



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
HEIDELBERG

HEALTH EQUITY STUDIES & MIGRATION – REPORT SERIES
2021-01 | Working Paper

Gesundheitliche Versorgung von geflüchteten Menschen

Eine Erhebung unter Sozialarbeiter*innen in
Baden-Württemberg

Andreas W. Gold

Clara Perplies

Eilin Rast

Kayvan Bozorgmehr

Louise Biddle

Herausgegeben durch die:

Sektion Health Equity Studies & Migration
Teil der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
am Universitätsklinikum Heidelberg

Bitte zitieren als:

Gold AW, Perplies C, Rast E, Bozorgmehr K, Biddle L. (2021) Gesundheitliche Versorgung von geflüchteten Menschen – Eine Erhebung unter Sozialarbeiter*innen in Baden-Württemberg. Health Equity Studies & Migration – Report Series, 2021-01. DOI: <https://doi.org/10.11588/heidok.00030262>

Lizenzierung:

Dieses Werk ist lizenziert unter CC BY-NC-ND 4.0.

Weitere Informationen finden Sie unter: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de> und <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode.de>

Kontakt:

andreas.gold@med.uni-heidelberg.de | louise.biddle@med.uni-heidelberg.de

Dieses Working Paper entsteht im Kontext des Forschungsvorhabens RESPOND, gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (FKZ: 01GY1611).



Zusammenfassung

Dieses Working Paper berichtet zentrale Erkenntnisse einer Erhebung unter Sozialarbeiter*innen zur gesundheitlichen Versorgung von geflüchteten Menschen in Baden-Württemberg.

Zentrale Erkenntnisse sind:

- Insgesamt bewerten die befragten Sozialarbeiter*innen die gesundheitliche Versorgung von geflüchteten Menschen als gewährleistet, weisen jedoch auf Versorgungslücken für bestimmte Subgruppen hin. Insbesondere hervorzuheben ist die Versorgung bei psychischer Erkrankung, die den Befragten zufolge im Median zu nur 30% gewährleistet ist.
- Angaben zur Zufriedenheit bei der Kooperation mit Akteur*innen aus dem gesundheitlichen Versorgungskontext und zur Zugänglichkeit medizinischer Versorgungsangebote variieren stark und weisen auf eine hohe Heterogenität der lokalen Versorgungssettings hin.
- In Bezug auf die Patientenzentriertheit der Versorgung zeigen sich Verbesserungsbedarfe insbesondere hinsichtlich der ärztlichen Aufklärungs- und Beratungsgespräche, hier bleiben nach Angabe der Sozialarbeiter*innen häufig noch Fragen bei Geflüchteten offen.
- Prioritäre Verbesserungsansätze aus sozialarbeiterischer Sicht sind die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Asylsuchende, die Einführung von Videodolmetschdiensten bei Gesundheitsdienstleistungen und die Verbesserung der psychosozialen Versorgung.

Aus den Forschungserkenntnissen können u.a. folgende Empfehlungen für eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen abgeleitet werden:

1. Abbau von Hürden bei der Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen durch die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Asylsuchende ohne Wartezeit.
2. Schaffung adäquater Strukturen zur qualifizierten Sprachmittlung und deren Finanzierung.
3. Verbesserung der Versorgung bei psychischen Erkrankungen, z.B. durch geeignete bedarfsorientierte Stepped Care-Modelle.
4. Berücksichtigung der gesundheitlichen Bedarfslagen geflüchteter Menschen in der regionalen gesundheitlichen Versorgungsplanung, insbesondere hinsichtlich der fachärztlichen Versorgungsstrukturen.
5. Auf- und Ausbau niedrigschwelliger gesundheitlicher Versorgungsstrukturen, die bei der Orientierung und Navigation innerhalb des Gesundheitssystems unterstützen und Versorgungsprozesse steuern können.

Inhalt

1. Hintergrund	3
2. Methodik	4
3. Ergebnisse.....	5
3.1 Soziodemografische und tätigkeitsbezogene Angaben	5
3.2 Sicherstellung der Versorgung	5
3.3 Zufriedenheit bei der Kooperation mit relevanten Akteur*innen.....	6
3.4 Zugänglichkeit medizinischer Versorgung.....	7
3.5 Patientenzentriertheit der Versorgung.....	9
3.6 Prioritäre Verbesserungsansätze der Versorgung	10
4. Diskussion	12
5. Zusammenfassung und Fazit	14
Literaturverzeichnis	15
Anhang.....	17

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tab. 1: Soziodemografische und tätigkeitsbezogene Angaben.....	5
Tab. 2: Ranking von Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgungssituation von Geflüchteten.....	11
Abb. 1: Ausmaß der Gewährleistung der lokalen Gesundheitsversorgung für Asylsuchende in %.....	6
Abb. 2: Zufriedenheit bei der Kooperation mit weiteren relevanten Akteur*innen	7
Abb. 3: Angemessenheit der Wartezeit auf einen Termin, in %	8
Abb. 4: Ausreichende Nähe von Versorgungsinstitutionen zu der Unterkunft, in %.....	9
Abb. 5: Patientenzentriertheit der Versorgung.....	10

1. Hintergrund

Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Fluchterfahrungen wird neben der Ausgangslage im Ursprungsland durch die häufig tiefgreifenden Veränderungen im Verlauf der Flucht beeinflusst [1]. Zusätzlich zu den Auswirkungen der Flucht selbst sind geflüchtete Menschen aufgrund ihrer Unterbringungs- und Lebensbedingungen im Zielland spezifischen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt [2].

In Deutschland wird der Zugang zur Gesundheitsversorgung in den ersten 18 Monaten des Aufenthalts durch das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) geregelt, hiermit verbunden sind Leistungseinschränkungen nach §§4,6 AsylbLG.¹ Zusätzlich können sprachliche Barrieren, die hohe Mobilität von Geflüchteten im Laufe des Asylprozesses und die individuelle Gesundheitskompetenz den Zugang zur Versorgung einschränken [3–5]. Die Akteur*innen und Strukturen der Gesundheitsversorgung sind zudem nur in Einzelfällen spezifisch auf Geflüchtete als Patientenklientel eingestellt. Dies zeigt sich u.a. bei Unsicherheiten der Gesundheitsdienstleister*innen hinsichtlich der Leistungsansprüche Geflüchteter und kann zu ungedecktem Versorgungsbedarf trotz bestehendem Leistungsanspruch führen [6–8].

Sozialarbeiter*innen sind in den verschiedenen Stadien des Asylprozesses zentrale Ansprechpartner*innen für geflüchtete Menschen und übernehmen dabei eine Vielzahl unterschiedlicher Aufgaben, u.a. auch bei gesundheitsbezogenen Problemlagen und Fragestellungen. Während in den meisten Erstaufnahmeeinrichtungen medizinische Versorgungsangebote² vorgehalten werden, sind Geflüchtete in der vorläufigen und Anschlussunterbringung³ auf eine Anbindung an die gesundheitliche Regelversorgung vor Ort angewiesen. Hier sind Sozialarbeiter*innen häufig die ersten Ansprechpersonen und versuchen bei der Integration von Geflüchteten in die Strukturen der gesundheitlichen Regelversorgung zu unterstützen [12].

Das Forschungsvorhaben RESPOND am Universitätsklinikum Heidelberg zielt darauf ab, die notwendige wissenschaftliche Evidenz zu erbringen, um Versorgungsstrukturen für geflüchtete Menschen nachhaltig effektiver, effizienter und bedarfsgerechter zu gestalten. Aufgrund ihrer zentralen Rolle in der Anbindung an die gesundheitliche Regelversorgung in der vorläufigen und Anschlussunterbringung ist die Perspektive von Sozialarbeiter*innen auf die Versorgung von Geflüchteten in diesem Kontext von besonderer Bedeutung. Diese Studie geht deshalb den folgenden Fragestellungen nach:

1. Wie bewerten Sozialarbeiter*innen die gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten in Bezug auf die Sicherstellung und Zugänglichkeit der Versorgung sowie deren Patientenzentrierung?
2. Was sind prioritäre Verbesserungsansätze?

¹ Nach §4 AsylbLG werden Leistungen zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen gewährt. Zudem werden zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten Schutzimpfungen und medizinisch gebotene Vorsorgeuntersuchungen erbracht. Keine Beschränkungen des Leistungsumfangs sind für werdende Mütter und Wöchnerinnen vorgesehen. Für alle anderen Personengruppen können auf Antrag beim zuständigen Kostenträger ergänzende Leistungen, „wenn sie im Einzelfall zur Sicherung [...] der Gesundheit unerlässlich [...] sind“ (§6 AsylbLG), beantragt werden.

² Zur medizinischen Versorgung in den Aufnahmeeinrichtungen für Geflüchtete wurden im Rahmen des RESPOND-Projektes bereits wissenschaftliche Erkenntnisse und Empfehlungen [9], sowie die Ergebnisse einer qualitativen Bestandsaufnahme aus Versorgungsperspektive [10] veröffentlicht.

