

Aus der Klinik für Tropenmedizin

Klinikum Würzburg Mitte gGmbH – Standort Missioklinik

Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Würzburg

Chefarzt: Prof. Dr. August Stich

**Die medizinische Versorgungssituation der Geflüchteten in den dezentralen
Unterkünften der Region Unterfranken**

Inauguraldissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der

Medizinischen Fakultät

der

Julius-Maximilians-Universität Würzburg

vorgelegt von

Heinrich-Michael Graf von Moltke

aus Hannover

Würzburg, Mai 2021



Referent: Prof. Dr. August Stich
Korreferent: Prof. Dr. Klaus Brehm
Dekan: Prof. Dr. Matthias Frosch

Tag der mündlichen Prüfung: 29.11.2021

Der Promovend ist Arzt.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Vorwort.....	1
1.2	Hintergründe.....	2
1.3	Fragestellung.....	13
2	Methodik.....	14
2.1	Die Befragung	14
2.2	Die Hausärztinnen und Hausärzte	14
2.3	Die haupt- und ehrenamtlich Helfenden	17
2.4	Die Geflüchteten	18
2.5	Die Fragebögen	19
2.6	Die Auswertung.....	21
2.7	Drop Out	24
2.8	Datenmanagement	25
3	Ergebnisse	27
3.1	Die Hausärztinnen und Hausärzte	27
3.2	Die Geflüchteten	46
3.3	Die haupt- und ehrenamtlich Helfenden	66
4	Diskussion	85
4.1	Allgemein	85
4.2	Beteiligung	88
4.3	Angaben zu Helfenden und Hausärzt(inn)en	89

4.4	Demographische Daten der Geflüchteten	92
4.4.1	Aufenthaltsstatus.....	93
4.4.2	Bildungsstand	95
4.4.3	Sprachkenntnisse.....	98
4.5	Selbstständigkeit	99
4.6	Zugang zur medizinischen Versorgung	101
4.7	Probleme bei der medizinischen Versorgung	107
4.7.1	Sprachbarriere	108
4.7.2	Weitere Erschwernisse der Versorgung	113
4.8	Unterstützung durch staatliche Institutionen.....	117
4.9	Gesundheitskarte	120
4.10	Einschätzung der Gesamtsituation	121
5	Zusammenfassung.....	127
6	Fazit.....	129
7	Literaturverzeichnis	130
I.	Abkürzungsverzeichnis	
II.	Abbildungsverzeichnis	
III.	Tabellenverzeichnis	
IV.	Anhang	
V.	Danksagung	

1 Einleitung

1.1 Vorwort

„Das Thema Migration hat unser Land in den letzten Jahren so bewegt wie kaum ein anderes. 2015 und 2016 waren von einer außergewöhnlich hohen Zuwanderung Schutzsuchender und den Folgen dieser Entwicklung geprägt. Das hat uns alle stark gefordert – Zivilgesellschaft, Verwaltung, Justiz und Politik – und es fordert uns weiterhin.“ – Horst Seehofer (1)

Die „Flüchtlingskrise“, wie die Ankunft hunderttausender Schutzsuchender, besonders in den Jahren seit 2015, von den Medien betitelt wurde (siehe bspw. in der Übersicht über die Artikel zu den Themen Asyl und Einwanderung des Nachrichtenmagazins Spiegel Online (2)), stellte eine enorme Belastung für die zuständigen Bundesämter dar und die Menge an hilfsbedürftigen Menschen brachte die vorhandene Infrastruktur an ihre Grenzen.

Neben den von Herrn Seehofer genannten Bereichen ist dabei auch der medizinische Sektor zu beachten. Das Mehraufkommen der Patient(inn)en und die damit verbundene, zusätzliche Beanspruchung des medizinischen Systems könnte, besonders in ländlichen Bereichen, zu Mängeln in der Versorgung führen. Diese Arbeit befasst sich mit der medizinischen Versorgungssituation der

Geflüchteten in dezentralen Unterkünften, konkret im bayerischen Regierungsbezirk Unterfranken.

In der folgenden Arbeit wird versucht, eine gleichgeschlechtliche Sprache zu verwenden. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird jedoch in Einzelfällen die männliche Form für personenbezogene Bezeichnungen verwendet. Sie bezieht sich auf Personen aller Geschlechter. Sollten speziell Personen eines Geschlechts gemeint sein, wird dies gesondert kenntlich gemacht.

1.2 Hintergründe

Flüchtlingszahlen der letzten Jahre

In Deutschland:

Aus dem Bericht „Das Bundesamt in Zahlen 2010 – Asyl, Migration, ausländische Bevölkerung und Integration“ des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF) liest sich, dass seit dem bisherigen Höchststand der Migration im Jahr 1992 mit 438.191 Asylanträgen die Zahl der Anträge stetig geringer wurde bis zum Tiefstand im Jahre 2007 (19.164 Erstantragsstellenden). Seit 2007 stieg die Zahl der Asylanträge wieder an (3). 2015 wurde ein neuer Höchststand in der Migrationsbewegung erreicht (rund 890.000 Asylsuchende (4) (5). Hauptherkunftsland, geordnet nach Antragsstellenden (Erstanträge), war 2015 Syrien, gefolgt von Albanien, dem Kosovo, Afghanistan und

Irak (6). Hinsichtlich der Geschlechterverteilung bei den Asylerstanträgen lag der Anteil der Männer bei 69,2 %. Frauen stellten 2015 30,8 % der Asylerstanträge (7).

Da die Antragsstellung auf Asyl von vielen Geflüchteten jedoch erst 2016 erfolgte, ist die Zahl der Asylerstanträge im Jahr 2015 mit 441.899 (bei rund 890.000 Asylsuchenden) geringer als die im Jahr 2016 (722.370 Asylerstanträge bei 280.000 Asylsuchenden) (8). Ab 2017 waren die Zahlen dann erneut rückläufig (198.317 Asylerstanträge bei 186.644 Asylsuchenden) (9).

2018 wurden noch 161.931 Asylerstanträge gestellt (10). Die Hauptherkunftsländer, sortiert nach Asylerstanträgen, waren Syrien (2016: 36,9 % (11), 2017: 24,7 % (11), 2018: 27,3 % (10)), Afghanistan (2016: 17,6 % (11), 2017: 8,3 % (11)) und Irak (2016: 13,3 % (11), 2017: 11,1 % (11), 2018: 10,1 % (10)). 2018 wurde Afghanistan (6,1 %) als dritthäufigstes Herkunftsland vom Iran überholt (6,7 %) (10). Die Mehrheit der Antragsstellenden waren auch 2018 Männer (56,7 %). Der Anteil der Frauen lag dementsprechend bei 43,3 % (12).

In Bayern:

Die Verteilung der Asylsuchenden in Deutschland auf die Erstaufnahmeeinrichtungen der einzelnen Bundesländer erfolgt über das Quotensystem EASY („Erstaufnahme Asyl“). Dies ist ein System zur Erstverteilung der Asylbegehrenden. Es richtet sich nach

dem sogenannten „Königsteiner Schlüssel“, einem jährlich neu errechneten Verteilungsschlüssel, der sich aus Steuereinkommen (2/3) und Bevölkerungszahl (1/3) zusammensetzt (13). Für Bayern betrug dieser seit 2015 zwischen 15,33048 % (Stand 2015) (14) und 15,56491 % (Stand 2019) (15) und wurde jeweils nur von Nordrhein-Westfalen überboten (14) (15).

Daraus ergaben sich folgende Verteilungen der Asylbegehrenden auf Bayern: 2015 nahm der Freistaat 67.639 Asylersanträge auf (15,30644 % aller Asylersanträge in Deutschland) (14), 2016 82.003 Asylersanträge (11,35194 %) (16), 2017 waren es 24.243 Asylersanträge und damit 12,22437 % (17) und 2018 noch 21.911 Asylersanträgen, welche 13,53107 % entsprachen (13).

In Unterfranken:

Einer Pressemitteilung der Regierung von Unterfranken (2016) sind folgende Zahlen zu entnehmen: Im Jahr 2015 wurden 16.521 Asylbewerber/innen erstaufgenommen. Verteilt wurden die Asylbewerber/innen über die Aufnahmeeinrichtung in Schweinfurt in Gemeinschaftsunterkünfte, bzw. Teilgemeinschaftsunterkünfte der Regierung, sowie dezentrale Unterkünfte der Kreisverwaltungsbehörden („meist Gasthäuser und Pensionen“). Die 36 GUs beherbergten zum Stichtag der Erhebung am 31. Dezember 2015 insgesamt 2.751 Personen. In den 436 dezentralen Unterkünften wurden 9.120 Asylbewerber/innen untergebracht. Mit insgesamt 11.871 Asylbewerber/innen zeigte sich ein deutlicher

Anstieg im Vergleich zu den Vorjahren (2014: 4.991, 2013: 2.701). Als Hauptherkunftsländer wurden dabei Syrien, Afghanistan und die Ukraine angegeben (18).

Am Stichtag im Jahr 2016 befanden sich, laut Pressemitteilung der Regierung von Unterfranken vom 16. Januar 2017, insgesamt 10.914 Asylbewerber/innen (einschließlich auszugsberechtigter, anerkannter Asylbewerber/innen – 3.628 Personen – sogenannte „Fehlbeleger“) in den damals 46 GUs (3.673 Personen) und 659 dezentralen Unterküften (7.241 Personen). Hauptherkunftsländer waren noch immer Syrien, Afghanistan und die Ukraine. Seit dem 05. Dezember 2016 bearbeitete die Aufnahmeeinrichtung Schweinfurt Anträge von Geflüchteten aus den Herkunftsländern Afghanistan, Algerien, Somalia und Armenien. Syrien, die Ukraine und Georgien entfielen dadurch. Seit Mitte des Jahres 2016 galt ebenfalls die Bestrebung, die Verteilung der Geflüchteten von vielen dezentralen Unterküften zurück auf weniger GUs zu lenken. Die Zahl der Asylbewerber/innen in den dezentralen Unterküften ist daher seitdem rückläufig (19).

Ende 2017 waren laut Pressemitteilung der Regierung von Unterfranken vom 10. Januar 2018 insgesamt 7.326 Asylbewerber/innen (darunter 2.497 Fehlbeleger) in Unterfranken untergebracht. 3.502 Personen lebten in den 44 GUs, 3.824 in 379 dezentralen Unterküften. Da der Schwerpunkt zum 01. Juli 2017 auf die Elfenbeinküste, Algerien, Somalia und Armenien verlegt wurde, entfiel auch Afghanistan ab diesem Zeitpunkt (20).

Die Zahlen gingen laut Pressemitteilung der Regierung von Unterfranken vom 10. Januar 2019 weiter zurück auf 5.557 Asylbewerber/innen (davon 1.797 Fehlbeleger) am 31. Dezember 2018. 3.368 Asylbewerber/innen verteilten sich dabei auf die 43 GUs, während in den 214 noch bestehenden dezentralen Unterkünften noch 2.189 Personen untergebracht waren. Die Anzahl der Asylbewerber/innen in Anschlussunterbringungen in Unterfranken geht damit weiter zurück, was der allgemein rückläufigen Zahl der Asylbewerber/innen gerecht wird. Die Hauptherkunftsländer sind trotz der teils entfallenen Zuständigkeit noch immer Afghanistan, Syrien und Somalia (21).

Unterbringung

Die Unterbringung der Geflüchteten in Unterfranken erfolgt nach einem festen Schema. Nach Ankunft in Deutschland muss sich der/die Geflüchtete bei einer staatlichen Stelle melden und ein Asylgesuch stellen. Daraufhin werden die Geflüchteten registriert und es wird geprüft, ob es sich um einen Erstantrag oder einen Folgeantrag handelt, bzw. ob für den Geflüchteten bereits ein anderer europäischer Staat zuständig ist. Im Anschluss erfolgt die Verteilung der Geflüchteten in eine Erstaufnahmeeinrichtung anhand des Verteilungssystems EASY (s. Kapitel Hintergründe – Flüchtlingszahlen – In Bayern, S. 3) auf die Bundesländer und dort gemäß dem Herkunftsland des Geflüchteten. Zu Beginn des hohen

Flüchtlingsaufkommens standen Erstaufnahmeeinrichtungen und Notunterkünfte zur Verfügung, in denen die Geflüchteten bis zu 6 Monate wohnen mussten. Diese 6 Monate wurden später auf aktuell 24 Monate ausgeweitet. In dieser Zeit werden die Geflüchteten baldmöglichst in die Anschlussunterbringung (GUs und dezentrale Unterkünfte) umgezogen. Darin werden auch andere Asylbewerber/innen, die Unterfranken zugewiesen wurden, untergebracht. Nach Einführung der AnkER-Einrichtungen (Ankunfts-, Entscheidungs- und Rückführungseinrichtung, eine zentrale Stelle für die „Bündelung aller Funktionen und Zuständigkeiten: von Ankunft über Asylantragstellung und Entscheidung bis zur kommunalen Verteilung, ersten Integrationsmaßnahmen bzw. der Rückkehr von Asylbewerbern“⁽¹⁵⁾) wurden die Aufgaben der Erstaufnahmeeinrichtung durch diese Zentren übernommen.

In Bayern haben sich die Schwerpunktländer, die über die aufzunehmenden Flüchtlinge der einzelnen Erstaufnahmeeinrichtungen entscheiden, in den letzten Jahren leicht verändert. Die AnkER-Einrichtung von Unterfranken in Schweinfurt hat aktuell folgende Schwerpunktländer (Stand: Januar 2019): Elfenbeinküste, Algerien, Somalia, Armenien und Nigeria⁽²¹⁾.

Während des laufenden Asylverfahrens wohnen die Geflüchteten baldmöglichst nach Antragsstellung in einer GU, oder werden bei Bedarf (z.B. Überfüllung der GU) in einer dezentralen Unterkunft

untergebracht. Die Neu-Unterbringung in dezentrale Unterkünfte wird aufgrund der rückläufigen Menge an Asylbewerber/innen in Unterfranken aktuell nicht mehr praktiziert. Dennoch leben noch immer viele Menschen in dezentralen Unterkünften. Das liegt auch daran, dass die Geflüchteten nach Ablauf ihres Asylverfahrens die Unterkunft teilweise nicht sofort verlassen können. Sofern ein Bleiberecht besteht, bspw. bei Anerkennung als Asylberechtigte/r, hat der/die Geflüchtete das Recht, sich selbst eine Wohnung zu suchen. Bis zu dem Zeitpunkt, an dem eine Wohnung bezogen werden kann, darf der/die Geflüchtete in der Unterkunft wohnen bleiben. Das kann sich aufgrund der schwierigen Wohnraumsuche mitunter um Jahre hinauszögern.

Rahmenbedingungen der medizinischen Versorgung

In der Erstaufnahmeeinrichtung erfolgt gemäß §62 Absatz 1 Asylgesetz (AsylG) die erste amtsärztliche Untersuchung, deren Durchführung die Geflüchteten zu dulden haben. Einer Bekanntmachung des bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege entsprechend findet diese innerhalb der ersten drei Tage nach Registrierung statt und umfasst

„Eine körperliche Untersuchung auf Anzeichen einer übertragbaren Krankheit“,

„Eine Untersuchung zum Ausschluss einer Tuberkulose der Atmungsorgane [...]“,

„Eine serologische Untersuchung zum Ausschluss einer Infektion mit HIV I und II sowie Hepatitis B bei Personen, die das 15. Lebensjahr vollendet haben“, sowie

eine „Anlassbezogene Stuhluntersuchung nach folgender Maßgabe:

a) Untersuchung auf Erreger der TPE [Typhus-Paratyphus-Enteritis, Anm. des Autors] -Ruhr-Gruppe.

b) Bei Asylbewerbern aus einem Herkunftsland mit hoher Prävalenz erfolgt eine Zusatzuntersuchung auf Darmparasiten und weitere Erreger aus der eingesandten Probe. Das Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) bestimmt die Länder hoher Prävalenz aufgrund epidemiologischer Erkenntnisse. Ist die Zusatzuntersuchung aus epidemiologischen Gründen nicht erforderlich, wird dies auf dem Befundbogen der Stuhluntersuchung mitgeteilt.

c) Falls die Untersuchung, insbesondere wegen nicht ausreichenden Materials oder erfolgloser Testung im Labor, nicht durchgeführt werden kann und der Asylbewerber zwischenzeitlich weiterverlegt wurde, holt das nun zuständige Gesundheitsamt die Untersuchung nach.“ (22)

Während des laufenden Asylverfahrens erhalten die Geflüchteten Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG), zu welchen u.a. auch ein eingeschränkter Anspruch auf medizinische Versorgung nach §4 und §6 AsylbLG gehört. Diese Paragraphen decken die „Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände“, sowie Schutzimpfungen und

Vorsorgeuntersuchungen ab. Chronische Erkrankungen werden nur bei akutem Behandlungsbedarf behandelt. Weitere Leistungen sind gemäß §6 AsylbLG Einzelfallentscheidungen zur „Sicherung [...] der Gesundheit“.

Ausnahmen werden den Gesetzestexten folgend bei Schwangeren und Kindern gemacht, deren Versorgung weitreichender geht. Die Kosten dieser Leistungen werden von den zuständigen Gemeinden übernommen. Dazu benötigen Patient(inn)en in Unterfranken einen Behandlungsschein, welchen sie vorab von den Außenstellen des zuständigen Sozialhilfeträgers (i.d.R. Sozialämter) erhalten. Dies wird allerdings von den Asylsuchenden als „hürdenreich, bürokratisch-ineffizient und entmündigend“ empfunden, wie von Spura et al. 2017 für Sachsen-Anhalt beschrieben (23).

Nach 15 Monaten Aufenthalt in Deutschland stehen den Geflüchteten nach §2 AsylbLG Leistungen entsprechend den Leistungen eines Sozialhilfeempfängers zu und damit auch eine medizinische Versorgung, die der der einheimischen Bevölkerung mit gesetzlicher Krankenversicherung gleichkommt. Sie erhalten dafür eine elektronische Gesundheitskarte (eGK). Mit der eGK wird die Abrechnung des Arztbesuchs erleichtert. Die Kosten tragen die Krankenkassen, wobei diese ihnen durch die Sozialbehörde erstattet werden. Eine Einführung der eGK vor Ablauf der ersten 15 Monate, wie es in einigen Bundesländern geschehen ist, wurde in Bayern abgelehnt (24).

Vergleich GU und dezentrale Unterkünfte

Die Unterbringung von Geflüchteten in dezentralen Unterkünften bringt einige Vorteile für die Geflüchteten mit sich. So wirkt sich nach einer Analyse der Robert Bosch Stiftung u.a. gerade im psychosozialen Bereich eine kleinere Bezugsgruppe positiv aus und es entstehen weniger Spannungen. In Gemeinschaftsunterkünften (GUs) entstehe durch die „fehlende Privatsphäre sowie das erzwungene Zusammenleben mit Personen, die unter Verfolgungserfahrungen und Traumatisierungen leiden [...] eine massive psychosoziale Belastung“. Auch sei die „Sicherheit der Menschen [...] nicht gewährleistet“ und die Unterbringung in einer GU würde eine „Abgrenzung von der einheimischen Bevölkerung“ erschaffen (25).

In der Sektion Migrantenmedizin des Klinikum Würzburg Mitte entstand jedoch die Sorge, dass die medizinische Versorgung bspw. aufgrund mangelnder Infrastruktur vernachlässigt zu werden droht. In manchen GUs, bspw. in der nordbayerischen Großstadt Würzburg, finden regelmäßige Sprechstunden statt. Dort findet das sogenannte „Würzburger Modell“ Anwendung. Dabei wird Geflüchteten durch eine Kooperation der Regierung von Unterfranken mit der tropenmedizinischen Abteilung des Klinikums Würzburg Mitte, gestützt durch Spenden und ehrenamtliche Hilfe, ein niederschwelliger Zugang zu medizinischer Versorgung gewährt. Zur Vorbereitung der Sprechstunde sowie als ständige Ansprechperson

befindet sich tagsüber medizinisches Fachpersonal vor Ort in der GU. Neben allgemeinmedizinischen Sprechstunden finden auch Sprechstunden anderer Fachrichtungen, wie bspw. der Kinderheilkunde statt und auch psychotherapeutische Hilfe ist dank ehrenamtlich Mitarbeitenden möglich. Ein Anstieg der medizinischen Kosten für die Versorgung Geflüchteter durch dieses einzigartige Modell konnte dabei nicht beobachtet werden. Dank des niederschweligen Zugangs können Krankheiten frühzeitig erkannt und behandelt werden, womit die Kosten auf lange Sicht sogar gesenkt werden können (26).

Bei den Geflüchteten in den dezentralen Unterkünften ist davon auszugehen, dass sie es oftmals selbst in der Hand haben, sich um ihre Versorgung zu bemühen. Unterstützung erhalten sie dabei in unterschiedlichem Ausmaß von hauptamtlich sowie ehrenamtlich Helfenden vor Ort.

1.3 Fragestellung

In dieser Arbeit geht es um eine Darstellung der medizinischen Versorgungssituation in den dezentralen Unterkünften Unterfrankens, da diese einen elementaren Bestandteil der Unterbringung Geflüchteter darstellt. Dabei soll gezeigt werden, ob die medizinische Versorgung den üblichen Erfordernissen genügt oder ob es Defizite gibt, die diese Versorgung einschränken und daher einer Lösung bedürfen.

Des Weiteren entstand die Frage, ob der Erhalt der eGK Einfluss auf das Verhalten der Geflüchteten in medizinischen Fragen genommen hat. Die Antwort könnte als Argument für oder gegen den Erhalt einer eGK, auch bereits vor den vollendeten 15 Monaten Aufenthalt, zur Beeinflussung der medizinischen Versorgungssituation dienen.

2 Methodik

2.1 Die Befragung

Um ein möglichst objektives Bild der aktuellen Situation zu erhalten, wurde eine Befragung verschiedener beteiligter Personengruppen durchgeführt. Zu diesem Zweck wurden Fragebögen erstellt, die an eine Auswahl der betroffenen Geflüchteten, ihre betreuenden Helfenden (ehrenamtlich sowie hauptberuflich) sowie behandelnde Ärztinnen und Ärzte verteilt wurden.

2.2 Die Hausärztinnen und Hausärzte

Die Auswahl des behandelnden ärztlichen Personals begrenzte sich auf die Hausärztinnen und Hausärzte (HÄ) der dezentralen Regionen des Regierungsbezirks Unterfranken. Als „dezentrale Region“ zählten dabei alle Standorte, die sich nicht in den kreisfreien Städten Würzburg, Aschaffenburg und Schweinfurt befinden, da davon auszugehen war, dass in diesen drei Städten die medizinische Versorgung durch die Anbindung an größere Krankenhäuser und eine höhere Dichte an ärztlichem Personal besser ist. Da die HÄ als Grundpfeiler der medizinischen Versorgung agieren und bei Bedarf die Patient(inn)en an weitere Fachrichtungen oder Krankenhäuser

überweisen, sollten sie einen guten Überblick über den Zustand und den Bedarf der medizinischen Versorgung für Geflüchtete in ihren Einzugsgebieten erhalten. Fachärztinnen und Fachärzte, die nur einen geringen Auszug des Patientenguts zu Gesicht bekommen, wurden daher aus dieser Befragung ausgeschlossen. Für die Auswahl der zu befragenden HÄ bedurfte es einer Auflistung aller verfügbaren HÄ in Unterfranken. Zu diesem Zweck wurde die Kassenärztliche Vereinigung Bayern kontaktiert, die darauf verwies, aus datenschutzrechtlichen Gründen keine Daten der bei ihr registrierten HÄ zur Verfügung stellen zu können. Sie konnte jedoch weiterhelfen, indem sie auf die Suchfunktion ihrer Website für HÄ hinwies. Dort fand sich eine Liste aller HÄ mit ihren Niederlassungen in der Region Unterfranken, mit Ausnahme derer, die einer Veröffentlichung in dieser Liste nicht zugestimmt haben (27). In dieser Liste waren 534 HÄ im Bereich Unterfranken registriert. Abzüglich der ausgeschlossenen kreisfreien Städte (Würzburg mit 61 HÄ, Aschaffenburg mit 24 und Schweinfurt mit 13 HÄ) blieben 436 registrierte HÄ. Mehrfach aufgeführte HÄ, die an mehreren Standorten praktizieren, wurden dabei nur einmal in die Zählung aufgenommen. Dadurch wurden weitere 57 Einträge (29 doppelt und 28 dreifach aufgeführte HÄ) aus der Liste entfernt. Mehrfach aufgeführte HÄ, die eine Praxis in Aschaffenburg, Würzburg, oder Schweinfurt hatten, wurden nicht nochmal extra entfernt, da eine der Praxen durch ihre Lage in einer dieser kreisfreien Städte herausfiel und somit nur eine Praxis übrigblieb, welche als einzelner Eintrag in die Liste mit einging. Von den übrig gebliebenen 379

Einträgen wurden per Zufall 10 HÄ ausgewählt, die in einer ersten Befragungsrunde kontaktiert wurden, um einen Eindruck zu erhalten, mit welcher Antwortquote zu rechnen war. Zum Schutz der Anonymität der Befragten, die im Rahmen der Befragung zugesichert wurde, werden die befragten HÄ nicht namentlich genannt. Der erste Kontakt zu den Praxen für die Befragung erfolgte telefonisch, um das grundsätzliche Interesse an der Befragung zu eruieren. Dabei wurde das Projekt kurz vorgestellt und um die Teilnahme an der Befragung gebeten. Zur Teilnahme verfügten die HÄ über drei Optionen. Es bestanden die Möglichkeiten, der Praxis den Fragebogen per Fax zukommen zu lassen, die Befragung direkt oder nach terminlicher Absprache telefonisch durchzuführen oder online über die kostenlose Software Google-Docs teilzunehmen.

In der ersten Befragungsrunde, in der die zu befragenden HÄ per Zufall bestimmt wurden, indem aus der alphabetisch geordneten Liste jede/r 38. Hausarzt/Hausärztin ausgewählt wurde, lag der Rücklauf von 10 befragten HÄ bei vier verwertbaren Fragebögen. Drei der Befragten lehnten eine Teilnahme direkt telefonisch ab. Drei weitere Befragte baten um eine Zusendung des Fragebogens über eine der o.g. Möglichkeiten, nahmen jedoch im Verlauf nicht an der Befragung teil. Aufgrund der Antwortquote von 40 % wurde beschlossen, in der Hauptbefragungsrunde weitere 90 HÄ, insgesamt also 100, herauszusuchen und zu kontaktieren, mithin 26,39 % aller infrage kommender HÄ. Die Auswahl erfolgte erneut nach oben beschriebener Methode zufällig, wobei diesmal jede/r 4. Hausarzt/-ärztin herausgesucht wurde. Bei 7 der zufällig ausgesuchten HÄ

stellte sich heraus, dass aus ihrer Praxis bereits ein Kollege befragt wurde. Sie wurden daraufhin aus der Liste der potenziell zu Befragenden gestrichen. Die telefonischen Reaktionen auf das Projekt und den Fragebogen fielen überwiegend positiv aus. Nur 18 (19,35 %), der nun insgesamt 93 befragten HÄ lehnten die Teilnahme von vornherein ab. Die übrigen HÄ erhielten den Fragebogen über einen der o.g. Wege. Die Antwortquote lag insgesamt bei 41,94 %, also sehr nah an der Quote der ersten Befragungsrunde.

2.3 Die haupt- und ehrenamtlich Helfenden

Eine wichtige Gruppe, die zum Zustand der medizinischen Versorgung Geflüchteter befragt werden sollte, sind die hauptberuflich und ehrenamtlich Helfenden, die in den dezentralen Unterkünften jeden Tag Geflüchteten helfen. Diese Menschen arbeiten vor Ort in den dezentralen Unterkünften und leben teilweise selbst in dezentralen Regionen mit vermeintlich schlechterer medizinischer Versorgung. Ihr Blickwinkel war daher sehr wichtig, um ein umfassenderes Bild der Situation zu erhalten. Das Projekt erhielt Unterstützung des Fachbereichs Migration/Allgemeiner Sozialer Beratungsdienst des Caritasverbandes für die Diözese Würzburg e.V. (im Folgenden: Caritas). Dessen Mitarbeitende vermittelten den Zugang zu den

Helfenden vor Ort, da die Caritas dort nicht nur hauptamtliche Mitarbeitende beschäftigt, sondern diese auch im engen Kontakt zu den ehrenamtlich Helfenden vor Ort stehen und sie über dieses Projekt informieren konnten. Es wurden konkret die Mitarbeitenden und Helfenden in den dezentralen Unterkünften um die Teilnahme an der Befragung gebeten. Um die Zielgruppe zu erreichen, wurden die Fragebögen in ausgedruckter Form über die Regionalleitungen der Caritas verteilt, welche sie vorweg in digitaler Form erhielten. Durch dieses Verteilungssystem, mit dem möglichst viele Teilnehmende erreicht werden sollten, lässt sich die genaue Menge der verteilten Fragebögen nicht bestimmen. Insgesamt betrug der Rücklauf über die Caritas 20 ausgefüllte Fragebögen.

2.4 Die Geflüchteten

Die Befragung der Geflüchteten zu ihrem Blickwinkel auf ihre medizinische Versorgung stand im Mittelpunkt des Projekts. Aufgrund der begrenzten Ressourcen für dieses Projekt war es einerseits nicht ohne weiteres möglich, die Befragungen persönlich vor Ort durchzuführen. Die genauen Standorte der dezentralen Unterkünfte waren zudem nicht öffentlich einsehbar. Auf der anderen Seite war die selbstständige Befragung auch nicht gewünscht, da ein unvoreingenommenes Bild entstehen sollte und

davon auszugehen war, dass die Geflüchteten einer unbekanntenen Person aus Angst vor möglichen Konsequenzen nicht unbefangen berichten würden. Es wurde also erneut die Caritas um Unterstützung gebeten. Diese bestätigte die Bedenken bei einer selbstständigen Befragung und hatte durch ihre Mitarbeitenden vor Ort den unkompliziertesten Zugang zu den Geflüchteten. Die Mitarbeitenden der Caritas führten daher die Befragungen vor Ort durch und leiteten anschließend die ausgefüllten Fragebögen in ausgedruckter Form weiter. Der Rücklauf lag dabei bei 40 Fragebögen von Geflüchteten aus Unterfranken, wobei nicht nachzuvollziehen war, wie viele Fragebögen insgesamt ausgegeben worden waren (siehe Diskussion).

2.5 Die Fragebögen

Die Fragebögen sind dieser Arbeit angehängt und wurden jeweils speziell für die verschiedenen Befragungsgruppen konzipiert. Unterstützung kam dafür aus dem Lehrstuhl für Psychologie I der Universität Würzburg. Als Sprache wurde deutsch gewählt, da vorab nicht bekannt war, aus welchem Land die befragten Geflüchteten gekommen sind und es somit alternativ nötig gewesen wäre, einen Fragebogen in jeder Amtssprache vorzuhalten. Der mit der Übersetzung verbundene Aufwand hätte indes die für diese Arbeit

vorhandenen Ressourcen überschritten. Die Caritas half bei der Lösung dieser Herausforderung, indem sie ihre Mithilfe bei der Befragung der Geflüchteten anbot und diese persönlich durchführte. Als Frageformat wurde überwiegend das geschlossene Frageformat mit Mehrfach-Wahl-Antworten (Multiple-Choice) verwendet. Daneben wurden einige offene Fragen gestellt, besonders im Bereich der Fragen zu den persönlichen Verhältnissen. Um eine höhere Teilnahmebereitschaft zu erzielen, wurde darauf verzichtet, das Format auszudehnen und sich auf kürzere Fragebögen beschränkt. Für jede Untergruppe wurde ein individueller Fragebogen erstellt, welcher jedoch im Aufbau gleich ist. Zuerst wurden persönliche Eckdaten abgefragt, die für die statistische Auswertung von Relevanz sind. Anschließend ging es um die Einschätzungen der medizinischen Versorgungssituation mit genauerer Abfrage der Problemfelder, welche als die relevantesten eingeschätzt wurden. Hierfür wurden neben der persönlichen Einschätzung auch die Ergebnisse aus Vorgesprächen mit Mitarbeitenden der Caritas sowie Helfenden und Geflüchteten in den zentralen Unterkünften der Region Würzburg genutzt. In diesem Teil überschritten sich einige Fragen in den verschiedenen Fragebögen, wodurch die Vergleichbarkeit der Aussagen hergestellt und die Objektivierbarkeit verbessert werden sollte. Abschließend wurde den Teilnehmenden der Caritas und der HÄ, die den Vergleich zur medizinischen Versorgungssituation der Einheimischen haben, in offen gestellten Fragen Platz für Erläuterungen und konkrete Verbesserungsvorschläge gegeben.

Das Deckblatt mit dem Anschreiben war bei allen Fragebögen sehr ähnlich und wurde beigelegt, da nicht alle Befragungen persönlich durchgeführt werden konnten. Es umfasste neben der persönlichen Vorstellung eine kurze Beschreibung des Projekts mit der Bitte um freiwillige Teilnahme. Dabei wurde darauf geachtet, den Befragten zu erklären, warum gerade sie befragt werden und wie sie als Teilnehmende für die Befragung ausgewählt wurden. Abschließend erfolgte noch der obligate Hinweis auf die Anonymität der Teilnahme.

2.6 Die Auswertung

Aufgrund der geringen Fallzahlen, die bei den Fragebögen erreicht wurden, war keine umfassende statistische Auswertung möglich. Die Befragung diente daher vorrangig dem Ziel, ein Gesamtbild der medizinischen Versorgungssituation aus den Blickwinkeln der verschiedenen beteiligten Gruppen zu erstellen. Bei quantifizierbaren Fragen wurde nach Möglichkeit ein Mittelwert gebildet unter der Angabe der Standardabweichung bzw. der Spanne an gegebenen Antworten. Bei Fragen, die darauf abzielten, bestimmte Qualitätsmerkmale herauszuarbeiten, wurden die Antworten mittels Interpretation semiquantifiziert. Vage Antworten („ein paar“, „mehrere“ oder dergleichen) wurden durch Schätzung im persönlichen Gespräch mit erfahrenen Ärzten in Zahlenwerte umgewandelt. Dadurch wurden gestaffelte Kategorien hergestellt,

welchen Zahlenwerte zugeordnet wurden, um sie statistisch auswerten zu können. Die übrigen Fragen dienten der Übersicht, der Ergänzung vorheriger Fragen oder der Eingruppierung der Befragten, waren rein deskriptiv oder die Antwortmöglichkeiten wurden in Prozenten angegeben, aus denen sich ein Mittelwert errechnen ließ. So sollte es möglich werden, einen Vergleich der Gruppen zu erzielen.

