dem heutigen Tag." [FGD 01 09.06.2018; Position: 28 - 28]

2.

"Heute Morgen der Vortrag über die Rechtslagen und sowas, das einfach nochmal fundierter mitzukriegen, das war für mich persönlich einfach sehr interessant und ich werde sicher auch in meinem Arbeitsalltag nochmal anders draufgucken. Ja ... also es gibt einfach immer, find ich nochmal einen Perspektivwechsel... also ich freu mich sehr, dass ich dabei sein konnte." [FGD 01 09.06.2018; Position: 31 - 31]

3.

"Also da fällt mir als allererstes tatsächlich fallen mir die Dolmetscher ein. Weil ich finde und zwar nicht nur unter dem Aspekt, dass ich den Migranten entgegenkomme, weil sie noch nicht Deutsch sprechen, sondern ich denke es ist auch einfach effizient. Man kann einfach effizienter arbeiten." [FGD 01 09.06.2018; Position: 72 - 72]

4.

"Ja ... also ich denk das sind so Dinge, durch diese Sprachbarriere -und die ist viel höher als wir denken-entstehen einfach Kosten. Zeit ist das eine, aber ich glaube, es entstehen konkret Kosten bis hin dazu, wir haben's erst letzte Woche wieder gehabt, dass Rettungsdienste gerufen werden, weil man nicht ordentlich kommunizieren konnte, was jetzt eigentlich wirklich los ist. Und das hat, also für mich ganz vorne ist immer, diese Sprachbarriere abzubauen. Und ich glaub da, ich versteh nicht, dass unser Gesundheitssystem da nicht bereit ist, zu investieren. Weil das wäre billiger als alles, was möglicherweise danach kommt." [FGD 01 09.06.2018; Position: 72 - 72]

5.

"Aber die Frage zu den Dolmetschern, die bereit zu stellen wären und dann hoffentlich nie gebraucht oder ist... unermesslich groß. Ganz großes Thema. Aber ein ganz großes Thema, ja! Der Bedarf ist mächtig." [FGD 01 09.06.2018; Position: 73 - 73]

6.

"Also mir fällt grad der Herr Jakober jetzt speziell zum Beispiel ein. Der hat ja erzählt, dass er damit am Anfang da in dieser Flüchtlingseinrichtung/Erstaufnahme gearbeitet hat, und das fand ich enttäuschend, dass er da wirklich... mich hätte jetzt interessiert, wie geht's denn da zu? Wie hat er denn mit ihnen definitiv gearbeitet, wie kamen die denn vor? Mit was für Problemen hat er denn dort zu kämpfen? Also mit was für Themen kamen die Flüchtlinge denn tatsächlich da hin? Wie ist man mit den Themen umgegangen? Das kam da null raus." [FGD 01 09.06.2018; Position: 99 - 99]

7.

"Also meine Erwartung war einmal zu hören, was ist die interkulturelle Seite der medizinischen Fragen innerhalb der Flüchtlingsarbeit. In meinem Kontext, in dem ich arbeite, werde ich sicher in Zukunft mehr mit Migranten auch zu tun haben. Eben nicht nur mit Geflüchteten. Und ich habe mich sehr viel mit den sozialpädagogischen Aspekten beschäftigt. Aber noch nicht mit den medizinischen Aspekten von interkultureller Arbeit." [FGD 02 10.11.2018; Position: 15 - 15]

8.

"Ja mir ging es eigentlich auch so, dass ich einfach über die medizinischen Zusammenhänge, einfach den Hintergrund von Flüchtlingen und deren Herkunftsländer kennen lernen will und einfach Input aus anderen Berufsbereichen/Arbeitsbereichen aufnehmen wollte um das für meine tägliche Arbeit und auch für das Ehrenamt zu nutzen." [FGD 02 10.11.2018; Position: 19 - 19]

9.

"Insbesondere muslimische Patienten aus Großfamilien habe ich erfahren, stand hilflos davor, habe jetzt mehr Verständnis dafür und habe auch ein paar Hinweise bekommen, wie ich damit am besten umgehe. Also, was ich daraus machen kann, wie ich besser aus diesen Situationen herauskommen kann, um tatsächlich dem speziellen Patienten, also einem Kind, zu helfen." [FGD 02 10.11.2018; Position: 20 - 20]

10.

"Also erstmal ist es ein Impuls, den ich hier bekommen habe. Das Problem vielleicht erstmal wahrzunehmen. Wie ich das jetzt konkret umsetze... Im Netzwerk da sehe ich wirklich die Probleme, die die Kollegen auch gesagt haben. Also einmal fehlt mir dazu wirklich die Zeit, dann wüsste ich jetzt noch keinen Ansprechpartner aber ich bin sehr zivilisiert und werde da sicher die Augen offenhalten und bin auch an diesem Chatroom interessiert, einfach um zu gucken, was entwickelt sich da so in der nächsten Zeit." [FGD 02 10.11.2018; Position: 45 - 45]

11.