³ Die Unterbringung geflüchteter Menschen obliegt der Zuständigkeit der einzelnen Bundesländer und wird teils unterschiedlich umgesetzt [11]. Innerhalb des Bundeslandes Baden-Württemberg regelt das Flüchtlingsaufnahmegesetz (FlüAG) u.a. die Unterbringung Geflüchteter und beschreibt ein dreistufiges Vorgehen mit den Stationen Landeserstaufnahmeeinrichtung, vorläufige Unterbringung (in i.d.R. Gemeinschaftsunterkünften der Kreise und kreisfreien Städte) und der Anschlussunterbringung in den Kommunen.

2. Methodik

Die hier vorgestellte Teilstudie ergänzt eine landesweite und repräsentative Datenerhebung mit Geflüchteten aus dem Jahr 2018 [13, 14]. In dieser größeren Studie wurde auf Basis aller Gemeinschaftsunterbringungen für Geflüchtete in Baden-Württemberg auf Ebene der Unterkünfte eine Zufallsstichprobe gezogen, welche die Anzahl von Geflüchteten der Unterkunft und des Kreises berücksichtigte. Vor Ankunft des Forschungsteams in den Unterkünften wurde mit zuständigen Sozialarbeiter*innen Kontakt aufgenommen, um die Studie anzukündigen und Zugang zur Unterkunft zu gewährleisten. Da im Zuge der Erhebung die Wichtigkeit der Perspektive von Sozialarbeiter*innen in diesem Kontext ersichtlich wurde, erfolgte der Entschluss für die hier vorgestellte zusätzliche Teilstudie mit den an der Datenerhebung beteiligten Sozialarbeiter*innen.

Hierfür wurde ein Online-Fragebogen entwickelt (siehe Anhang), welcher Fragen zur Zugänglichkeit und Inanspruchnahme der Versorgung aus einer Vorstudie beinhaltete und auf die Situation der Sozialarbeiter*innen anpasste [15]. Der Fragebogen wurde zudem in Anlehnung an die WHO Responsiveness-Skala [16] um Fragen zur Patientenzentriertheit der Versorgung ergänzt. Abschließend wurden Teilnehmer*innen gebeten, acht mögliche Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung, welche im Rahmen des Forschungsvorhabens RESPOND bereits mehrmals ins Gespräch gekommen waren, gemäß der subjektiven Wichtigkeit einzuschätzen.

Zwischen Mai und Juli 2018 wurden insgesamt 50 Sozialarbeiter*innen mit einem personenbezogenen Zugangscodes zur Teilnahme an der anonymisierten Online-Befragung eingeladen. 26 Teilnehmer*innen füllten daraufhin den Fragebogen aus (Rücklauf 52%). Bei teilweise fehlenden Werten, wird jeweils in den grafischen Darstellungen die Anzahl gültiger Antworten mitberichtet.

2. Ergebnisse

3.1 Soziodemografische und tätigkeitsbezogene Angaben

Tab. 1: Soziodemografische und tätigkeitsbezogene Angaben

Die befragten Sozialarbeiter*innen verfügen größtenteils über viele Jahre Berufserfahrung und arbeiten in der Regel bereits mehrere Jahre mit Asylsuchenden (Tab. 1). Die Tätigkeit der Befragten stellten sich in Bezug auf die betreuten Einrichtungen und Asylsuchenden sowie dem geschätzten Anteil der Arbeitszeit für medizinische Fragen breit dar.

Von den befragten Sozialarbeiter*innen wurden 83,3% in Deutschland geboren. 91,7% sprechen Deutsch als Muttersprache und alle mindestens eine Fremdsprache, viele der Befragten geben darüber hinaus weitere Sprachkenntnisse an.

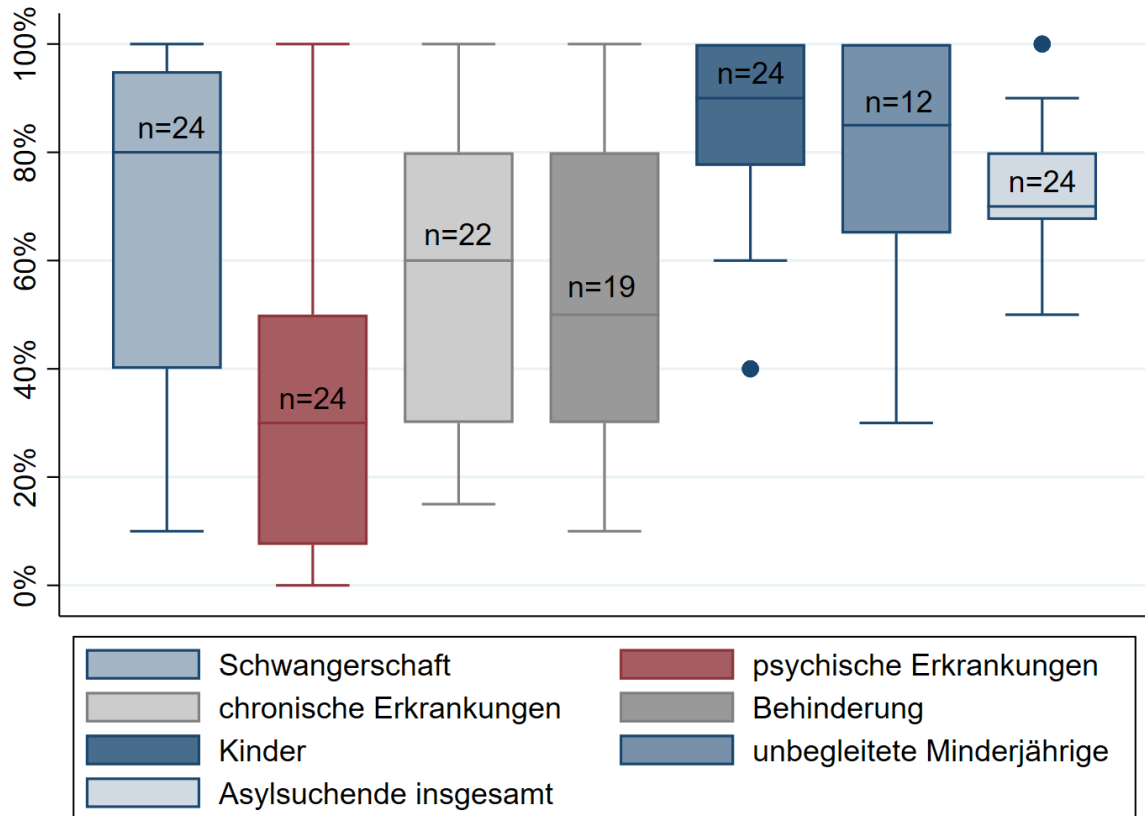
3.2 Sicherstellung der Versorgung

Die Befragten geben im Median an, dass die Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden insgesamt zu 70% sichergestellt ist. Es zeigen sich jedoch deutliche Unterschiede hinsichtlich der Sicherstellung der Versorgung für unterschiedliche Subpopulationen (vgl. Abb. 1). Während die Versorgung von Kindern asylsuchender Familien (Median: 90%), sowie von unbegleiteten Minderjährigen (Median: 85%) aus Sicht der Befragten überwiegend gewährleistet wird, wird die Sicherstellung der Versorgung von Asylsuchenden mit psychischen Erkrankungen (Median 30%) als deutlich geringer eingeschätzt.

Zu beachten ist, dass die Angaben der Befragten eine große Spannweite aufweisen. Etwa

10 Personen nutzten eine Freitextoption für ergänzende Informationen, hierin zeigte sich eine deutliche Konsistenz. Vor allem die psychologisch-psychiatrische und gynäkologische Versorgung wurde als unzureichend bemängelt. Es fehle an entsprechenden Fachärzt*innen und Terminen, Wartezeiten seien unverhältnismäßig lang. Die Versorgungsprobleme in diesen Bereichen betreffen aber nicht nur Geflüchtete, sondern auch andere Patient*innen, jedoch würden sie bei Geflüchteten zusätzlich durch Sprachbarrieren und die administrative Hürde aufgrund der Notwendigkeit eines Krankenscheins verstärkt.

		n	%	
Soziodemografische Angaben	Geschlecht	24	100.0	
		männlich	7 29.2	
		weiblich	17 70.8	
	Alter (in Jahren)	24	100.0	
	Median: 42	20-34	6	25.0
		35-49	7	29.2
		50-65	11	45.8
	Berufstätigkeit als Sozialarbeiter*in (in Jahren)	23	100.0	
	Median: 10	< 10	11	48.8
		10-19	7	30.4
≥ 20		5	21.8	
Tätigkeitsbezogene Angaben	Arbeit mit Asylsuchenden (in Monaten)	23	100.0	
	Median: 36	< 24	3	13.0
		24-72	16	69.6
		≥ 72	4	17.4
	Arbeitszeit pro Woche (in Stunden)	24	100.0	
	Median: 39	< 20	2	08.3
		20-29	3	12.5
		30-39	12	50.0
		≥ 40	7	29.2
	geschätzter Anteil Arbeitszeit für med. Fragen (in %)	25	100.0	
Median: 30	< 20	7	28.0	
	20-39	8	32.0	
	40-60	6	24.0	
	≥ 60	4	16.0	
Betreute Asylsuchende (im letzten Monat)	21	100.0		
Median: 100	< 50	3	14.2	
	50-99	5	23.8	
	100-149	5	23.8	
	150-199	1	04.8	
	≥ 200	7	33.4	
Betreute Einrichtungen (im letzten Monat)	24	100.0		
Median: 3	< 5	17	70.8	
	5-9	3	12.5	
	≥ 10	4	16.7	