Einzelne Antworten bei den verschiedenen Fragebögen wurden, meist ohne Begründung, freigelassen. Gegebene Begründungen werden bei der folgenden Ergebnisvorstellung der einzelnen Fragen diskutiert. Diese Fragebögen wurden dennoch gewertet, sofern die gegebenen Antworten durch die fehlenden Antworten in ihrer Aussagekraft nicht beeinflusst wurden. Die angegebenen Prozentzahlen beziehen sich daher bei der Antwortquote auf alle erhaltenen Fragebögen. Bei den einzelnen Antworten beziehen sich die Prozentzahlen auf die tatsächlich gültigen Antworten. Wurden bei Fragebögen Mehrfachantworten bei Fragen gegeben, die eine einzelne Antwort erbeten hatten, wurde versucht, die gewünschte beabsichtigte Antwort interpretatorisch herauszufinden. Diese Fälle werden im Folgenden, inklusive der interpretierten Antworten, gesondert vorgestellt. Der Interpretation folgend wurden die Antworten, die in der Antwortkategorie „Andere: ...“ gegeben wurden, einer vorhandenen Kategorie zugeteilt. Die Antwort „Unterkunftsbetreiber“, die dabei bei mehreren Fragen angegeben wurde, wurde aufgrund des professionellen Zugangs zur Thematik als „professionelle Helfer“ gewertet. Die Auswertung der im Folgenden

vorgestellten Ergebnisse wird in einem eigenständigen Kapitel behandelt.

Es stellten sich nachträglich Auffälligkeiten dar, auf die reagiert werden musste. So befand sich im Fragebogen der HÄ ein Schreibfehler und die Frage 13.1 wurde zweimal zugeordnet. Da sich daraus keine Konsequenz für die gegebenen Antworten ergibt, wird die Frage nach der Änderung der Häufigkeit der Arztbesuche im Folgenden weiterhin als Frage 13.1 angesehen und die Frage nach der Änderung bei der Einhaltung der Therapiepläne als Frage 13.2. Auch im Fragebogen der Geflüchteten befand sich ein Schreibfehler und die Frage 14.1 wurde zweimal zugeordnet. Hier wird die Frage nach der Änderung der Häufigkeit der Arztbesuche im Folgenden als Frage 14.1 angesehen und die Frage nach der Änderung bei der Umsetzung der Therapiepläne weiterhin als Frage 14.2.

Des Weiteren wurden Fragen, die nicht ausreichend präzise gestellt wurden, teilweise durch neue, handschriftlich eingefügte Antworten ergänzt. Auf die einzelnen Fälle und ihre Wertung im Sinne der Fragestellung wird im Rahmen der Ergebnisse (Kapitel 3) eingegangen.

2.7 Drop Out

Einzelne Antworten mussten aus der Wertung genommen werden. Frei gelassene oder ungültige Antworten wurden bei der statistischen Auswertung nicht berücksichtigt. Bei zwei Fragebögen wurden durch das Fax nur die erste Seite (bis einschließlich Frage 3) und bei zwei weiteren Fragebögen nur die ersten beiden Seiten (bis einschließlich Frage 6) übermittelt. Die übermittelten Antworten wurden gewertet, die fehlenden Antworten flossen als nicht gegeben auch nicht in die statistische Auswertung mit ein. Ein Hausarzt gab bei der Frage nach dem häufigsten Herkunftsland neben der Antwort „Russland“ auch die Antwort „Tschet“ an. Hierbei war nicht sicher zu erkennen, ob es sich um eine Abkürzung von Tschetschenien, oder das Land Tschad handeln sollte, daher wurde die Antwort „Tschet“ nicht gewertet. Ein anderer gab bei derselben Frage ein „?“ an, sodass auch diese Antwort als ungültig gewertet wurde. Bei der offenen Frage nach Anmerkungen (Frage Nr. 14 der HÄ) gab eine befragte Person als Antwort „Keine“ an, was als nicht gegebene Antwort gezählt wurde. Die Frage nach dem Herkunftsland wurde von einem Geflüchteten mit der aktuellen, deutschen Adresse beantwortet, womit diese Antwort ebenfalls aus der Wertung fiel. Ein weiterer Geflüchteter setzte bei der Frage nach Organisationsproblemen kein Kreuz, schrieb jedoch handschriftlich „Asylblg!“ (Asylbewerberleistungsgesetz, Anmerkung des Autors) dazu. Da dies keiner Antwort klar zuzuordnen war, wurde diese

Antwort als Kommentar vermerkt, aber bei dieser Frage als ungültige Antwort angesehen.

2.8 Datenmanagement

Die Anonymität aller Befragten wurde gewährleistet. Im persönlichen Teil der Fragebögen für die Geflüchteten sind personenspezifische Daten nur zu Herkunftsland, Alter und Dauer des Aufenthaltes in Deutschland (Angabe in Kategorien) abgefragt worden. Durch die angegebenen Daten ist kein Rückschluss auf die befragte Person möglich. Bei den Mitarbeitenden von Hilfsorganisationen wurde nur nach Bezug zu den Geflüchteten und der Dauer der Tätigkeit gefragt, auch hier ist keine persönliche Zuordnung möglich. Die Auswahl der befragten HÄ erfolgte zufällig auf der Basis einer öffentlich vorliegenden Liste aller HÄ der betroffenen Region. Die gegebenen Antworten sind dabei in keiner Form auf die befragten Personen zurückzuführen, womit auch deren Anonymität gesichert ist.

Die Fragebögen mit den Primärdaten werden unter Verschluss gehalten und sind nicht öffentlich zugänglich. Für die Auswertung der Bögen wurden die Primärdaten als Zahlenwerte oder Worte (im Falle offener Fragen) auf dem privaten Computer des Autors eingegeben,

wobei auch hier durch die Frageformate aus den vorliegenden Daten kein Rückschluss auf einzelne befragte Personen gezogen werden kann.

Die in dieser Arbeit verwendeten Gesetzestexte und Quellen beziehen sich auf den Stand von 07/2019. Später aufgestellte Statistiken und Neuregelungen, sowohl vom Gesetzgeber als auch von anderen Institutionen, konnten nicht berücksichtigt werden. Es gilt auch zu beachten, dass durch den fortschreitenden Rückgang der Belegung der dezentralen Unterkünfte und die steigende Erfahrung der beteiligten Personengruppen die Situation im ständigen Wandel ist.

Zur Erstellung der Grafiken in dieser Arbeit wurde das Darstellungsprogramm Origin verwendet. Die statistische Auswertung wurde durch den Promovenden selbstständig durchgeführt.

3 Ergebnisse

3.1 Die Hausärztinnen und Hausärzte

Beschreibung der Kohorte

Der Rücklauf betrug über die Online-Befragung (12), telefonisch (8) und per Fax (19) 39 (n=39) ausgefüllte Fragebögen bei insgesamt 93 befragten HÄ. Das entsprach einer Beteiligung von 41,94 %.

Zwei befragte HÄ gaben an, dass sich ihr Kontakt nur auf den Notdienst beschränke. Die Fragebögen wurden daher nicht vollständig beantwortet. Die gegebenen Antworten bezogen sich dennoch auf die medizinische Versorgung der Geflüchteten, daher wurden diese Fragebögen mitgewertet.

Frage 1: „Wie viele Geflüchtete versorgt Ihre Praxis ca. pro Monat?“

Zur besseren Vergleichbarkeit erfolgte die Wertung der Antworten entsprechend der Anzahl der behandelten Geflüchteten, hochgerechnet auf einen Monat. Der Monat wurde hier mit 20 Werktagen in 4 Wochen definiert. Die Antwort „Mehrere pro Tag“ wurde durch Schätzung auf 4 pro Tag festgelegt und damit als 80 behandelte Geflüchtete pro Monat gewertet. Dieser Definition folgend entsprach die Antwort „1-2 pro Tag“ 20 – 40 Geflüchteten im

Monat. Dies wurde auf 30 Geflüchtete im Monat gemittelt. Die Antwort „1 pro Woche“ entsprach 4 Geflüchteten im Monat.

Es wurden keine ungültigen Antworten gegeben. Zwei Fragebögen enthielten bei dieser Frage jeweils zwei Antworten. Diese Mehrfachantworten wurden im Nachhinein zugelassen und aus den Antworten ein Mittelwert für die Anzahl der monatlich behandelten Geflüchteten ermittelt. Eine der befragten Personen hatte die Antworten „1-2 pro Tag“ und „1 pro Woche“ angekreuzt. Daraus ergab sich der Mittelwert 17. Bei dem anderen Antwortbogen wurden die Antworten „1 pro Monat“ und „Keine“ angekreuzt. Da die Hochrechnung auf einen Monat erfolgte und zur besseren Vergleichbarkeit nur ganze Zahlen gewertet werden sollten, blieb es bei der Zählung als ein behandelter Geflüchteter im Monat.

Im Schnitt wurden in den Praxen 28,79 Geflüchtete im Monat versorgt. Die Spanne der Antworten reichte dabei von 0 („Nur im Notdienst“) bis zu 80 Geflüchteten im Monat.

Frage 2: „Aus welchen Ländern kommen die Patienten? / Ist ein Herkunftsland auffallend häufig bei Ihnen vertreten?“

34 (87,18 %) der 39 HÄ gaben eine oder mehrere Antworten zu dieser Frage. Vier befragte Personen ließen diese Frage frei. Das von 33 (97,05 %) und damit den meisten HÄ genannte Land war Syrien. Danach folgte Afghanistan mit 21 (61,76 %) Nennungen. Ebenfalls wurden die Ukraine (6, 17,65 %), Irak/irakische Kurden (4, 11,76 %),

Eritrea (4, 11,76 %) und Somalia (3, 8,82 %) genannt. Jeweils einmal genannt und damit von 2,94 % der HÄ aufgezählt wurden außerdem Polen, Armenien, Iran, Balkanstaaten, Senegal, Pakistan, Aserbaidschan, Elfenbeinküste, Slowenien, Libyen und Tunesien (s. Abb. 1).

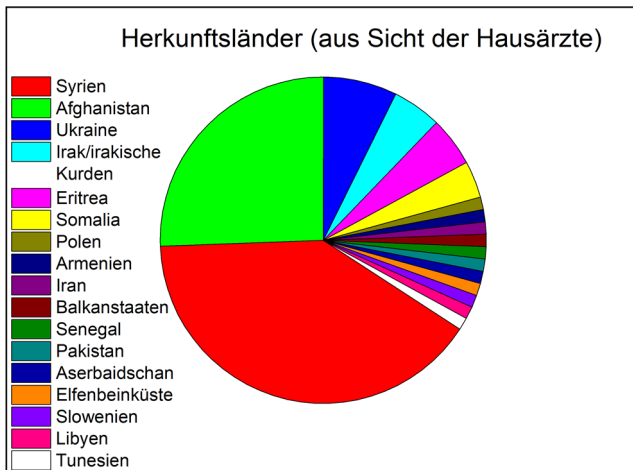


Abbildung 1 - Herkunftsländer (aus Sicht der HÄ)

Frage 3: „Wie lange dauert es ungefähr für die Geflüchteten, einen Termin bei Ihnen zu erhalten?“

Bei der Frage, wie schnell die Geflüchteten einen Termin in der ärztlichen Praxis erhalten, antworteten 38 der teilnehmenden HÄ (97,43 %). Hier zeigte sich die Besonderheit, dass mehrere HÄ die

Antwortmöglichkeiten handschriftlich oder über den Freitext am Ende des Bogens ergänzten; daher wurde nachträglich die Antwortmöglichkeit „Am gleichen Tag“ hinzugefügt. So wurden bei drei der online beantworteten Fragebögen die Antwort „Ein paar Tage“ angekreuzt, jedoch in Frage 14 durch die Erklärungen „Kriegen sofort einen Termin“, „Pat. kriegen sofort Arzttermin, Antwortmöglichkeit nicht dabei“ und „Termin eher sofort, nicht ein paar Tage“ noch präzisiert. Bei den handschriftlichen Fragebögen wurden von zehn Befragten ähnliche Kommentare abgegeben (s. Tab. 1). Zur quantitativen Auswertung wurden die Antworten numerisch eingeteilt. Die Antwort „Am selben Tag“ erhielt dabei den Wert 1, für einen Tag. Die Antwort „Ein paar Tage“ wurde auf 3 Tage geschätzt, sie erhielt daher den Wert 3. Die Spanne reichte von „sofort“ bis zu „ein paar Tagen“, was einem Durchschnitt von 2,32 Tagen, mit einer Standardabweichung von 0,96 Tagen entsprach.

Tabelle 1 - Wartezeiten Hausarzttermin (aus Sicht der HÄ)

Wartezeit	Antworten
Am gleichen Tag	13 (34,2 %)
Ein paar Tage	25 (65,8 %)
Eine Woche oder mehr	0

Frage 4: „Wie kommen die Geflüchteten zu Ihrer Praxis?“

37 HÄ (94,87 %) gaben bei dieser Frage Antworten an. Aufgrund der häufig erfolgten Mehrfachantworten an dieser Stelle, wurden diese hier nachträglich zugelassen. Die Verteilung der Antworten ist in Abb. 2 dargestellt.

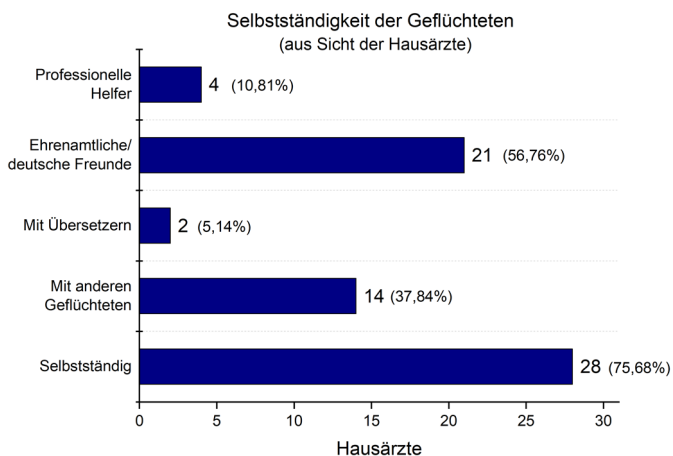


Abbildung 2 - Selbstständigkeit der Geflüchteten beim Arztbesuch (aus Sicht der HÄ)

Frage 5: „Gibt es Probleme beim Zugang der Geflüchteten zu medizinischer Versorgung?“

Diese Frage wurde bewusst verallgemeinert, um ein Gesamtbild zu erfragen, aber auch die folgenden Antworten der befragten Person in einen Kontext setzen zu können. Auch hier antworteten 37 HÄ (94,84 %, siehe Abb. 3).

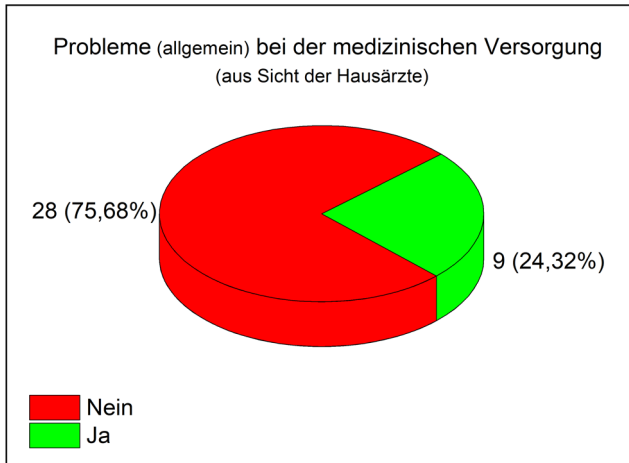


Abbildung 3 - Auftreten von Problemen bei der medizinischen Versorgung (aus Sicht der HÄ)

Frage 5.1: „Halten die Geflüchteten die vereinbarten Termine überwiegend ein?“

Bei einer Antwortquote von 89,74 % (35 HÄ) konnten 24 (68,57 %) „Ja“- und 9 (25,71 %) „Nein“-Stimmen registriert werden. Zwei der Befragten (5,71 %) gaben hier die Antworten „Ja“ und „Nein“ an mit den Ergänzungen „Teils/Teils“ und „Termineinhaltung meistens“. Letztere Aussage könnte als überwiegend „Ja“ angesehen werden, da aber konkret kommuniziert wurde, dass es nur „meistens“ der Fall sei, wurde diese Antwort mit „Ja“ und „Nein“ gewertet. Die Angabe „Teils/Teils“ zählte ebenfalls als „Ja“ und „Nein“. Beide Angaben

wurden daher als einzelne Antworten in der Statistik berücksichtigt und die prozentuale Verteilung angepasst (s. Abb. 4).

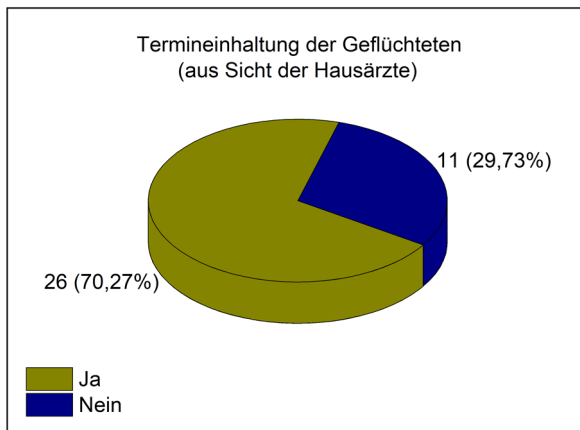


Abbildung 4 -Termineinhaltung der Geflüchteten (aus Sicht der HÄ)

Frage 6: „Wie oft kommen die Geflüchteten mit ernsthaften Erkrankungen zu Ihnen, verglichen mit der einheimischen Bevölkerung?“

Die Frage nach dem Vergleich zur einheimischen Bevölkerung wurde von 35 (89,74 %) HÄ beantwortet. Eine befragte Person gab die Rückmeldung, die Frage wäre durch den Ausdruck „ernsthaft“ ihrer Ansicht nach „zu schwammig“ formuliert und daher nicht beantwortet worden. Zur Auswertung erhielt die Kategorie „Häufiger“ den Zahlenwert 1, die Kategorie „Gleich oft“ den

Zahlenwert 2 und „Seltener“ den Zahlenwert 3. Aus der Verteilung (s. Abb. 5) ergab sich der Mittelwert 2,26 mit einer Standardabweichung von 0,56.

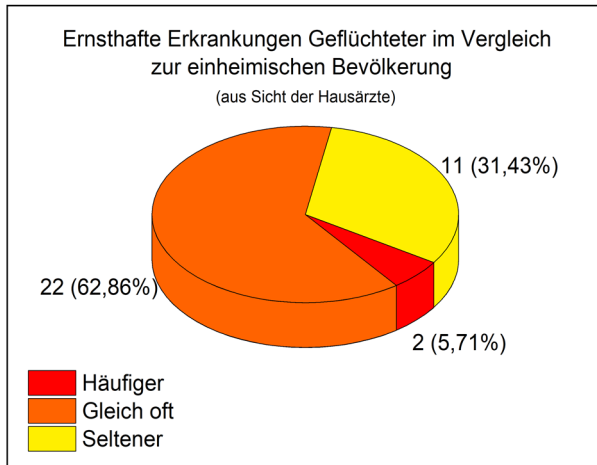


Abbildung 5 - Vorkommen ernsthafter Erkrankungen Geflüchteter im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung (aus Sicht der HÄ)

Frage 7: „Wie gut läuft die Verständigung mit den Geflüchteten während der Untersuchungen?“

Die Frage wurde in zwei Abschnitte, die Verständigung allgemein und die Verständigung in Anwesenheit einer übersetzenden Person unterteilt. Die Antwortquote im ersten Abschnitt lag bei 87,18 % (34 HÄ). Die Antworten wurden einem Bewertungssystem zugeordnet. Die Antwort „Sehr gut“ erhielt die Bewertung 1, „Gut“ die Bewertung

2, „Nicht so gut“ die Bewertung 3 und „Schlecht“ die Bewertung 4. Aus den gegebenen Antworten (siehe Abb. 6) ergab sich ein Mittelwert von 3 mit einer Standardabweichung von 0,89.

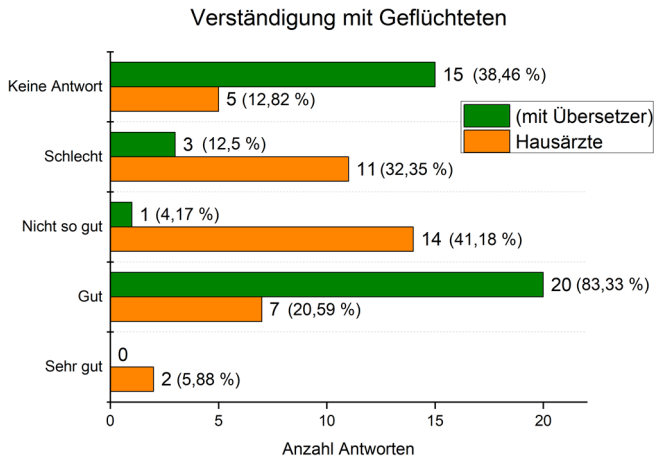


Abbildung 6 - Verständigung der HÄ mit Geflüchteten

Der zweite Teil der Frage nach der Verständigung mit den Geflüchteten, diesmal in Anwesenheit einer übersetzenden Person, wurde von 24 (61,54 %) HÄ beantwortet. Eine der befragten Personen setzte in ihrem Fragebogen ein Kreuz bei „Schlecht“, ergänzte im Freitext jedoch „Mit Übersetzer mittelmäßig“, weshalb diese Antwort (und damit 4,17 %) zwischen „Gut“ und „Schlecht“ einzuordnen war (s. Abb. 6).

Frage 8: „Halten sich die Geflüchteten an Therapiepläne, kommen sie zu weiteren vereinbarten Untersuchungen?“

Die Frage nach dem Verständnis der Geflüchteten für den Therapieplan zielte auf eine Einschätzung der Compliance der Geflüchteten ab. Die Antworten wurden von hoher bis niedriger Compliance in Kategorien eingeteilt, denen dann Zahlenwerte zugeordnet wurden. Eine hohe Compliance entsprach der Antwort „Ja“, daher erhielt diese Kategorie den Zahlenwert 1. „Meistens“ entsprach dem Zahlenwert 2, „Selten“ dem Zahlenwert 3 und „Nie“, also eine fehlende Compliance, dem Zahlenwert 4. 33 (84,62 %) Teilnehmende antworteten auf diese Frage. Aus den gegebenen Antworten (s. Abb. 7) ergab sich ein Mittelwert von 1,94 mit einer Standardabweichung von 0,5.

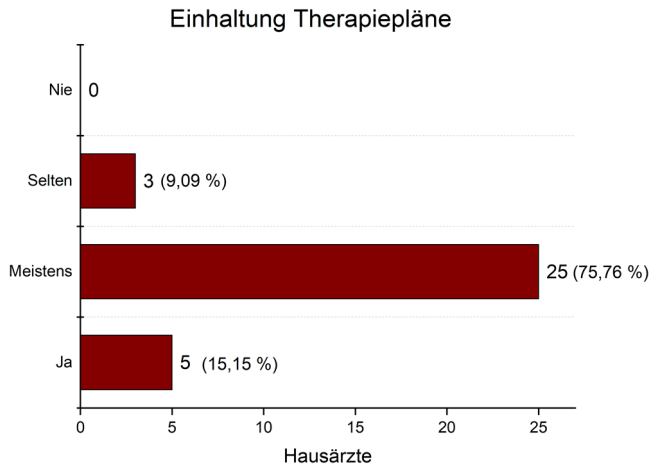


Abbildung 7 - Einhaltung der Therapiepläne durch die Geflüchteten (aus Sicht der HÄ)

Frage 8.1: „Falls Sie bei Frage 8 nicht „Ja“ angekreuzt haben: Wieso halten sich die Geflüchteten nicht an Therapiepläne?“

Diese Frage war mit Freitext und nur von HÄ zu beantworten, die in der vorherigen Frage nicht mit „Ja“ geantwortet hatte, welche also Probleme bei der Compliance sahen. Dennoch wurden von einer befragten Person, die bei Frage 8 „Ja“ angab, hier eine Antwort gegeben. Diese wurde für ein besseres Gesamtbild mitgewertet, da sie zeigt, dass ein Problem besteht, auch wenn dieses sich nicht entscheidend auf die Compliance auswirkt. Damit haben 28 (71,8 %) HÄ diese Frage beantwortet. Dabei gab es von vier Befragten Mehrfachantworten, die als jeweils einzeln gegeben gewertet

wurden, sodass sich insgesamt 33 Antworten ergaben. Eine/r dieser HÄ gab als Antwort:

„Probleme mit der Motivation“ an, ergänzte im Freitext jedoch „Hintergrund der Patienten zu unklar für die Ärzte (z.B. Wohnverhältnisse), dadurch erschwertes Gesamtbild des Patienten, -Sprachbarriere dabei das größte Hindernis -"Das Formale" ist nicht das große Problem in der ärztlichen Versorgung, Behandlung kostet nur viel Zeit (auch durch Sprachbarriere)“. Diese Aussage wurde als „Probleme beim Verständnis“ gewertet und als zweite Antwort hinzugefügt. Ein/e andere/r dieser vier HÄ gab „Probleme beim Verständnis“ an, ergänzte jedoch, dass die Geflüchteten eine „übertriebene Erwartungshaltung“ an den Tag legen würden, was zusätzlich als „Probleme mit der Motivation“ gewertet wurde.

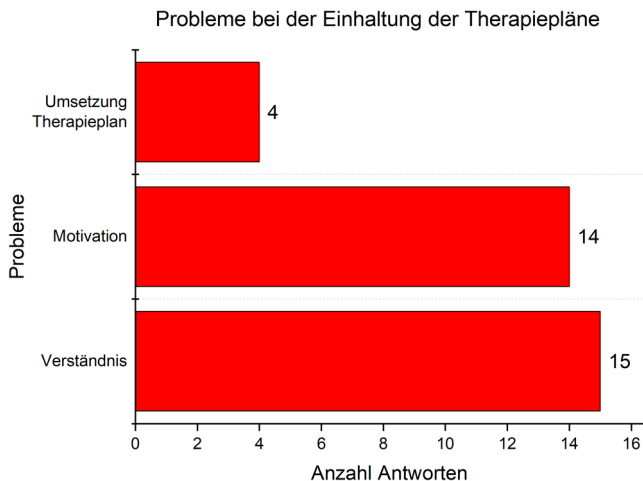


Abbildung 8 - Probleme bei der Einhaltung der Therapiepläne (aus Sicht der HÄ)

Es zeigten sich bei 15 (45,45 %) der befragten Personen Verständnisprobleme und 14 (42,42 %) klagten über Motivationsprobleme (s. Abb. 8). 4 HÄ (12,12 %) gaben Probleme bei der Umsetzung des Therapieplans an, wobei nur eine der befragten Personen dies im Freitext kommentierte und beklagte, es sei nur Akutversorgung möglich, längerfristige Therapien wie z.B. Physiotherapie seien nicht möglich oder nur unter extremen administrativen Auflagen.

Frage 9: „Wie gut unterstützt der Staat ihre Versorgung der Geflüchteten?“

Die Antworten wurden einem Bewertungssystem zugeordnet, wobei „Sehr gut“ der Bewertung 1, „Gut“ der Bewertung 2, „Nicht so gut“ der Bewertung 3 und „Schlecht“ der Bewertung 4 entsprach. 35 Teilnehmende (89,74 %) antworteten auf diese Frage mit folgender Verteilung: Bewertung 1 wurde von 4 (11,43 %), Bewertung 2 von 15 (42,86 %), die Bewertung 3 von 11 (31,43 %) und die Bewertung 4 von 5 (14,29 %) der Befragten vergeben. Daraus errechnete sich ein Mittelwert von 2,49 mit einer Standardabweichung von 0,89.

Frage 10: „Wer bezahlt für die Geflüchteten?“

Die Antworten „Sozialbehörde“ und „Krankenkasse“ wurden hier als gleichwertig angesehen, da sie zwar einen formalen Unterschied

bedeuten, jedoch in beiden Fällen aus staatlichen Mitteln finanziert werden. Von den 35 (89,74 %) HÄ, die auf diese Frage geantwortet haben, gaben alle (100 %) an, die Bezahlung über einen der beiden o.g. Wege zu erhalten und damit also, wie vorgesehen, aus staatlichen Mitteln. Bezüglich möglicher Vorteile, welche die Geflüchteten aufgrund des Erhalts der Krankenkassenkarte haben könnten, wird auf die Fragen 13.1 und 13.2, sowie die Diskussion verwiesen, die sich mit diesem Unterschied näher befassen.

Frage 11: „Haben Sie ausreichend Fachinformation (medizinisch/bürokratisch) zur Versorgung von Geflüchteten?“

Zur besseren Darstellung wurden die Ergebnisse der Frage 11 unterteilt in den Abschnitt der medizinischen Kenntnisse und den Abschnitt der bürokratischen Kenntnisse im folgenden Absatz. Der Ausdruck „bürokratisch“ wurde aus Gründen der besseren Verständlichkeit gewählt. Gemeint sind damit administrative Anforderungen; daher werden sie im weiteren Verlauf als „administrativ“ bezeichnet.

Es antworteten je 35 (89,74 %) HÄ auf die Frage nach den medizinischen und nach den administrativen Kenntnissen (s. Abb. 9).

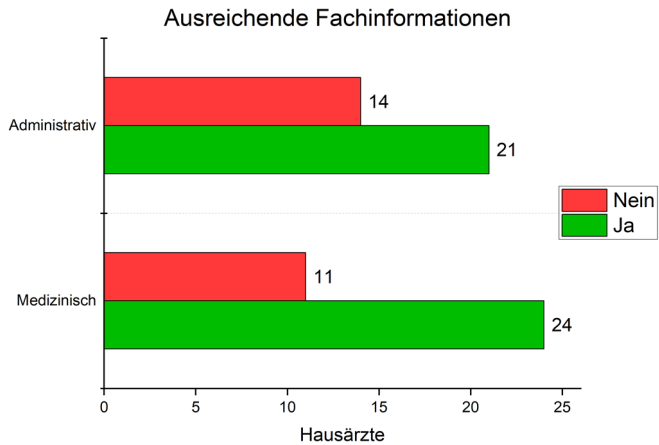


Abbildung 9 – Vorhandensein ausreichender Fachinformationen zur Versorgung Geflüchteter

Frage 12: „Wie ist die medizinische Versorgungssituation der Geflüchteten im Vergleich zur Normalbevölkerung?“

Der Rücklauf betrug hier 89,74 % (35 HÄ, s. Abb. 10).

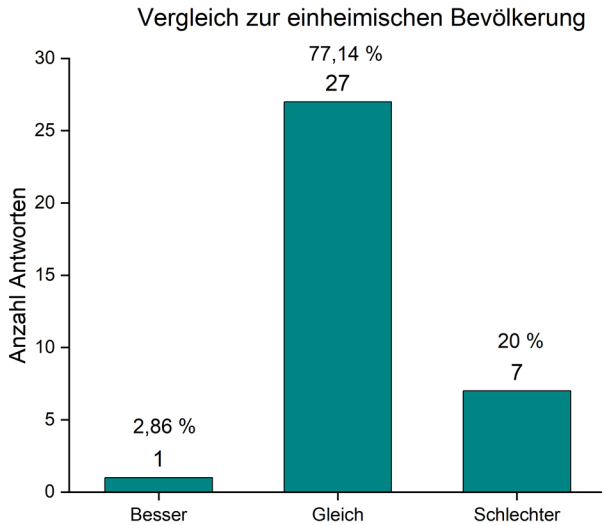


Abbildung 10 - Vergleich der medizinischen Versorgungssituation der Geflüchteten mit der einheimischen Bevölkerung (aus Sicht der HÄ)

Frage 13.1: „Gab es nach dem Erhalt einer Gesundheitskarte Änderungen im Verhalten der Geflüchteten hinsichtlich der Häufigkeit der Arztbesuche?“

Frage 13.1 beantworteten 33 HÄ (84,62 %). Eine der befragten Personen setzte bei der Antwort zwei Kreuze, gab „Häufiger“ und „Weniger“ an und kommentierte beides mit „50 %“. Hier wurden beide Antworten als gleichwertig gezählt, sodass sich insgesamt 34 Antworten ergaben. Die daraus errechnete Verteilung ist in Abbildung 11 dargestellt.

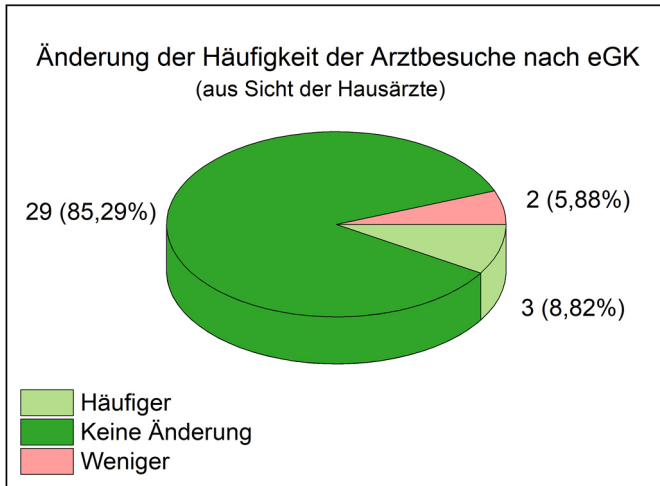


Abbildung 11 - Änderung der Häufigkeit der Arztbesuche durch Geflüchtete nach Erhalt einer elektronischen Gesundheitskarte (eGK) (aus Sicht der HÄ)

Frage 13.2: „Gab es nach dem Erhalt einer Gesundheitskarte Änderungen im Verhalten der Geflüchteten hinsichtlich der Einhaltung der Therapiepläne?“

Auf diese Frage antworteten ebenfalls 33 HÄ (84,62 %). Zwei davon (6,06 %) gaben eine Verbesserung an, 30 (90,91 %) bemerkten keine Änderung des Verhaltens und bei einem Hausarzt (3,03 %) zeigte sich eine Verschlechterung (s. Abb. 12).