"Dolmetscher: Also so ehrenamtlich, weil das ist klar, einen offiziellen Dolmetscher kann man fast nicht zahlen. Auch die Kliniken, die Ärzte...Alle. Und diese Vernetzung ist sehr wichtig, weil, ich weiß, es gibt Caritas, aber es gehört auch dazu in jeder Stadt oder auf jede ... ich kann einfach Angreifen auf freiwillige Helfer zur Übersetzung. Das ist sehr wichtig. Auch auf juristischer Seite. Weil so was ist... Wir sind jeden Tag mit den Problemen konfrontiert. Wir sind am Ende die, die die Nachrichten übermitteln, was der Arzt sagt." [FGD 02 10.11.2018; Position: 52 - 52]

12.

"Was mich noch immer bewegt in dem Kurs, ist die Zeit. Das kommt ganz viel zur Sprache, dass die Ärzte einfach für solche Dinge keine Zeit haben. Ob man sich eine Struktur vorstellen könnte, dass man jemanden dafür hat, der einem in der Praxis zur Verfügung steht. Dass man dieses Zeitproblem vielleicht mal ein bisschen aufweichen könnte. Also darüber nachdenken, ob man das mit naja mit Ehrenamtlichen vielleicht schwierig, aber mit anderem Fachhintergrund bestücken könnte. Weil es scheint ja wirklich das größte Problem zu sein. Die Zeit." [FGD 02 10.11.2018; Position: 72 - 72]

13.

"Ich finde zum Beispiel so einen Koordinator, der einfach auch darauf achtet, kommen die Patienten wirklich zu den Sprechstunden oder bleibt jemand plötzlich weg? Was steckt dahinter? Und der auch die verschiedenen Helfer dann koordinieren kann und sagen kann „Hätten Sie Zeit und dies und jenes“. Das wäre schon in einem Netzwerk ein großer Fortschritt. Jemand, der ein Auge darauf hat." [FGD 02 10.11.2018; Position: 80 - 80]

14.

"Ich bin MTA. Es war sehr interessant. Ich habe auch sehr viel mit Flüchtlingen zu tun. Also ich bin auch in ein paar Stellen ehrenamtlich tätig. Da sind auch Flüchtlinge, Frauen und Kindern aus verschiedenen Ländern, wo ich kennen gelernt habe. Viel Problematik. Das hab ich auch mehr verstanden in dem Kurs. Ich hab viel mehr dazugelernt. Und zwar sehr informativ für mich, auch im medizinischen Bereich und rechtlichem Bereich war sehr, sehr gut. Bin sehr zufrieden und ich kann von hier gehen und sagen „Jetzt hab ich mehr gelernt, jetzt weiß ich mehr und jetzt kann ich den Leuten vielleicht mehr helfen.“ [FGD 03 11.05.2019; Position: 35 - 35]

15.

"Dolmetscher sind so ein Problem was alle beschäftigt. Wie bindet man die ein und welche Dolmetscher bindet man wie ein? Und mit was muss man da auch rechnen? Also ich hab eine ganze Zahl von denen" [FGD 03 11.05.2019; Position: 42 - 42]

16.

"Aber ich glaube eher, wie händeln wir das so ganz allgemein in einer Praxis und draußen im wilden Leben. Im Kontakt.. Wir haben es vorhin im Zwischengespräch von den Kindern gehabt, oder wie

Mütter mit ihren Kindern umgehen... Was auch anders ist als bei uns häufig ja.. Also so diese eher allgemeinen Themen. Wie werde ich angesprochen? Bei uns ist oft das Thema natürlich, das „Mann / Frau“ –Thema. Ja... Also von wem lässt man sich was sagen oder wer darf sich in welche Themen einmischen in unserer Familie?" [FGD 03 11.05.2019; Position: 42 - 42]

17.

"Wir haben viele Themen...sexuelle Gewalt...häusliche Gewalt.. ja wie..Wie gehe ich damit um? Nicht nur, dass ich weiß, wo kann ich wen hinschicken? Sondern auch: wie spreche ich das an?" [FGD 03 11.05.2019; Position: 44 - 44]

18.

"Also was wir da auch an Hilfe zur Verfügung stellen oder was wir uns in unseren Köpfen ausdenken, was jetzt gut und hilfreich wäre. Es wäre gut, wir würden es manchmal überprüfen. Ob es von der anderen Seite halt auch so wahrgenommen wird." [FGD 03 11.05.2019; Position: 85 - 85]

19.

"Das ist eigentlich genau das, was mir so an dieser somalischen Frau gefallen hat. Also nicht so, wie Sie es gesehen haben, dass jemand so vorgeführt wird, sondern dass es jemand war aus diesem Land. Jemand der wirklich davon berichten konnte. Nichts anderes ist ja jetzt die Hilfestellung der Dolmetscher aus diesen Ländern. Die einem einfach diese Brücken geben können. Und deswegen... Also ich fand es schon spannend und interessant, die Frau. Weil wenn mir das jemand erzählt, der das gehört hat, ist es anders, wie wenn mir jemand erzählt, der das selber erfährt. Der selber genau weiß, wie es in seiner Kultur ist. Also wenn mir jemand, der selber betroffen ist, finde ich es noch eindrucksvoller wie wenn mir jemand von was erzählt. Was er nur gelesen oder gehört hat." [FGD 03 11.05.2019; Position: 89 - 89]

3 Lebenslauf