Abb. 1: Ausmaß der Gewährleistung der lokalen Gesundheitsversorgung für Asylsuchende in %⁴

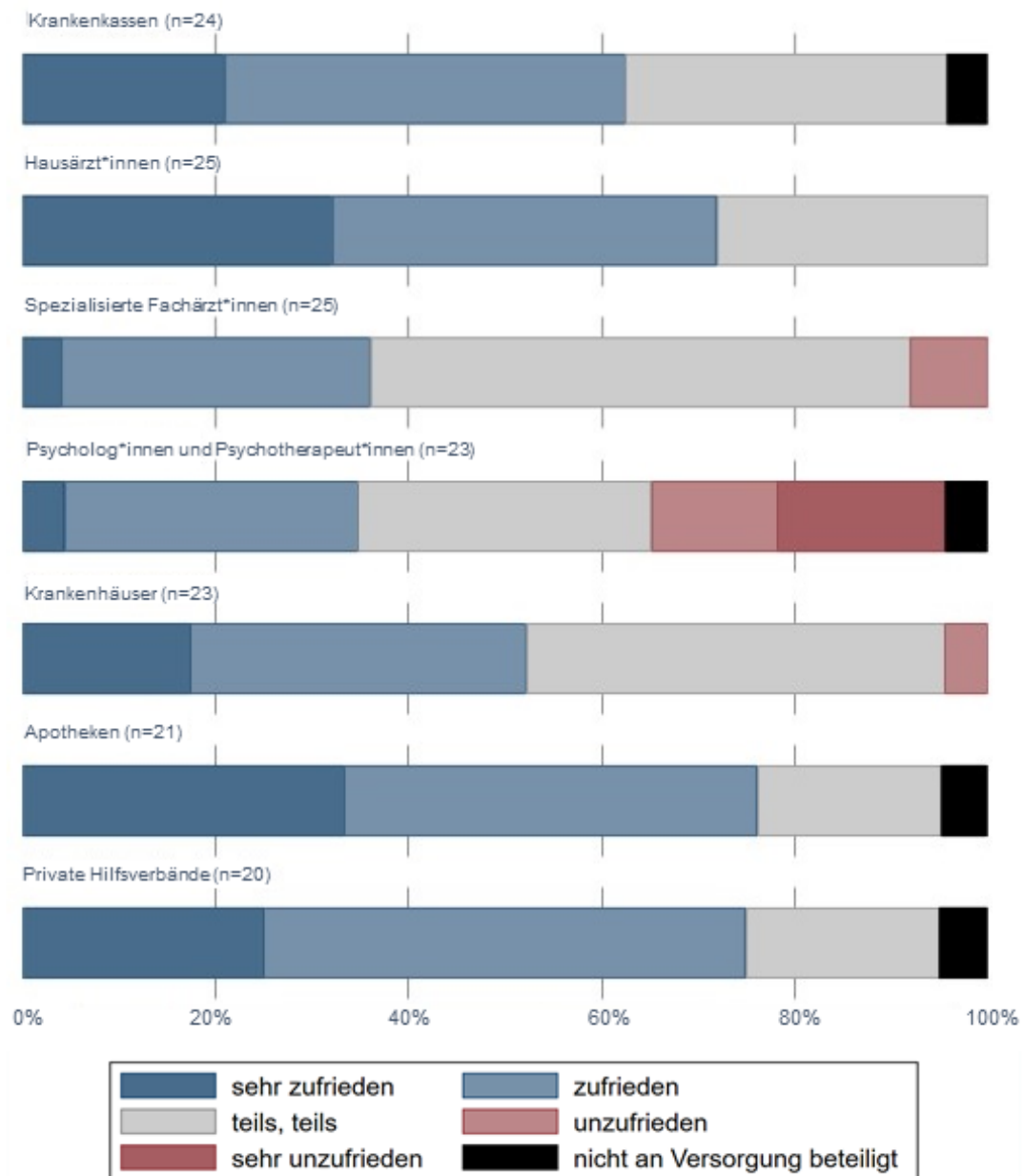
3.3. Zufriedenheit bei der Kooperation mit relevanten Akteur*innen

Häufig wurden die Kooperationen mit verschiedenen weiteren relevanten Akteur*innen als positiv bewertet (Abb. 2). Als überwiegend zufriedenstellend („zufrieden“ bis „sehr zufrieden“) wurden die Kooperationen mit Apotheken (76%), Privaten Hilfsverbänden (75%), Hausärzt*innen (72%), Krankenkassen (62%) und Krankenhäusern (52%) bewertet. Eine Zufriedenheit bei der Kooperation mit Fachärzt*innen (36%) und mit Psycholog*innen und Psychiater*innen (35%) wurde hingegen deutlich weniger häufig berichtet.

In einem Freitextfeld wurden von sechs Teilnehmenden als weitere Kooperationspartner die jeweiligen Gesundheits- und Landratsämter genannt, die für die Leistungsbewilligung im Rahmen der medizinischen Versorgung zuständig sind. Die Zusammenarbeit wurde gemischt bewertet, mehrmals wurden lange Bearbeitungszeiten bemängelt. Des Weiteren wurden zweimal die ehrenamtlich Tätigen als Kooperationspartner*innen in der medizinischen Versorgung genannt, da sie Transporte zu den medizinischen Versorger*innen übernehmen.

⁴ Fragestellung: „Die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung ist von vielen äußeren Faktoren abhängig. Dazu gehören zum Beispiel die finanzielle Sicherstellung, das Vorhandensein qualifizierter Fachkräfte, die geografische Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten, die Bereitschaft und Kapazität Asylsuchende zu versorgen, oder die Überwindung von Sprachbarrieren. Die Sicherstellung kann deshalb in unterschiedlichem Ausmaß realisiert sein.

Angenommen, eine 100%ige Sicherstellung der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden ist gegeben, wenn Asylsuchende alle Versorgungsangebote in Anspruch nehmen können, auf die sie ein Anrecht haben. Das heißt, keine äußeren Faktoren schränken die gesundheitliche Versorgung ein. Nach diesem Maßstab, in welchem Ausmaß ist aus ihrer Sicht die lokale Gesundheitsversorgung von [...] gewährleistet? (Fragestellung adaptiert nach Bozorgmehr, Nöst et al. [15])

Abb. 2: Zufriedenheit bei der Kooperation mit weiteren relevanten Akteur*innen⁵

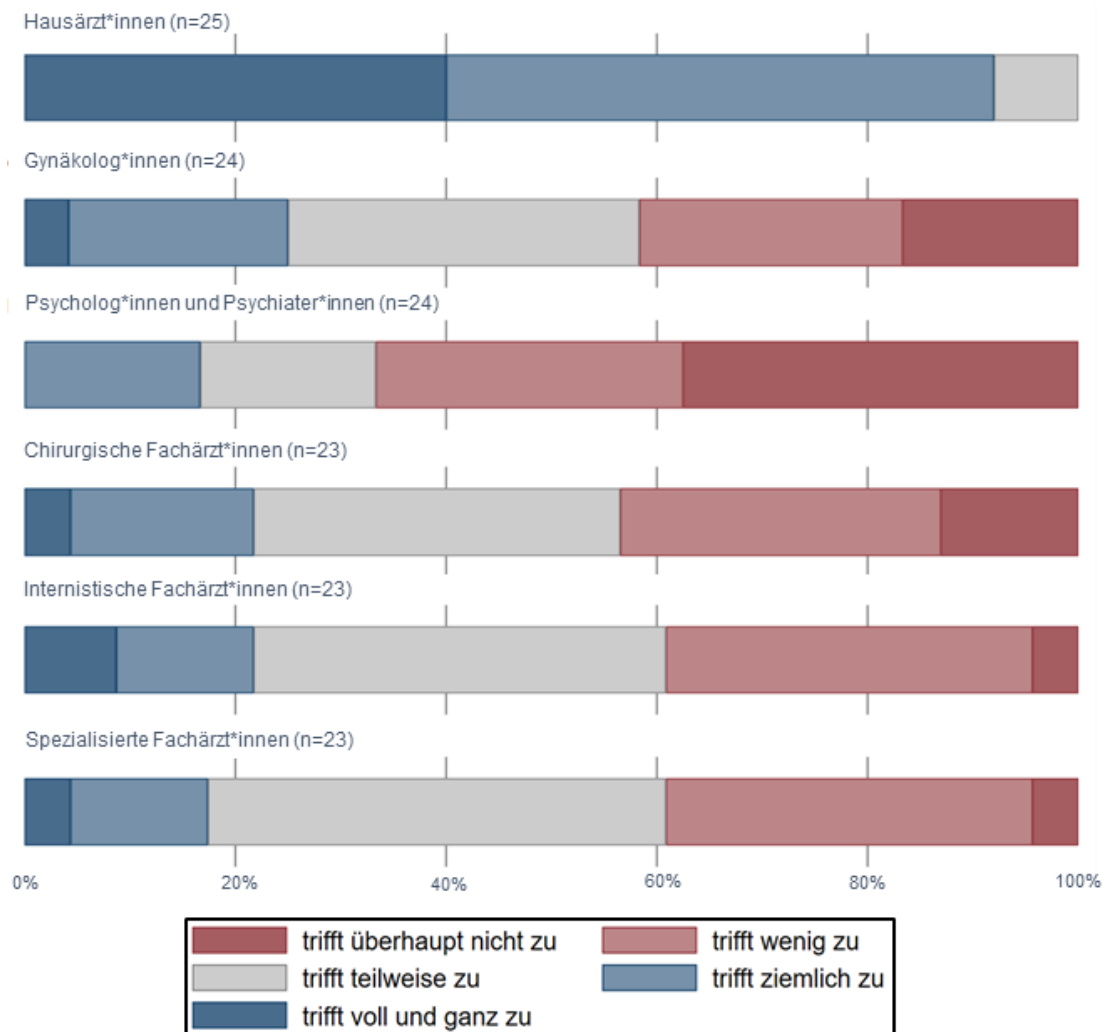
3.4 Zugänglichkeit medizinischer Versorgung