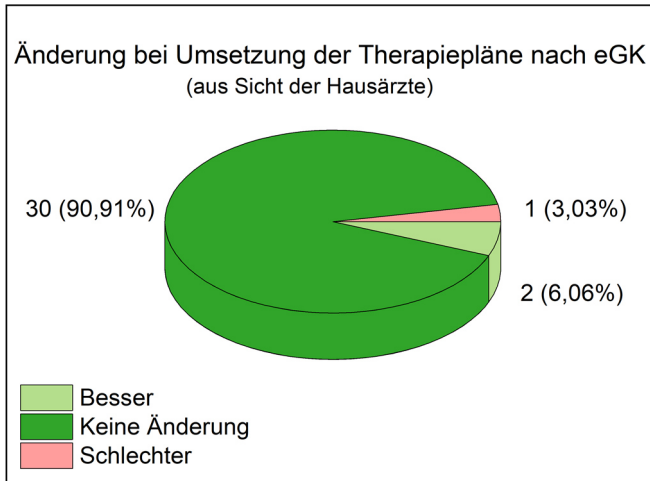


Abbildung 12 - Änderung bei der Umsetzung der Therapiepläne durch die Geflüchteten nach Erhalt einer elektronischen Gesundheitskarte (eGK) (aus Sicht der HÄ)

Frage 14: „Sonstiges/Anmerkungen/Wünsche?“

Hier wurde den HÄ als Freitext Raum für eigene Anmerkungen gegeben, die im Weiteren helfen sollten, gegebene Antworten besser in den Kontext zu setzen und nicht angesprochene Probleme oder Verbesserungsvorschläge zu erkennen. 18 HÄ (46,15 %) nutzten diese Gelegenheit. Viele Kommentare bezogen sich auf Erklärungen zu den Antworten auf einzelne Fragen des Bogens. Diese wurden in der vorangegangenen Ergebnisvorstellung der einzelnen Fragen eingebracht. Weitere Kommentare, spezielle Problemstellungen

oder Lösungsvorschläge werden in den folgenden Kapiteln mit in die Diskussion gebracht und hier nur auszugsweise aufgezählt.

So wurden im Freitext kulturelle Aspekte kommentiert, bspw. in Form eines „anderen Krankheitsverständnis“, eine „übertriebene Erwartungshaltung“, „fehlendes Verständnis der Rolle des Arztes (Pillenverteiler)“, „fehlende Dankbarkeit und Anstand der Geflüchteten“ oder „Motivationsprobleme bei den Geflüchteten (evtl. auch wegen Abschiebeangst)“. Dazu gehört auch der „Eindruck, dass Geflüchtete nur zum Arzt gehen, um medizinischen Grund gegen Abschiebung zu bekommen“.

Von 5 der Befragten wurde auch die Sprachbarriere thematisiert: „Sprachbarriere das größte Hindernis“, „schnellere Sprachkurse“, „zeitnahe Übersetzungshilfen z.B. übers Internet“.

Aber auch die Rolle des Staates wurde angesprochen: „Staat verlässt sich zu sehr auf Ehrenamtliche“, „keine Hilfe vom Staat“, „Kein Wille zur Änderung erkennbar“, „Hilfe bei der sozialen Eingliederung von den Behörden kommt zu kurz“, „Lösung durch Sprachkurse und soziale Integration, aber Motivation durch Geflüchtete nicht immer gegeben“, „kompetente Begleitung wäre wünschenswertes Ziel“, „nur Akutversorgung, längerfristige Therapien nur unter extremen bürokratischen Auflagen“.

3.2 Die Geflüchteten

Beschreibung der Kohorte

Die Befragung erfolgte, wie bereits beschrieben, über die Mitarbeitenden der Caritas. Da die Ausgabe der Fragebögen und Auswahl der Befragten zum Schutz der Identitäten der Geflüchteten von den zuständigen Mitarbeitenden vor Ort verantwortet wurde, ist die genaue Anzahl der zur Teilnahme aufgeforderten Personen nicht bekannt. Die Caritas-Mitarbeitenden wurden dabei instruiert, auf die Städte Aschaffenburg, Würzburg und Schweinfurt zu verzichten und sich auf dezentrale Unterkünfte zu beschränken. Der Rücklauf betrug 40 ausgefüllte Fragebögen (n=40) in ausgedruckter Version über einen Zeitraum von etwa sechs Monaten. Diese 40 Fragebögen zählen in der folgenden Einzelauswertung als alle Befragten.

Frage 1: „Wie alt sind Sie?“

Die Frage nach dem Alter wurde von allen 40 Befragten beantwortet (100 %). Die Angabe erfolgte in Jahren. Ziel war es, eine genaue Angabe zu erhalten. Zur besseren grafischen Darstellung (s. Abb. 13) wurden die Antworten nachträglich in 10 Jahres-Abschnitte unterteilt. Die größte Gruppe bildeten die 20-29-jährigen. Der Durchschnitt der Geflüchteten lag bei 31,2 Jahren, der Median bei 26 Jahren. Eine der Befragten war mit 16 Jahren zum Zeitpunkt der

Befragung minderjährig und damit die Jüngste, alle anderen waren volljährig. Der älteste Teilnehmende war 68 Jahre alt.

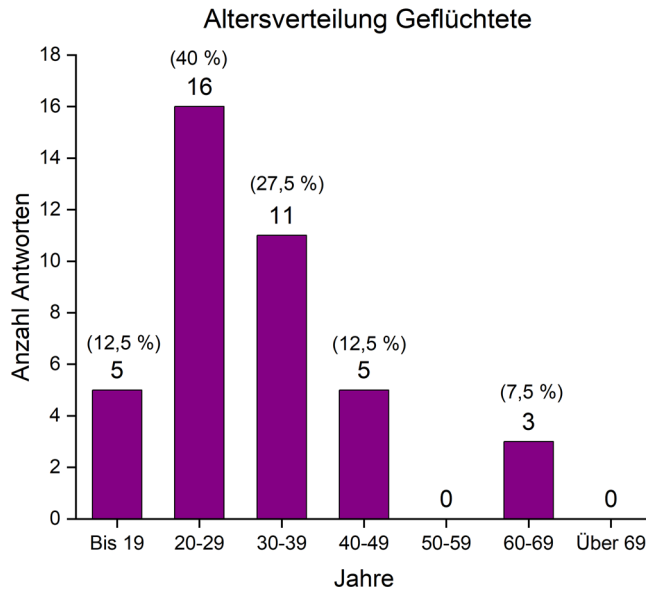


Abbildung 13 - Altersverteilung Geflüchtete

Frage 2: „Geschlecht?“

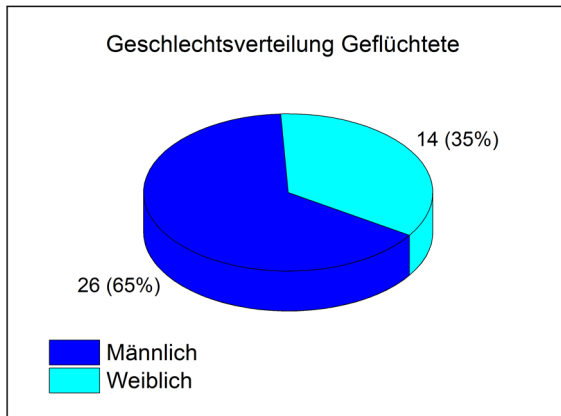


Abbildung 14 - Geschlechtsverteilung Geflüchtete

Die Antwortquote lag ebenfalls bei 100 % (40 Geflüchtete, s. Abb. 14).

Frage 3: „Herkunftsland“

Die Antwortquote betrug 92,5 % (37 Geflüchtete). Die gegebenen Antworten (s. Abb. 15) verteilen sich wie folgt: 13 (35,14 %) nannten Afghanistan, 12 (32,43 %) Syrien, 5 (13,51 %) Äthiopien und 2 (5,41 %) Eritrea. Jeweils einmal genannt wurden Sudan, Ukraine, Somalia, Georgien und Russland (je 2,7 %).

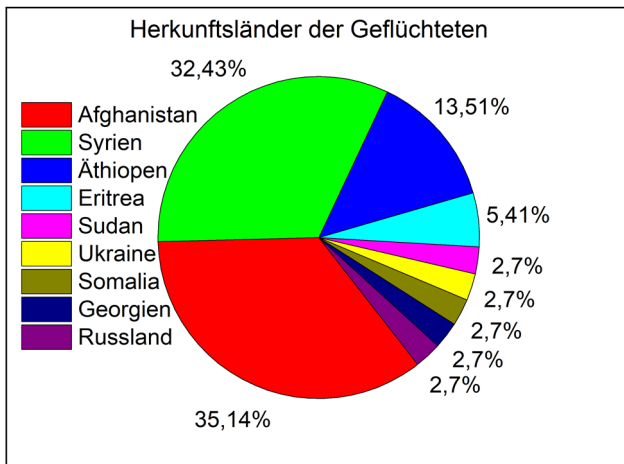


Abbildung 15 - Herkunftsländer der Geflüchteten

Frage 4: „Seit wann befinden Sie sich in Deutschland?“

Das Thema Aufenthaltsdauer wurde von allen Befragten (40, 100 %) beantwortet. Nahezu alle gegebenen Antworten waren „Über 1 Jahr“ (s. Abb. 16).

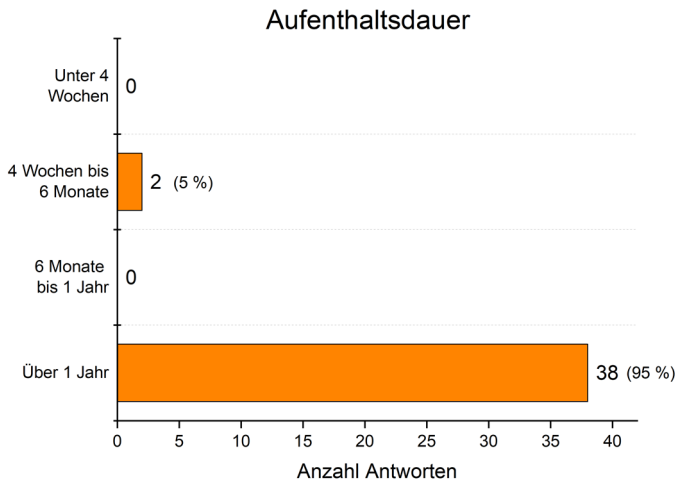


Abbildung 16- Aufenthaltsdauer der Geflüchteten in Deutschland

Frage 5: „Wie ist Ihr Aufenthaltsstatus?“

Es antworteten 39 Geflüchtete (97,5 %) auf die Frage nach dem Aufenthaltsstatus. Da im Nachhinein erkennbar wurde, dass auch „Anerkennung als Flüchtling“ eine legitime Möglichkeit darstellt, wurde diese Antwort als weitere Antwortmöglichkeit zugelassen und

hinzugefügt. Die Verteilung der Antworten ist in Abbildung 17 dargestellt.

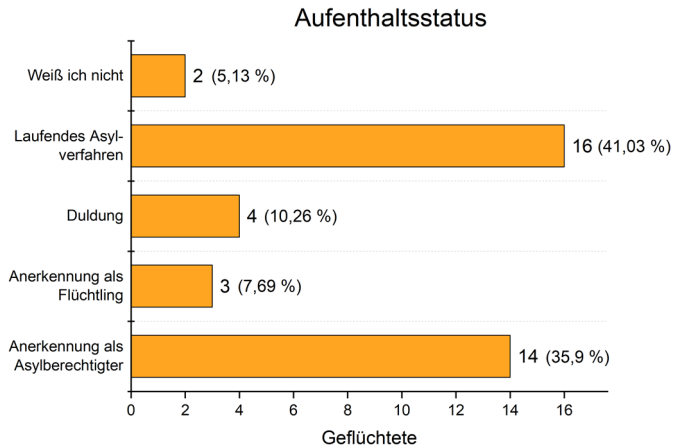


Abbildung 17 - Aufenthaltsstatus der Geflüchteten

Frage 6: „Welchen Bildungsgrad haben Sie bisher erreicht?“

Die Frage nach dem Bildungsgrad wurde von allen Befragten (40, 100 %) beantwortet (s. Abb. 18).

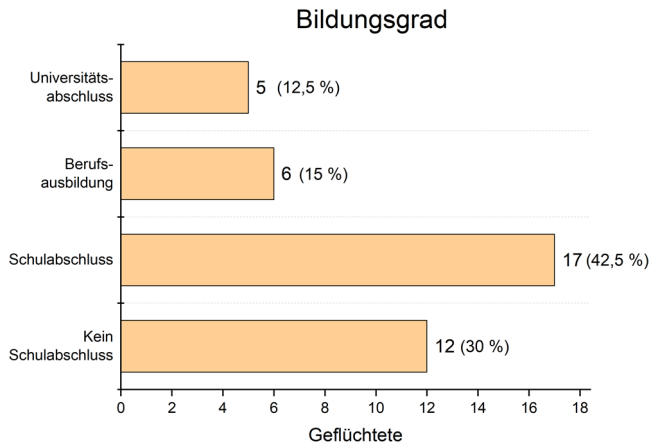


Abbildung 18 - Bildungsgrad Geflüchtete

Den Kategorien wurden zur statistischen Einordnung Zahlenwerte zugeordnet. Der Universitätsabschluss erhielt den Zahlenwert 1, die Berufsausbildung den Zahlenwert 2, der Schulabschluss den Zahlenwert 3 und „Kein Schulabschluss“ den Zahlenwert 4. Daraus errechnete sich ein Mittelwert von 2,9 bei einer Standardabweichung von 0,98. Drei der Befragten gaben bei dieser Frage die zwei Antworten „Berufsausbildung“ und „Schulabschluss“ an. Zwei davon ergänzten zusätzlich handschriftlich: „ohne Zertifikat“. Da für die Beantwortung der Frage der Nachweis des Zertifikates nicht notwendig war, zählte bei allen drei Befragten der höhere Bildungsgrad, also die Berufsausbildung.

Frage 7: „Wie gut sind Ihre Deutschkenntnisse?“

Die Antwortquote lag ebenfalls bei 100 % (40 Teilnehmende). Eine befragte Person kreuzte als Antwort „Vollkommen angewiesen“ an und ergänzte handschriftlich „teilweise“. Die Option „Überwiegend...“ wurde durch falschen Druck nicht angezeigt. Da der Zusatz „teilweise“ hinzugefügt wurde, war trotz des eigentlich gesetzten Kreuzes die Antwort als „Überwiegend auf Übersetzer angewiesen“ zu zählen und wurde daher als diese Antwort gewertet (siehe Abb. 19).

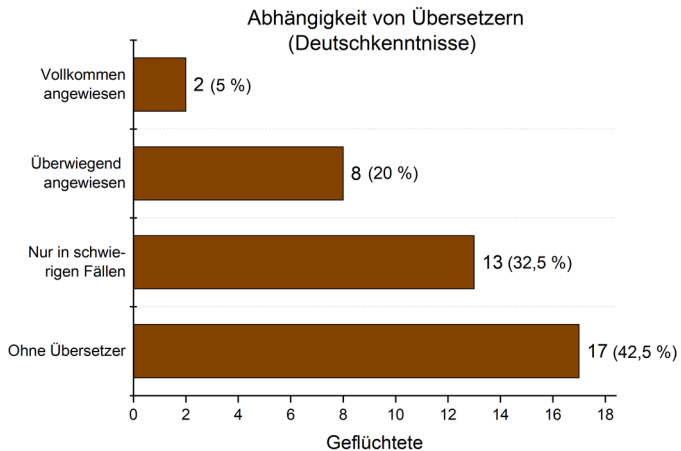


Abbildung 19 - Deutschkenntnisse Geflüchtete

Frage 8: „Wie oft gehen Sie zu einem Arzt?“

Der Rücklauf bei dieser Frage betrug 100 % (40 Teilnehmende), wobei eine der befragten Personen angab, nicht zu wissen, wie oft sie zum Arzt gehe. Zur Vergleichbarkeit wurden die einzelnen Antworten auf das Jahr hochgerechnet. „Mehrere Male im Monat“ wurde bestimmt als 4 Mal im Monat und damit hochgerechnet auf 48 Mal im Jahr. „1-2 Mal im Jahr“ wurde als 1,5 Mal im Jahr und „Noch seltener“ als 0,5 Mal im Jahr festgelegt. Von einem Befragten wurde „Mehrere Male im Monat“ und „Einmal im Monat“ als Antworten angegeben. Es wurde der Mittelwert aus den Antworten gebildet, sodass es als 30 Mal im Jahr definiert werden konnte. Eine weitere befragte Person gab „Einmal im Monat“ und „Einmal im Halbjahr“ als Antworten an. Diese Konstellation wurde durch den Mittelwert als 7 Mal im Jahr definiert. Insgesamt nahmen die Geflüchteten die medizinische Versorgung im Durchschnitt 12,53 Mal im Jahr in Anspruch. Die Spanne reichte dabei von „Weniger als 1-2 Mal pro Jahr“ (0,5 Mal im Jahr) bis zu „Mehrere Male im Monat“ (48 Mal im Jahr).

Frage 9: „Hatten Sie schon einmal eine ernsthafte Krankheit in Deutschland?“

Es konnte ein Rücklauf von 39 Antworten (97,5 %) bei dieser Frage verzeichnet werden. Die Verteilung ist in Abbildung 20 dargestellt.

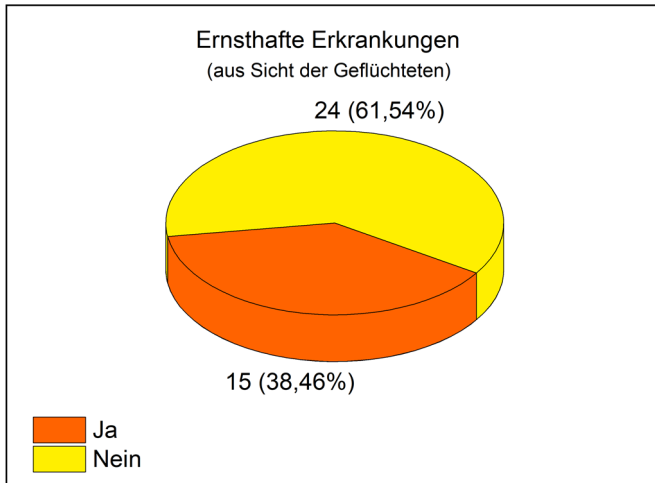


Abbildung 20 - Ernsthafte Erkrankungen (aus Sicht der Geflüchteten)

Frage 10: „Wohin gehen Sie zuerst, wenn Sie krank sind?“

Alle Befragten (40, 100 %) gaben hier eine Antwort.

Bei gegebenen Mehrfachantworten wurden diese nachträglich zugelassen. Die Option „Weiß ich nicht“ wurde nur von einem Befragten ausgewählt, jedoch in Kombination mit „Direkt alleine in ein Krankenhaus“, wodurch eine klare Antwort zu erkennen war und diese Antwort gewertet wurde. Die Verteilung ist in Abb. 21 dargestellt.

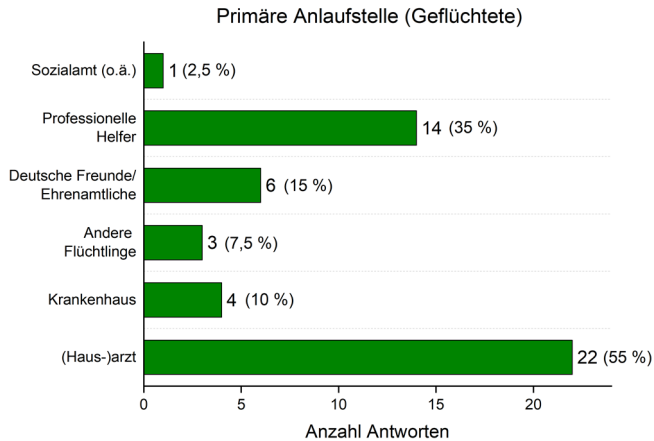


Abbildung 21 - Primäre Anlaufstelle im Krankheitsfall (aus Sicht der Geflüchteten)

Frage 11: „Wer bezahlt im Krankheitsfall?“

40 der Befragten (100 %) antworteten auf die Frage danach, wer die medizinische Versorgung bezahlt (s. Tab. 2). Eine der befragten Personen gab an, nicht zu wissen, wer im Krankheitsfall bezahle. Da es bei dieser Frage sehr relevant war, ob die Befragten wissen, wer für sie bezahlt, wurde diese Antwort als gültig beibehalten. Eine teilnehmende Person kreuzte hier „Krankenkasse“ und „Sozialamt, oder ggf. anderes Amt“ an. Obwohl das Sozialamt die Kosten nach Erhalt der elektronischen Gesundheitskarte noch übernimmt, solange die Asylbewerber/innen, bzw. Asylberechtigten keine Arbeitsstelle gefunden haben, mit der sie die Kosten selbst

finanzieren können, ist die Krankenkasse in diesem Sinne der primäre Kostenträger, da diese die Kosten vorstrecken. Der oder die Geflüchtete, der diese zwei Kreuze setzte, schien also gut zu wissen, wer im Krankheitsfalle bezahlt und beide Antworten werden als gültig gewertet.

Tabelle 2 - Kostenträger (aus Sicht der Geflüchteten)

Kostenträger	Antworten
„Ich selbst“	0
„Krankenkasse“	30 (73,2 %)
„Sozialamt (oder ggf. anderes Amt“)	10 (24,4 %)
„Spenden“	0
„Weiß ich nicht“	1 (2,4 %)

Frage 12: „Gab es Schwierigkeiten bei gesundheitlichen Problemen/ mit der medizinischen Versorgung?“

Bevor die Schwierigkeiten in der medizinischen Versorgung genauer benannt werden sollten, wurde zuerst allgemein erfragt, ob es Schwierigkeiten gab. Dies galt auch als Grundlage dafür, die folgenden zwei Fragen zu beantworten. Bei „Nein“ sollte direkt mit Frage 13 fortgefahren werden. Auf diese Frage antworteten alle 40 Befragten (100 %). Vier (10 %) davon gaben an, bisher noch keinen Kontakt gehabt zu haben. Da die Geflüchteten dennoch bei den

anderen Fragen geantwortet haben, war davon auszugehen, dass sie entweder die Kontakte, die sie bereits hatten, evtl. nicht als „richtige“ Kontakte zählten, da sie auch alle angaben, noch keine „ernsthafte“ Erkrankung gehabt zu haben, oder vergleichbare Erfahrungen außerhalb des medizinischen Bereiches gesammelt haben, welche sie hier anbrachten, sodass wir ihre Erfahrungen ebenfalls mit in die Auswertung einbringen konnten. Eine befragte Person kreuzte „Nein“ an und schrieb „Anfangs an, jetzt nein“ dazu. Da das „Nein“ angekreuzt wurde, wurde dieses auch gewertet (s. Abb. 22).

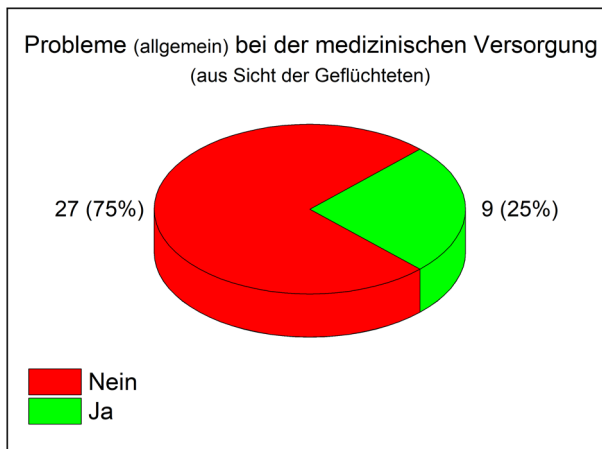


Abbildung 22 - Allgemeine Probleme bei der medizinischen Versorgung Geflüchteter (aus Sicht der Geflüchteten)

Frage 12.1: „Probleme mit der Kommunikation während der medizinischen Versorgung“

Bei dieser Frage waren Mehrfachantworten möglich. Die Antwortquote lag bei 37,5 % (15 Geflüchtete). Das kam dadurch zustande, dass neben den neun Personen, die bei Frage 12 „Ja“ angaben, auch drei Personen Schwierigkeiten beschrieben, die bei Frage 12 angaben, bisher noch keinen Kontakt gehabt zu haben. Ebenso gaben drei Personen hier eine Antwort, die zuvor angaben, dass keine Schwierigkeiten bestünden. Die Antworten wurden gewertet als Probleme, die bestehen, aber keinen entscheidenden Einfluss haben. Die häufigsten Schwierigkeiten in der Kommunikation gab es durch die Sprachbarriere selbst. Neun Geflüchtete (60 %) gaben dies an. Probleme bei der „Verständigung über die notwendige Diagnostik“ und bei der „Verständigung über den Therapieplan“ wurden jeweils von sechs (40 %) der Befragten angegeben. Vier (26,67 %) beklagten Kommunikationsprobleme bei der „Terminverständigung“ und drei Geflüchtete (20 %) bemängelten die „Freundlichkeit der Ärzte/ des medizinischen Personals“.

Frage 12.2: „Probleme mit der Organisation der medizinischen Versorgung“

Mehrfachantworten waren auch bei dieser Frage möglich. 14 Geflüchtete (35 %) gaben hier Antworten. Wie bereits bei der

vorherigen Frage, hielten sich auch hier nicht alle Geflüchteten an die Anweisung, im Falle dessen, bei Frage 12 nicht mit „Ja“ geantwortet zu haben, diese Frage zu überspringen. So gaben zwei Befragte, die zuvor angaben, noch keinen Kontakt gehabt zu haben, hier eine Antwort an, sowie auch vier Befragte, die über keine Schwierigkeiten geklagt hatten. Eine Person ließ die Antwort an dieser Stelle aus, obwohl sie in Frage 12 „Ja“ angegeben hatte. Analog zur Frage 12.1 wurden auch hier die Antworten als Probleme, die bestehen, aber keinen entscheidenden Einfluss haben, gewertet. Die Verteilung der Antworten ist in Abb. 23 dargestellt. Die Antwort „...Erhältlichkeit notwendiger Medikamente“ wurde von keinem der Befragten ausgewählt.

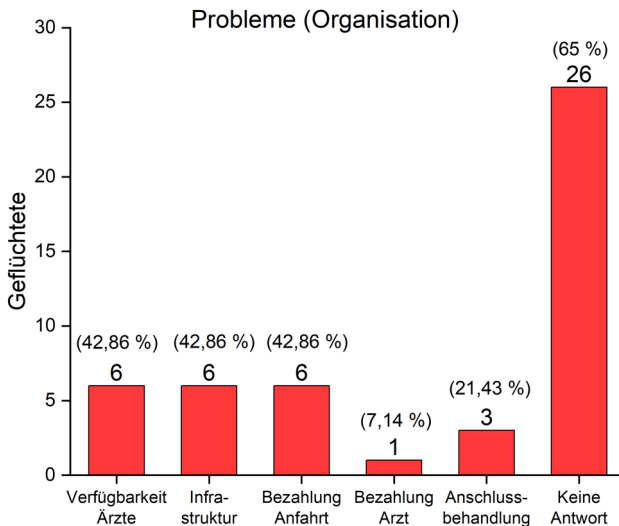


Abbildung 23 - Organisationsprobleme (aus Sicht der Geflüchteten)

Frage 13: „Wie lange dauert es ungefähr, einen Termin bei einem Arzt zu erhalten?“

Auf diese Frage antworteten 39 Geflüchtete (97,5 %). Zur Übersicht wurden die Antworten in Tage eingeteilt. „Ein paar Tage“ wurde dabei als drei Tage definiert, „Ca. eine Woche“ entsprach sieben Tagen. „Ca. zwei Wochen“ wurde definiert als 14 Tage, „Ca. vier Wochen“ entsprachen 28 Tagen und „Mehr als vier Wochen“ wurde als 40 Tage bestimmt. Mehrfachantworten wurden hier nachträglich zugelassen und aus den gegebenen Antworten ein Mittelwert gebildet. Zwei Befragte gaben zwei Kreuze bei „Ein paar Tage“ und „Mehr als vier Wochen“ an, was sich gemittelt auf 21,5 Tage belief. Diese Mehrfachantworten kamen durch die Unterscheidung zwischen Haus- und Facharzt zustande, wie durch handschriftliche Mitteilungen ergänzt wurde. Ein Geflüchteter setzte das Kreuz zwischen die Antworten „Ein paar Tage“ und „Ca. eine Woche“, was sich auf 5 Tage mittelte und eine weitere befragte Person setzte zwei Kreuze bei „Ca. eine Woche“ und „Ca. zwei Wochen“. Bei diesem ergaben sich daraus 10,5 Tage. Die durchschnittliche Wartezeit bis zum Arzttermin belief sich damit allgemein auf 13,65 Tage und reichte von drei („Ein paar Tage“) bis zu 40 Tagen („Mehr als vier Wochen“).

Frage 14.1: „Gab es nach dem Erhalt einer Gesundheitskarte Änderungen bei Ihrer Nutzung der medizinischen Versorgung hinsichtlich der Häufigkeit Ihrer Arztbesuche?“

35 Befragte (87,5 %) antworteten auf diese Frage (s. Abb. 24).

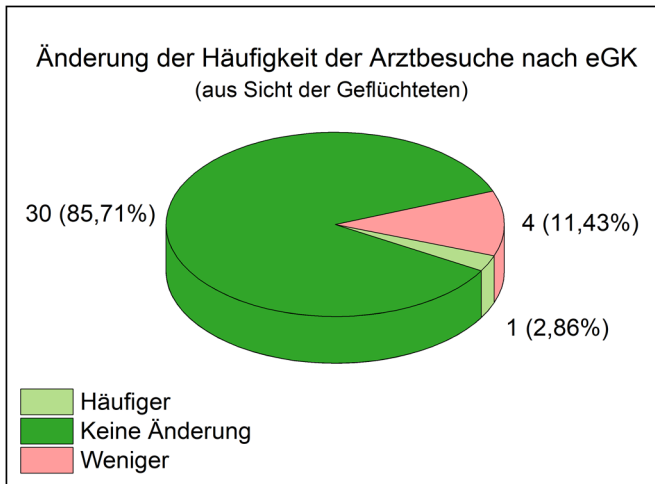


Abbildung 24 - Änderung der Häufigkeit der Arztbesuche durch Geflüchtete nach dem Erhalt einer elektronischen Gesundheitskarte (eGK) (aus Sicht der Geflüchteten)

Frage 14.2: „Gab es nach dem Erhalt einer Gesundheitskarte Änderungen bei Ihrer Nutzung der medizinischen Versorgung hinsichtlich der Umsetzung der Therapiepläne?“

Der Rücklauf betrug bei dieser Frage 87,5 % (35 Teilnehmende). Die Verteilung der Antworten ist in Abb. 25 dargestellt.

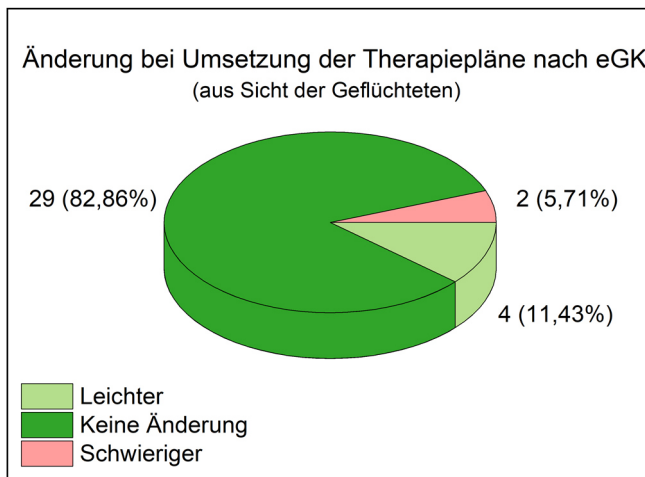


Abbildung 25 - Änderung bei der Umsetzung der Therapiepläne nach dem Erhalt einer elektronischen Gesundheitskarte (eGK) (aus Sicht der Geflüchteten)

Frage 15: „Wie zufrieden sind Sie mit ihrer medizinischen Versorgung?“

Die Antwortquote bei dieser Frage lag bei 100 % (40 Teilnehmende). Eine befragte Person kreuzte die zwei Antworten „Sehr zufrieden“ und „Zufrieden“ an. Zusätzlich ergänzte er handschriftlich ein „oft“ hinter „Sehr zufrieden“ und ein „manchmal“ hinter „Zufrieden“. Da das „oft“ das „manchmal“ überwiegt, wurde diese Antwort als „Sehr zufrieden“ gewertet. Um die Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung quantifizieren zu können, wurden die Kategorien erneut

einem Bewertungssystem zugeordnet. „Sehr zufrieden“ entsprach dabei der 1, „Zufrieden“ der 2, „Nicht zufrieden“ der 3 und „Absolut unzufrieden“ der 4. Aus den gegebenen Antworten (s. Abb. 26) ergab als Mittelwert die Bewertung von 1,775 mit einer Standardabweichung von 0,77.

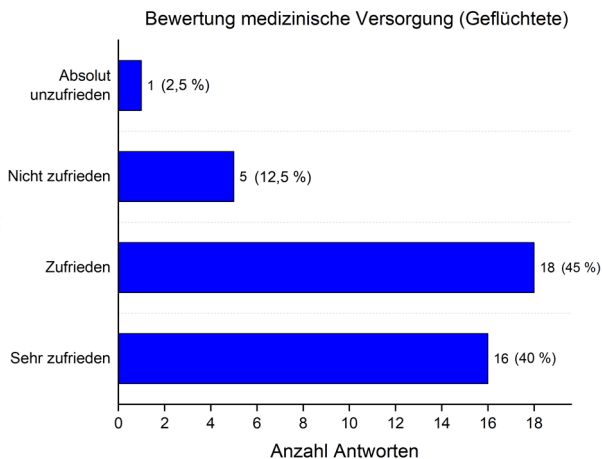


Abbildung 26 - Bewertung der medizinischen Versorgung aus Sicht der Geflüchteten

Frage 16: „Woher haben Sie Informationen über die medizinische Versorgung in Deutschland?“

Auch hier waren Mehrfachnennungen möglich. Es gaben alle 40 Teilnehmende (100 %) Antworten an. In der Kategorie „Andere: ...“

wurden folgende Angaben gemacht: „Unterkunftsbetreiber“ von zwei Befragten, von einem „deutsche Nachbarn“ und von einem „Schule“. Die Zuordnungen dieser Antworten zu den vorhandenen Kategorien sind Tab. 3 zu entnehmen. Von einem Befragten wurde „Arzt“ in der Kategorie „Andere: ...“ angegeben. Da die HÄ üblicherweise erst durch Kontakte, die als weitere Informationsgeber hier angekreuzt wurden („Durch deutsche Freunde/ ehrenamtliche Helfer“, „Durch andere Flüchtlinge“, „Durch professionelle Helfer (z.B. die Caritas)“) vermittelt werden, entfiel hier eine zusätzliche Kategorie.

Tabelle 3 - Zuordnung Informationsquellen Geflüchteter

Gegebene Antwort	Zugeordnete Kategorie
Unterkunftsbetreiber	Professionelle Helfer
Deutsche Nachbarn	Deutsche Freunde / ehrenamtliche Helfer
Schule	Deutsches Amt (Sozialamt, o.ä.)

Außerdem wurden einmal die zwei Antworten „Durch ein deutsches Amt (Sozialamt, Gesundheitsamt, o.ä.)“ und „Ich habe keine Informationen“ angegeben. Da sich diese Antworten ausschließen, war davon auszugehen, dass die Informationen von den Ämtern bezogen wurden, auch wenn diese anscheinend nicht ausreichend waren. Daher wurde diese Angabe der Antwort „Durch ein deutsches

Amt (Sozialamt, Gesundheitsamt, o.ä.)“ zugeordnet. Die sich daraus ergebene Verteilung der Antworten ist in Abb. 27 dargestellt.

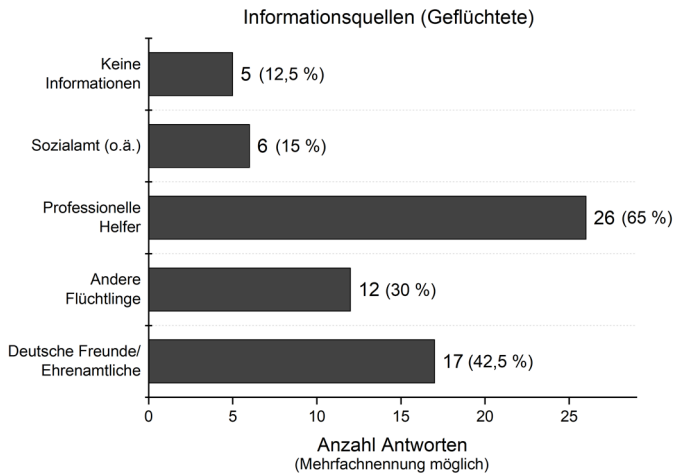


Abbildung 27 - Informationsquellen der Geflüchteten über das medizinische Versorgungssystem (aus Sicht der Geflüchteten)

3.3 Die haupt- und ehrenamtlich Helfenden

Beschreibung der Kohorte

Zu den haupt- und ehrenamtlich Helfenden zählten federführend die Mitarbeitenden der Caritas, die die Erhebung für diese Dissertation unterstützten. Die Regionalleitungen der Caritas gaben die Fragebögen an die einzelnen Mitarbeitenden in den Unterkünften und über diese auch an die ehrenamtlich Helfenden vor Ort weiter. Da Anonymität zugesichert wurde

und die Verteilung über die Regionalleitungen erfolgte, die den Fragebogen als digitale Datei beliebig oft ausgeben konnten, ist die genaue Anzahl ausgegebener Fragebögen nicht bekannt. Der Rücklauf betrug insgesamt 20 ausgefüllte Fragebögen (n=20) in ausgedruckter Version. Diese 20 Fragebögen zählen in der folgenden Einzelauswertung der Einfachheit halber als alle Befragten.

Frage 1: „Was ist Ihr Bezug zu Geflüchteten? Ich bin ...?“

Der Rücklauf betrug 100 % (20 Teilnehmende, s. Abb. 28). Bei einer Antwort fanden sich zwei Kreuze, bei „...Ehrenamtliche/-r“, sowie „...keines der Genannten, sondern Unterkunftsbetreiber“. Des Weiteren kam ein Bogen von einer „GU-Leiterin“ (Gemeinschaftsunterkunft, Anmerkung des Autors). Beide Antworten wurden als „Unterkunftsbetreiber“ gewertet, welche damit zu 10 % vertreten waren und nach oben beschriebener Interpretation im Weiteren als „professionelle Helfer“ gewertet wurden.

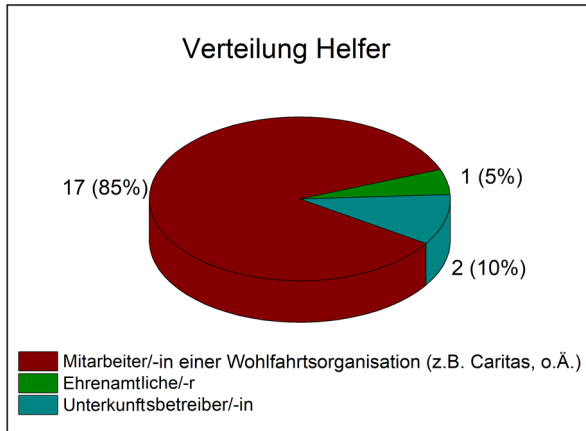


Abbildung 28 - Verteilung der befragten Helfenden

Frage 2: „Wie viele Geflüchtete betreuen Sie derzeit?“

Zur Einordnung des Ausmaßes des Kontakts zu den Geflüchteten wurde gefragt, wie viele Geflüchtete zum Zeitpunkt der Erhebung betreut wurden. Da die Frage offen gestellt war, wurden die Antworten von den Befragten öfter geschätzt, bzw. gerundet. Die Schätzwerte wurden als ganze Zahlen gewertet (so wurden aus „Ca. 50 Geflüchteten“ in dieser Statistik genau 50 Geflüchtete). Bei einer Antwortquote von 100 % (20 Teilnehmende) lag der Durchschnitt bei 134,15 Geflüchteten. Die Spanne der Antworten reichte von 14 bis zu 300 betreuten Geflüchteten.

Frage 3: „Wie lange arbeiten Sie schon mit Geflüchteten?“

Es wurde die Zeit erfragt, die die Befragten bereits mit Geflüchteten arbeiten. Es antworteten 20 Helfende (100 %) auf diese Frage. Hier wurde ein offenes

Frageformat gewählt. Da keine Einheit vorgegeben war, antworteten die Befragten sehr unterschiedlich. Zur besseren Übersicht wurde daher in ganzen Jahren gezählt und die Antworten auf diese gerundet. So ergab sich eine durchschnittliche Zeit von 4,55 Jahren, die die Befragten bereits mit Geflüchteten arbeiten. Dabei reichte die Spanne von 10 Monaten bis zu 25 Jahren.

Frage 4: „Haben Sie Geflüchtete bereits zu medizinischen Behandlungen begleitet?“

Hier antworteten 20 Befragte (100 %), wovon 18 (90 %) diese Frage bejahten. Zwei (10 %) hatten bislang keine Geflüchteten zu medizinischen Behandlungen begleitet.

Frage 4.1: „Falls Ja, wie oft?“

Die Präzisierung der Frage 4 erhält hier zur besseren Übersicht einen separaten Abschnitt. Die beiden Personen (10 %), die in Frage 4 „Nein“ angaben, haben auf diese Unterfrage nicht geantwortet. Ebenso hatte eine helfende Person, die zuvor mit „Ja“ geantwortet hatte, diese Antwort ausgelassen, womit 17 Teilnehmende (85 %) darauf geantwortet haben. Eine helfende Person gab dabei „Fast jedes Mal“ als Antwort an, statt einer Zahlenangabe. Bei 30 versorgten Geflüchteten dieser Person in 2 Jahren und durchschnittlich einem Arztbesuch jedes Geflüchteten pro Monat (entsprechend der Angaben der Geflüchteten in Frage 8 des Geflüchtetenfragebogens) wurde diese Antwort als 720 Mal festgelegt. Es ergab sich ein Durchschnitt von 71,35 Malen, in denen die Geflüchteten von

Helfenden begleitet wurden. Die Spanne der Antworten reichte dabei von einem bis zu 720 Malen.

Frage 5: „Wie würden Sie die medizinische Versorgung der Geflüchteten, die Sie betreuen, bewerten?“

Die Helfenden wurden um eine generelle Einschätzung der medizinischen Versorgung gebeten. Die Antwortquote auf diese Frage lag bei 100 % (20 Teilnehmende, s. Abb. 29).

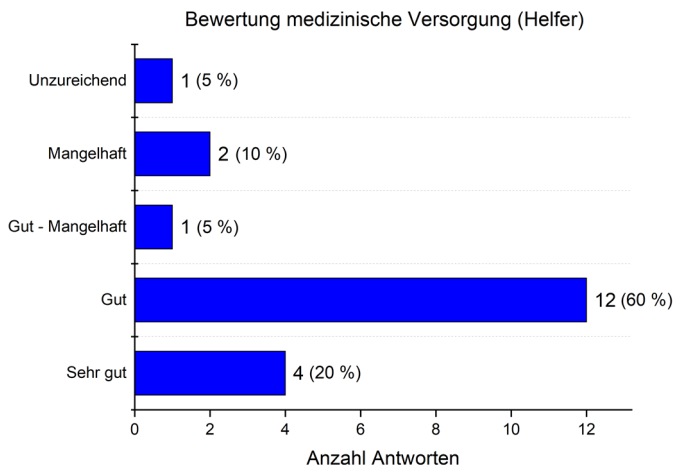


Abbildung 29 - Bewertung der medizinischen Versorgung aus Sicht der Helferinnen

Die Antworten wurden einem Bewertungssystem zugeordnet. Die Bewertung 1 stand für „Sehr gut“, die 2 für „Gut“. „Mangelhaft“ entsprach der 3 und „Unzureichend“ der 4. Eine befragte Person vergab hier zwei Bewertungen und kreuzte „Gut“ und „Mangelhaft“ an. Begründet wurde das von der Person durch die Koppelung an den Kostenträger. Die Versorgung mittels eGK sei

„Gut“, die Versorgung mittels Behandlungsscheins sei „Mangelhaft“. Entsprechend den zwei Bewertungen entsprach diese Antwort der Bewertung 2,5. Im Mittel ergab sich eine Bewertung von 2,03 mit einer Standardabweichung von 0,73.

Frage 6: „Wie häufig wird medizinische Hilfe durchschnittlich (pro Geflüchtetem) in Anspruch genommen?“

Auf die Frage danach, wie häufig die Geflüchteten medizinische Hilfe in Anspruch nehmen, antworteten 20 Helfende (100 %). Zwei davon gaben „Weiß ich nicht“ an. Die übrigen Antworten wurden auf das Jahr hochgerechnet, wobei „Mehrmals im Monat“ als 4 Mal im Monat und damit 48 Mal im Jahr definiert wurde. „Einmal im Monat“ summierte sich in der Wertung auf 12 Mal im Jahr, „Einmal im Halbjahr“ auf 2 Mal im Jahr. „1-2 Mal im Jahr“ wurde als 1,5 Mal im Jahr gewertet und „Noch seltener“ als 0,5 Mal. Eine helfende Person fügte handschriftlich „durchschnittlich vierteljährig“ den Antworten hinzu, weswegen diese Antwort als 4 Mal im Jahr gewertet wurde. Aus den übrigen Antworten ergab sich der Durchschnitt von 19,86 Mal im Jahr. Die gegebenen Antworten lagen dabei zwischen zwei („Einmal im Halbjahr“) und 48 („Mehrmals im Monat“) Mal.

Frage 7: „Wen sprechen die Geflüchteten bei medizinischen Problemen zuerst an?“

Die Antwortquote lag bei 100 % (20 Teilnehmende), wobei eine Antwort (5 %) „Weiß ich nicht“ war und somit nicht mit in die Wertung einging. Den übrigen Antworten wurden, entsprechend des interpretierten Grads der

Selbstständigkeit, den Kategorien zugeordnet und erhielten zur statistischen Verwertbarkeit Zahlenwerte. Obwohl um eine einzelne Antwort im Sinne der Fragestellung, wen die Geflüchteten „zuerst“ ansprechen, gebeten wurde, wurden aufgrund der häufigen (8) Mehrfachantworten, diese nachträglich zugelassen und ein Mittelwert, der der versuchten Antwort entsprach, gebildet. Aufgrund der Ähnlichkeit der Selbstständigkeit bei den Antworten „Sie gehen alleine zum (Haus-)Arzt“ und „Sie gehen alleine in ein Krankenhaus“ erhielten beide Antworten den Zahlenwert 1. „Andere Flüchtlinge“ entsprachen dem Zahlenwert 2, „Deutsche Freunde/ ehrenamtliche Helfer“ dem Zahlenwert 3, „Professionelle Helfer (z.B. die Caritas) dem Zahlenwert 4 und das „Sozialamt (oder anderes Bundesamt)“ dem Zahlenwert 5. In der Zusammenschau der verschiedenen Antworten, inklusive der gebildeten Mittelwerte, ergab sich folgende Verteilung: Zahlenwert 1 wurde nicht vergeben, die Zahlenwerte 2 und 3,5 wurden je zwei Mal (10,53 %) angegeben. Zahlenwert 2,67 wurde von einem (5,26 %), Zahlenwert 2,5 von drei (15,79 %), Zahlenwert 3 von vier (21,05 %) und am häufigsten der Zahlenwert 4 von sieben Befragten (36,84 %) vergeben. Daraus ergab sich im Mittel der Zahlenwert 3,22 mit einer Standardabweichung von 0,72.

Frage 7.1: „Wenn Sie angesprochen werden, wo gehen Sie mit den Geflüchteten hin?“

Die Unterfrage der Frage 7 erhält hier zur besseren Übersicht einen eigenen Abschnitt. Beantwortet wurde diese Unterfrage von allen 20 Teilnehmenden (100 %). Eine befragte Person gab an, in diesem Fall an den Hausarzt, bzw. an Ehrenamtliche zu verweisen, weswegen diese Antwort im Sinne der Frage als „Zum (Haus-)Arzt“ gewertet wurde. Zwei weitere gaben an, dass sie

situationsabhängig entscheiden und kreuzten beide Antworten an. Da es eine rein deskriptive Frage war, werden beide Antworten in diesem Falle gewertet. Alle Befragten (20, 100 %) antworteten mit „Zum (Haus-)Arzt“ und aufgrund der zwei zugelassenen Mehrfachantworten waren es zusätzlich 10 %, die „In ein Krankenhaus“ angegeben haben.

Frage 8: „Woher bekommen Geflüchtete Informationen über die medizinische Versorgung in Deutschland?“

Der Rücklauf bei dieser Frage betrug ebenfalls 100 % (20 Teilnehmende). Mehrfachnennungen waren zugelassen. Keine der befragten Personen gab dabei „Weiß ich nicht“ an, oder dass die Geflüchteten keine Informationen erhielten. Die Verteilung der Antworten ist in Abb. 30 dargestellt.

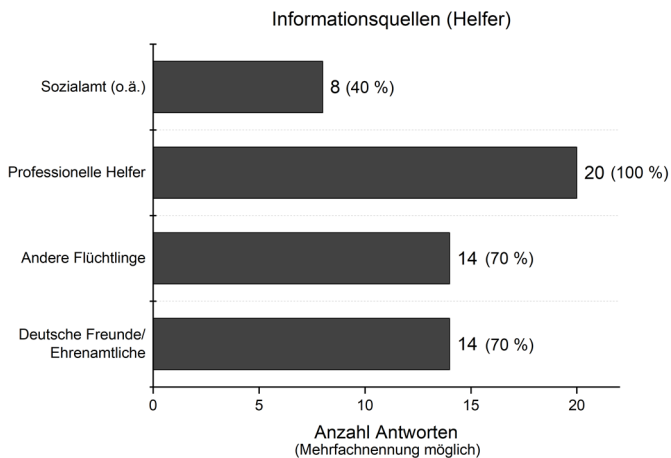


Abbildung 30 - Informationsquellen der Geflüchteten über das medizinische Versorgungssystem (aus Sicht der Helfenden)

Frage 9: „Wie lange dauert es ungefähr, einen Termin bei einem Arzt zu erhalten?“

Die Helfenden wurden ebenfalls gefragt, wie lange die Geflüchteten auf einen Termin bei einem Arzt warten. 20 Befragte (100 %) antworteten auf diese Frage. Um einen statistischen Mittelwert zu erhalten, wurden die Antworten „Ein paar Tage“ als vier Tage, „Ca. eine Woche“ als sieben Tage, „Ca. zwei Wochen“ als 14 Tage und „Ca. vier Wochen“ als 28 Tage definiert. „Mehr als vier Wochen“ wurde als 40 Tage definiert. Auch hier wurden häufig Mehrfachantworten gegeben, die auf den Unterschied zwischen Haus- und Facharzt zurückzuführen waren. Die Antworten wurden dennoch gewertet und ein Mittelwert gebildet, um einen allgemeinen Eindruck zu erhalten. Eine befragte Person gab zwei Antworten an und ergänzte „Ca. vier Wochen“ handschriftlich durch „mit KK“ (eGK – Anmerkung des Autors), sowie „Mehr als vier Wochen“ durch „mit Behandlungsschein bis zu 3 Monate“. Aus allen gegebenen Antworten wurde, unter Berücksichtigung der Mehrfachantworten, ein Mittelwert von 14,45 Tagen errechnet. Die Antworten reichten dabei, den o.g. Zuordnungen entsprechend, von vier bis 40 Tagen.

Frage 10: „Haben Sie den Eindruck, dass die Geflüchteten wissen, bzw. verstehen, wie sie im Krankheitsfalle (z.B. Fieber, Knochenbrüche, starke Schmerzen, anhaltende Beschwerden) vorgehen sollten?“

Die Antwortquote bei dieser Frage lag bei 95 % (19 Teilnehmende). Eine befragte Person kreuzte „Nein“ an und schrieb handschriftlich „Teils/teils“ dazu. Da das „Nein“ angekreuzt wurde, schien diese Antwort zu überwiegen und wurde daher als solche gewertet. Somit antworteten 14 (73,68 %) mit

„Ja“ auf die Frage, ob die Geflüchteten im Krankheitsfalle wissen, wie sie vorzugehen haben und 5 (26,32 %) mit „Nein“.

Frage 10.1: „Falls Nein, warum nicht?“

Eine befragte Person schrieb, obwohl er zuvor „Ja“ angekreuzt hatte, dass die Terminvereinbarung dennoch häufig an der Sprachbarriere scheitere. Die anderen Helfenden gaben an, dass das Procedere im Krankheitsfall nicht allen Geflüchteten vertraut sei, es jedoch auch einige Ausnahmen gäbe und es sehr von den Personen selbst abhinge, wie gut das Verständnis sei. In diesen Fällen dürfte es daher kein generelles Problem gewesen sein. Die Sprachbarriere war aber, ausgehend von den Kommentaren, auch hier anscheinend das größte Hindernis.

Frage 11: „Gibt es Probleme beim Zugang der Geflüchteten zu medizinischer Versorgung?“

Als Nächstes wurde allgemein gefragt, ob es Probleme beim Zugang der Geflüchteten zur medizinischen Versorgung gab. Eine Präzisierung erfolgte in den folgenden Fragen, welche nur auszufüllen waren, sollte hier die Antwort „Ja“ angekreuzt werden. Alle 20 Teilnehmende (100 %) gaben hier eine Antwort (s. Abb. 31).

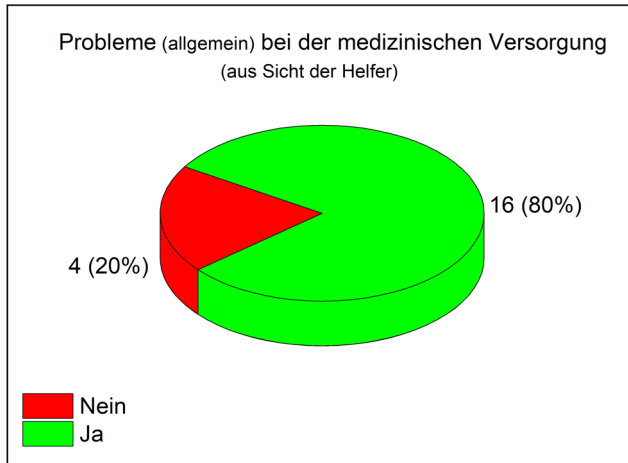


Abbildung 31 - Auftreten von Problemen bei der medizinischen Versorgung (aus Sicht der Helfenden)

Frage 11.1: „Probleme mit der Kommunikation während der medizinischen Versorgung“

Zwei Befragte (10 %) ließen hier die Antwort frei und somit antworteten 18 (90 %). Dabei antworteten auch zwei helfende Personen, die zuvor angaben, dass es keine Probleme mit der medizinischen Versorgung gäbe. Diese Antworten wurden mitgewertet, obwohl sie sich anscheinend nicht auf die allgemeine Versorgung auswirken. Mehrfachantworten waren zugelassen. 18 (100 %) derjenigen, die eine Antwort gegeben haben, gaben die „Sprachverständigung“ als Problem an, jeweils 16 (88,89 %) die „Verständigung über die notwendige Diagnostik“ und die „Verständigung über den Therapieplan“. Die Verständigung über den Arzttermin an sich

gaben 13 (72,22 %) als problematisch an und 8 (44,44 %) klagten über die „Freundlichkeit der Ärzte/ des medizinischen Personals“.

Frage 11.2: „Probleme mit der Organisation der medizinischen Versorgung“

Bezüglich der Organisation der medizinischen Versorgung wurden ebenfalls von 18 (90 %) Teilnehmenden Probleme benannt. Dabei antworteten auch zwei Helfende, die zuvor angaben, dass es keine Probleme mit der medizinischen Versorgung gäbe. Diese Antworten wurden mitgewertet, obwohl sie sich anscheinend nicht auf die allgemeine Versorgung auswirken. Der größte Kritikpunkt von zwölf (66,67 %) der Helfenden war die mangelnde Verfügbarkeit des ärztlichen Personals. Elf (61,11 %) klagten über Probleme mit der Anfahrt, bzw. mangelhafter Infrastruktur, neun (50 %) über die Organisation der Anschlussbehandlungen, acht (44,44 %) über die Bezahlung der Anfahrt und zwei (11,11 %) Helfende beklagten Probleme bei der Bezahlung des Arztbesuchs an sich. Probleme bei der Erhältlichkeit notwendiger Medikamente gab keine der teilnehmenden Personen an.

Frage 12: „Wie würden Sie die Unterstützung von deutschen Behörden in Hinblick auf die medizinische Versorgung beurteilen?“

Bei dieser Frage betrug der Rücklauf 100 % (20 Teilnehmende). Die vergebenen Beurteilungen wurden daher zur besseren statistischen Auswertung bewertet, wobei die Bewertung 1 dem „Sehr gut“, die 2 „Gut“, die 3 „Nicht gut“ und die 4 der Bewertung „Schlecht“ entsprach. Eine helfende Person setzte das Kreuz zwischen die Antworten „Gut“ und „Nicht gut“, weswegen diese Antwort die 2,5 erhielt. Aus der Verteilung von je vier Antworten (20 %) für die Bewertungen 1 und 2, je einer (5 %) für die 2,5 und 4 und zehn (50 %) für die 3 ergab sich ein Mittelwert von 2,43 mit einer Standardabweichung von 0,88.

Frage 13: „Wie häufig war bei den Arztterminen keine Kommunikation ohne Übersetzer möglich?“

Die Helfenden wurden gebeten einen Schätzwert anzugeben. Alle 20 Teilnehmende (100 %) gaben einen Wert an. Eine befragte Person gab als Antwort „50-80 %“, was im Mittel 65 % entspricht und daher als solches gewertet wurde. Aus den gegebenen Antworten ließ sich der Mittelwert von 48,5 % ableiten. Die Spanne reichte dabei von 10 % bis 90 %.

Frage 14: „Wie viel Prozent Ihrer ehrenamtlichen Arbeitszeit wenden Sie pro Woche für die Unterstützung von Geflüchteten bei gesundheitlichen Problemen auf?“

Des Weiteren wurden die Helfenden um eine Schätzung gebeten, wie viel ihrer wöchentlichen Arbeitszeit für die Unterstützung Geflüchteter in Gesundheitsfragen aufgewendet wird. 13 Befragte (65 %) gaben eine Schätzung ab. Eine helfende Person ergänzte handschriftlich: „Ich arbeite hauptamtlich“. Diese Ergänzung wurde als Kommentar vermerkt und die Antwort als gültig gewertet. Zwei der teilnehmenden Personen gaben als Antwort „0 %“ an. Da sie den Fragebogen jedoch beantwortet haben, schienen sie doch mit dem Thema befasst zu sein, auch wenn es bei ihnen selbst nur wenig Zeit in Anspruch zu nehmen schien. Im Durchschnitt wendeten die Befragten 16,77 % ihres wöchentlichen Arbeitszeitbudgets auf. Die Spanne der gegebenen Antworten reichte von 0 % bis 50 %.

Frage 15: „Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Arbeit von der Bundesrepublik Deutschland ausreichend gewürdigt wird?“

Auf die letzte Multiple-Choice-Frage antworteten 19 Helfende (95 %). Die Kategorisierung erfolgte auch hier durch die Zuteilung von Zahlenwerten. Zahlenwert 1 für die Antwort „Ja“ (entsprach einer hohen Anerkennung), Zahlenwert 2 für „Teilweise“, Zahlenwert 3 für „Eher nicht“ und Zahlenwert 4 für die Antwort „Absolut nicht“ (entsprach einer unzureichenden Anerkennung). Durch die Verteilung von drei (15,79 %) für den Zahlenwert 1, sechs (31,58 %) für den Zahlenwert 2, acht (42,11 %) für den Zahlenwert 3 und zwei (10,53 %) für den Zahlenwert 4 ergab sich im Durchschnitt der Zahlenwert 2,47 mit einer Standardabweichung von 0,90.

Frage 16 und 17: „Was sind Ihrer Meinung nach die größten Probleme beim Zugang von Geflüchteten zur medizinischen Versorgung“ und „Was könnte diesbezüglich konkret verbessert werden?“

Die letzten beiden Fragen wurden als offene Fragen gestellt und gaben den Helfenden Platz für ihre persönliche Meinung über die größten Probleme in der medizinischen Versorgung, sowie konkreten Lösungsvorschlägen. Die Möglichkeit zur Problembenennung wurde von allen 20 Teilnehmenden (100 %) genutzt, wobei bei der Frage nach konkreten Lösungsvorschlägen vier Befragte (20 %) keine Antwort gaben.

Die gegebenen Antworten werden wörtlich in den nachstehenden Tabellen (Tab. 4 und Tab. 5) aufgeführt und kategorisiert. Doppelt genannte und sinnverwandte Kommentare werden nur einmal angegeben.

Tabelle 4 - Probleme bei medizinischer Versorgung (aus Sicht der Helfenden), ALG – Arbeitslosengeld, AsylbLG – Asylbewerberleistungsgesetz

Genannte Probleme	Kategorie
<ul style="list-style-type: none"> • Sprachbarriere • teilweise Sprache (abhängig von vielen Faktoren) • Kommunikationsprobleme • Dolmetscher • Schwierigkeiten, selbstständig Termine auszumachen (viele Fragen bei der Anmeldung, die nicht verstanden werden) • keine psychotherapeutischen Angebote und Traumatherapie in Muttersprache 	Sprachbarriere
<ul style="list-style-type: none"> • Mangelhafte oder schlechte Infrastruktur • Facharzttermine • Organisation der Termine • Verfügbarkeit von Spezialisten • Es sind nicht ausreichend Ärzte in der ländlichen Gegend vorhanden; besonders mangelt es an Fachärzten • Fehlende Kinderärzte • Termenschwierigkeiten z.B. bei Psychiatern 	Organisationsprobleme

<ul style="list-style-type: none"> • Viele Ärzte nehmen keine neuen Patienten auf • Kostenübernahme • Keine Gelder für Dolmetscherkosten • wenig Helfer die bei Terminen begleiten 	
<ul style="list-style-type: none"> • AsylbLG • Krankenscheine • Übergang von AsylbLG zu ALG 2 („Versicherungslücke“) • Übergang von Sozialamt zu Jobcenter → Versicherungslücken entstehen • hoher Bürokratismus (Genehmigung von Fachbehandlungen, Ausstellung von Scheinen pro Quartal) • teilweise lange Überprüfungszeiten bei Psychotherapie u. aufwändigen Diagnosemethoden durch die Gesundheitsämter • Aufklärung über das Gesundheitssystem, Aufklärung über Rechte + Pflichten 	Administrative Probleme
<ul style="list-style-type: none"> • fehlende Eigeninitiative bei den Flüchtlingen 	Kulturelle Probleme

<ul style="list-style-type: none"> • Einhaltung von Termin seitens der Flüchtlinge • Anderes Verständnis von Zeit bei den Geflüchteten • zu starke Inanspruchnahme wegen Kleinigkeiten (Selbstversorgung mit nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten in Apotheke) • Ablehnung der Behandlung v. Geflüchteten • Anforderung d. Geflüchteten zur Behandlung durch einen gleichgeschlechtlichen Arzt, bzw. Therapeuten 	
---	--

Tabelle 5 - Verbesserungsvorschläge der Helfenden

Verbesserungsvorschläge	Kategorie
<ul style="list-style-type: none"> • Mehr Dolmetscher/in zur Verfügung stellen • Bereitstellung von Geldern für Dolmetscherdienste • Einsatz von Sprachmittlern in medizinischen Einrichtungen • Dolmetscher – Netzwerk 	Sprachbarriere
<ul style="list-style-type: none"> • Den Ärztemangel beseitigen • Mehr Spezialisten, bessere Infrastruktur 	Organisationsprobleme

<ul style="list-style-type: none"> • Niederschwellige medizinische Betreuung als Anlaufstelle • Ausbau des Hausarztangebots auf dem Land (Überlastung der vorhandenen Praxen) • Mehr kassenärztliche Zulassungen • Bessere Steuerung der Verteilung fachärztlicher Niederlassungen (Bsp.: keine Kummulation von (Fach-)Ärzten um Städte wie in Höchberg) • Die Infrastruktur verbessern, z.B. durch Citybusse, die auch von Ehrenamtlichen gefahren werden können • kleine Busse einsetzen, die auch in den Ferienzeiten fahren 	
<ul style="list-style-type: none"> • Gesetze ändern • Reibungsloser Übergang von Sozialamt zu Jobcenter • bessere Zusammenarbeit der Behörden, niederschwellige Angebote • Die Politik, die Ämter müssen den Ärztemangel zugeben und handeln • Wir bekommen nur die Antwort, dass der Bedarf gedeckt ist; weil man ja dafür arbeiten muss. Die 	<p style="text-align: center;">Administrative Probleme</p>

<p>Bereitschaft, zu handeln, ist nicht vorhanden</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einführung der Gesundheitskarte für Flüchtlinge in Bayern • Ausbau der Angebote von Psychologen (v.a. muttersprachliche Angebote) • Gesundheitskurse verstärkt anbieten • Es kommt aus oben genannten Problemen 	
<ul style="list-style-type: none"> • Vorarbeit leisten (Dolmetscher) und Pünktlichkeit bei den Terminen • Personen darauf hinweisen den Arzt bei akuten Beschwerden aufzusuchen • Mehr von den Flüchtlingen verlangen (sich in Struktur lernen zurechtzufinden, Deutschkenntnisse (vor allem, wenn Flüchtlinge schon lange da sind)) • Mehr Toleranz beiderseits 	<p>Kulturelle Probleme</p>

4 Diskussion

4.1 Allgemein

In dieser Arbeit konnte erfolgreich ein Bild der medizinischen Versorgungssituation der Geflüchteten in den dezentralen Unterküften hergestellt werden. Dieses dient als Ausgangspunkt für einen Vergleich zur Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften und dezentralen Unterküften in Unterfranken.

Die vorgelegten Ergebnisse sind nicht repräsentativ für die medizinische Versorgungssituation aller in Unterfranken dezentral untergebrachten Geflüchteten. Diesem Anspruch konnte aufgrund der begrenzten Ressourcen dieser Arbeit nicht Rechnung getragen werden. Die Ergebnisse sind daher ein auf subjektiven Befragungen basierendes Abbild der Ansichten der betroffenen Geflüchteten, HÄ und ehrenamtlich sowie professionell Helfenden.

Um die Bereitschaft zur Teilnahme zu erhöhen, wurde der Umfang der Fragebögen auf unter 20 Fragen begrenzt, wodurch die Aussagekraft einzelner Antworten durch den Mangel an weiteren Nachfragen vermindert wurde. Sogar trotz dieser Begrenzung zeigte sich jedoch eine eingeschränkte Teilnahme an den Befragungen, welche den Zweck dieser Übersichtsarbeit zwar erfüllt, für repräsentative Aussagen über die Gesamtheit der in Unterfranken untergebrachten Geflüchteten allerdings nicht ausreicht.