Der Zugang zur medizinischen Versorgung ist den Befragten zufolge insbesondere im Bereich der Allgemeinmedizin gewährleistet (Abb. 3). 92% der Befragten gaben an, dass die Wartezeit von Geflüchteten auf einen Termin in der Allgemeinmedizin in der Regel angemessen ist („trifft ziemlich zu“, „trifft voll und ganz zu“). Auch die Nähe von Hausärzt*innen zur Unterkunft wird von 83% der Befragten als ausreichend (Abb. 4) und die Beförderungsmittel zu dem*der nächsten Hausarzt*in von 80% als angemessen eingeschätzt („trifft ziemlich zu“, „trifft voll und ganz zu“).

⁵Fragestellung: An der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung für Asylsuchende sind i.d.R. eine Reihe von Akteuren beteiligt. Bezogen auf die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung: Wie zufrieden sind Sie mit der Kooperation mit folgenden Akteuren? (Fragestellung adaptiert nach Bozorgmehr, Nöst et al. [15]).

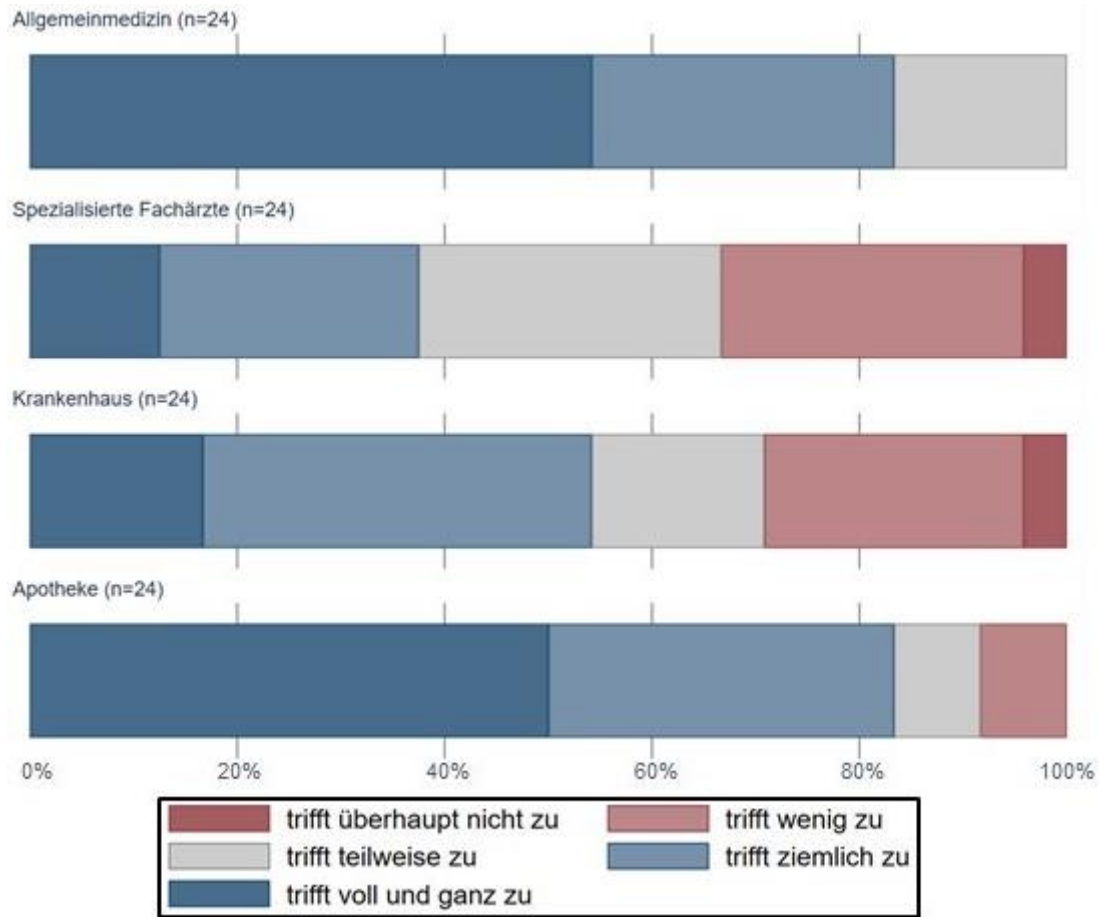
Der Zugang zu Fachärzt*innen scheint hingegen durch lange Wartezeiten auf Termine erschwert (Abb. 3). Besonders deutlich wird dies im Bereich der Psychologie und Psychiatrie: Hier gaben lediglich 17% der Befragten an, dass die Aussage „Die Wartezeit der Bewohner ist in der Regel angemessen“ ziemlich zutrifft.

Abb. 3: Angemessenheit der Wartezeit auf einen Termin, in %⁶



Bezogen auf den Zugang zur Versorgung im Krankenhaus gaben 29% der Befragten an, dass sich Krankenhäuser nicht nah genug an den Unterkünften befänden („trifft überhaupt nicht zu“, „trifft wenig zu“; Abb. 4). Die Beförderungsmittel zum nächsten Krankenhaus wurden von 72% der Befragten als angemessen bewertet. Dass ein Krankenwagen bei medizinischen Notfällen maximal 15 Minuten nach einem Notfalleinruf vor Ort sei, wurde von 74% der Befragten als „ziemlich“ oder „voll und ganz“ zutreffend bestätigt.

⁶ Fragestellung: „Bitte geben Sie jeweils an, inwiefern die Aussagen auf die Unterkünfte in Ihrem Zuständigkeitsbereich zutreffen. Bitte denken Sie dabei an den Regelfall. Die Wartezeit der Bewohner auf einen Termin bei den folgenden Ärzten ist in der Regel angemessen“.