Durch diese Begrenzung blieb ebenfalls kein Platz für präzisere Fragen, wodurch der Interpretationsspielraum der gegebenen Antworten erhöht

wurde. Der Erhöhung wurde versucht, durch die Möglichkeit der Kommentare in den offenen Fragen am Ende der Fragebögen zu begegnen, wobei jedoch nicht alle Fragen kommentiert wurden und die Geflüchteten in ihren Fragebögen keine offene Frage für eventuelle Kommentare nutzen konnten. Es zeigte sich, dass an dieser Stelle eine zusätzliche, offene Frage angebracht gewesen wäre, um Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge der Geflüchteten mit einzubeziehen. Somit fehlen dieser Arbeit konkrete Verbesserungsvorschläge von Seiten der Geflüchteten.

Die Auswahl des befragten ärztlichen Personals war auf die zuständigen HÄ der Region Unterfranken begrenzt worden und somit nicht repräsentativ für alle in Unterfranken tätigen Ärztinnen und Ärzte. Bei den gegebenen Antworten war zu beachten, dass die handschriftlichen Kommentare oder mehrfach gegebene Antworten der per Fax befragten HÄ einen nicht unerheblichen Einfluss auf die gegebenen Antworten hatten. Diese Möglichkeit, welche ursprünglich bei der Erstellung der Fragebögen nicht angedacht war, blieb den teilnehmenden HÄ, die auf die starre online-Version des Fragebogens zurückgriffen, verwehrt.

Die Vergleichbarkeit zwischen den befragten Gruppen wurde dadurch erschwert, dass die Fragebögen nicht identisch waren. Es wurde versucht, im Rahmen der kurzen Fragebögen ähnliche Fragen zu stellen, welche die gleichen Antwortmöglichkeiten hatten, um so eine Vergleichbarkeit herzustellen. In einigen Bereichen ließ dieses Verfahren einen Vergleich zu, andere Bereiche hingegen zeigten nur die Sicht der einzelnen befragten Gruppen. Diese Ergebnisse waren somit als subjektive Einschätzungen zu deuten, während die anderen Bereiche durch die Ergebnisse verschiedener Blickwinkel dem tatsächlichen Stand der Lage aus objektiver Sicht näherkamen.

Weitere Einschränkungen stellen unpräzise Formulierungen dar, auf die im Folgenden hingewiesen wird. Ein ausführlicherer Fragebogen mit mehr Fragen zu den einzelnen Untergruppen oder genaueren Nachfragen zu einzelnen Unterpunkten wäre nötig gewesen, um solche Missverständnisse zu vermeiden. So bezieht sich auch die Auswertung auf die durch den Allgemeineindruck entstandenen Schlussfolgerungen. Einzelne Unterkünfte, in denen die medizinische Versorgung besser oder schlechter funktioniert, fallen möglicherweise zu wenig ins Gewicht. Ebenso wurden die Ergebnisse der einzelnen Befragten einander gleichgesetzt. So wurden beispielsweise die Aussagen der HÄ mit wenigen, unselbstständig erscheinenden Geflüchteten denen der Kollegen mit vielen, sehr selbstständigen Geflüchteten gleichgesetzt. Dadurch wurden die Aussagen möglicherweise nicht dem jeweiligen Erfahrungsgrad gerecht. Hinzu kommt, dass zur besseren Verwertbarkeit der Fragen den Antworten, bspw. nach Häufigkeiten, eine willkürliche Zuordnung gegeben wurde („Mehrere Male im Monat“ definiert als 4 Mal im Monat), die nicht zwingend der Realität entsprach. Durch diese Einschränkungen könnte es zu Verzerrungen gekommen sein.

Zuletzt gilt es noch zu berücksichtigen, dass die Belegung der dezentralen Unterkünfte seit Durchführung der Befragung rückläufig ist und sich die aktuelle Situation zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dieser Studie bereits anders darstellt als zum Zeitpunkt der Erhebung der verwendeten Daten.

4.2 Beteiligung

Es konnte bei allen Gruppen, die befragt wurden, eine gute Beteiligung an der Befragung erreicht werden. Besonders bei den HÄ war eine Beteiligung von knapp 42 %, angesichts der strikten Patiententaktung und der häufigen Anfragen zur Teilnahme an wissenschaftlichen Studien, wie besonders bei der telefonischen Vorabfrage deutlich wurde, eine sehr gute Beteiligung, die das Interesse an der Thematik erkennen ließ. Angesichts der Begrenzung der Befragung auf den Raum Unterfranken und die eingeschränkten Ressourcen dieses Projekts waren auch die Beteiligung von 40 Geflüchteten und 20 ehrenamtlich oder professionell Helfenden ein gutes Ergebnis. Der Rücklauf in diesen Gruppen war schwer einzuordnen angesichts des Umstands, dass die genaue Anzahl ursprünglich angesprochener Geflüchteter sowie helfenden Personen unklar ist. Auf Nachfrage bei der Fachbereichsleitung innerhalb der Caritas wurde jedoch zurückgemeldet, dass dies einen „erwartungsgemäßen“ Rücklauf darstelle.

Zur besseren Erreichbarkeit der Geflüchteten wurde auf die Unterstützung der haupt- und ehrenamtlich Helfenden in den Unterkünften zurückgegriffen. Diese wurde gebeten, die Befragungen persönlich durchzuführen, weswegen auch auf die Übersetzung der Fragebögen in verschiedene Sprachen verzichtet wurde. So wurde zwar eine höhere Teilnehmendenzahl ermöglicht, jedoch war die Auswahl der teilnehmenden Geflüchteten sowie die korrekte Umsetzung der Befragung schwer nachzuvollziehen. So ist es möglich, dass vermehrt gut integrierte Geflüchtete mit besseren Deutschkenntnissen die Fragebögen, trotz anderslautender Maßgabe, zur eigenständigen Bearbeitung erhielten, welche ein besseres Verständnis des Gesundheitssystems haben. Dies wäre auch eine mögliche Erklärung anderer Unstimmigkeiten, neben der Einschätzung der Sprachkenntnisse, zwischen

Geflüchteten und Helfenden. Bei den Befragten mit geringeren Deutschkenntnissen, bei denen die Helfenden bei der Ausfüllung des Bogens halfen, ist es weiterhin möglich, dass die Helfenden, wenn auch unabsichtlich, ihre eigene Meinung bei der Beantwortung der Fragen einfließen ließen, wodurch die Aussagekraft der Antworten eingeschränkt wurde. Des Weiteren wurde den Geflüchteten im Anschreiben der Fragebögen und durch die vor Ort agierenden Helfenden ihre Anonymität zugesichert. Es ist jedoch davon auszugehen, dass trotz dessen einige Fragen aus Angst vor persönlichen Konsequenzen positiver beantwortet wurden, als es die Situation rechtfertigte. Zusätzlich zeigten persönliche Erfahrungsberichte von Helfenden und anderen in der Arbeit mit Geflüchteten involvierten Personen (bspw. Angehörige des Pflegeberufs) an anderer Stelle, dass bei Fragen zur Thematik der Geflüchteten häufig auch Erfahrungen anderer Personen (je nach Situation Geflüchtete oder auch Helfende) als der Befragten beschrieben werden. Dem wurde versucht, durch die direkte Ansprache in den Fragebögen entgegenzuwirken, jedoch war ein Einfluss dadurch nicht auszuschließen.

4.3 Angaben zu Helfenden und Hausärzt(inn)en

An der Umfrage nahmen zum großen Teil die „professionellen Helfer“, also die Mitarbeitenden der Caritas (85 %) bzw. Unterkunftsbetreibende (10 %) teil. Ehrenamtlich Helfende waren nur durch eine teilnehmende Person vertreten. Alle zeichneten dabei ein ähnliches Bild der Situation, sodass zwischen diesen Gruppen nicht unterschieden werden musste. Durchschnittlich betreuten die Befragten dabei 134 Geflüchtete, wobei es deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Helfenden gab. Jedoch

betreuten nur zwei Helfende zum Zeitpunkt der Erhebung weniger als 50 Geflüchtete, weswegen man allgemein von einem hohen Erfahrungsschatz ausgehen konnte. Eine vorgegebene Einheit bei Frage Nr. 3 der Helfenden („Wie lange arbeiten Sie schon mit Geflüchteten“) oder eine Bezugsgröße bei Frage Nr. 4 der Helfenden („Haben sie Geflüchtete bereits zu medizinischen Behandlungen begleitet“ – „Falls Ja, wie oft?“; hierbei bspw. „pro Jahr“ oder „pro Monat“) hätten helfen können, die gegebenen Antworten vergleichbarer zu machen. Dadurch wurde ein größerer Interpretationsspielraum für die Befragten gelassen, der das Ergebnis aufgrund mangelnder Vergleichbarkeit möglicherweise verfälscht hat. Das Ergebnis wurde damit zwar unschärfer, jedoch ist nicht davon auszugehen, dass dadurch eine falsche Tendenz entstanden ist. Somit erbrachten diese Fragen genug Informationen, um den Erfahrungsgrad der Helfenden hinsichtlich der medizinischen Versorgung der Geflüchteten einschätzen zu können.

Die durchschnittliche Zeit, welche die Befragten bereits mit Geflüchteten arbeiteten, lag demnach bei 4,5 Jahren, wobei die meisten Teilnehmenden eine kürzere Zeit angaben und der Durchschnitt durch wenige, sehr erfahrene Mitarbeitende nach oben verschoben wurde. So arbeiteten nur drei Helfende bereits über 10 Jahre mit Geflüchteten. Ein Großteil der Befragten arbeitete also noch nicht sehr lange in dem Bereich. Es war davon auszugehen, dass sich durch den unerwartet hohen Zustrom an Geflüchteten in den letzten Jahren das Arbeitsspektrum der professionell Helfenden gewandelt hat bzw. zuvor unbeteiligte Menschen diesen Weg beruflich einschlugen oder ein Ehrenamt übernahmen. Da jedoch gezeigt werden konnte, dass die Menge an betreuten Geflüchteten nicht mit der Dauer der Beschäftigungszeit korrelierte, konnte aus dieser kein Rückschluss über die vorhandene Erfahrung gezogen werden. Mit 90 % hatten nahezu alle Helfende bereits selbst häufig Geflüchtete zu medizinischen Behandlungen begleitet und

konnten somit aus eigener Erfahrung berichten, sodass von validen Angaben ausgegangen werden konnte. Der Durchschnitt von begleiteten Arztbesuchen lag bei fast 70 Malen, wobei jedoch zu bemerken war, dass es nur drei Helfende gab, die häufiger als 50 Mal Geflüchtete zu medizinischen Untersuchungen begleitet hatten. Die Mehrheit hatte bislang maximal 30 Mal Geflüchtete begleitet. Dennoch war festzustellen, dass es Helfende gab, die trotz „nur“ ein bis zwei Begleitungen pro Tag 50 % ihrer Arbeitszeit aufwenden mussten.

Die HÄ betreuten im Durchschnitt fast 30 Geflüchtete pro Monat, wobei es deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Praxen gab. So behandelten nur 25 % der HÄ mit ca. 80 Geflüchteten im Monat mehr Patient(inn)en als der Durchschnitt, bei der Hälfte der HÄ waren es sogar weniger als 5 Geflüchtete im Monat. Dabei war nicht zu erkennen, ob die Antwort sich auf die Anzahl der behandelten Patient(inn)en oder die Anzahl der Patientenkontakte bezog. Daher wäre möglich, dass eine höhere Anzahl von Patientenkontakten eine höhere Patientenzahl vortäuschte, was sich im Rahmen dieser Erhebung jedoch nicht vermeiden ließ. Laut des Ärztemonitors 2018, in Auftrag gegeben von der kassenärztlichen Bundesvereinigung (kurz: KBV) und dem Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V. (NAV – Virchow – Bund), versorgte ein einzelner Hausarzt (bundesweit gesehen, nicht auf Unterfranken begrenzt) durchschnittlich 52,5 Patient(inn)en am Tag (28). Auf den Monat hochgerechnet ergab das bei 20 Werktagen 1050 Patient(inn)en. Der Anteil von durchschnittlich etwa 29 Geflüchteten war mit 2,7 % also sehr gering. So konnte man an dieser Stelle nicht von einer großen Belastung sprechen. Dennoch zeigte sich, dass dieses Thema nahezu jeden Hausarzt in den ländlicheren Regionen Unterfrankens zu betreffen schien und die Angaben auf eigenen Erfahrungen basierten. Auch die Fragebögen der Teilnehmenden, welche nur im Notdienst Kontakt hatten,

waren verwertbar und halfen dabei, ein besseres Gesamtbild zu erzeugen, das auch auf der Notfallversorgung basierte und nicht ausschließlich auf der Arbeit in den Praxen.

4.4 Demographische Daten der Geflüchteten

Die Fragebögen der Geflüchteten zeigten eine inhomogene Verteilung der Befragten. So bestand die Gruppe aus überwiegend Männern (65 %, Frauen 35 %) im durchschnittlichen Alter von 31 Jahren, die überwiegend aus Syrien und Afghanistan stammten. Die Verteilung der Geschlechter (überwiegend Männer) und die am häufigsten genannten Herkunftsländer Syrien und Afghanistan entsprachen der allgemein vorgelegten Statistik für Unterfranken, auf die bereits in der Einleitung dieser Arbeit eingegangen wurde (siehe Kapitel „Hintergründe“). In der besagten Erfassung wurde noch Somalia als häufiges Herkunftsland benannt, wobei das in dieser Erhebung nicht bestätigt wurde. Hier lag der Anteil der somalischen Teilnehmenden bei 2,7 % aller Befragten und damit deutlich unter dem zu erwartenden Wert. Dies war am ehesten durch die geringe Fallzahl zu erklären. Auch die HÄ bestätigten, dass die Herkunftsländer Syrien (von 97,1 % der HÄ angegeben) und Afghanistan (von 61,8 % angegeben) auffallend häufig in den Praxen vertreten waren. Ursächlich waren, laut den Jahresreporten von Amnesty International 2017/2018, u.a. Krieg, Terror und Menschenrechtsverletzungen, vor denen die Menschen aus diesen Ländern flohen oder durch die sie vertrieben worden sind und eher nachrangig wirtschaftliche Gründe (29) (30). In ihrer Befragung zeigte sich zudem eine

große Bandbreite von Ländern aus dem arabischen, dem osteuropäischen und afrikanischem Raum.

Die Mehrheit an Männern kam vermutlich dadurch zustande, dass junge Männer noch eher Zwangsrekrutierungen und Tod in den Kriegsgebieten zu befürchten haben, wie Günter Burkhardt von „Pro-Asyl“ 2015 dem Nachrichtenmagazin *Spiegel Online* in einem Artikel berichtete (31). Auch Bernd Mesovic von „Pro-Asyl“ sagte 2015 der Süddeutschen Zeitung im Interview, dass eher Männer, aufgrund ihrer besseren Chancen, die gefährliche Reise zu körperlich zu überstehen und nach Ankunft eine Arbeitsstelle zu finden auf die Reise geschickt würden (32). Beide Befragten beschreiben ebenfalls die höheren Gefahren der Flucht für Frauen, insbesondere die Angst vor sexuellen Übergriffen, welche die Geschlechtsverteilung in Richtung der Männer erkläre (31) (32).

Nahezu alle Geflüchteten befanden sich zum Zeitpunkt der Erhebung bereits seit über einem Jahr in Deutschland. Die Ansichten der sich erst kurz in Deutschland aufhaltenden Geflüchteten erscheint damit als unterrepräsentiert. Auch wurden möglicherweise einige schlecht oder aber auch besonders gut angebundene Unterkünfte nicht in die Befragung eingeschlossen.

4.4.1 Aufenthaltsstatus

Eine knappe, relative Mehrheit von 17 Befragten (43,6 %) war bereits als Asylberechtigte/r oder als Flüchtling anerkannt worden. Der Unterschied

zwischen Anerkennung als Asylberechtigte/r und Anerkennung als Flüchtling besteht in der rechtlichen Grundlage. Der/die Asylberechtigte ist auf Grundlage des Art. 16a Grundgesetz anerkannt, der Flüchtling nach §3 AsylG. Im Alltag wird keine Unterscheidung im Sinne der zugestandenen Leistungen (Aufenthaltsdauer, Arbeitsrecht, Recht auf Niederlassung, Familiennachzug) gemacht. Diese Leistungen empfangen beide Subgruppen gleichermaßen, daher bestand kein Unterschied in der Behandlung und die Status waren im Sinne dieser Arbeit als gleichberechtigt zu werten (33). Daher wurde die Antwortmöglichkeit „Anerkennung als Flüchtling“ nicht von vornherein zur Auswahl gestellt. Da diese Antwortmöglichkeit jedoch fehlte, wurde diese Gruppe bei der Befragung eventuell falsch abgebildet und versehentlich anderen Gruppen zugeordnet. Auf die Verwertbarkeit der folgenden Fragen hatte dies jedoch keinen Einfluss. Mit 16 Befragten (41 %) befanden sich fast genauso viele Geflüchtete noch im laufendem Asylverfahren. Die übrigen Teilnehmenden waren geduldet oder wussten ihren Aufenthaltsstatus nicht. Das zeigte die Belastung, der die Behörden ausgesetzt waren. Angesichts der hohen Asylantragszahlen der letzten Jahre (s. Einleitung) waren lange Wartezeiten häufig geworden, wie aus Antworten der Bundesregierung auf wiederholte „Kleine Anfragen“ mehrerer Abgeordneter sowie der Fraktion *DIE LINKE* hervorging. Demnach lag die durchschnittliche Bearbeitungsdauer bis zur behördlichen Entscheidung im Jahr 2016 bei 7,1 Monaten, im Jahr 2017 bei 10,7 Monaten und im Jahr 2018 (Zeitraum 01. Januar - 30. September 2018) bei 7,9 Monaten. Dabei fiel auf, dass über den Asylantrag der Geflüchteten aus Syrien (2016: 3,8 Monate, 2017: 7,0 Monate, 2018 (bis 30. September 2018): 5,0 Monate) schneller entschieden wurde als über die Anträge der afghanischen Geflüchteten (2016: 8,7 Monate, 2017: 11,9 Monate, 2018 (bis 30. September 2018): 11,3 Monate) (34) (35) (36). Auch in dieser Arbeit fiel auf, dass 11 (91,7 %) der syrischen Geflüchteten bereits eine Anerkennung als Asylberechtigte bzw. als Flüchtlinge hatten. Bei den

afghanischen Geflüchteten lag diese Quote nur bei 16,7 %, während 50 % der Befragten sich noch im laufenden Asylverfahren befanden. Bei den Geflüchteten aus anderen Herkunftsländern waren die Fallzahlen zu klein, um eine klare Tendenz in dieser Hinsicht zu erkennen. Bereits im November 2016 veröffentlichte Amnesty International in Zusammenarbeit mit mehreren weiteren Verbänden ein Memorandum, in dem die Autoren schrieben, „dass die Dauer der Verfahren herkunftslandbezogen ist. Insbesondere Verfahren von Asylsuchenden aus Syrien oder den Ländern des Westbalkans wurden vorrangig behandelt. Die Anträge von Asylsuchenden aus anderen Ländern wurden dafür zurückgestellt. Unter den dokumentierten Fällen zeichnet sich insbesondere ab, dass Antragstellende aus Afghanistan besonders lange auf den Abschluss ihrer Asylverfahren warten mussten. Durch die Priorisierung in Form der sogenannten Cluster-Bildung [Cluster A: Herkunftsländer mit hoher Schutzquote – Syrien, Eritrea, Irak; Cluster B: Länder mit geringer Schutzquote, u.a. sichere Herkunftsländer; Cluster C: komplexe Fälle; Cluster D: Dublin-Fälle (37); Anmerkung des Autors] werden zurzeit nur Anträge von Personen aus bestimmten Ländern bearbeitet; Altfälle bleiben weiter liegen.“

(38) Dieser Missstand bei der Bearbeitung der Asylanträge zeichnete sich auch in dieser Arbeit ab.

4.4.2 Bildungsstand

Trotz Volljährigkeit besaßen 30 % der Teilnehmenden keinen Schulabschluss, mehr als ein Drittel (42,5 %) gab einen Schulabschluss an und weniger als ein Drittel einen Berufsausbildungs- oder Universitätsabschluss. Bei der letztgenannten Gruppe war aufgrund der abgeschlossenen Ausbildung von einem höheren Bildungsstand auszugehen. Der Bildungsstand der Befragten war damit aber insgesamt als nicht sehr hoch einzuschätzen. Eine

Einschränkung stellte die Formulierung der Frage dar. Es wurde nur nach vollendeten Abschlüssen gefragt. Ein kurz vor dem Abschluss stehendes Studium wäre damit dieser Frage nach „nur“ als Schulabschluss zu werten, auch wenn die befragte Person kurz vor einem höheren Bildungsgrad gestanden hätte. Das könnte eine Unterbewertung des durchschnittlichen Bildungsgrades zur Folge gehabt haben. Um jedoch eine vergleichbare Aussage zu treffen, musste ein Kriterium festgelegt werden, da sonst umgekehrt ein frisch begonnenes Studium einer fertigen Berufsausbildung übergeordnet eingestuft worden wäre, wodurch möglicherweise eine größere Verfälschung eingetreten wäre. Somit wurde das Ziel der Frage, nämlich eine durchschnittliche Abschätzung des Bildungsgrades, erreicht, auch wenn die Relationen zu anderen Fragen (Alter, Geschlecht, Deutschkenntnisse) somit womöglich verzerrt wurden. Die unterschiedliche Qualität der Schulbildung in verschiedenen Ländern konnte in dieser Arbeit nicht erfasst oder berücksichtigt werden. Bezogen auf das Alter zeigte sich, dass die Geflüchteten mit Universitätsabschluss (durchschnittlich 41,2 Jahre und alle über 30 Jahre alt) oder Berufsausbildung (durchschnittlich 32,7 Jahre und alle zwischen 20 und 47 Jahren alt), also die als höher gebildet eingeschätzten Geflüchteten, erwartungsgemäß älter waren, als die Gruppen mit ausschließlichem Schulabschluss (durchschnittlich 28,1 Jahre alt, die Ältesten 49 und 68 Jahre alt, sonst alle unter 40 Jahren) oder gänzlich ohne Schulabschluss (durchschnittlich 30,7 Jahre, die Ältesten 46, 47 und 62 Jahre alt, sonst alle unter 40 Jahren). Auf das Geschlecht bezogen wurde kein großer Unterschied deutlich. So hatten 26,9 % der männlichen und 28,6 % der weiblichen Befragten einen höheren Bildungsstand im Sinne der hier getroffenen Definition.

72,7 % der Geflüchteten mit höherem Bildungsstand verfügten bereits über eine Anerkennung als Asylberechtigte oder Flüchtling, wobei das 47,1 % aller befragten Geflüchteten mit einem solchen Status entsprach. Die restlichen

27,3 % der Geflüchteten mit höherem Bildungsstand befanden sich im laufenden Asylverfahren, wobei das 18,8 % aller laufenden Asylverfahren unter den Befragten entsprach. Ein Zusammenhang zwischen dem Bildungsgrad und dem Aufenthaltsstatus war also nicht direkt herzustellen.

Jedoch konnte festgestellt werden, dass der Bildungsstand sehr vom Herkunftsland abhing. So brachten die Geflüchteten aus Afghanistan ein durchschnittlich niedrigeres Bildungsniveau mit (nur 46,2 % hatten einen Schulabschluss, 53,9 % hatten keinen Schulabschluss) als die befragten Syrer, die zu 50 % einen höheren Bildungsstand erreicht hatten. Diese Einschätzung vermittelte auch eine BAMF-Kurzanalyse auf Grundlage der Datenbank der „SoKo“ - Analysen [„Sozialen Komponente“, Anmerkung des Autors] des BAMF von Barbara Heß vom März 2019. In ihr wurde der Bildungsstand anhand der höchsten, von den Geflüchteten im Herkunftsland besuchten Bildungseinrichtungen verglichen und es konnte festgestellt werden, dass im ersten Halbjahr 2018 bei syrischen Geflüchteten insgesamt 39,8 % ein Gymnasium oder eine Hochschule besucht hatten, wohingegen 7,1 % „keine formelle Schulbildung“ erhielten. Bei den afghanischen Geflüchteten zeigte sich, dass insgesamt 27,4 % ein Gymnasium oder eine Hochschule besucht hatten und 27,6 % „keine formelle Schulbildung“ erhielten (39). Dies ließ sich auf Mängel im Schulsystem zurückführen. So beschrieb schon UNICEF in einer Studie von 2018, dass die Hürden in Afghanistan, bspw. eine geringe Nachfrage für Schulbildung der Kinder, sowie ein mangelndes Bildungsangebot dazu führen, dass vielen Menschen die Schulbildung verwehrt bleibt (40). Angesichts dieser Voraussetzungen war das Ergebnis dieser Erhebung zu erwarten. Bei den übrigen Befragten ließ sich an dieser Stelle aufgrund der geringen Fallzahlen keine Aussage über diese Zusammenhänge treffen.

4.4.3 Sprachkenntnisse

Die Deutschkenntnisse der Geflüchteten wurden von ihnen selbst als gut bis sehr gut eingeschätzt. Hier konnte der Vergleich zum Bildungsniveau zeigen, dass Geflüchtete mit höherem Bildungsstand ihre Deutschkenntnisse allgemein als besser einschätzten (den zugeordneten Zahlenwerten entsprechend durchschnittlich bei 1,7), als die Geflüchteten mit niedrigerem Bildungsstand (durchschnittlich 1,9), wobei der Unterschied an sich nicht sehr gravierend ausfiel und beide Gruppen allgemein über gute Sprachkenntnisse (allgemeiner Durchschnitt 1,9) verfügten. Bezüglich des Herkunftslandes konnten keine großen Unterschiede bemerkt werden. 76,9 % der Afghanen und 72,7 % der Syrer schätzten ihre Sprachkenntnisse als gut bis sehr gut ein. Da nahezu alle Befragten bereits über ein Jahr in Deutschland waren, ließ sich dahingehend kein Vergleich anstellen. Es konnte gezeigt werden, dass der aktuelle Aufenthaltsstatus keinen direkten Einfluss auf die Sprachkenntnisse hatte. So gaben 76,5 % der Befragten, die bereits eine Anerkennung als Asylberechtigte oder Flüchtlinge hatten an, über gute bis sehr gute Deutschkenntnisse zu verfügen. Mit jeweils 75 % teilten diese Einschätzung auch die Teilnehmenden, die sich im laufenden Asylverfahren befanden oder geduldet wurden. Personen aller zuvor genannten Aufenthaltsstatus haben gemäß §44 Aufenthaltsgesetz (AufenthG) eine Berechtigung zur Teilnahme an einem Integrationskurs, wobei die Kosten der Unterrichtsstunden auf Antrag von staatlicher Seite übernommen werden (15). Die Einschätzungen der Befragten legte nahe, dass der Deutschunterricht, der im Rahmen der Integrationskurse angeboten wird, aus Sicht der Geflüchteten Wirkung zeigte. Diese Einschätzung steht jedoch in Diskrepanz zu den Aussagen der anderen Befragungsgruppen, die ein großes Sprachproblem sahen. Dieser Diskrepanz liegt, wie bereits zuvor erwähnt, möglicherweise eine Verteilung der Fragebögen an besser integrierte Geflüchtete zugrunde, die ihn aufgrund

besserer Sprachkenntnisse erhielten. Die HÄ und Helfende geben hingegen eine Schätzung über alle ab, weswegen ihre Einschätzung in dieser Hinsicht vermutlich als zutreffender anzusehen ist.

4.5 Selbstständigkeit

Hinsichtlich der Selbstständigkeit der Geflüchteten in Situationen, in denen sie medizinische Versorgung benötigten, zeigte sich eine Diskrepanz zwischen den befragten Gruppen. So präsentierten sich die Geflüchteten als überwiegend selbstständig, in dem über die Hälfte der Befragten im Krankheitsfalle direkt selbst zum Arzt, in ein Krankenhaus oder zu Freunden gingen, deren Hilfe sie in Anspruch nahmen. Die Caritas hingegen, deren professionelle Hilfe eine geringere Selbstständigkeit suggeriert, war für 35 % die erste Anlaufstelle. Auch die HÄ gaben an, dass die Geflüchteten häufig selbstständig den Arzt aufsuchten und selten Hilfe von professioneller Seite, wie der Caritas benötigten. Die Hilfe ehrenamtlicher Betreuer oder anderer Freunde wurde hingegen häufiger in Anspruch genommen. Als Einschränkung gilt dabei, dass an dieser Stelle von den HÄ keine Mehrfachnennung gewünscht war, um den häufigsten Fall zu erkennen und die Antworten zu vergleichen. Da die HÄ an dieser Stelle jedoch häufig Mehrfachantworten gaben, war keine klare Tendenz erkennbar und die Vergleichbarkeit wurde eingeschränkt. Zusätzlich war durch die Formulierung der Antwort „Mit Übersetzer“ nicht klar festzustellen, ob es sich um professionelle Sprachmittler handelte oder auch andere Geflüchtete mit besseren Deutschkenntnissen mitgezählt wurden. Dadurch wurde die Selbstständigkeit möglicherweise niedriger eingeschätzt, als sie war. Beide Parteien waren sich jedoch einig, dass die Rolle der professionell Helfenden untergeordnet war.

Dieser Darstellung widersprachen jedoch die Aussagen der Helfenden, die ihre eigene Rolle dabei als erster Ansprechpartner als höher einstufen. Demnach sprachen sie (die Geflüchteten) überwiegend in erster Linie die ehren- und hauptamtlich Helfenden bei medizinischen Problemen an, was eine deutlich geringere Selbstständigkeit nahelegt, als die Geflüchteten selbst angaben. Keine/r der befragten Helfenden gab an, dass die Geflüchteten selbstständig direkt zum Arzt/zur Ärztin, oder in ein Krankenhaus gingen. Hierbei galt es zu beachten, dass auf der einen Seite die Helfenden es möglicherweise nicht zu jeder Zeit wussten, wenn ein Geflüchteter medizinische Hilfe ohne ihre Unterstützung in Anspruch nahm. Es war daher davon auszugehen, dass die Helfenden ihre eigene Rolle als besonders hoch einschätzten. Das Ziel dieser Frage, eine Vergleichbarkeit zu den Aussagen der anderen Gruppen herzustellen, wurde dennoch erreicht. Auf der anderen Seite wurde deutlich, dass die Helfenden die Geflüchteten im Krankheitsfalle direkt zum Arzt verwiesen, sodass für diesen dieser Zwischenschritt möglicherweise verborgen blieb. Die Teilfrage („Wenn Sie angesprochen werden, wo gehen Sie mit den Geflüchteten hin?“), konnte dabei aber nicht den konkreten Fall präzisieren, da es Fälle gibt, in denen das Krankenhaus dem Hausarztbesuch vorzuziehen ist. Die Antwort „Zum (Haus-)Arzt“ wurde jedoch auffallend häufig angegeben, was möglicherweise auch dadurch zustande kam, dass diese Antwort als „richtig“ angesehen wurde, womit die tatsächlichen Empfehlungen vielleicht verzerrt wurden. Dennoch ist es auch denkbar, dass viele Geflüchtete bei medizinischen Fragen erstmals die Helfenden ansprachen und im Wiederholungsfalle dann bereits mit dem Procedere vertraut waren. Dies stärkte dann ihre Selbstständigkeit. Diese Einschätzung wurde auch davon untermauert, dass die Helfenden aussagten, dass die Geflüchteten zum Großteil (73,7 %) wüssten, wie im Krankheitsfalle vorzugehen sei. Es ließ sich vermuten, dass sich die Selbstständigkeit der Geflüchteten im Laufe ihres Aufenthalts positiv entwickelte. Jedoch werden

die Helfenden häufig noch in Anspruch genommen. Die Kommentare der Helfenden an diesem Punkt gaben Aufschluss darüber, dass es häufig Umsetzungsschwierigkeiten gab, bspw. bei der Terminvereinbarung, welche den Einsatz der Helfenden erforderlich machten. Eine Begleitung zum Arzt war dabei anscheinend nicht immer erforderlich. Der Vergleich der Aussagen lässt den Schluss zu, dass die Selbstständigkeit als hoch zu bewerten ist, jedoch Ausnahmen vorhanden sind.

4.6 Zugang zur medizinischen Versorgung

Der Vergleich der Angaben der Geflüchteten mit denen der Helfenden zeigte eine große Differenz. Dabei schätzten die Geflüchteten die Häufigkeit ihrer Arztbesuche mit durchschnittlich 12-13 Mal im Jahr geringer ein als die Helfenden, die ca. 20 Arztbesuche pro Geflüchteten im Jahr schätzten. Dabei zeigte sich, dass die Befragten aus Äthiopien mit durchschnittlich 28 Mal im Jahr deutlich häufiger zum Arzt gingen als die Syrer (13 Mal) und die Afghanen (9 Mal). Bei den Befragten aus den übrigen Herkunftsländern ließ sich aufgrund der geringen Fallzahlen keine Aussage treffen. Die HÄ gaben an, dass sie ca. 30 Geflüchtete pro Monat behandeln. Der Unterschied könnte darin begründet sein, dass die Helfenden durch einige Geflüchtete häufiger in Anspruch genommen wurden und diesen Eindruck auf alle Geflüchteten hochrechneten. So wurde evtl. von einigen Geflüchteten keine medizinische Hilfe in Anspruch genommen, welche in der subjektiven Wahrnehmung der Helfenden jedoch keine große Rolle spielten. Dadurch fiel die Einschätzung der Helfenden wohl höher, als es tatsächlich der Fall war. Auch bei den Geflüchteten gab es deutliche Unterschiede in den Angaben, die diese

Vermutung stützten. Da jedoch auch die Befragung der Geflüchteten nicht repräsentativ war, wäre es auch möglich, dass die durchschnittliche Zahl der ärztlichen Vorstellungen der Teilnehmenden als zu gering eingeschätzt wurde. Da es keine verlässlichen Zahlen zur Häufigkeit der Arztbesuche Geflüchteter gibt, liegt die richtige Anzahl vermutlich im Bereich der von den Helfenden und Geflüchteten angegebenen Zahlen. In diesem Fall wäre eine Mittelung auf ca. 16 Mal im Jahr anzunehmen. Verglichen mit der einheimischen Bevölkerung, die laut dem Arztreport 2019 der Barmer Krankenkasse in Bayern bei durchschnittlich 15,7 Abrechnungstagen im Jahr 2017 lagen ⁽⁴¹⁾, lagen die Geflüchteten also leicht über der einheimischen Bevölkerung. Dies war als statistische Auswertung der Daten der Versicherten als recht zuverlässig einzustufen, allerdings waren die Aussagen auf die Gruppe der Versicherten dieser Krankenkasse beschränkt. Eine Versichertenbefragung der kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) von 2018 besagte, dass 93 % der Befragten weniger als 11 Hausarztbesuche im Jahr und nur 6 % 11 oder mehr Hausarztbesuche im Jahr vorweisen konnten ⁽⁴²⁾. In diesem Vergleich liegen die Geflüchteten über der einheimischen Bevölkerung. Dabei ist zu beachten, dass die Barmer Krankenkasse eine statistische Auswertung der Daten ihrer Mitglieder vorgelegt hat und die KBV eine telefonische Befragung durchführte. Letztere war eine bundesweite Befragung, die zwar statistisch repräsentativ, jedoch von subjektiven Antworten beeinflusst war. So wurden von den Befragten evtl. einzelne Blutentnahmen o.ä. nicht mitgezählt, von den Geflüchteten bei dieser Befragung jedoch schon. Die Zahlen gaben also eher einen Korridor vor, in denen sich die tatsächliche Anzahl der Arztbesuche bewegt. Von diesen beiden Erhebungen ausgehend war bei den hier befragten Geflüchteten kein deutlicher Unterschied zu der einheimischen Bevölkerung erkennbar, auch wenn die Gruppe sich im Durchschnitt vermeintlich jünger präsentierte als die

Befragten der Barmer Krankenkasse und der KBV, welche aus allen Altersklassen kamen.

Die Mehrheit (61,5 %) der Geflüchteten gab dabei keine „ernsthaften Erkrankungen“ an. Dies deckt sich auch mit der Angabe der HÄ, laut der das Auftreten der „ernsthaften Erkrankungen“ allgemein dem der einheimischen Bevölkerung, mit leichter Tendenz dahingehend, dass die Geflüchteten seltener an ernsthaften Erkrankungen zu leiden schienen, entsprach.

Das Durchschnittsalter der Geflüchteten, die bereits ernsthafte Erkrankungen angaben, lag bei 38,6 Jahren. 62,5 % der über 40-jährigen Befragten sowie 32,3 % der unter 40-jährigen Geflüchteten klagten bereits über eine ernsthafte Erkrankung. Das Wort „ernsthaft“ war bei dieser Befragung nicht genauer definiert, daher ließ es unterschiedliche Interpretationen zu. Da den Geflüchteten der Vergleich zur einheimischen Bevölkerung fehlen dürfte, den die befragten HÄ hatten, stellte sich die Frage, ob Befragte mit tatsächlich „ernsthaften Erkrankungen“ nicht falsch einsortiert und gegebenenfalls sogar gesünder eingeschätzt wurden. Jedoch war von einem nicht definierten Konsens darüber auszugehen, was unter die Bezeichnung „ernsthaft“ fiel und ebenfalls war davon auszugehen, dass die Grauzone nicht weiter ins Gewicht fiel. Daher hatte dies keine Auswirkung auf das Ziel der Frage, nämlich den Vergleich zur einheimischen Bevölkerung und die Notwendigkeit von Arztbesuchen.

Dennoch sind die Wartezeiten, besonders auf die Termine für Fachärztinnen und Fachärzte bei beiden Gruppen sehr lang.

Dem Bedarfsplan folgend, den die Kassenärztliche Vereinigung Bayern (KVB) zusammen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, den Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses folgend, aufgestellt hat, herrscht in den ländlichen Gebieten Unterfrankens eine

angemessene Versorgung der dortigen Einwohner, inklusive der Geflüchteten (43). Nach dem Stand vom Juni 2019 bestand nur eine drohende Unterversorgung an HÄ, entsprechend den Richtlinien der Bedarfsplanung, in Unterfranken im Planungsbereich Lohr a. Main, bestehend seit Nov. 2015, sowie in Schweinfurt-Nord und Gerolzhofen. Die Unterversorgung durch HÄ in Schweinfurt-Nord war inzwischen beseitigt worden. Abgewendet werden konnte die drohende Unterversorgung in Haßfurt sowie im Spessart (44). Entsprechend dieser angemessenen Versorgung gaben die HÄ an, für die Geflüchteten zeitnah Termine zu haben. Fachärztinnen und Fachärzte waren bei der Befragung ausgenommen. Keine der befragten Personen gab an, dass es mehr als „ein paar Tage“ dauern würde, wobei das Antwortspektrum keine Formulierung einer noch kürzeren Wartezeit vorsah und dementsprechend davon ausgegangen werden durfte, dass einige der HÄ, die „ein paar Tage“ für einen Termin angaben, weniger Tage angegeben hätten, wenn dies eine Antwortmöglichkeit gewesen wäre. Darauf wurde von vielen HÄ handschriftlich hingewiesen. Somit war davon auszugehen, dass einige der online befragten HÄ diese Antwort gewählt hätten, sofern sie verfügbar gewesen wäre und die Ergebnisse könnten in Richtung falsch hoher Wartezeiten verzerrt sein. Dennoch gab es von dieser Seite anscheinend keine Probleme.

Laut Aussagen der Geflüchteten erhalten diese die Arzttermine mit durchschnittlich rund 14 Tagen Verzögerung. Die Wartezeit wurde auch von den Helfenden mit knapp 14 Tagen als zu lang angegeben. Durch die mangelnde Präzision der Frage auf die Wartezeit beim Hausarzt war eine Vergleichbarkeit der Wartezeiten nicht möglich und der Kern der Frage wurde verfehlt. So kamen unterschiedliche Ansichten zwischen den befragten HÄ (Frage Nr. 3 der HÄ) und den Antworten der anderen Gruppen zustande. Die tatsächliche Wartezeit auf einen Termin beim Hausarzt wurde von den Helfenden und Geflüchteten vermutlich als durchschnittlich zu hoch

bewertet. Dies wurde auch durch die Kommentare der Helfenden vermittelt, die, wenn auch nicht alle, bei dieser Frage eine Unterscheidung zwischen Haus- und Fachärzt(inn)en machten und bestätigten, dass die Termine bei HÄ zeitnah erhalten wurden. Bei Fachärztinnen und Fachärzten war die Wartezeit mitunter deutlich länger als die hier durchschnittlich angegebenen zwei Wochen. Daher war anzunehmen, dass der Durchschnitt durch die Wartezeit auf einen Facharzttermin erhöht wurde und die Wartezeit auf einen Termin beim Hausarzt geringer einzuschätzen war. Zum Vergleich schätzte die KBV in einer Versichertenbefragung von 2018 die Situation für die einheimische Bevölkerung dahingehend ein, dass nahezu die Hälfte (45 %) der von ihr befragten Patient(inn)en bei Arztbesuchen ohne Wartezeit einen Termin bekommen hätten und 39 % der Befragten mehr als drei Tage warten mussten. So schlussfolgert der Autor: „Beim Hausarzt sind Wartezeiten von mehr als drei Tagen die große Ausnahme, bei Fachärzten ist das dagegen die Regel.“ (45)

Die vergebenen Termine wurden von den Geflüchteten laut den HÄ überwiegend (70,3 %) eingehalten, wobei dieser Wert schlechter war als anzunehmen, da Arzttermine aus Notwendigkeiten entstehen, die es unverständlich machen, diese abzusagen. Der Gründe dafür waren vermutlich vielseitig. So gaben 26,7 % der Geflüchteten Probleme mit der Terminverständigung an, die erklären könnten, dass die Geflüchteten teilweise nicht wussten, dass sie einen Termin verpassten. Außerdem wurden von 42,9 % auch Probleme mit der Anfahrt im Sinne mangelhafter Infrastruktur angegeben, die eine Terminwahrnehmung erschwerten. So waren es aus Sicht der Geflüchteten also eher unverschuldete Hindernisse, die eine Termineinhaltung verhinderten, als eine mangelnde Motivation. Letztere wurde von fast der Hälfte der HÄ (14, 42,4 %) in einer folgenden Frage bei der Einhaltung der Therapiepläne kritisiert, zu der auch die

Einhaltung von Terminen zählt. Dies spielte also anscheinend aus Sicht der HÄ eine größere Rolle und wird an späterer Stelle diskutiert.

Hinsichtlich der Termine und Wartezeiten in ärztlichen Praxen trat am 11. Mai 2019 ein neues Gesetz (Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung; TSVG) in Kraft. Dieses soll u.a. das Mindestsprechstundenangebot der HÄ erweitern. Außerdem werden freie Termine bei HÄ vermittelt. Die Vermittlung erfolgt allerdings nur telefonisch (Tel.: 116117) oder digital, daher ist es fraglich, inwiefern das von den Geflüchteten genutzt werden wird. Zusätzlich müssen die kassenärztlichen Vereinigungen in unterversorgten Gebieten eigene Praxen eröffnen oder die Versorgung mit anderen Mitteln, wie bspw. Arztbussen, verbessern ⁽⁴⁶⁾. Davon könnte auch die Versorgung in den dezentralen Unterkünften profitieren. Da dieses Gesetz zum Zeitpunkt der Befragung dieses Projekts noch nicht in Kraft war, müssten folgende Arbeiten dessen Auswirkung auf die angesprochenen Probleme klären.

Es lässt sich also zusammenfassen, dass der Unterschied hinsichtlich der Häufigkeit der Arztbesuche, sowie der Wartezeiten auf Arzttermine zwischen der einheimischen Bevölkerung und den Geflüchteten in den dezentralen Unterkünften Unterfrankens nicht auffällig war. Die allgemeinen Lösungsansätze für die strukturschwachen Regionen müssen nun greifen und ihre Wirkung abgewartet werden.

4.7 Probleme bei der medizinischen Versorgung

Die Geflüchteten gaben überwiegend (75 %) keine Schwierigkeiten bei der medizinischen Versorgung an. Hierbei galt zu beachten, dass die Formulierung („Gab es Schwierigkeiten bei gesundheitlichen Problemen / mit der medizinischen Versorgung?“) im Grunde zwei Fragen stellte, wodurch es möglicherweise zu einer Verzerrung der Antworten kam. Da jedoch beide Fragen auf dasselbe Problem hinführen, ist nicht von einer relevanten Verzerrung auszugehen. Auch die HÄ bestätigten mehrheitlich (75,7 %) einen komplikationslosen Zugang zu medizinischer Versorgung. Dies steht in deutlichem Kontrast zu den Aussagen der Helfenden, die zu 80 % der Meinung waren, dass es allgemein Schwierigkeiten gab.

Hier war zu vermuten, dass die Einschätzung der HÄ sich auf den formulierten Zugang an sich, also die Erreichbarkeit und Terminvergabe der Praxen bezog und nicht auf die Behandlungen als Teil der Versorgung. Daher kämen die von den Helfenden aufgeführten Probleme nicht gut heraus, da für den behandelnden Arzt die Komplikationen, welche die Patient(inn)en im Vorfeld hatten, nicht gut absehbar waren. Für die Helfenden, die vor allem im Vorfeld der Behandlungen, aber auch während des gesamten Prozesses involviert waren, ergab sich in dieser Hinsicht ein umfassenderes Bild. Die Einschätzung der Geflüchteten verwundert an dieser Stelle, angesichts der Aussagen der Helfenden. Jedoch wäre es möglich, dass die Erwartungen an das medizinische System, durch mangelnde Versorgung in den Heimatländern (bspw. in Kriegsländern) oder während der Flucht, niedrig sind und daher leicht zufrieden zu stellen. Auch ist es denkbar, dass die Geflüchteten, trotz der zugesicherten Anonymität, an dieser Stelle Angst vor Konsequenzen hatten und daher Probleme verschwiegen. Möglich wäre es ebenfalls, dass

manche Probleme den Geflüchteten durch die Sprachbarriere oder die erfolgte Hilfe anderer gar nicht aufgefallen waren. Beispielsweise könnten der Arzttermin und die Anfahrt dorthin von einem der Helfenden vorab organisiert worden sein, sodass der Aufwand der Patientin/des Patienten gering wurde. Die Probleme bei dieser Organisation wären dann nur für den Helfenden ersichtlich, für den Geflüchteten jedoch kaum. Daher ist an dieser Stelle am ehesten der Sicht der Helfenden Beachtung zu schenken, auch wenn diese Gefahr liefen, Probleme einzelner Fälle auf die Gesamtheit zu übertragen.

4.7.1 Sprachbarriere

Bei der Auswertung der Fragebögen wurde deutlich, dass bei allen Parteien die Sprachbarriere und damit die Kommunikation allgemein sowie die Verständigung über Diagnostik und Therapiepläne als Hauptproblem ausgewiesen wurden.

Die HÄ schätzten die Verständigung während der Untersuchungen ohne übersetzende Person als „nicht so gut“ ein. Gleichwohl konnte sie jedoch im Beisein einer übersetzenden Person in 83,3 % der Fälle verbessert werden. Die Frage nach der Verbesserung durch eine übersetzende Person wurde von auffallend vielen Befragten (38,5 %) nicht beantwortet. Das war am ehesten darauf zurückzuführen, dass die Anwesenheit einer übersetzenden Person zu selten war, um eine klare Verbesserung einzuschätzen. Flores et al. kamen 2012 in ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass die Kommunikation ohne übersetzende Person geringfügig weniger (20 %) therapieentscheidende Fehler bewirkte als die Kommunikation mit einem Laienübersetzer (22 %) (47).

Vor diesem Hintergrund ist die Einschätzung der befragten HÄ, nach der die Anwesenheit einer übersetzenden Person die Situation verbesserte, mit Vorsicht zu betrachten. Eine Differenzierung zwischen professionellen übersetzenden Personen und deutschkundigen Begleitenden wurde im Rahmen dieses begrenzten Fragebogens bei dieser Frage nicht gemacht. Dies wäre jedoch nötig, um eine klare Aussage treffen zu können, ob die Anwesenheit einer übersetzenden Person generell die Kommunikation verbessert, oder nur im Falle professioneller Sprachmittler.

Die im weiteren besprochenen Therapiepläne und vereinbarte Untersuchungen wurden laut HÄ überwiegend von den Geflüchteten eingehalten. Als Gründe mangelnder Compliance wurden mit nahezu gleicher Verteilung Kommunikations- (von 15 (45,5 %) der Befragten) und Motivationsprobleme (von 14 (42,4 %) der Befragten) angegeben. Letzteres wurde auch in den Kommentaren einiger HÄ und Helfender deutlich, die den Geflüchteten eine übertriebene Erwartungshaltung und mangelndes Engagement vorwarfen.

Das zeigt, dass Lösungen für die Problematik nicht nur von außen kommen können, sondern auch die Geflüchteten selbst gefordert sind, sich einzubringen und beispielsweise die sprachliche Barriere schneller zu überwinden. Im Zusammenspiel mit den Aussagen in den Freitextfragen ließ sich für die HÄ als führendes Problem aber die Sprachbarriere ausmachen.

Die Helfenden bekräftigten durch ihre Antworten, sowie ihre Kommentare den Eindruck, dass die Sprachbarriere das Hauptproblem darstellte, dem man mittels schnellerer Sprachkurse und einer flächendeckenden Bereitstellung von Sprachmittlern begegnen könnte. Laut ihnen war in fast der Hälfte der Fälle keine Kommunikation während der Arztbesuche ohne eine übersetzende Person möglich. So gaben sie an, dass bereits die Verständigung

auf einen Termin den Geflüchteten Schwierigkeiten bereitete, wobei noch größere Probleme beim Verständnis der diagnostischen und therapeutischen Verfahren bestanden. Besonders unter Berücksichtigung dessen, dass HÄ nur durchschnittlich 7,6 Minuten Zeit pro Patient/in haben, wie eine Studie von Deveugele et al. aus dem Jahr 2002 herausfand (48), ist verständlich, dass diese Verfahren schwieriger zu vermitteln waren als ein Arzttermin. Dies hat auch direkte Auswirkung auf die Compliance der Geflüchteten. Bei fehlendem Verständnis für den Therapieplan ist es nachvollziehbar, dass die Mitarbeit der Geflüchteten darunter leidet. Die organisatorischen Probleme wurden hinsichtlich der allgemeinen Tendenz von den Helfenden nicht so häufig angegeben (42 Mal), wie die kommunikativen Schwierigkeiten (71 Mal), was zeigt, dass diese für die befragten Helfenden die größeren Probleme darstellten.

Eine deutliche Mehrheit der Geflüchteten gab keine Schwierigkeiten bei gesundheitlichen Problemen an und bei denen, die Schwierigkeiten angaben, lag dies vorrangig an der sprachlichen Verständigung. Diese erschwerte die Verständigung allgemein, aber auch speziell, wenn es um die Kommunikation der Diagnostik oder des Therapieplanes ging. Die Terminverständigung wurde ihrerseits nur von knapp einem Viertel und auch bei den Helfenden nur von wenigen als problematisch beschrieben. Dies ließ sich dadurch erklären, dass Termine leichter zu vermitteln sind als die Diagnostik und Therapie einer Erkrankung. Trotz der Schwierigkeiten beim Verständnis über den Therapieplan hielten die Geflüchteten die Pläne laut den HÄ (Probleme an der Umsetzung der Therapiepläne als solches wurden mit 12,1 % nur selten angegeben) meistens ein. Das legt nahe, dass die kommunikativen Probleme bestehen, aber die Betroffenen sich helfen konnten, damit die Auswirkungen nicht zu gravierend werden. Dabei spielten mutmaßlich Übersetzende sowie ein zeitlicher Mehraufwand bei der Erläuterung des Plans durch die HÄ, aber

auch die Helfenden und Freunde in den Unterkünften eine Rolle. Da Mehrfachantworten zulässig waren, wurden bei den kommunikativen Problemen von 15 Personen insgesamt 28 Mal Mängel angegeben, wohingegen bei den organisatorischen Problemen von 14 Personen insgesamt nur 22 Kreuze gesetzt wurden. Die organisatorischen Probleme wurden hinsichtlich der allgemeinen Tendenz also nicht so häufig angegeben wie die kommunikativen Schwierigkeiten, was zeigt, dass diese die größeren Probleme darstellten.

Eine weitere Erklärung dafür, dass die Geflüchteten über so wenig Schwierigkeiten berichteten, wäre die Einschätzung ihrer Deutschkenntnisse. So wurden diese durchschnittlich als gut eingeschätzt, wobei eine Mehrheit sogar angab, ohne Übersetzer zu zurechtzukommen. Die Diskrepanz der Sprachkenntnisse, welche die Geflüchteten sich bescheinigten, zu den Aussagen der anderen Gruppen, die ein großes Sprachproblem sahen, war auffällig. Die befragten Geflüchteten waren fast alle länger als 1 Jahr in Deutschland. Bei diesen Teilnehmenden war also von besseren Deutschkenntnissen auszugehen, wie auch eine Analyse von Brücker et al. bestätigt. Demnach „steigen [die Deutschkenntnisse] mit der Aufenthaltsdauer“ (49). Die HÄ hingegen betreuten auch die Geflüchteten, die sich noch nicht so lange in Deutschland aufhielten und von denen daher geringere Deutschkenntnisse zu erwarten waren. Neben der zuvor besprochenen Möglichkeit, dass die Fragebögen überwiegend an Geflüchtete verteilt wurden, welche bereits über bessere Sprachkenntnisse verfügten und im Alltag besser zurecht kommen, ist es aber auch diskutabel, dass die Einschätzung der Geflüchteten sich auf den Alltag bezieht, wohingegen der Arztbesuch eine nicht alltägliche Situation darstellt, in welcher teilweise sehr spezifische Informationen vermittelt werden müssen. Somit wäre die Selbsteinschätzung der sprachlichen Fähigkeiten der Geflüchteten glaubhaft,

jedoch bezogen auf die medizinische Kommunikation nicht analog anwendbar.

Auf Grundlage der §§ 4 und 6 AsylbLG ist die Bereitstellung von Sprachmittlern als Sonderleistung zu zählen, deren Kosten von den Behörden nur nach individueller Antragsprüfung übernommen werden. Nach Erhalt der eGK und der damit verbundenen Übernahme der Versorgung durch eine Krankenkasse entfällt jedoch auch diese Möglichkeit und eine Übernahme der Sprachmittlerkosten ist nicht mehr möglich (50). An dieser Stelle ist zwar davon auszugehen, dass ein professioneller Übersetzender auf der einen Seite hilfreicher wäre als ein Laie, welcher mit der Patientin/dem Patienten befreundet ist. So haben auch schon Flores et al. 2012 gezeigt, dass mit professionellen übersetzenden Personen die Wahrscheinlichkeit von therapieentscheidenden Fehlern signifikant geringer ist als mit Laienübersetzenden oder ohne übersetzende Person (47). Jedoch wäre es möglich, dass die Geflüchteten im Beisein einer weiteren, unbekanntenen Person Hemmungen haben, über medizinische Angelegenheiten zu sprechen. Dies gilt besonders, wenn die übersetzende Person ein anderes Geschlecht hat als der Patient oder die Patientin. Diesen Umstand gilt es beim Einsatz professioneller übersetzender Personen zu berücksichtigen.

Als Teilbereich der Kommunikation war auch die Freundlichkeit des medizinischen Personals, also der HÄ und Praxismitarbeitenden, zu beachten. Diese wurden von fast der Hälfte (44,4 %) der Helfenden bemängelt, jedoch nur von 20 % der Geflüchteten. Laut der Versichertenbefragung der KBV von 2018 hatten 84 % der Befragten Patient(inn)en in den letzten 12 Monaten keinen Grund für eine Beschwerde beim Arztbesuch. Von denen, die Grund zur Beschwerde hatten, empfanden 15 % den Arzt als unhöflich und 7 % die Praxismitarbeitenden (51). Verglichen mit der einheimischen Bevölkerung sind

diese Angaben also sehr hoch. Eine Ursache dafür könnte die Sprachbarriere sein, aufgrund derer sich die Abläufe verzögern, sich somit der Stress für das Personal steigert und die Geduld an die Grenzen kommen lässt. Hier sind mehr Geduld und Verständnis hinsichtlich der Schwierigkeiten, die sich einem Geflüchteten beim Arztbesuch ergeben, gefragt. Dies ist angesichts des alltäglichen Arbeitsaufwandes in den Arztpraxen nicht einfach umzusetzen. Dennoch wäre es für beide Seiten von Vorteil, mehr aufeinander zu achten, um so einen reibungslosen Ablauf der medizinischen Behandlungen zu gewährleisten.

So wurde in einigen Kommentaren der HÄ wiederum eine mangelnde Dankbarkeit der Geflüchteten seitens der HÄ bemängelt, sowie eine falsche Erwartungshaltung (der Arzt/die Ärztin als „Pillenverteiler“, Verlangen nach einem/einer gleichgeschlechtlichen Arzt/Ärztin), die das Arzt/Ärztin-Patienten-Verhältnis belasten können. An dieser Stelle zeigte sich erneut, dass die medizinische Versorgung der Geflüchteten keine Einbahnstraße ist und die Situation vom Engagement beider Seiten abhängt. Es sind Geduld und Verständnis von allen Seiten bei der medizinischen Versorgung gefragt und auch die Geflüchteten können, bspw. durch ein schnelles Erlernen der Sprache, einen großen Teil zu einer Verbesserung beitragen.

4.7.2 Weitere Erschwernisse der Versorgung

Neben den kommunikativen Barrieren, die zuvor beschrieben wurden, erschwerten weitere Umstände die medizinische Versorgung. Diese wurden hinsichtlich der Tendenz nicht so häufig bemängelt, wie die sprachlichen Hindernisse, waren aber auch sehr präsent.

So wurden von Geflüchteten und Helfenden gleichermaßen die infrastrukturellen Gegebenheiten, im Sinne mangelnder Verfügbarkeit von ärztlichem Personal und schwieriger Anfahrt (bspw. durch eine schlechte Anbindung an den ÖPNV), als führende Probleme der Organisation einer medizinischen Behandlung genannt. Für die Helfenden war die mangelnde Verfügbarkeit von ärztlichem Personal dabei führend, gefolgt von der mangelhaften Infrastruktur.

Aufgrund des ländlichen Raums, in dem die Befragungen stattfanden, waren diese Kritikpunkte nachvollziehbar und stellen auch für die einheimische Bevölkerung ein Problem dar. Dazu gehörte, dass manche HÄ aufgrund des generell hohen Patientenaufkommens keine neuen Patient(inn)en annahmen, wie durch die Kommentare erkennbar war. In dieser Hinsicht ist der Wohnsitz in einer Großstadt sicherlich vorteilhafter. Die Geflüchteten kritisierten diese Punkte gleichermaßen mit den Schwierigkeiten bei der Bezahlung der Anfahrt. Dabei kommt es auch häufiger zu Unsicherheiten, da eine klare Formulierung seitens des Gesetzgebers oder des BAMF zu den Regelungen der Fahrtkostenübernahme in Falle eines Arztbesuches fehlen. So war es auch im Rahmen der Recherche für diese Arbeit sehr umständlich, eine klar formulierte Lösung dieses Sachverhalts zu finden. Auch eine telefonische Nachfrage beim BAMF im Juli 2019 brachte dabei kein Erfolg, wohl aber den Hinweis, dass dazu keine Informationen auf der Website bereitstünden. Die persönliche Auskunft eines mit der Geflüchtetenversorgung vertrauten Mitarbeitenden der Sektion Migrantenmedizin des Klinikums Würzburg Mitte bestätigte jedoch, dass die Kosten nur in Ausnahmefällen, bspw. für die Fahrten bei Chemotherapie nach vorheriger Antragsprüfung auf Grundlage der Paragraphen §§ 4 und 6 AsylbLG des Asylbewerberleistungsgesetzes von den zuständigen Behörden übernommen werden. Für einen Termin beim Hausarzt wurden die Kosten in der Regel nicht übernommen. Die Bezahlung

der Anfahrt war also von den Geflüchteten im Regelfalle selbst zu leisten, was für diese ein großes Problem darstellte. Die Geflüchteten erhalten vom Staat nach dem §3 AsylbLG neben Sachleistungen auch geringe finanzielle Leistungen, bei denen Fahrtkosten zu Ärzt(inn)en schnell spürbar werden. Von den Helfenden wurden ebenfalls die Probleme bei der Bezahlung der Anfahrt kritisiert, jedoch erst an vierter Stelle nach den o.g. Hindernissen und der Organisation der Anschlussbehandlung (von fast der Hälfte der Befragten angegeben und damit an dritter Stelle). Die Organisation von Anschlussbehandlungen stellte für 21,4 % der Geflüchteten Schwierigkeiten dar, wohingegen nur wenige HÄ dabei Hindernisse sahen. Bei den anderen Gruppen fielen besonders die Terminschwierigkeiten ins Gewicht, die sich jedoch hauptsächlich auf Facharzttermine bezogen. Daneben wurden auch die infrastrukturellen Schwierigkeiten angebracht (mangelndes ärztliches Personal und Transportmittel), die die Problematik, einen schnellen Termin zu erhalten, noch verstärken. Die Schwierigkeiten bei der Terminvergabe könnten durch die bereits zuvor ausgeführten Veränderungen des TSVG verbessert werden. Die mangelnde Infrastruktur und Bezahlungsproblematik der Anfahrtskosten werden dadurch jedoch nicht verbessert. Sehr positiv war festzustellen, dass die Erhältlichkeit notwendiger Medikamente, die auch zur Organisation der Anschlussbehandlung zählt und auch die Bezahlung des Arztbesuchs von den Gruppen allgemein als unproblematisch beschrieben wurde. Lediglich vereinzelt wurden Probleme bei der Bezahlung des Arztbesuchs von Geflüchteten oder Helfenden angegeben. Die HÄ hingegen gaben keine Unklarheiten oder Probleme bezüglich der Bezahlung an. Die Frage war bei dieser Gruppe zwar unpräzise formuliert, jedoch war aus den gegebenen Antworten zu erkennen, dass die HÄ den Kern der Frage erfasst haben und es nicht zu einer Verzerrung der Antworten kam. Aus der Zusammenschau der drei Gruppen lässt sich daher schließen, dass die

wenigen Probleme, die bemängelt wurden, im Vorfeld des Arztbesuches auftraten.

Die genannten Organisationsschwierigkeiten könnten Gründe gewesen sein, die die Umsetzung der Therapiepläne, zu denen auch die Anschlussbehandlungen zählten, für die Geflüchteten erschwerten. Das wäre aus Sicht der HÄ nicht gut erkennbar und könnte demnach auch zur Fehlinterpretation als mangelnde Motivation zur Umsetzung (siehe „Sprachbarriere“) geführt haben. Dennoch wurde auch aus den Kommentaren der HÄ deutlich, dass die Umsetzungsschwierigkeiten nicht allein dadurch erklärt werden konnten. Dies unterstreicht erneut die Bedeutung von gegenseitigem Verständnis, Geduld und Engagement, von der die medizinische Versorgung der Geflüchteten abhängt. So klagten HÄ und Helfende gleichermaßen in ihren Kommentaren über mangelnde Anpassung der Geflüchteten an die vorhandenen Gegebenheiten. Die Einhaltung der vereinbarten Termine gehört ebenfalls zur Umsetzung der Therapiepläne, denn es wurden Termine von den Geflüchteten mutmaßlich grundlos nicht wahrgenommen oder Therapien aus unersichtlichen Gründen abgelehnt, wie auch die Helfenden in ihren Kommentaren bestätigten. Die Motivationsprobleme hängen durchaus auch mit der Terminverständigung zusammen, in der Hinsicht, dass es für beides das Engagement der Geflüchteten braucht. Wenn bspw. der Termin unklar ist, sollte Hilfe in Anspruch genommen werden, statt diesen einfach verfallen zu lassen. Dafür und für die Mitarbeit auch in schwierigen Fällen, deren Lösung komplizierter ist, braucht es Initiative und Motivation.

4.8 Unterstützung durch staatliche Institutionen

Als Informationsquellen wurden die professionell Helfenden sowohl von den Geflüchteten als auch von den Helfenden selbst am häufigsten angegeben. Die Behörden waren hinter den ehrenamtlichen Helfenden und anderen Geflüchteten auf Platz 4 angesiedelt worden. Nur 15 % der Geflüchteten gaben die zuständigen Behörden als Quelle an. Dies spricht für ein Defizit in der Vermittlung des nötigen Wissens an die Geflüchteten seitens des Staates und zeigt, wie sehr sich dieser auf die Arbeit der Helfenden verlässt. Diese erhalten ihre Informationen zwar aus staatlichen Quellen und geben sie weiter, jedoch ist es mitunter sehr schwer, geeignete Informationen zu finden. Die Recherchen zu dieser Arbeit bestätigten, wie zuvor beschrieben, die schwierige Informationsfindung bspw. hinsichtlich dessen, wer für die Bezahlung der Anfahrt des Arztbesuchs aufzukommen hat.

Die wöchentliche Arbeitszeit, welche die Helfenden für die Unterstützung der Geflüchteten bei medizinischen Problemen aufwendeten, lag insgesamt bei durchschnittlich 16,7 % ihres Arbeitszeitbudgets. Dabei war in der Fragestellung zwar nach ehrenamtlicher Arbeitszeit gefragt, es konnte jedoch davon ausgegangen werden, dass die Befragten auch ihre hauptamtliche Arbeitszeit angaben. Durch die unpräzise Formulierung wurde diese Frage von hauptamtlich arbeitenden Helfenden oftmals anders (oder gar nicht) beantwortet, als es für diese Arbeit beabsichtigt war. Dies war auch aus den Kommentaren ersichtlich. Die Frage zielte jedoch auf die gesamte Arbeitszeit und nicht nur auf den ehrenamtlichen Anteil ab. Der Anteil der aufgewendeten Arbeitszeit im professionellen Teil wurde daher vermutlich unterschätzt. So gab eine befragte Person als Kommentar an, dass es sich um hauptamtliche Arbeitszeit handele und beantwortete diese Frage nicht

weiter. Aus den weiteren Antworten dieser teilnehmenden Person wurde deutlich, dass sie viele Geflüchtete („ca. 200“) versorgt und auch zum Arzt/zur Ärztin begleitet. Aufgrund ihres Kommentars war zu vermuten, dass ein großer Teil der Arbeitszeit für die Betreuung der Geflüchteten in Gesundheitsfragen aufgewendet wurde. Zwei Helfende gaben bei der Frage nach ihrer wöchentlichen Arbeitszeit als Antwort „0 %“ an, hatten jedoch bei den anderen Fragen geantwortet. Dieser Kontrast ließe sich dadurch erklären, dass diese Teilnehmenden entweder nur zu Beginn ihrer Tätigkeit oder evtl. nicht jede Woche mit der Thematik zu tun hatten. Da dennoch anhand der Dauer der Tätigkeit, der Menge an betreuten Geflüchteten und begleiteten Arztbesuchen Erfahrungen ersichtlich waren, konnten auch diese Fragebögen gewertet werden. Bei einer 40-Stunden-Woche entsprachen 16,7 % mit knapp 6,7 Stunden fast einem ganzen Arbeitstag in der Woche. Dies passt zu einer Erhebung des Bundesfamilienministeriums, dass 2017 herausfand, dass Ehrenamtliche in der Flüchtlingshilfe „im Durchschnitt rund fünfeinhalb Stunden in der Woche“ aufwenden (52). Das ist verhältnismäßig viel, angesichts dessen, dass die medizinische Versorgung als Grundrecht der Geflüchteten auch ohne diese Unterstützung funktionieren sollte. Besonders die Arbeit der ehrenamtlich und professionell Helfenden war entscheidend für die Geflüchteten bei medizinischen Angelegenheiten. Dabei verlasse sich der Staat zu sehr auf diese Stütze und ziehe sich aus seiner eigenen Verantwortung zurück, wie Helfende und HÄ bemängelten. Die Bewertung der staatlichen Anerkennung dieser Hilfe fiel dabei jedoch ebenfalls nur mittelmäßig aus.