Abb. 4: Ausreichende Nähe von Versorgungsinstitutionen zu der Unterkunft, in %⁷

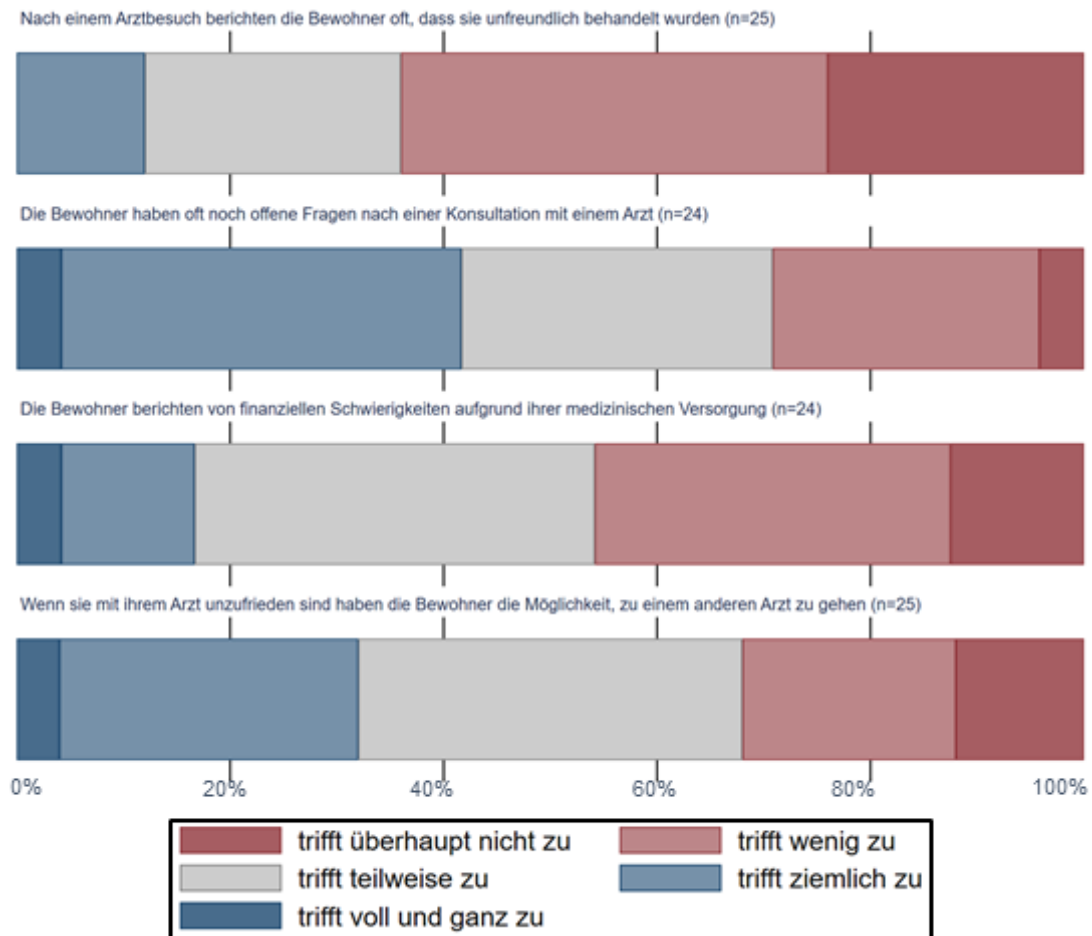
Auf die Frage, ob Geflüchtete bei Unzufriedenheit den Arzt oder die Ärztin wechseln können, ergibt sich kein einheitliches Bild. Jeweils ein Drittel stimmen dieser Aussage „deutlich“, „teilweise“ oder „nicht“ zu.

3.5 Patientenzentriertheit der Versorgung

Etwa die Hälfte (52%) der Teilnehmenden stimmen der Aussage „ziemlich“ oder „teilweise“ zu, dass Geflüchtete nach einem Arztbesuch berichten, die gewünschte Behandlung nicht erhalten haben. Dass Geflüchtete von einer unfreundlichen Behandlung berichten, wird von 36% der befragten Sozialarbeiter*innen angegeben. Der Aussage, dass Geflüchtete noch offene Fragen nach ihrer Behandlung haben, stimmen 72% der Befragten „teilweise“, „ziemlich“ oder „voll und ganz“ zu. Ebenfalls mehr als die Hälfte der Befragten geben finanzielle Schwierigkeiten von Geflüchteten aufgrund ihrer medizinischen Versorgung an (55% stimmen „teilweise“, „ziemlich“ oder „voll und ganz“ zu).

⁷ Fragestellung: „Bitte geben Sie jeweils an, inwiefern die Aussagen auf die Unterkünfte in Ihrem Zuständigkeitsbereich zutreffen. Bitte denken Sie dabei an den Regelfall. Die folgenden medizinischen Versorger befinden sich nah genug an der Unterkunft.“

Abb. 5: Patientenzentriertheit der Versorgung



3.6 Prioritäre Verbesserungsansätze der Versorgung

Abschließend wurden die Befragten darum gebeten, vorgeschlagene Interventionen zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgungssituation von Geflüchteten in eine hierarchische Reihenfolge zu bringen („Ranking“).

Für die befragten Sozialarbeiter*innen hat die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (umgangssprachlich: Krankenkassenkarte) als Maßnahme zur Verbesserung der Versorgung die höchste Priorität. Auch verbesserte Möglichkeiten zur Sprachmittlung in den Institutionen des Gesundheitswesens und psychosoziale Versorgungsangebote werden als Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung als prioritär wahrgenommen. Tab. 2 stellt die vorgeschlagenen Maßnahmen in hierarchischer Reihenfolge anhand ihres Ranking-Scores dar.

Tab. 2: Ranking von Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgungssituation von Geflüchteten

	Vorgeschlagene Maßnahmen (Anzahl gültiger Antworten)	Summe	Score ⁸
1	Die Einführung einer Krankenkassenkarte für Asylsuchende bei Ankunft in Deutschland (n=22)	68	3,09
2	Die Einführung von Videodolmetschern in Arztpraxen, Ambulanzen und Krankenhäusern (n=22)	75	3,26
3	Ein psychosoziales Versorgungsangebot, bei dem Asylsuchenden je nach Bedarf Unterstützungsmöglichkeiten und Therapien für psychische Probleme angeboten werden (n=23)	85	3,70
4	Möglichkeiten für eine bedarfsgerechte Unterbringung von besonders schutzbedürftigen Personengruppen (z.B. Schwangere und Wöchnerinnen, Menschen mit Behinderung, chronischen Krankheiten oder einer psychischen Belastung) (n=22)	91	4,33
5	Eine Krankenschwester, zuständig schwerpunktmäßig für Asylsuchende in Ihrer Region, die sich vor Ort um medizinische Probleme kümmert und Termine mit weiterführenden Ärzten vereinbart (n=23)	99	4,50
6	Ein erweitertes Angebot an mehrsprachigen Hebammen speziell für die Versorgung schwangerer Asylsuchender (n=23)	110	4,78
7	Die Einführung eines elektronischen Informationssystems in Erstaufnahmeeinrichtungen, Arztpraxen und Krankenhäusern mit Details zu Erkrankungen und Versorgungsgeschichte der Patienten (n=22)	112	5,09
8	Ein erweitertes Informationsangebot für besonders schutzbedürftige Personengruppen (z.B. Schwangere und Wöchnerinnen, Menschen mit Behinderung, chronischen Krankheiten oder einer psychischen Belastung) (n=21)	114	5,18

⁸ Der Score ergibt sich aus der Summe der vergebenen Rankingplätze, dividiert durch die Gesamtzahl der gültigen Antworten je vorgeschlagene Maßnahme. Je niedriger der Ranking-Score, desto wünschenswerter bewerten die Befragten die Maßnahme als Verbesserungsansatz in der gesundheitlichen Versorgung.

3. Diskussion

Die Sicherstellung der lokalen Gesundheitsversorgung für Asylsuchende insgesamt und für ausgewählte Subpopulationen wird durch die Sozialarbeiter*innen sehr unterschiedlich eingeschätzt. Als Ursache hierfür sind einerseits bestehende lokale Unterschiede der Versorgungsstrukturen und andererseits divergierende subjektive Wahrnehmungen der Befragten zu vermuten. Eine auffallende Übereinstimmung besteht insbesondere bei der Einschätzung zur Versorgungssituation bei psychischen Erkrankungen, die im Median nur 30% der Befragten als gewährleistet wahrnehmen. Dieser Befund steht im Einklang mit bestehenden Forschungserkenntnissen, die insbesondere im Bereich der psychischen Gesundheit deutliche ungedeckte Versorgungsbedarfe beschreiben [14, 17–20]. Dies unterstreicht die Notwendigkeit des Ausbaus entsprechender Versorgungsstrukturen im Sinne eines *Stepped Care-Modells*, angefangen mit niedrigschwelligen lokalen Unterstützungsstrukturen bis hin zum Ausbau therapeutischer Behandlungskapazitäten durch niedergelassene Therapeut*innen und Psychosoziale Zentren [21, 22].

Die Ergebnisse zu Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit anderen Akteur*innen unterstreichen zunächst die Vielzahl unterschiedlicher Beteiligter in der gesundheitlichen Versorgung Geflüchteter. Während Kooperationen mit Akteur*innen der primären Gesundheitsversorgung (Hausärzt*innen, Apotheken, Hilfsverbände) als insgesamt sehr positiv bewertet werden, wird im Bereich der sekundären und tertiären Gesundheitsversorgung die Zufriedenheit bei der Kooperation durchmischer wahrgenommen. Zusätzlich wurden Herausforderungen bei der Kooperation mit bestimmten Fachdisziplinen und anekdotisch regionale Unterschiede in der Versorgung beschrieben. Hierbei wird teilweise auch darauf verwiesen, dass sich Probleme in der Zugänglichkeit für die Regelbevölkerung auch bei Geflüchteten widerspiegeln. Die Angaben der Befragten zur Zugänglichkeit der medizinischen Versorgung (anhand der Wartezeit für einen Termin und hinsichtlich der geografischen Erreichbarkeit) ergänzen dies entsprechend. Während insgesamt die als gut wahrgenommene Kooperation und Zugänglichkeit der primären Gesundheitsversorgungsstrukturen positiv zu bewerten sind, sind die an dieser Stelle durch die Sozialarbeiter*innen geschilderten Versorgungsengpässe in der fachärztlichen Versorgung bedenklich. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass schutzbedürftige Personen häufig in stärker sozio-ökonomisch deprivierten Gegenden mit teilweise geringerer Facharzttdichte untergebracht werden [23], ergibt sich einerseits die Notwendigkeit, hierfür verstärkt niedrigschwellige Unterstützungsstrukturen zu schaffen. Andererseits ist auf übergeordneter Ebene eine bedarfsgerechte (fach-)ärztliche Versorgungsplanung, die auch die Versorgungsbedarfe der Geflüchteten mit einbezieht, erforderlich.