Die HÄ waren überwiegend sowohl medizinisch als auch administrativ auf die Versorgung Geflüchteter vorbereitet, jedoch war der Informationsbedarf mit 31 % (medizinisch), bzw. 40 % (administrativ) der Befragten, die mangelnde Kenntnisse auf diesen Gebieten angaben, zu hoch. Eine bessere

Informationsvermittlung (bspw. eine flächendeckende Versendung von Informationsmaterial an HÄ) sowie ein vereinfachter Zugang zu Informationen seitens der Behörden wäre für die Beteiligten hilfreich. Dabei wurde die staatliche Unterstützung nur als mittelmäßig bewertet. So wurde auch in den Kommentaren der Helfenden und auch der HÄ erkennbar, dass die Kommunikation mit den Gesundheitsämtern teilweise nicht entgegenkommend, sondern eher unkooperativ war. Ein Drittel der befragten HÄ gab auch mangelnde medizinische Fachinformationen über die Versorgung Geflüchteter an. Da sich diese Kenntnisse nur durch das eventuelle Vorkommen exotischer Erkrankungen (bspw. „Infektionen, oder Behinderungen, die es so in Deutschland nicht gibt“; Anmerkung eines Hausarztes im Freitext) von denen des üblichen allgemeinärztlichen Spektrums unterscheiden, bleibt das Schließen dieser Wissenslücken den jeweiligen HÄ überlassen.

Die Bezahlung des Arztbesuches erfolgt aus staatlichen Mitteln über einen Behandlungsschein bzw. die eGK. Es konnte gezeigt werden, dass die Geflüchteten über dieses System gut Bescheid wussten. Auch die HÄ gaben keine Probleme an dieser Stelle an. Lediglich ein Geflüchteter und zwei Helfende gaben bei der Frage nach den Organisationsproblemen die Bezahlung des Arztbesuchs an. Das waren anscheinend Einzelfälle, bei denen es Probleme bei der Kostenübernahme gab. Diese hatten auf den allgemeinen Ablauf und die medizinische Behandlung anscheinend jedoch keinen größeren Einfluss, weswegen man generell von einem problemlosen Ablauf der Bezahlung reden kann. Der administrative Aufwand, der für die Behandlungsscheine betrieben werden muss, wurde jedoch von den Helfenden mehrfach als zu hoch eingestuft.

4.9 Gesundheitskarte

Durch den Erhalt der Gesundheitskarte nach 15 Monaten Aufenthalt erleichterten sich die administrativen Abläufe für die Geflüchteten. So mussten für die Arztbesuche keine Behandlungsscheine mehr beantragt bzw. abgeholt werden und auch das Spektrum der Versorgung, welches nach 15 Monaten Aufenthalt über die bis dahin gültigen §§ 4 und 6 AsylbLG hinaus erweitert wurde, verbesserte die Versorgung *(vgl. dazu die Ausführungen in der Einleitung)*. Bereits 2016 zeigten Mohammadzadeh et al., dass die frühzeitige Einführung der Gesundheitskarte in Bremen das Versorgungsniveau auch bei ansteigenden Migrationszahlen halten konnte ⁽⁵³⁾. Dabei stellte sich die Frage, ob sich neben diesen scheinbar hintergründigen Prozessen auch am Alltag der HÄ und Geflüchteten Änderungen bemerkbar machten, wie eine häufigere Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung durch die geringeren Hürden oder eine verbesserte Einhaltung der Therapiepläne. Es war zu erwarten, dass der Erhalt zu einer höheren Inanspruchnahme seitens der Geflüchteten führt, wie Claassen und Jäger 2018 herausfanden ⁽⁵⁴⁾. Laut den in dieser Arbeit befragten HÄ und Geflüchteten haben sich jedoch durch den Erhalt der Gesundheitskarte nach mehrheitlicher Meinung keine Veränderungen in dieser Hinsicht ergeben. Die Annahme konnte also nicht bestätigt werden, wobei zu bedenken ist, dass die befragte Gruppe deutlich kleiner war als in der o.g. Erhebung. Eine Ausweitung der Befragung wäre also zur endgültigen Klärung dieser Frage nötig.

4.10 Einschätzung der Gesamtsituation

Trotz der zuvor diskutierten Schwierigkeiten fiel das allgemeine Urteil der verschiedenen Gruppen über die medizinische Versorgungssituation der Geflüchteten in den dezentralen Unterkünften Unterfrankens gut aus. Da die Geflüchteten teils aus Ländern kamen, in denen die medizinische Versorgung generell nicht so gut funktioniert wie in Deutschland (bspw. aufgrund einer vom Krieg zerstörten Infrastruktur), fiel deren Urteil an dieser Stelle aufgrund erswerter Vergleichsmöglichkeiten auch hier eventuell milder aus, als es tatsächlich sein könnte. Dennoch war die Zufriedenheit anscheinend hoch. Eine Überschätzung war unwahrscheinlich, da auch die Einschätzung der Helfenden die Aussagen der Geflüchteten stützten. Denn selbst die eher kritisch eingestellten Helfenden bewerteten die Versorgung, trotz den angegebenen Problemen, insgesamt als gut.

Sie war an vielen Stellen mit der Versorgungssituation der einheimischen Bevölkerung vergleichbar, wie auch die Mehrheit der HÄ (77,1 %) bestätigte. Jedoch schätzten auch 20 % die Situation als „schlechter“ ein.

Dies ist am ehesten auf die Schwierigkeiten bei der Kommunikation zurückzuführen, aber auch auf mangelnde Informationen über die medizinischen und administrativen Anforderungen, die die Versorgung mit sich bringt. Es wurde auch „hoher Bürokratismus“, besonders bei der Langzeit-, oder psychotherapeutischen Versorgung kritisiert. Diese Hürden waren am ehesten auf die Formulierung der §§ 4 und 6 AsylbLG zurückzuführen, die Behandlung chronischer Erkrankungen nur im Falle akuter Komplikationen abdecken und für die Zeit des laufenden Asylverfahrens (bis zu 15 Monate) Anwendung finden. Eine psychotherapeutische Behandlung gehört auch zu den Ausnahmefällen, die

einer behördlichen Genehmigung bedürfen (55). Eine größere staatliche Unterstützung könnte an diesen Stellen hilfreich sein. Die Terminvergabe seitens der HÄ, die Bezahlung der Behandlung und die Aufstellung und Umsetzung eines Therapieplans, inklusive des Erhalts notwendiger Medikamente, schienen aus Sicht der HÄ im Sinne der Basisversorgung gut zu funktionieren.

Die zuständigen staatlichen Institutionen können dazu beitragen, die medizinische Versorgungssituation an den besprochenen Stellen zu verbessern. Die Angaben der HÄ erwecken jedoch den Eindruck, dass auch bei vielen Geflüchteten ein Umdenken stattfinden müsse. So seien diese ebenso in der Pflicht, die erhaltenen Termine wahrzunehmen, mehr Initiative (auch beim Erlernen der Sprache) zu zeigen, sowie sich mit dem System vertraut zu machen, um es nicht wegen Bagatellerkrankungen übermäßig in Anspruch zu nehmen. Diesen Aufgaben könnte beispielsweise durch eine konsequente Durchführung der Integrationskurse und einhergehend damit einem besseren Verständnis für die Gegebenheiten in Deutschland begegnet werden. Dazu gehört auch ein schnelles und gutes Erlernen der Sprache, um die Kommunikation auch bei medizinischen Problemen zu erleichtern. Dies ist besonders bedeutsam angesichts dessen, dass viele der Befragten bereits seit über einem Jahr in Deutschland lebten. Von mehreren HÄ wurde bemängelt, dass Geflüchtete eine falsche Anspruchshaltung an den Arzt/die Ärztin hätten. Viele kämen nur, um einen medizinischen Grund gegen eine Abschiebung zu erhalten, sähen den Arzt/die Ärztin nur als „Pillenverteiler“ und würden keinen Anstand oder Dankbarkeit zeigen. Letzteres Verhalten ist jedoch kein Alleinstellungsmerkmal der Geflüchteten und findet sich auch bei der einheimischen Bevölkerung in zunehmendem Maße. So resümierte Marion Sonnenmoser, bezugnehmend auf eine bundesweite Befragung aus

dem Jahr 2015 (56), in einem Artikel des deutschen Ärzteblatts bereits 2017: „Die Aggressivität nimmt zu, der Respekt nimmt ab“ (57).

Dennoch wurde der Eindruck aus den bisherigen Fragen untermauert, dass das medizinische System in den dezentralen Unterkünften allgemein gut funktionierte. Die vorliegenden Schwierigkeiten resultierten hauptsächlich aus der Sprachbarriere und den infrastrukturellen Schwächen der ländlichen Regionen.

Die hier erhobenen Erkenntnisse zur medizinischen Versorgungssituation der Geflüchteten in den dezentralen Unterkünften galt es nun mit den bestehenden Verhältnissen in den Gemeinschaftsunterkünften zu vergleichen. In Bayern gelten festgelegte „Leitlinien zu Art, Größe und Ausstattung von Gemeinschaftsunterkünften für Asylbewerber“ (58). Diesen Leitlinien folgend stehen einem Geflüchteten in einer GU eine Wohn- bzw. Schlafräumfläche von 7 m² in einem Raum mit regelhafter Belegung von nicht mehr als vier Bewohnern (ausnahmsweise maximal sechs) zur Verfügung. Es wird dabei nach Geschlechtern getrennt, sofern es sich nicht um eine Familie handelt. Bezüglich der sanitären Anlagen haben die GUs als Mindestvoraussetzung einen Duschplatz für zehn Bewohner, sowie jeweils einen Toilettenplatz für zehn weibliche und zehn männliche Bewohner vorzuhalten. Diese Leitlinien gelten für GUs in Bayern (58). Dezentrale Unterkünfte sind nicht daran gebunden.

In manchen zentralen Unterkünften befinden sich Krankenstationen und/oder regelmäßige ärztliche Sprechstunden. So gibt es in Würzburg das eingangs erwähnte „Würzburger Modell“, welches regelmäßige ärztliche Sprechstunden in der GU ermöglicht. Aber auch in anderen Unterkünften werden medizinische Versorgungsangebote vorgehalten, wie bspw. Klein für die Versorgung in Sachsen (59), oder Behrensen et Groß bereits 2004 für die

Versorgung in Osnabrück beschrieben haben (60). Die „enge Zusammenarbeit zwischen Sozialem Dienst, Gesundheitsamt und Bundesamt bei Verdacht auf Traumatisierung eines Flüchtlings [wird als] positiv und fruchtbar dargestellt.“ (61) Neben den angebotenen Krankenstationen ist es oftmals auch einfacher für die Geflüchteten, sich einen Krankenschein, der für die Inanspruchnahme einer ärztlichen Leistung benötigt wird, von der zuständigen Behörde einzuholen. Diese haben nicht selten eine Außenstelle in den GUs und die Wege für die Geflüchteten sind dadurch kurzgehalten. Eine solche Außenstelle wurde auch für die Würzburger GU eingerichtet (62). Jedoch beschreiben zu diesem Punkt Behrensen et Groß den Nachteil der eingeschränkten freien Arztwahl in der GU Osnabrück. Diese bestünde bei einer bereits bestehenden medizinischen Versorgungsstruktur in der Unterkunft meist nicht oder werde nicht in Anspruch genommen (63). Sie spielt jedoch eine große Rolle, sollte die Arzt/Ärztin-Patienten-Beziehung aus individuellen Gründen (Misstrauen, empfundene Ungleichbehandlung, etc.) gestört sein. Ein Arztwechsel habe dabei laut Behrensen et Groß nach anfänglich schlechten Erfahrungen der Geflüchteten mit Arztbesuchen oft einen positiven Einfluss auf das Arzt/Ärztin-Patienten-Verhältnis (61).

In zentralen Unterkünften gibt es auf den Krankenstationen meist einen Grundstock an verschiedenen Medikamenten. Dies fanden Behrensen et Groß in ihrer Arbeit für Osnabrück heraus (64), und auch in der Würzburger GU kann das medizinische Team auf einen solchen zurückgreifen (persönliche Erfahrung des Autors). Dennoch beklagten sich die Befragten in der Erhebung aus Osnabrück darüber, in den kommunalen Unterkünften nur immer die gleichen Medikamente gegen jegliche Art medizinischer Beschwerden zu erhalten (65). Dem entgegen steht wiederum die Beobachtung in der hier vorgelegten Arbeit, die keine Probleme bei der Erhältlichkeit von

Medikamenten erkennen ließ, wobei diese in der Befragung nicht spezifiziert wurden.

Aufgrund der niederschweligen Angebote ist davon auszugehen, dass die medizinische Versorgung in Unterkünften mit Krankenstation gut funktioniert und Vorteile bietet, die den Geflüchteten in zentralen Unterkünften ohne Krankenstation oder dezentralen Unterkünften verwehrt bleiben.

Die o.g. Leitlinien formulieren lediglich das Vorhalten eines Untersuchungszimmers für Aufnahmeuntersuchungen bzw. eines Arztzimmers in Aufnahmeeinrichtungen in Bayern (58). Die Ausstattung dieses Zimmers, das zur medizinischen Versorgung notwendige Personal sowie feste Sprechstunden sind jedoch nicht Teil der Leitlinie. Das Würzburger Modell schließt diese Lücke. Nach Kenntnis der Sektion Migrantenmedizin des Klinikums Würzburg Mitte ist das Würzburger Modell in Bayern jedoch einzigartig. Somit kann davon ausgegangen werden, dass die medizinische Versorgung in anderen GUs in Bayern nicht niederschwellig und damit auch nicht ausreichend gesichert ist.

Die gesundheitlichen Nachteile der Unterbringung in einer GU sind nicht zu unterschätzen. So beschrieben schon Behrensen et Groß in ihrer Analyse, dass durch die Unterbringung vieler Menschen in großen Unterkünften „unhygienische sanitäre Anlagen aufgrund der Nutzung durch eine große Zahl unfreiwillig zusammenlebender Personen“ zu gesundheitlichen Problemen führen können (66). Bozorgmehr et al. bestätigten dies in einem Artikel des Bundesgesundheitsblatts und schrieben, dass „sich Defizite in den Standards, die zur Gewährleistung einer gesundheitsförderlichen Umgebung notwendig sind [zeigten]. Es zeigte sich aber auch, welche Herausforderung es für den lokalen ÖGD [Öffentlicher Gesundheitsdienst, Anmerkung des Autors]

bedeutet, angesichts der Schwierigkeiten bei der Unterbringung von Asylsuchenden die erforderlichen Hygienestandards einzufordern.“ (67)

Insgesamt ist die medizinische Versorgungssituation der Geflüchteten in dezentralen Unterkünften auch unter Berücksichtigung der in dieser Arbeit aufgeführten Einschränkungen als gut zu bewerten. Somit hat die Unterbringung dort hinsichtlich der medizinischen Bedingungen keinen deutlichen Nachteil und kann im Sinne der positiven generellen Effekte (bspw. psychosozialen Auswirkungen, siehe Einleitung) als bevorzugte Unterbringungsart betrachtet werden. Die Verminderung struktureller Hindernisse, welche die Unterbringung in einer GU häufig mit sich bringt, ist in Einzelfällen natürlich vorteilhaft. Dabei ist zu bedenken, dass dies nicht auf alle GUs übertragbar ist. Nicht jede GU bietet zwingend ärztliche Strukturen in der unmittelbaren Nachbarschaft und auch hier können infrastrukturelle Schwierigkeiten zum Tragen kommen.

5 Zusammenfassung

Durch das hohe Flüchtlingsaufkommen seit dem Jahr 2015 wurden viele Geflüchtete in Unterfranken in dezentrale Unterkünfte in ländlichen Regionen verteilt. Ziel dieser Arbeit war es nun, die medizinische Versorgung dieser dezentral untergebrachten Geflüchteten näher zu beleuchten.

Dazu wurden Fragebögen erstellt, welche die subjektiven Blickwinkel der Geflüchteten, der zuständigen ehren- und hauptamtlich Helfenden sowie der beteiligten HÄ betrachteten, um so ein Gesamtbild zu erzeugen.

Es konnte gezeigt werden, dass erwartungsgemäß die Sprachbarriere das Hauptproblem bei medizinischen Vorstellungen darstellte. Jedoch lagen auch infrastrukturelle Probleme vor, wie die mangelnde Verfügbarkeit von ärztlichen Praxen und öffentlichen Verkehrsmitteln im ländlichen Raum.

Lösungen hierzu wurden von den befragten Gruppen hauptsächlich von staatlicher Seite verlangt, bspw. durch ein flächendeckendes Sprachmittlerprogramm, doch auch von Geflüchteten und HÄ ist mehr Engagement gefordert.

Ungeachtet dessen ist die medizinische Versorgung Geflüchteter in dezentralen Unterkünften Unterfrankens allgemein als gut zu bewerten, auch im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung. Es konnte nicht gezeigt werden, dass Geflüchtete häufiger krank wären, deutlich öfter zum Arzt/zur Ärztin gingen oder im Durchschnitt schwerwiegendere Erkrankungen als die einheimische Bevölkerung vorweisen würden.

Die genannten Probleme sind nur zu einem geringen Teil auf den ländlichen Raum zu begrenzen und daher bei Geflüchteten, die in zentralen Unterkünften in größeren Städten untergebracht sind, zu großen Teilen

ebenfalls vorhanden. Einzig die infrastrukturellen Verfügbarkeiten scheinen den Unterschied zwischen Stadt und Land auszumachen. Diesbezüglich sind die Geflüchteten jedoch in einer vergleichbaren Situation wie die einheimische Bevölkerung.

Im Vergleich einer dezentralen Unterkunft zu einer GU in Bayern, die nicht mit einer Krankenstation ausgestattet ist, konnte gezeigt werden, dass die negativen Aspekte der gemeinschaftlichen Unterbringung aus Sicht der medizinischen Versorgung überwiegen. Bei den dezentralen Unterkünften ist daher in dieser Hinsicht von einer besseren Versorgungslage auszugehen.

6 Fazit

Die Ergebnisse dieser Arbeit weisen darauf hin, dass die Unterbringung Geflüchteter in dezentralen Unterkünften in Unterfranken infrastrukturelle Nachteile mit sich bringt. Jedoch scheint die medizinische Versorgung in diesen Unterkünften, auch dank der Unterstützung ehren- und hauptamtlich Helfender, gut gewährleistet. In den GUs ist davon auszugehen, dass die infrastrukturellen Gegebenheiten aufgrund der Anbindung der GUs an größere Städte besser sind als in den dezentralen Unterkünften. Die Nachteile der Unterbringung Geflüchteter in GUs, welche in dieser Arbeit erwähnt wurden, sind jedoch bedeutsam. Dazu zählen insbesondere die teils unzureichenden hygienischen Bedingungen und die psychischen Belastungen. Somit überwiegen aus medizinischer Sicht insgesamt die Vorteile der Unterbringung Geflüchteter in dezentralen Unterkünften.

7 Literaturverzeichnis

1. **Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat - Referat Öffentlichkeitsarbeit, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2019).** *Migrationsbericht der Bundesregierung 2016/2017, Stand: Januar 2019, S. 9.*
2. **Spiegel Online (2019).** *Flüchtlinge - Die wichtigsten Artikel im Überblick,* <https://www.spiegel.de/politik/deutschland/fluechtlinge-die-wichtigsten-artikel-zur-krise-a-1066541.html>, abgerufen am 28.05.2019.
3. **Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2011).** *Das Bundesamt in Zahlen 2010 - Asyl, Migration, ausländische Bevölkerung und Integration, Stand: Juni 2011, S.10.*
4. **Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (2016).** *890.000 Asylsuchende im Jahr 2015, Pressemitteilung vom 30. September 2016.*
5. **Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2016).** *Migrationsbericht 2015 des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung, abgerufen am 15. Dezember 2016, S. 5.*
6. **Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2016).** *Migrationsbericht 2015 des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung, abgerufen am 15. Dezember 2016, S. 120.*
7. **Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2016).** *Migrationsbericht 2015 des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung, abgerufen am 15. Dezember 2016, S. 122.*
8. **Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (2017).** *280.000 Asylsuchende im Jahr 2016, Pressemitteilung vom 11. Januar 2017.*
9. **Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat - Referat Öffentlichkeitsarbeit, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2019).** *Migrationsbericht der Bundesregierung 2016/2017, Stand: Januar 2019, S. 105.*

10. **Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2019).** *Das Bundesamt in Zahlen 2018 - Asyl, Stand: April 2019, S. 18.*
11. **Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2019).** *Migrationsbericht der Bundesregierung 2016/2017, Stand: Januar 2019, S. 106.*
12. **Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2019).** *Das Bundesamt in Zahlen 2018 - Asyl, Stand: April 2019, S. 20.*
13. **Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2019).** *Das Bundesamt in Zahlen 2018 - Asyl, Stand: April 2019, S. 14.*
14. **Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2016).** *Das Bundesamt in Zahlen 2015 - Asyl, Migration und Integration, Stand: September 2016, S. 16.*
15. **Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2019).** *Erstverteilung der Asylsuchenden EASY, www.bamf.de/DE/Themen/AsylFluechtlingsschutz/AblaufAsylverfahrens/ablaufasylverfahrens-node.html, abgerufen am 06. Juni 2019.*
16. **Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2017).** *Das Bundesamt in Zahlen 2016 - Asyl, Migration und Integration, Stand: August 2017, S. 16.*
17. **Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2018).** *Das Bundesamt in Zahlen 2017 - Asyl, Migration und Integration, Stand: August 2018, S.18.*
18. **Regierung von Unterfranken (2016, 15. Januar).** *Presseinfo 007/16 - Asylbewerberzahlen in Unterfranken im letzten Jahr verdreifacht, www.regierung.unterfranken.bayern.de/presse/2016/02763/index.html, abgerufen am 02. Juni 2019.*
19. **Regierung von Unterfranken (2017, 16. Januar).** *Presseinfo 011/17 - Aktuelle Asylbewerberzahlen, www.regierung.unterfranken.bayern.de/presse/2017/03176/index.html, abgerufen am 02. Juni 2019.*
20. **Regierung von Unterfranken (2018, 10. Januar).** *Presseinfo 013/18 zu Asylbewerberzahlen.*

21. **Regierung von Unterfranken (2019, 10. Januar)**. *Presseinfo 006/19 (Aktuelle Asylbewerberzahlen)*, www.regierung.unterfranken.bayern.de/presse/2019/04100/index.html, abgerufen am 02. Juni 2019.
22. **Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege vom 15. Februar 2017**. *Az. 46j-G8360.143-2016/45-6., Vollzug des §62 des Asylgesetzes; Gesundheitsuntersuchung, (AIIMBI. S. 218)*.
23. **Spura A., Kleinke M., Robra B. et al. (2017)**. *Wie erleben Asylsuchende den Zugang zu medizinischer Versorgung? Bundesgesundheitsbl 60, 462–470 (2017)*. <https://doi.org/10.1007/s00103-017-2525-x>.
24. **Wächter-Raquet M. (2016)**. *Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende und Flüchtlinge - Der Umsetzungsstand im Überblick der Bundesländer - Sachstand: Februar 2016*. Bertelsmann Stiftung, S. 14.
25. **Aumüller J., Daphi P., und Biesenkamp C. (2015)**. *Die Aufnahme von Flüchtlingen in den Bundesländern und Kommunen - Behördliche Praxis und zivilgesellschaftliches Engagement - Expertise gefördert und herausgegeben von der Robert Bosch Stiftung, Robert Bosch Stiftung GmbH, S. 35 f.*
26. **Schwienhorst E.-M. und Stich A. (2015)**. *Medizinische Versorgung von Flüchtlingen und Asylbewerbern – Erfahrungen aus dem Würzburger Modell*. *Flugmedizin · Tropenmedizin · Reisemedizin - FTR, 22(3)*, S. 116-121.
27. **Kassenärztliche Vereinigung Bayerns. Arztsuche**, <https://arztsuche.kvb.de/cargo/app/suchergebnisse.htm?hashwert=0cac4ee9fb164b5882013249ae19fe&page=2&resultCount=534>, abgerufen am 14. Juli 2017.
28. **infas Institut für angewandte Sozialwissenschaften GmbH (2018)**. *Tabellenband Ärztemonitor 2018 - Ergebnisse für Haus- und Fachärzte. Bonn, abgerufen am 08. Juli 2019, S. 36.*

29. **Amnesty International.** *Amnesty Report, Syrien 2017/2018*, www.amnesty.de/jahresbericht/2018/syrien#section-1727801, abgerufen am 30. Mai 2019.
30. **Amnesty International.** *Amnesty Report, Afghanistan 2017/2018*, www.amnesty.de/jahresbericht/2018/afghanistan#section-1715210, abgerufen am 30. Mai 2019.
31. **Maxwill, P. (2015, 09. September).** *Geschlecht und Asyl – Frauen und Kinder zuletzt.* Spiegel Online, <https://www.spiegel.de/kultur/gesellschaft/fluechtlinge-warum-vor-allem-maenner-nach-deutschland-kommen-a-1051755.html>, abgerufen am 13. Juni 2019.
32. **Schulte von Drach, M. C. (2015, 27. Juli).** *Flüchtlinge in Europa – Warum vor allem Männer Asyl suchen,* *Süddeutsche Zeitung online*, <https://www.sueddeutsche.de/politik/fluechtlinge-in-europa-warum-vor-allem-maenner-asyl-suchen-1.2584201>, abgerufen am 12. Juni 2019.
33. **Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.** *Persönliche Auskunft des Service-Centers.* 10. Januar 2019.
34. **Drucksache 18/11262 (2017, 21. Februar), Antwort der Bundesregierung.** *auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ulla Jelpke, Frank Tempel, Sevim Dağdelen, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE – Drucksache 18/10930 – Ergänzende Informationen zur Asylstatistik für das Jahr 2016, Frage 4.*
35. **Drucksache 19/1631 (2018, 13. April), Antwort der Bundesregierung.** *auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ulla Jelpke, Dr. André Hahn, Gökay Akbulut, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE – Drucksache 19/998 – Ergänzende Informationen zur Asylstatistik für das Jahr 2017 – Schwerpunktfragen zur Asylverfahrensdauer, Frage 1.*
36. **Drucksache 19/7552 (2019, 06. Februar), Antwort der Bundesregierung.** *auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ulla Jelpke, Dr.*

André Hahn, Gökey Akbulut, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE – Drucksache 19/6744 – Ergänzende Informationen zur Asylstatistik für das dritte Quartal 2018 – Schwerpunktfragen zur Asylverfahrensdauer, Frage 1.

37. **Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2017)**. *Migration, Integration, Asyl - Politische Entwicklungen in Deutschland 2016 - Jährlicher Bericht der deutschen nationalen Kontaktstelle für das Europäische Migrationsnetzwerk (EMN), Stand März 2017, S. 43.*

38. **Idler J. und Mantel J. (2016)**. *Memorandum für faire und sorgfältige Asylverfahren in Deutschland - Standards zur Gewährleistung der asylrechtlichen Verfahrensgarantien, S. 27.*

39. **Heß B. (2019)**. *Volljährige Asylantragsteller in Deutschland im ersten Halbjahr 2018: Sozialstruktur, Schulbesuch und ausgeübte Berufstätigkeiten.* Kurzanalysen des Forschungszentrums Migration, Integration und Asyl des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge, Ausgabe 03/2019, S. 7.

40. **Ministry of Education, Islamic Republic of Afghanistan, and United Nations Children's Fund (UNICEF) (2018)**. *All children in school and learning: global initiative on out-of-school children – Afghanistan country study, S. 3.*

41. **Grobe T. G., Steinmann S. und Szecseny J. (2019)**. *Arztreport 2019 - Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, 2019 (14), S. 61.*

42. **Kornelius B. (2018)**. *Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2018 - Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage April - Juni 2018.* Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH, S. 6.

43. **Kassenärztliche Vereinigung Bayerns**. *Übersicht Versorgungsgrade, www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Bedarfsplanung/KVB-Bedarfsplanung-Uebersicht-Versorgungsgrade.pdf, abgerufen am 10. Juni 2019.*

44. **Kassenärztliche Vereinigung Bayerns.** Bericht zur "Prüfung auf Unterversorgung & drohende Unterversorgung", <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Bedarfsplanung/KVB-Bedarfsplanung-Uebersicht-Unterversorgung-in-Bayern.pdf>, abgerufen am 25. Juni 2019.
45. **Kornelius B. (2018).** *Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2018 - Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage April - Juni 2018.* Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH, S. 8 f.
46. **Bundesministerium für Gesundheit.** *Informationswebsite zum TSVG,* <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/terminservice-und-versorgungsgesetz.html>, abgerufen am 25. Juni 2019.
47. **Flores G. et al. (2012).** *Errors of Medical Interpretation and Their Potential Clinical Consequences: A Comparison of Professional Versus Ad Hoc Versus No Interpreters,* *Annals of Emergency Medicine, Volume 60, Issue 5,* 545 - 553.
48. **Deveugele M. et al. (2002).** *Primary Care - Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries,* *BMJ 2002; 325:472,* S. 4.
49. **Brücker H. et al. (2019).** *Research Report - Zweite Welle der IAB-BAMF-SOEP-Befragung: Geflüchtete machen Fortschritte bei Sprache und Beschäftigung - IAB-Kurzbericht, No. 3/2019, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB),* S. 6.
50. **Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen.** *Urteil vom 23. Januar 2018 - L 4 KR 147/14, Vorinstanz: Sozialgericht Hannover.*
51. **Kornelius B. (2018).** *Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2018 - Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage April - Juni 2018.* Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH, S. 16 f.

52. **Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2017).** *Engagement in der Flüchtlingshilfe - Ergebnisbericht einer Untersuchung des Instituts für Demoskopie Allensbach, Stand November 2017, S. 9.*
53. **Mohammadzadeh Z., Jung F., Lelgemann M. (2016).** *Gesundheit für Flüchtlinge - das Bremer Modell [Health for refugees - the Bremen model]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2016;59(5):561-569. doi:10.1007/s00103-016-2331-x.*
54. **Claassen K., Jäger P. (2018).** *Impact of the Introduction of the Electronic Health Insurance Card on the Use of Medical Services by Asylum Seekers in Germany. Int J Environ Res Public Health. 2018;15(5):856. doi:10.3390/ijerph15050856.*
55. **Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer.** *Leitfaden zur Beantragung einer Psychotherapie für Geflüchtete, www.baff-zentren.org/news/beantragung-einer-psychotherapie-fuer-gefluechtete, abgerufen am 07. Juli 2019.*
56. **Vorderwülbecke F., Feistle M., Mehring M., Schneider A., Linde K. (2015).** *Aggression and violence against primary care physicians—a nationwide questionnaire survey. Dtsch Arztebl Int 2015; 112 (10): 159–65.*
57. **Sonnenmoser M. (2017).** *Der schwierige Patient: Aggressivität und Gewalt - Der Respekt nimmt ab. Deutsches Ärzteblatt 2017; 114(10): A-482 / B-418 / C-408.*
58. **Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (2010).** *Leitlinien zu Art, Größe und Ausstattung von Gemeinschaftsunterkünften für Asylbewerber, München, Stand April 2010.*
59. **Klein P. (2016).** *Asylbewerber und ihre Versorgungssituation. Internist 57, S. 402–408.*
60. **Behrensen B., Groß V. (2004).** *Auf dem Weg in ein „normales Leben“? Eine Analyse der gesundheitlichen Situation von Asylsuchenden in der Region Osnabrück, Osnabrück, S. 70.*

61. **Ebenda.** S. 82.

62. vgl. **Aussage Robert Scheller, Anhörung Bayerischer Landtag. 16.**

Wahlperiode 10. SO, 12. VF, 12. EB, 9. UG 23.04.2009, S.11.

63. **Behrensen B., Groß V. (2004).** *Auf dem Weg in ein „normales Leben“?*

Eine Analyse der gesundheitlichen Situation von Asylsuchenden in der Region Osnabrück, Osnabrück, S. 70 f.

64. **Ebenda.** S. 76.

65. **Behrensen B., Groß V. (2004).** *Auf dem Weg in ein „normales Leben“?*

Eine Analyse der gesundheitlichen Situation von Asylsuchenden in der Region Osnabrück, Osnabrück, S. 75 f.

66. **Ebenda.** S. 84 f.

67. **Bozorgmehr K., Nöst S., Thaiss H.M. et al. (2016).** *Die gesundheitliche*

Versorgungssituation von Asylsuchenden. Bundesgesundheitsblatt 59, S. 545–555.