Die Wahrnehmung der Sozialarbeiter*innen zur Patientenzentriertheit der Versorgung unterscheiden sich je nach betrachtetem Aspekt. Keine oder unfreundliche Behandlungen werden nur von einem relativ geringen Anteil der Befragten berichtet. Mehr als die Hälfte der Befragten⁹ nimmt jedoch wahr, dass ihre Klient*innen aufgrund der medizinischen Versorgung finanzielle Schwierigkeiten haben. Dieser Befund gibt Hinweise auf den Umgang mit Restriktionen bei der Gewährung von Versorgungsleistungen¹⁰ und erfordert weitere Forschung. Zudem berichten über die Hälfte der Befragten, dass Geflüchtete nach einer Behandlung offene Fragen hätten. Dieser Befund verweist ebenfalls auf Problematiken im Zuge der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und auf die Notwendigkeit zielgruppenadäquater gesundheitlicher Aufklärung und Information sowie den hohen Stellenwert adäquater Sprachmittlung [24]. Dies deckt sich auch mit qualitativen Erkenntnissen zum Zugang der Versorgung aus der Perspektive von Asylsuchenden [4].

⁹ Anhand der gewählten Antwortoption: „teils, teils“ (38%) und „trifft ziemlich / voll und ganz zu“ (17%)

¹⁰ Eine Zuzahlung, beispielsweise bei Medikamenten, ist für Asylsuchende im Leistungsbezug nach §4 nicht vorgesehen, sondern kann im Grundsatz mit dem zuständigen Sozialhilfeträger abgerechnet werden. Versagt dieser die Kostenübernahme, kann ein Einzelfallantrag auf Kostenübernahme nach §6 AsylbLG gestellt werden.

Die von den befragten Sozialarbeiter*innen als prioritär eingeschätzten Verbesserungsansätze (Einführung der elektronischen Gesundheitskarte ohne Wartezeit, Einführung von Videodolmetschdiensten bei Gesundheitsdienstleister*innen, Verbesserung der psychosozialen Versorgung) reflektieren dabei die als besonders herausfordernd wahrgenommenen Versorgungssituationen.

Sozialarbeiter*innen sind an vielen Orten wichtige Ansprechpartner*innen für geflüchtete Menschen. Eine wissenschaftliche Begleitung ihrer Arbeit erfolgt jedoch nur in Einzelfällen. Die Forschungslage zu Sozialer Arbeit mit Geflüchteten wird dabei insgesamt als „dürftig“ beschrieben [12], Forschung zu Sozialarbeitenden im Fluchtkontext mit Schwerpunkt auf Gesundheitsthemen ist noch seltener. Die hier berichteten Ergebnisse werfen daher auch weitere Forschungsfragen auf. Insbesondere die Heterogenität auf struktureller Ebene bedarf weiterer Forschung, die den Einfluss von Trägerschaft und Finanzierung auf die Schwerpunktsetzung innerhalb der sozialarbeiterischen Tätigkeit untersucht [25, 26]. Zudem fehlen Erkenntnisse, welche Aufgaben und Tätigkeiten Sozialarbeiter*innen in der gesundheitlichen Versorgung geflüchteter Menschen konkret übernehmen und welche zeitlichen Ressourcen im Rahmen ihrer Arbeitszeit hierfür zur Verfügung stehen. Unklar bleibt außerdem, auf welcher fachlichen Grundlage Sozialarbeiter*innen bei gesundheitsbezogenen Fragestellungen (z.B. offene Fragen nach Arztbesuch, Ersteinschätzung von Erkrankungszuständen, etc.) Unterstützung leisten können. Je nach Versorgungsbedarf kann auch der ergänzende Auf- und Ausbau niedrigschwelliger Strukturen mit gesundheitsfachlich qualifiziertem Personal, beispielsweise durch *Refugee Health Nurses* [27, 28], sinnvoll sein.

In der hier beschriebenen Teilstudie wurde die Perspektive von Sozialarbeiter*innen auf die gesundheitliche Versorgung von geflüchteten Menschen in einem regionalen Kontext quantitativ erhoben und analysiert. Eine Stärke dieser Teilstudie ist die intensive und unmittelbare Einbindung der Befragten in die Betreuung Geflüchteter in den Gemeinschaftsunterkünften. Durch die langjährige Tätigkeit als Sozialarbeiter*innen und der in der Regel mehrjährigen Arbeit mit geflüchteten Menschen verfügen die Befragten über umfangreiche Erfahrungen, die sie in die Beantwortung der Fragen einfließen lassen konnten. Zudem konnte durch diese Befragung die Perspektive von Sozialarbeiter*innen als zentrale Akteur*innen in der Versorgung geflüchteter Menschen erfasst werden. Insbesondere unter Berücksichtigung der weiteren innerhalb des RESPOND-Forschungsvorhabens durchgeführten Studien ergeben sich wichtige Erkenntnisse, um die Versorgungsstrukturen für Geflüchtete nachhaltig effektiver, effizienter und bedarfsgerechter gestalten zu können. Eine Limitation dieser Teilstudie stellt die für quantitative Erhebungen vergleichsweise sehr niedrige Anzahl an Befragten (n=26) dar. Im Rahmen dieser Befragung kann zudem lediglich die Perspektive der befragten Sozialarbeiter*innen wiedergegeben werden. Dies ist bei der Interpretation der Ergebnisse entsprechend zu beachten, insbesondere hinsichtlich der Fragen zur Patientenzentriertheit der Versorgung ist zu berücksichtigen, dass es sich hierbei um die Wahrnehmung der Sozialarbeiter*innen und nicht der betreffenden Patient*innen handelt.¹¹

¹¹ Die Einschätzung zur Patientenzentriertheit der Versorgung aus Perspektive der Geflüchteten wurde in einer anderen Teilstudie des RESPOND-Projekts quantitativ erhoben [13, 14].

4. Zusammenfassung und Fazit

Insgesamt bewerten die befragten Sozialarbeiter*innen die gesundheitliche Versorgung von geflüchteten Menschen als überwiegend gewährleistet, berichten jedoch teils sehr unterschiedliche Wahrnehmungen. Die berichtete Sicherstellung der Versorgung variiert je nach Versorgungsfeld teils erheblich, wobei insbesondere die Versorgung bei psychischer Erkrankung im Median zu nur 30% als gewährleistet wahrgenommen wird. Angaben zur Zufriedenheit bei der Kooperation und der Zugänglichkeit zu medizinischen Versorgungsangeboten spiegeln die Heterogenität der lokalen Versorgungssettings wider und unterstreichen die Notwendigkeit für adäquate niedrigschwellige Unterstützungsstrukturen und eine bedarfsgerechte (fach-)ärztliche Versorgungsplanung, die auch die Versorgungsbedarfe von geflüchteten Menschen mit einbezieht. In Bezug auf die Patientenzentriertheit der Versorgung zeigen sich Verbesserungsbedarfe insbesondere hinsichtlich der ärztlichen Aufklärungs- und Beratungsgespräche, hier bleiben nach Angaben der Sozialarbeiter*innen häufig noch Fragen offen. Besonders drängende Verbesserungsansätze aus sozialarbeiterischer Sicht sind dabei die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Asylsuchende ohne Wartezeit, die Einführung von Videodolmetschdiensten bei Gesundheitsdienstleistern und die Verbesserung der psychosozialen Versorgung.

Weitere Forschungsbedarfe ergeben sich hinsichtlich der sozialarbeiterischen Strukturen und der beruflichen Rollen im Kontext der Gesundheitsversorgung für geflüchtete Menschen, wie im vorherigen Kapitel beschrieben. Darüber hinaus werfen die berichteten finanziellen Schwierigkeiten aufgrund medizinischer Behandlung weitere Fragen auf, die in zukünftigen wissenschaftlichen Erhebungen untersucht werden sollten.

Die Ergebnisse dieser Teilstudie zeigen einmal mehr die Notwendigkeit auf, regionale Versorgungsstrukturen in einer Form zu organisieren, in der nicht der Zufall über den Zugang zur Versorgung [6] entscheidet. Geflüchtete Menschen müssen darauf vertrauen können, dass unabhängig von dem ihnen zugewiesenen Wohnort Zugang zu einer bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung besteht. Hierfür ist es notwendig, dass

1. Hürden bei der Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen durch die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte abgebaut werden.
2. Adäquate Strukturen zur qualifizierten Sprachmittlung vorhanden sind und finanziert werden.
3. Insbesondere die Versorgung bei psychischen Erkrankungen, z.B. durch geeignete bedarfsorientierte *Stepped Care-Modelle*, verbessert wird.
4. Regionale Versorgungsstrukturen in der Lage sind, die gesundheitlichen Bedarfslagen geflüchteter Menschen zu adressieren und dies auch in der Versorgungsplanung berücksichtigt wird.
5. Niedrigschwellige gesundheitliche Versorgungsstrukturen auf- und ausgebaut werden, die bei der Orientierung und Navigation innerhalb des Gesundheitssystems unterstützen und Versorgungsprozesse steuern können.

Literaturverzeichnis

1. Abubakar I, Aldridge RW, Devakumar D et al. (2018) The UCL–Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. *The Lancet* 392:2606–2654. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32114-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32114-7)
2. Matlin SA, Depoux A, Schütte S, Flahault A, Saso L (2018) Migrants' and refugees' health: towards an agenda of solutions. *Public Health Rev* 39. <https://doi.org/10.1186/s40985-018-0104-9>
3. Gottlieb N, Schülle M (2021) An overview of health policies for asylum-seekers in Germany. *Health Policy* 125:115–121. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.09.009>
4. Spura A, Kleinke M, Robra B-P, Ladebeck N (2017) Wie erleben Asylsuchende den Zugang zu medizinischer Versorgung? (How do asylum seekers experience access to medical care?). *Bundesgesundheitsbl* 60:462–470. <https://doi.org/10.1007/s00103-017-2525-x>
5. Frank L, Yesil-Jürgens R, Razum O et al. (2017) Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2:24–47. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-005>
6. Razum O, Wenner J, Bozorgmehr K (2016) Wenn Zufall über den Zugang zur Gesundheitsversorgung bestimmt: Geflüchtete in Deutschland (When Chance Decides About Access to Health Care: The Case of Refugees in Germany). *Gesundheitswesen* 78:711–714. <https://doi.org/10.1055/s-0042-116231>
7. Führer A (2020) „Da muss sich jemand anders kümmern“ – Die medizinische Versorgung von Asylsuchenden als Herausforderung für eine bio-psycho-soziale Medizin ("Someone else has to take care of that" - Asylum-seekers' Health Care as a Challenge for Biopsychosocial Medicine). *Gesundheitswesen* 82:151–156. <https://doi.org/10.1055/a-1026-6190>
8. Führer A, König M, Kluth W (2021) Das Asylbewerberleistungsgesetz in der medizinischen Fachliteratur: Ein Scoping Review (The Asylum Seekers' Benefit Act in the German Medical Literature: A Scoping Review). *Gesundheitswesen*. <https://doi.org/10.1055/a-1327-2642>
9. Biddle L, Wahedi K, Jahn R, Straßner C, Kratochwill S, Bozorgmehr K (2019) Working Paper #1 Wissenschaftliche Erkenntnisse zu Strukturen der medizinischen Versorgung in den Aufnahmeeinrichtungen für Geflüchtete, Heidelberg
10. Wahedi K, Biddle L, Jahn R et al. (2020) Medizinische Versorgung von Asylsuchenden in Erstaufnahmeeinrichtungen: Eine qualitative Bestandsaufnahme aus Versorgungsperspektive (Healthcare provision for asylum seekers in reception centres : Qualitative survey from the perspective of healthcare providers). *Bundesgesundheitsbl*. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03243-3>
11. Wendel K (2014) Unterbringung von Flüchtlingen in Deutschland: Regelungen und Praxis der Bundesländer im Vergleich, Frankfurt am Main
12. Rehklaue C (2017) Flüchtlinge als Adressat_innen Sozialer Arbeit? Sozialarbeitswissenschaftlicher Zugang. In: Ghaderi C, Eppenstein T (Hrsg) Flüchtlinge. Multiperspektivische Zugänge. Springer VS, Wiesbaden, S 305–322
13. Biddle L, Menold N, Bentner M et al. (2019) Health monitoring among asylum seekers and refugees: a state-wide, cross-sectional, population-based study in Germany. *Emerg Themes Epidemiol* 16. <https://doi.org/10.1186/s12982-019-0085-2>
14. Biddle L, Hintermeier M, Mohsenpour A, Sand M, Bozorgmehr K (2021) Monitoring der Gesundheit von Geflüchteten: Integrative Ansätze mit Surveys und Routinedaten. *Journal of Health Monitoring* 6:7–29. <https://doi.org/10.25646/7862>
15. Bozorgmehr K, Nöst S, Thaiss HM, Razum O (2016) Die gesundheitliche Versorgungssituation von Asylsuchenden: Bundesweite Bestandsaufnahme über die Gesundheitsämter (Health care provisions for asylum-seekers : A nationwide survey of public health authorities in Germany). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 59:545–555. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2329-4>
16. Valentine N, Prasad A, Rice N, Robone S, Chatterji S, Leatherman S (2009) Health systems responsiveness: a measure of the acceptability of health-care processes and systems from the user's perspective. In: Smith P C (Hrsg) Performance measurement for health system improvement. Experiences, challenges, and prospects. Cambridge University Press, Cambridge, S 138–186
17. Baron J, Flory L (2018) Versorgungsbericht zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland. 4. aktualisierte Auflage

18. Baron J, Flory L (2019) Versorgungsbericht Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland. 5. aktualisierte Auflage
19. Führer A, Niedermaier A, Kalfa V, Mikolajczyk R, Wienke A (2020) Serious shortcomings in assessment and treatment of asylum seekers' mental health needs. *PLOS ONE* 15:e0239211. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239211>
20. Nutsch N, Bozorgmehr K (2020) Der Einfluss postmigratorischer Stressoren auf die Prävalenz depressiver Symptome bei Geflüchteten in Deutschland. Analyse anhand der IAB-BAMF-SOEP-Befragung 2016. *Bundesgesundheitsbl.* <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03238-0>
21. Adorjan K, Kluge U, Heinz A et al. (2017) Versorgungsmodelle für traumatisierte Flüchtlinge in Deutschland (Healthcare models for traumatized refugees in Germany). *Nervenarzt* 88:989–994. <https://doi.org/10.1007/s00115-017-0364-5>
22. Böge K, Karnouk C, Hahn E et al. (2020) Mental health in refugees and asylum seekers (MEHIRA): study design and methodology of a prospective multicentre randomized controlled trail investigating the effects of a stepped and collaborative care model. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 270:95–106. <https://doi.org/10.1007/s00406-019-00991-5>
23. Bozorgmehr K, Razum O, Szecsenyi J, Maier W, Stock C (2017) Regional deprivation is associated with the distribution of vulnerable asylum seekers: a nationwide small area analysis in Germany. *J Epidemiol Community Health* 71:857–862. <https://doi.org/10.1136/jech-2016-208506>
24. Führer A, Brzoska P (2020) Die Relevanz des Dolmetschens im Gesundheitssystem (The Importance of Language Interpretation in the Health Care System). *Gesundheitswesen.* <https://doi.org/10.1055/a-1276-0897>
25. Muy S (2016) Wes' Essenspakete ich ausgeb', des' Lied ich sing? Über Abhängigkeiten Sozialer Arbeit im Kontext restriktiver Asyl- und Unterbringungspolitik. *Widersprüche: Zeitschrift für sozialistische Politik im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich* 36(141):63–71
26. Muy S (2018) Über Widersprüche Sozialer Arbeit in Sammelunterkünften für Asylsuchende. In: Stehr J, Anhorn R, Rathgeb K (Hrsg) *Konflikt als Verhältnis - Konflikt als Verhalten - Konflikt als Widerstand. Widersprüche der Gestaltung Sozialer Arbeit zwischen Alltag und Institution*, Band 30. Springer VS, Wiesbaden, S 155–167
27. Farley R, Askew D, Kay M (2014) Caring for refugees in general practice: perspectives from the coalface. *Aust J Prim Health* 20:85–91. <https://doi.org/10.1071/PY12068>
28. Kay M, Jackson C, Nicholson C (2010) Refugee health: a new model for delivering primary health care. *Aust J Prim Health* 16:98–103. <https://doi.org/10.1071/py09048>

Anhang

Die medizinische Versorgung in der Gemeinschaftsunterkunft					
<i>Die folgenden Fragen beziehen sich auf die medizinische Versorgung Geflüchteter in allen Gemeinschaftsunterkünften, die in Ihrem Zuständigkeitsbereich liegen.</i>					
1. Welchen Anteil Ihrer Arbeitszeit verbringen Sie mit der Bearbeitung medizinischer Belange?					% meiner Arbeitszeit
<i>Bitte geben Sie an, inwiefern die folgenden Aussagen auf die Unterkünfte in Ihrem Zuständigkeitsbereich zutreffen. Bitte denken Sie dabei an den Regelfall. **</i>					
		Stimme völlig zu	Stimme zu	Stimme mäßig zu	Stimme nicht zu
					Stimme ganz und gar nicht zu
2.	Die Wartezeit der Bewohner auf einen Termin bei den folgenden Ärzten ist in der Regel angemessen				
	a. Allgemeinmediziner/ Hausärzte				
	b. Gynäkologen				
	c. Psychologe /Psychiater				
	d. Chirurgische Fachärzte				
	e. Internistische Fachärzte (z.B. Infektiologe, Kardiologe, Gastroenterologe, etc.)				
	f. Spezialisierte Fachärzte im Allgemeinen				

Die medizinische Versorgung in der Gemeinschaftsunterkunft ***					
<i>Die folgenden Aussagen beziehen sich auf die strukturellen Bedingungen der medizinischen Versorgung Geflüchteter. Bitte geben sie jeweils an, inwiefern die Aussagen auf die Unterkünfte in Ihrem Zuständigkeitsbereich zutreffen. Bitte denken Sie dabei an den Regelfall.</i>					
3. Die folgenden medizinischen Versorger befinden sich nah genug an der Unterkunft.					
	a. Allgemeinmediziner/ Hausarzt				
	b. spezialisierte Fachärzte				
	c. Krankenhäuser				
	d. Apotheken				
4. Die Beförderungsmittel zu den folgenden medizinischen Versorgern sind angemessen.					
	a. Zum nächsten Allgemeinmediziner				
	b. Zum nächsten spezialisierten Facharzt				
	c. Zum nächsten Krankenhaus				
	d. Zur nächsten Apotheke				
5.	Wenn es einen medizinischen Notfall gibt, ist ein Krankenwagen maximal 15 Minuten nach dem Notfallanruf vor Ort.				