I. Abkürzungsverzeichnis

AnKER-Einrichtung	Ankunfts-, Entscheidungs- und Rückführungseinrichtung
AsylbIG	Asylbewerberleistungsgesetz
AsylG	Asylgesetz
AufenthG	Gesetz über den Aufenthalt, die Erwerbstätigkeit und die Integration von Ausländern im Bundesgebiet
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
Caritas	Fachbereichs Migration/Allgemeiner Sozialer Beratungsdienst (ASBD) des Caritasverbandes für die Diözese Würzburg e.V.
eGK	elektronische Gesundheitskarte
GU	Gemeinschaftsunterkunft
HÄ	Hausärztinnen und Hausärzte
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KVB	Kassenärztliche Vereinigung Bayern
LGL	Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr
TSVG	Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 - Herkunftsländer (aus Sicht der HÄ).....	29
Abbildung 2 - Selbstständigkeit der Geflüchteten beim Arztbesuch (aus Sicht der HÄ).....	31
Abbildung 3 - Auftreten von Problemen bei der medizinischen Versorgung (aus Sicht der HÄ).....	32
Abbildung 4 -Termineinhaltung der Geflüchteten (aus Sicht der HÄ).....	33
Abbildung 5 - Vorkommen ernsthafter Erkrankungen Geflüchteter im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung (aus Sicht der HÄ).....	34
Abbildung 6 - Verständigung der HÄ mit Geflüchteten.....	35
Abbildung 7 - Einhaltung der Therapiepläne durch die Geflüchteten (aus Sicht der HÄ).....	37
Abbildung 8 - Probleme bei der Einhaltung der Therapiepläne (aus Sicht der HÄ).....	38
Abbildung 9 – Vorhandensein ausreichender Fachinformationen zur Versorgung Geflüchteter.....	41
Abbildung 10 - Vergleich der medizinischen Versorgungssituation der Geflüchteten mit der einheimischen Bevölkerung (aus Sicht der HÄ).....	42
Abbildung 11 - Änderung der Häufigkeit der Arztbesuche durch Geflüchtete nach Erhalt einer elektronischen Gesundheitskarte (eGK) (aus Sicht der HÄ).....	43
Abbildung 12 - Änderung bei der Umsetzung der Therapiepläne durch die Geflüchteten nach Erhalt einer elektronischen Gesundheitskarte (eGK) (aus Sicht der HÄ).....	44
Abbildung 13 - Altersverteilung Geflüchtete.....	47

Abbildung 14 - Geschlechtsverteilung Geflüchtete	48
Abbildung 15 - Herkunftsländer der Geflüchteten.....	49
Abbildung 16 - Aufenthaltsdauer der Geflüchteten in Deutschland	50
Abbildung 17 - Aufenthaltsstatus der Geflüchteten.....	51
Abbildung 18 - Bildungsgrad Geflüchtete	52
Abbildung 19 - Deutschkenntnisse Geflüchtete	53
Abbildung 20 - Ernsthafte Erkrankungen (aus Sicht der Geflüchteten).....	55
Abbildung 21 - Primäre Anlaufstelle im Krankheitsfall (aus Sicht der Geflüchteten)	56
Abbildung 22 - Allgemeine Probleme bei der medizinischen Versorgung Geflüchteter (aus Sicht der Geflüchteten)	58
Abbildung 23 - Organisationsprobleme (aus Sicht der Geflüchteten)	60
Abbildung 24 - Änderung der Häufigkeit der Arztbesuche durch Geflüchtete nach dem Erhalt einer elektronischen Gesundheitskarte (eGK) (aus Sicht der Geflüchteten).....	62
Abbildung 25 - Änderung bei der Umsetzung der Therapiepläne nach dem Erhalt einer elektronischen Gesundheitskarte (eGK) (aus Sicht der Geflüchteten).....	63
Abbildung 26 - Bewertung der medizinischen Versorgung aus Sicht der Geflüchteten	64
Abbildung 27 - Informationsquellen der Geflüchteten über das medizinische Versorgungssystem (aus Sicht der Geflüchteten).....	66
Abbildung 28 - Verteilung der befragten Helfenden	68
Abbildung 29 - Bewertung der medizinischen Versorgung aus Sicht der Helfenden	70
Abbildung 30 - Informationsquellen der Geflüchteten über das medizinische Versorgungssystem (aus Sicht der Helfenden)	73
Abbildung 31 - Auftreten von Problemen bei der medizinischen Versorgung (aus Sicht der Helfenden).....	76

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 - Wartezeiten Hausarzttermin (aus Sicht der HÄ).....	30
Tabelle 2 - Kostenträger (aus Sicht der Geflüchteten)	57
Tabelle 3 - Zuordnung Informationsquellen Geflüchteter.....	65
Tabelle 4 - Probleme bei medizinischer Versorgung (aus Sicht der Helfenden)	80
Tabelle 5 - Verbesserungsvorschläge der Helfenden	82

IV. Anhang

1. Fragebogen HÄ (Fax-Version) Die Online-Version ist identisch, daher hier nicht doppelt aufgeführt, jedoch ohne die Seite 1, da der Inhalt dieser Seite bereits telefonisch besprochen wurde.

2. Fragebogen haupt- und ehrenamtlich Helfende („Health-care-provider“)

3. Fragebogen Geflüchtete

1. Fragebogen HÄ (Fax-Version)

	
<p>Klinikum Würzburg Mitte gGmbH, Salvatorstr. 7, 97074 Würzburg</p> <p>Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,</p> <p>da es mir leider nicht möglich ist, jeden von Ihnen persönlich kennenzulernen, möchte ich mich zunächst einmal kurz vorstellen. Ich heiße Michael von Moltke, studiere Medizin in Würzburg und arbeite gerade an meiner Doktorarbeit.</p> <p>Ich möchte Ihnen dazu heute gerne mein neues Projekt vorstellen. Das Thema lautet:</p> <p>Die medizinische Versorgungssituation der Geflüchteten in den dezentralen Unterkünften der Region Unterfranken.</p> <p>Zu diesem Thema gibt eine Menge Vorurteile und Gerüchte. Ich will mich damit jetzt im Detail beschäftigen, um herauszufinden, wie die Situation denn nun tatsächlich ist. Zu diesem Zweck habe ich einen Fragebogen ausgearbeitet, mit dessen Hilfe ich die hausärztliche Sicht auf diese Thematik einmal genauer erfahren möchte. Bisher gibt es dazu nämlich noch keine Informationen. Ich möchte aufzeigen, wo die Probleme in der Versorgung sind, aber auch die gut funktionierenden Aspekte hervorheben.</p> <p>Dafür brauche ich nun Ihre Mithilfe! Bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit, um den beigefügten Fragebogen zu beantworten.</p> <p>Die Auswahl von Ihnen als Teilnehmer dieser Studie erfolgte völlig zufällig und bleibt absolut anonym. Alle Ihre Daten werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht. Es kann also keine Antwort zu Ihnen zurückverfolgt werden.</p> <p>Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen zurück an die Faxnummer 0931/791-2349.</p> <p>Ich bedanke mich sehr herzlich für Ihre Zeit und Mithilfe, Michael von Moltke.</p> <p><small>Klinikum Würzburg Mitte gGmbH Post- & Rechnungsadresse Salvatorstr. 7, 97074 Würzburg www.kwm-klinikum.de</small></p> <p><small>GF: Wolfgang Popp, Volker Sauer AG Würzburg HRB: 13336</small></p>	<p>Klinikum Würzburg Mitte gGmbH Standort Missioklinik</p> <p><small>Academisches Lehrkrankenhaus der Universität Würzburg Salvatorstraße 7 97074 Würzburg</small></p> <p>Tropenmedizin Chefarzt Prof. Dr. med. August Stich</p> <p>Sektion Migrantengesundheit</p> <p>Koordination André Spiegel Tel. 0931/791-2345 Fax: 0931/791-2349 migrantenmedizin@missioklinik.de</p> <p>Sprechzimmer Gemeinschaftsunterkunft Tel. 0931/980-2243 oder -2209 Fax: 0931/980-2246 gu.wuerzburg@missioklinik.de</p> <p>in Notfällen 24-Stunden-Bereitschaft Tel. 0931/791-0</p> <p><small>Standort Juliusspital Juliuspromenade 19, 97075 Würzburg Tel. 0931/393-0, Fax 0931/791-2120 www.kwm-juliusspital.de</small></p> <p><small>Standort Missioklinik Salvatorstr. 7, 97074 Würzburg Tel. 0931/791-0, Fax 0931/791-2120 www.kwm-missioklinik.de</small></p>
<small>Wir erfüllen den Auftrag der Stiftung Juliusspital Würzburg</small>	

Blatt 2 zu Ärztefragebogen

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Die Auswertung des Fragebogens erfolgt anonym. Alle Daten werden streng vertraulich behandelt. Bitte unterschreiben Sie den Fragebogen nicht!

Bitte beantworten Sie alle Fragen und kreuzen Sie jeweils an, was für Sie zutrifft. Sofern nicht anders beschrieben, ist pro Frage nur ein Kreuz zu setzen. Bei den offenen Fragen bitte ich um eine kurze Antwort.

1. Wie viele Geflüchtete versorgt Ihre Praxis ca. pro Monat? (Schätzwert)

Mehrere pro Tag	<input type="checkbox"/>
1-2 pro Tag	<input type="checkbox"/>
1 pro Woche	<input type="checkbox"/>
1 pro Monat	<input type="checkbox"/>
Keine	<input type="checkbox"/>

2. Aus welchen Ländern kommen die Patienten? / Ist ein Herkunftsland auffallend häufig bei Ihnen vertreten?

3. Wie lange dauert es ungefähr für die Geflüchteten, einen Termin bei Ihnen zu erhalten?

Ein paar Tage	<input type="checkbox"/>
Ca. eine Woche	<input type="checkbox"/>
Ca. zwei Wochen	<input type="checkbox"/>
Ca. vier Wochen	<input type="checkbox"/>
Mehr als vier Wochen	<input type="checkbox"/>

Blatt 3 zu Ärztefragebogen

4. Wie kommen die Geflüchteten zu Ihrer Praxis?	
Selbstständig	<input type="checkbox"/>
Mit ehrenamtlichen Helfern/ mit deutschen Freunden	<input type="checkbox"/>
Mit professionellen Helfern (z.B. Mitarbeiter der Caritas)	<input type="checkbox"/>
Mit anderen Geflüchteten	<input type="checkbox"/>
Mit Übersetzern	<input type="checkbox"/>
Andere:	<input type="checkbox"/>

5. Gibt es Probleme beim Zugang der Geflüchteten zu medizinischer Versorgung?		
Ja	Nein	Hatte noch keinen Kontakt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.1. Halten die Geflüchteten die vereinbarten Termine überwiegend ein?	
Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Wie oft kommen die Geflüchteten mit ernsthaften Erkrankungen zu Ihnen, verglichen mit der einheimischen Bevölkerung?		
Häufiger	Gleich oft	Seltener
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Blatt 4 zu Ärztefragebogen

7. Wie gut läuft die Verständigung mit den Geflüchteten während der Untersuchungen? (Hier optional ein zweites Kreuz unter dem breiten Strich)

Sehr gut	<input type="checkbox"/>
Gut	<input type="checkbox"/>
Nicht so gut	<input type="checkbox"/>
Schlecht	<input type="checkbox"/>
Mit Übersetzer gut	<input type="checkbox"/>
Mit Übersetzer schlecht	<input type="checkbox"/>

8. Halten sich die Geflüchteten an Therapiepläne, kommen sie zu weiteren vereinbarten Untersuchungen?

Ja	<input type="checkbox"/>
Meistens	<input type="checkbox"/>
Selten	<input type="checkbox"/>
Nie	<input type="checkbox"/>

8.1. Falls Sie bei Frage 8 nicht „Ja“ angekreuzt haben: Wieso halten sich die Geflüchteten nicht an Therapiepläne?

Probleme beim Verständnis	<input type="checkbox"/>
Probleme bei der Motivation	<input type="checkbox"/>
Probleme bei der Umsetzung des Therapieplans (Erreichbarkeit von Arzneimitteln, Anschlussbehandlungen, o.ä.)	<input type="checkbox"/>

9. Wie gut unterstützt der Staat ihre Versorgung der Geflüchteten?

Sehr gut	<input type="checkbox"/>
Gut	<input type="checkbox"/>
Nicht so gut	<input type="checkbox"/>
Schlecht	<input type="checkbox"/>

Blatt 5 zu Ärztefragebogen

10. Wer bezahlt für die Geflüchteten?	
Selbstzahler	<input type="checkbox"/>
Krankenkasse	<input type="checkbox"/>
Sozialbehörden	<input type="checkbox"/>
Spenden	<input type="checkbox"/>
Unklar	<input type="checkbox"/>

11. Haben Sie ausreichend Fachinformationen (medizinisch und bürokratisch) zur Versorgung von Geflüchteten?		
	Ja	Nein
Medizinisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bürokratisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Wie ist der die medizinische Versorgungssituation der Geflüchteten im Vergleich zur Normalbevölkerung?		
Besser	Gleich	Schlechter
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Blatt 6 zu Arztfragebogen

13. Gab es nach dem Erhalt einer Gesundheitskarte Änderungen im Verhalten der Geflüchteten hinsichtlich der...	
13.1. ...Häufigkeit der Arztbesuche?	
Keine Änderung	<input type="checkbox"/>
Häufiger	<input type="checkbox"/>
Weniger	<input type="checkbox"/>
13.1. ...Einhaltung der Therapiepläne?	
Keine Änderung	<input type="checkbox"/>
Besser	<input type="checkbox"/>
Schlechter	<input type="checkbox"/>

14. Sonstiges/ Anmerkungen/ Wünsche?

2. Fragebogen haupt- und ehrenamtlich Helfende („Health-care-provider“)

Klinikum Würzburg Mitte gGmbH | Salvatorstr. 7 | 97074 Würzburg

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

da es mir leider nicht möglich ist, jeden von Ihnen persönlich kennenzulernen, möchte ich mich zunächst einmal kurz vorstellen. Ich heiße Michael von Moltke, studiere Medizin in Würzburg und arbeite gerade an meiner Doktorarbeit.

Ich möchte Ihnen dazu heute gerne mein neues Projekt vorstellen. Das Thema lautet:

Die medizinische Versorgungssituation der Geflüchteten in den dezentralen Unterkünften der Region Unterfranken.

Zu diesem Thema gibt eine Menge Vorurteile und Gerüchte. Ich will mich damit jetzt im Detail beschäftigen, um herauszufinden, wie die Situation denn nun tatsächlich ist. Zu diesem Zweck habe ich einen Fragebogen ausgearbeitet, mit dessen Hilfe ich Ihre Sicht auf diese Thematik einmal genauer erfahren möchte. Bisher gibt es dazu nämlich noch keine Informationen. Ich möchte aufzeigen, wo die Probleme in der Versorgung sind, aber auch die gut funktionierenden Aspekte hervorheben.

Dafür brauche ich nun Ihre Mithilfe! Bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit, um den beigefügten Fragebogen zu beantworten.

Die Auswahl von Ihnen als Teilnehmer dieser Studie erfolgte zufällig über die Mitarbeiter des Caritasverbandes für die Diözese Würzburg e. V. und bleibt absolut anonym. Alle Ihre Daten werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht. Es kann also keine Antwort zu Ihnen zurückverfolgt werden.

Ich bedanke mich sehr herzlich für Ihre Zeit und Mithilfe,
Michael von Moltke.

Klinikum Würzburg Mitte gGmbH
Standort Missioklinik

Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität Würzburg
Salvatorstraße 7
97074 Würzburg

Tropenmedizin

Chefarzt

Prof. Dr. med. August Stöck

Sektion Migrantengesundheit

Koordination

André Schögel

Tel. 0931/791-2345

Fax 0931/791-2349

migrantenmedizin@missioklinik.de

Sprechzimmer

Gemeinschaftsunterkunft

Tel. 0931/980-2243 oder -2209

Fax: 0931/980-2246

gu.wuerzburg@missioklinik.de

In Notfällen

24-Stunden-Bereitschaft

Tel. 0931/791-0

Klinikum Würzburg Mitte gGmbH

Post- & Rechnungsadresse
Salvatorstr. 7 | 97074 Würzburg
www.klinikum.de

Gf. Wolfgang Popp · Volker Sauer
AG Würzburg
HRB 13136

Standort Juliusspital

Juliusspromenade 19 · 97070 Würzburg
Tel. 0931/79910 · Fax 0931/791-2100
www.kvwmjgklinik.de

Standort Missioklinik

Salvatorstr. 7 · 97074 Würzburg
Tel. 0931/791-0 · Fax 0931/791-2100
www.klinikum.de

Health care provider Bogen Blatt 2

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Die Auswertung des Fragebogens erfolgt anonym. Alle Daten werden streng vertraulich behandelt. Bitte unterschreiben Sie den Fragebogen nicht!

Bitte beantworten Sie alle Fragen und kreuzen Sie jeweils an, was für Sie zutrifft. Sofern nicht anders beschrieben, ist pro Frage nur ein Kreuz zu setzen. Bei den offenen Fragen bitte ich um eine kurze Antwort.

A. Allgemeiner Teil

1. Was ist Ihr Bezug zu Geflüchteten? Ich bin...	
...Mitarbeiter/-in einer Wohlfahrtsorganisation (z.B. Caritas, o.Ä.)	<input type="checkbox"/>
...Ehrenamtliche/-r	<input type="checkbox"/>
...keines der Genannten, sondern: _____	<input type="checkbox"/>

2. Wie viele Geflüchtete betreuen Sie derzeit?

3. Wie lange arbeiten Sie schon mit Geflüchteten?

4. Haben Sie Geflüchtete bereits zu medizinischen Behandlungen begleitet?	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Falls Ja, wie oft? _____ Mal	

B. Versorgungssituation

5. Wie würden Sie die medizinische Versorgung der Geflüchteten, die Sie betreuen, bewerten?	
Sehr gut	<input type="checkbox"/>
Gut	<input type="checkbox"/>
Mangelhaft	<input type="checkbox"/>
Unzureichend	<input type="checkbox"/>

6. Wie häufig wird medizinische Hilfe durchschnittlich (pro Geflüchteten) in Anspruch genommen?	
Mehrmals im Monat	<input type="checkbox"/>
Einmal im Monat	<input type="checkbox"/>
Einmal im Halbjahr	<input type="checkbox"/>
1- bis 2-mal im Jahr	<input type="checkbox"/>
Noch seltener	<input type="checkbox"/>
Weiß ich nicht	<input type="checkbox"/>

7. Wen sprechen die Geflüchteten bei medizinischen Problemen zuerst an?	
Deutsche Freunde/ ehrenamtliche Helfer	<input type="checkbox"/>
Andere Flüchtlinge	<input type="checkbox"/>
Professionelle Helfer (z.B. die Caritas)	<input type="checkbox"/>
Sozialamt (oder anderes Bundesamt)	<input type="checkbox"/>
Sie gehen alleine zu einem (Haus-)Arzt	<input type="checkbox"/>
Sie gehen alleine in ein Krankenhaus	<input type="checkbox"/>
Weiß ich nicht	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie angesprochen werden, wo gehen Sie mit den Geflüchteten hin?	
Zum (Haus-)Arzt <input type="checkbox"/>	In ein Krankenhaus <input type="checkbox"/>

8. Woher bekommen Geflüchtete Informationen über die medizinische Versorgung in Deutschland? (Mehrfachnennung möglich)

Deutsche Freunde/ ehrenamtliche Helfer	<input type="checkbox"/>
Andere Flüchtlinge	<input type="checkbox"/>
Professionelle Helfer (z.B. die Caritas)	<input type="checkbox"/>
Sozialamt (oder anderes Bundesamt)	<input type="checkbox"/>
Andere:	<input type="checkbox"/>
Sie bekommen keine Informationen	<input type="checkbox"/>
Weiß ich nicht	<input type="checkbox"/>

9. Wie lange dauert es ungefähr, einen Termin bei einem Arzt zu erhalten?

Ein paar Tage	<input type="checkbox"/>
Ca. eine Woche	<input type="checkbox"/>
Ca. zwei Wochen	<input type="checkbox"/>
Ca. vier Wochen	<input type="checkbox"/>
Mehr als vier Wochen	<input type="checkbox"/>

10. Haben Sie den Eindruck, dass die Geflüchteten wissen bzw. verstehen, wie Sie im Krankheitsfalle (z.B. Fieber, Knochenbrüche, starke Schmerzen, anhaltende Beschwerden) vorgehen sollten?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>
Falls <i>Nein</i> , warum nicht?	
.....	
.....	
.....	

C. Problemfelder

11. Gibt es Probleme beim Zugang der Geflüchteten zu medizinischer Versorgung?		
Ja	Nein	Hatte noch keinen Kontakt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls Sie diese Frage mit „Nein“ beantwortet haben, fahren Sie bitte fort mit Frage 12.

Falls Sie diese Frage mit „Ja“ beantwortet haben, präzisieren Sie bitte die Relevanz der folgenden Probleme:

11.1. Es gab Probleme mit der Kommunikation während der medizinischen Versorgung aufgrund der/ bei der... (Mehrfachnennungen sind möglich)	
...Sprachverständigung	<input type="checkbox"/>
...Freundlichkeit der Ärzte/ des medizinischen Personals	<input type="checkbox"/>
...Terminverständigung	<input type="checkbox"/>
...Verständigung über die notwendige Diagnostik	<input type="checkbox"/>
...Verständigung über den Therapieplan	<input type="checkbox"/>

11.2. Es gab Probleme mit der Organisation der medizinischen Versorgung aufgrund von/ bei der... (Mehrfachnennungen sind möglich)	
...mangelnder Verfügbarkeit von Ärzten	<input type="checkbox"/>
...Problemen mit der Anfahrt/ mangelhafter Infrastruktur	<input type="checkbox"/>
...Bezahlung der Anfahrt	<input type="checkbox"/>
...Bezahlung des Arztbesuches	<input type="checkbox"/>
...Organisation der Anschlussbehandlungen (falls notwendig)	<input type="checkbox"/>
...Erhältlichkeit notwendiger Medikamente	<input type="checkbox"/>

Health care provider Bogen Blatt 6

12. Wie würden Sie die Unterstützung von deutschen Behörden in Hinblick auf die medizinische Versorgung beurteilen?

Sehr gut	<input type="checkbox"/>
Gut	<input type="checkbox"/>
Nicht gut	<input type="checkbox"/>
Schlecht	<input type="checkbox"/>

13. Wie häufig war bei den Arztterminen keine Kommunikation ohne Übersetzer möglich? (Schätzwert)

_____ %

14. Wie viel Prozent Ihrer ehrenamtlichen Arbeitszeit wenden Sie pro Woche für die Unterstützung von Geflüchteten bei gesundheitlichen Problemen auf? (Schätzwert)

_____ %

15. Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Arbeit von der Bundesrepublik Deutschland ausreichend gewürdigt wird?

Ja	<input type="checkbox"/>
Teilweise	<input type="checkbox"/>
Eher nicht	<input type="checkbox"/>
Absolut nicht	<input type="checkbox"/>

D. Offene Fragen


16. Was sind Ihrer Meinung nach die größten Probleme beim Zugang von Geflüchteten zur medizinischen Versorgung?

.....
.....
.....

17. Was könnte diesbezüglich konkret verbessert werden?

.....
.....
.....

3. Fragebogen Geflüchtete

			
<p>Klinikum Würzburg Mitte gGmbH - Salvatorstr. 7 - 97074 Würzburg</p> <p>Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,</p> <p>da es mir leider nicht möglich ist, jeden von Ihnen persönlich kennenzulernen, möchte ich mich zunächst einmal kurz vorstellen. Ich heiße Michael von Moltke, studiere Medizin in Würzburg und arbeite gerade an meiner Doktorarbeit.</p> <p>Ich möchte Ihnen dazu gerne mein Projekt vorstellen. Das Thema lautet:</p> <p>Die medizinische Versorgungssituation der Geflüchteten in den dezentralen Unterküpfen der Region Unterfranken.</p> <p>Ich habe mich gefragt, vor welchen Problemen Sie stehen, wenn Sie medizinische Behandlung brauchen. Gleichzeitig möchte ich aber auch erfahren, was gut funktioniert. Zu diesem Thema gibt es zwar viele Vorurteile und Gerüchte; mich interessiert es jedoch, gerade Ihre Sicht auf dieses Thema genauer zu erfahren und zu beschreiben.</p> <p>Ich möchte Sie daher bitten, sich ein paar Minuten Zeit zu nehmen, um den beigefügten Fragebogen zu beantworten.</p> <p>Die Auswahl von Ihnen als Teilnehmer dieser Studie erfolgte zufällig über die Mitarbeiter des Caritasverbandes für die Diözese Würzburg e. V. und bleibt absolut anonym. Alle Ihre Daten werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht. Es kann also keine Antwort zu Ihnen zurückverfolgt werden.</p> <p>Ich bedanke mich sehr herzlich für Ihre Zeit und Mithilfe, Michael von Moltke.</p>	<p>Klinikum Würzburg Mitte gGmbH Standort Missioklinik</p> <p>Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Würzburg Salvatorstraße 7 97074 Würzburg</p> <p>Tropenmedizin Chefarzt Prof. Dr. med. August Stich</p> <p>Sektion Migrantenengesundheit</p> <p>Koordination André Schlegel Tel. 0931/791-2345 Fax: 0931/791-2349 migrantenmedizin@missioklinik.de</p> <p>Sprechzimmer Gemeinschaftsunterkunft Tel. 0931/980-2243 oder -2209 Fax: 0931/980-2246 gu.wuerzburg@missioklinik.de</p> <p>in Notfällen 24-Stunden-Bereitschaft Tel. 0931/791-0</p>		
<p>Klinikum Würzburg Mitte gGmbH Post- & Rechnungsadresse Salvatorstr. 7 - 97074 Würzburg www.kwm.klinikum.de</p>	<p>Gf. Wolfgang Popp - Volker Sauer AG Würzburg HFB, 13336</p>	<p>Standort Juliuspital Juliuspromenade 19 - 97075 Würzburg Tel. 0931/393-0 - Fax 0931/791-2128 www.kwjuliuspital.de</p>	<p>Standort Missioklinik Salvatorstr. 7 - 97074 Würzburg Tel. 0931/791-0 - Fax 0931/791-2128 www.kwmmissioklinik.de</p>
<p>Wir erfüllen den Auftrag der Stiftung Juliuspital Würzburg</p>			

Blatt 2 zu Geflüchteten-Fragebogen

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Die Auswertung des Fragebogens erfolgt anonym. Alle Daten werden streng vertraulich behandelt. Bitte unterschreiben Sie den Fragebogen nicht!

Bitte beantworten Sie alle Fragen und kreuzen Sie jeweils an, was für Sie zutrifft. Sofern nicht anders beschrieben, ist pro Frage nur ein Kreuz zu setzen. Bei den offenen Fragen bitte ich um eine kurze Antwort.

A. Personendaten

1. Wie alt sind Sie? (Angabe in Jahren)	
.....	Jahre

2. Geschlecht	
Männlich <input type="checkbox"/>	Weiblich <input type="checkbox"/>

3. Herkunftsland
.....

4. Seit wann befinden Sie sich in Deutschland?	
Unter 4 Wochen	<input type="checkbox"/>
4 Wochen bis 6 Monate	<input type="checkbox"/>
6 Monate bis 1 Jahr	<input type="checkbox"/>
Über 1 Jahr	<input type="checkbox"/>

Blatt 3 zu Geflüchteten-Fragebogen

5. Wie ist Ihr Aufenthaltsstatus?	
Laufendes Asylverfahren	<input type="checkbox"/>
Duldung	<input type="checkbox"/>
Anerkennung als Asylberechtigter	<input type="checkbox"/>
Weiß ich nicht	<input type="checkbox"/>

6. Welchen Bildungsgrad haben Sie bisher erreicht?	
Kein Schulabschluss	<input type="checkbox"/>
Schulabschluss	<input type="checkbox"/>
Berufsausbildung	<input type="checkbox"/>
Universitätsabschluss	<input type="checkbox"/>

7. Wie gut sind Ihre Deutschkenntnisse?	
Ich komme ohne Übersetzer zurecht	<input type="checkbox"/>
Nur in schwierigen Fällen auf Übersetzer angewiesen	<input type="checkbox"/>
Überwiegend auf Übersetzer angewiesen	<input type="checkbox"/>
Vollkommen auf Übersetzer angewiesen	<input type="checkbox"/>

B. Fachlicher Teil

8. Wie oft gehen Sie zu einem Arzt?	
Mehrmals im Monat	<input type="checkbox"/>
Einmal im Monat	<input type="checkbox"/>
Einmal im Halbjahr	<input type="checkbox"/>
1- bis 2-mal im Jahr	<input type="checkbox"/>
Noch seltener	<input type="checkbox"/>
Weiß ich nicht	<input type="checkbox"/>

9. Hatten Sie schon einmal eine ernsthafte Krankheit in Deutschland?	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

10. Wohin gehen Sie zuerst, wenn Sie krank sind?	
Deutsche Freunde/ ehrenamtliche Helfer	<input type="checkbox"/>
Andere Flüchtlinge	<input type="checkbox"/>
Professionelle Helfer (z.B. die Caritas)	<input type="checkbox"/>
Sozialamt	<input type="checkbox"/>
Direkt alleine zum (Haus-)Arzt	<input type="checkbox"/>
Direkt alleine in ein Krankenhaus	<input type="checkbox"/>
Andere: _____	<input type="checkbox"/>
Weiß ich nicht	<input type="checkbox"/>

11. Wer bezahlt im Krankheitsfalle?	
Ich selbst	<input type="checkbox"/>
Krankenkasse	<input type="checkbox"/>
Sozialamt (oder ggf. anderes Amt)	<input type="checkbox"/>
Spenden	<input type="checkbox"/>
Weiß ich nicht	<input type="checkbox"/>

12. Gab es Schwierigkeiten bei gesundheitlichen Problemen/ mit der medizinischen Versorgung?	
Hatte noch keinen Kontakt	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>
Ja	<input type="checkbox"/>

**Falls Sie „Nein“ angekreuzt haben, fahren Sie bitte fort mit Frage 13.
Falls Sie „Ja“ angekreuzt haben, beschreiben Sie in den nächsten
Fragen bitte genauer, wo es Probleme gab.**

12.1. Es gab Probleme mit der Kommunikation während der medizinischen Versorgung aufgrund der/ bei der... (Mehrfachnennungen sind möglich)	
...Sprachverständigung	<input type="checkbox"/>
...Freundlichkeit der Ärzte/ des medizinischen Personals	<input type="checkbox"/>
...Terminverständigung	<input type="checkbox"/>
...Verständigung über die notwendige Diagnostik	<input type="checkbox"/>
...Verständigung über den Therapieplan	<input type="checkbox"/>

12.2. Es gab Probleme mit der Organisation der medizinischen Versorgung aufgrund von/ bei der... (Mehrfachnennungen sind möglich)	
...mangelnder Verfügbarkeit von Ärzten	<input type="checkbox"/>
...Problemen mit der Anfahrt/ mangelhafter Infrastruktur	<input type="checkbox"/>
...Bezahlung der Anfahrt	<input type="checkbox"/>
...Bezahlung des Arztbesuches	<input type="checkbox"/>
...Organisation der Anschlussbehandlungen (falls notwendig)	<input type="checkbox"/>
...Erhältlichkeit notwendiger Medikamente	<input type="checkbox"/>

13. Wie lange dauert es ungefähr, einen Termin bei einem Arzt zu erhalten?	
Ein paar Tage	<input type="checkbox"/>
Ca. eine Woche	<input type="checkbox"/>
Ca. zwei Wochen	<input type="checkbox"/>
Ca. vier Wochen	<input type="checkbox"/>
Mehr als vier Wochen	<input type="checkbox"/>

Blatt 6 zu Geflüchteten-Fragebogen

14. Gab es nach dem Erhalt einer Gesundheitskarte Änderungen bei ihrer Nutzung der medizinischen Versorgung hinsichtlich der...	
14.1. ...Häufigkeit ihrer Arztbesuche?	
Keine Änderung	<input type="checkbox"/>
Häufiger	<input type="checkbox"/>
Weniger	<input type="checkbox"/>
14.1. ...Umsetzung der Therapiepläne?	
Keine Änderung	<input type="checkbox"/>
Leichter	<input type="checkbox"/>
Schwieriger	<input type="checkbox"/>

C. Sonstiges

15. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer medizinischen Versorgung?	
Sehr zufrieden	<input type="checkbox"/>
Zufrieden	<input type="checkbox"/>
Nicht zufrieden	<input type="checkbox"/>
Absolut Unzufrieden	<input type="checkbox"/>

Blatt 7 zu Geflüchteten-Fragebogen

16. Woher haben Sie Informationen über die medizinische Versorgung in Deutschland? (Mehrfachnennung möglich)	
Durch deutsche Freunde/ ehrenamtliche Helfer	<input type="checkbox"/>
Durch andere Flüchtlinge	<input type="checkbox"/>
Durch professionelle Helfer (z.B. die Caritas)	<input type="checkbox"/>
Durch ein deutsches Amt (Sozialamt, Gesundheitsamt, o.ä.)	<input type="checkbox"/>
Ich habe keine Informationen	<input type="checkbox"/>
Andere: _____	<input type="checkbox"/>

V. Danksagung

Ich bedanke mich zuerst ganz herzlich bei Prof. Dr. August Stich, meinem Doktorvater, der mir die Promotion ermöglicht hat und mich nicht nur in wissenschaftlicher Hinsicht, sondern auch menschlich nachhaltig positiv beeinflusst hat. Für die persönliche Betreuung, die Prüfung meiner Arbeit und die Aufnahme in sein großartiges Team.

Weiter gilt mein Dank dem Team der Sektion Migrantenmedizin des Klinikum Würzburg Mitte für ihre tatkräftige Unterstützung bei der Verteilung und Sammlung der Fragebögen für die HÄ. Sie ermöglichten mir zudem den Einblick in die GU in Würzburg sowie mehrere Notunterkünfte und bereiteten mir so den besten Einstieg in die Thematik der Migrantenmedizin.

Den Mitarbeitenden des Fachbereichs Migration/Allgemeiner Sozialer Beratungsdienst (ASBD) des Caritasverbandes für die Diözese Würzburg e.V. unter der Leitung von Thomas Kipple danke ich für die gute Zusammenarbeit und große Bereitschaft zur Teilnahme an der Befragung. In diesem Zusammenhang steht auch der Dank an die Geflüchteten, die durch ihre Teilnahme diese Arbeit erst ermöglichten.

Außerdem bedanke ich mich bei den HÄ Unterfrankens, die an meiner Befragung teilgenommen haben und so dazu beitrugen, das Gesamtbild der Versorgungssituation besser darzustellen.

Frau Prof. Dr. rer. nat. Petra Platte vom Lehrstuhl für Psychologie I der Universität Würzburg gebührt mein Dank für die enge und produktive Zusammenarbeit bei der Erstellung der Fragebögen.

Meiner Frau Pia danke ich sehr für ihren langjährigen Beistand und die kreativen Ideen. Sie gab mir die Kraft und hilfreiche Korrekturen, die ich brauchte, um diese Arbeit fertigzustellen.

Zu guter Letzt bin ich sehr dankbar für die Unterstützung durch meine Familie, auf die ich schon immer bauen kann. Meinem Vater gebührt dabei führend der Dank für die vielen wertvollen Ratschläge und Korrekturen sowie die ständige Erreichbarkeit. Doch auch meiner Mutter und meinen Geschwistern danke ich sehr für den Rückhalt und Ansporn, den sie mir bedingungslos geben. Meinem Bruder Alexander danke ich dabei besonders für die Korrektur meiner Arbeit.