Die medizinische Versorgung in der Gemeinschaftsunterkunft **					
<i>In den folgenden Fragen geht es um die Erfahrungen Geflüchteter mit der medizinischen Versorgung in Deutschland.</i>					
<i>Inwiefern treffen die folgenden Aussagen auf die Unterkünfte in Ihrem Zuständigkeitsbereich zu? Bitte denken Sie dabei an den Regelfall.</i>					
6.	Nach einem Arztbesuch berichten die Bewohner oft, dass sie nicht die Behandlung bekamen , die sie sich gewünscht hätten.				
7.	Nach einem Arztbesuch berichten die Bewohner oft, dass sie unfreundlich behandelt wurden .				
8.	Wenn sie mit ihrem Arzt unzufrieden sind haben die Bewohner die Möglichkeit, zu einem anderen Arzt zu gehen.				
9.	Die Bewohner haben oft noch offene Fragen nach einer Konsultation mit einem Arzt.				
10.	Die Bewohner berichten von finanziellen Schwierigkeiten aufgrund ihrer medizinischen Versorgung.				
11.	Bitte begründen Sie bei Bedarf Ihre Angaben.	[FREITEXT]			

Akteure in der Gesundheitsversorgung *						
12. An der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung für Asylsuchende sind i.d.R. eine Reihe von Akteuren beteiligt. Bezogen auf die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung: wie zufrieden sind Sie mit der Kooperation mit folgenden Akteuren?						
	Sehr zufrieden	Zufrieden	Teils, teils	Unzufrieden	Sehr unzufrieden	Akteur nicht an der Versorgung beteiligt
a.	Örtliche Ärztekammer					
b.	Kassenärztliche Vereinigung					
c.	Krankenkassen					
d.	Hausärzte					
e.	Spezialisierte Fachärzte					
f.	Psychologen/ Psychotherapeuten					
g.	Krankenhäuser					
h.	Apotheken					
i.	Private Hilfsverbände (DRK, Diakonie, Caritas o.ä.)					
Gibt es Ihrer Einschätzung nach weitere wichtige Kooperationspartner in der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung für Geflüchtete? Wie würden Sie Ihre Zusammenarbeit mit diesen Akteuren beschreiben?		[FREITEXT]				

Sicherstellung der Gesundheitsversorgung *

13. Die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung ist von **vielen äußeren Faktoren** abhängig. Dazu gehören zum Beispiel die finanzielle Sicherstellung, das Vorhandensein qualifizierter Fachkräfte, die geografische Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten, die Bereitschaft und Kapazität Asylsuchende zu versorgen, oder die Überwindung von Sprachbarrieren. **Die Sicherstellung kann deshalb in unterschiedlichem Ausmaß realisiert sein.**

Angenommen, eine **100%ige Sicherstellung der Gesundheitsversorgung** von Asylsuchenden ist gegeben, wenn Asylsuchende alle Versorgungsangebote in Anspruch nehmen können, auf die sie ein Anrecht haben. Das heißt, keine äußeren Faktoren schränken die gesundheitliche Versorgung ein.

Nach diesem Maßstab, in welchem Ausmaß ist aus ihrer Sicht die lokale Gesundheitsversorgung...

	Zu schätzungsweise	
a. ...von schwangeren Asylsuchenden gewährleistet?		% der Fälle
b. ...von Asylsuchenden mit psychischen Erkrankungen gewährleistet?		% der Fälle
c. ...von Asylsuchenden mit schwerwiegenden, chronischen Erkrankungen gewährleistet?		% der Fälle
d. ...von Asylsuchenden mit körperlicher oder geistiger Behinderung gewährleistet?		% der Fälle
e. ...von Kindern asylsuchender Familien gewährleistet?		% der Fälle
f. ...von unbegleiteten Minderjährigen gewährleistet?		% der Fälle
g. ...von Asylsuchenden insgesamt gewährleistet?		% der Fälle
Bitte begründen Sie bei Bedarf Ihre Angaben zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung für Geflüchtete.		[FREITEXT]

Änderungen im Versorgungssystem

14. Welche der folgenden Maßnahmen im Versorgungssystem würde am meisten zur Verbesserung der medizinischen Versorgung von Asylsuchenden vor Ort beitragen?
(bitte die folgenden Antwortoption nach Wichtigkeit sortieren, wobei 1=trägt am meisten zur Verbesserung der Versorgung bei und 6=trägt am wenigsten zur Verbesserung der Versorgung bei)

Die Einführung einer Krankenkassenkarte für Asylsuchende bei Ankunft in Deutschland

Die Einführung eines elektronischen Informationssystems in Erstaufnahmeeinrichtungen, Arztpraxen und Krankenhäusern mit Details zu Erkrankungen und Versorgungsgeschichte der Patienten.

Die Einführung von Videodolmetschern in Arztpraxen, Ambulanzen und Krankenhäusern.

Eine Krankenschwester, zuständig schwerpunktmäßig für Asylsuchende in Ihrer Region, die sich vor Ort um medizinische Probleme kümmert und Termine mit weiterführenden Ärzten vereinbart.

Ein erweitertes Angebot an mehrsprachigen Hebammen speziell für die Versorgung schwangerer Asylsuchender.

Ein psychosoziales Versorgungsangebot, bei dem Asylsuchenden je nach Bedarf Unterstützungsmöglichkeiten und Therapien für psychische Probleme angeboten werden.

Ein erweitertes Informationsangebot für besonders schutzbedürftige Personengruppen (z.B. Schwangere und Wöchnerinnen, Menschen mit Behinderung, chronischen Krankheiten oder einer psychischen Belastung)

Möglichkeiten für eine bedarfsgerechte Unterbringung von besonders schutzbedürftigen Personengruppen (z.B. Schwangere und Wöchnerinnen, Menschen mit Behinderung, chronischen Krankheiten oder einer psychischen Belastung)

Eine wichtige Änderung wurde oben nicht genannt...

[FREITEXT]

<u>Soziodemografische Angaben</u>	
15. Was ist ihr Geburtsjahr?	
16. Was ist Ihr Geschlecht?	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Anderes
17. Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie als Sozialarbeiter?	
18. Wie lange arbeiten Sie schon in der Betreuung Asylsuchender? (bitte Anzahl in Monaten eintragen)	
19. Ungefähr wie viele Asylsuchende haben Sie im vergangenen Kalendermonat persönlich betreut?	
20. Für wie viele Einrichtungen/ Gemeinschaftsunterkünfte waren Sie im vergangenen Kalendermonat zuständig?	
21. Wie viele Stunden arbeiten Sie pro Woche?	
22. Wie viel Zeit davon ist Beratungstätigkeit/ Sprechstundenzeit? (bitte in Stunden angeben)	
23. In welchem Land sind Sie geboren?	
24. Welche Sprache ist Ihre Muttersprache?	
25. Welche weiteren Sprachen beherrschen Sie?	

Literaturgrundlagen der Fragebogenentwicklung:

* adaptiert nach: Bozorgmehr K, Nöst S, Thaiss HM, Razum O (2016) Die gesundheitliche Versorgungssituation von Asylsuchenden: Bundesweite Bestandsaufnahme über die Gesundheitsämter (Health care provisions for asylum-seekers : A nationwide survey of public health authorities in Germany). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 59:545–555. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2329-4>

** adaptiert nach: Valentine N, Prasad A, Rice N, Robone S, Chatterji S, Leatherman S (2009) Health systems responsiveness: a measure of the acceptability of health-care processes and systems from the user's perspective. In: Smith P C (Hrsg) Performance measurement for health system improvement. Experiences, challenges, and prospects. Cambridge University Press, Cambridge, S 138–186.

*** adaptiert nach: European Patient's Forum (2016) Access to Healthcare: EPF's Survey – final report. European Patient's Forum, Brussels.

Herausgeber:

Sektion Health Equity Studies & Migration

Abt. Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

Universitätsklinikum Heidelberg

Im Neuenheimer Feld 130.3

69120 Heidelberg

SektionEquityMig.AMED@med.uni-heidelberg.de

Stand: 03.08.2021