

Health and medical care for refugees: design and evaluation of a multidisciplinary clinical elective for medical students

Abstract

Objective: Caring for refugee patients places special demands on health professionals. To date, medical students in Germany have rarely been systematically prepared for these challenges. This article reports on the development, conceptualisation, implementation, evaluation, and relevance of a multidisciplinary elective for medical students in the clinical study phase.

Methodology: The course content was developed based on a needs-assessment among medical students and in cooperation with medical colleagues working in the field of refugee care. The course consisted of a seminar with medical, legal, administrative and socio-cultural learning content as well as a field placement in the medical outpatient clinic of the local reception centre for asylum seekers, which was accompanied by a systematic reflection process. The evaluation concept contained qualitative and quantitative elements.

Results: 123 students completed the elective over six semesters (summer 2016 through to winter 2018). It was continuously evaluated and further developed. The students reported learning progress mainly in the following areas: Legal foundations of the asylum procedure and health care entitlements for asylum seekers; multi-perspectivity through multidisciplinary as well as professional, ethical, interpersonal, and political insights gained through the practical experience.

Summary: To prepare students for the complex challenges to be faced in medical care for refugees, a structured, multidisciplinary teaching programme, which combines theory, practice and reflection helps to foster insights into the many facets of this field of activity. The questions students brought to the seminar, the course contents and evaluation results are intended to inspire the design and implementation of similar courses at other universities.

Keywords: refugees, medical students, cultural diversity, people in situations of vulnerability, minority health, teaching, medical education, program development, program evaluation

Sandra Ziegler¹
Katharina Wahedi¹
Mariella Stiller¹
Rosa Jahn¹
Cornelia Straßner¹
Simon Schwill¹
Kayvan Bozorgmehr^{1,2}

1 Heidelberg University Hospital, Section Health Equity Studies & Migration, Department of General Medicine and Health Services Research, Heidelberg, Germany

2 Bielefeld University, School of Public Health, Department of Population Medicine and Health Services Research, Bielefeld, Germany

1. Introduction

Due to increased flight migration in recent years, the diversity of the patient population in Germany has additionally increased. Between 2014 and the end of 2016, the number of people seeking protection rose by 113% to 1.6 million [1]. In Heidelberg, a former US Army housing estate, the Patrick-Henry-Village (PHV), was set up as emergency accommodation at the end of 2014. At times, up to 8000 refugees have been accommodated there [2], [3]. The local clinics recorded an increased patient influx, mostly requiring primary medical care [4], [5]. To meet these needs, relieve the clinics and improve the medical care of the refugees, an outpatient clinic was set up on the premises of the PHV offering care by professionals from five medical disciplines. Medical students were

also actively involved in this complex care setting [3]. In order to cope with the legal, medical, organisational, socio-cultural and ethical challenges they faced (cf. [6]), the students asked for structured learning and reflection opportunities.

In the outpatient and inpatient care of refugees, staff are regularly confronted not only with language barriers, but also with perceptions and concepts of the body, health, illness and treatment that may differ from their own ([7], p. 109f; [8], p. 71-79). Furthermore the patients' diverse individual experiences during the pre-, peri- and post-migration phase can be relevant to their illness, its course and treatment [9], [10]. Their access to medical services may also be restricted depending on their residence status and duration of stay (cf. [11], [12], [13]). In addition, their living conditions (e.g. in shared accommodation)

and precarious socio-economic situation must be taken into account [14]. Competent medical personnel can therefore overcome “socially and culturally constructed” differences ([15] p. 168), has developed an awareness of the context of these patients and successfully copes with everyday practical demands.

However, doctors-to-be are often insufficiently prepared through their studies [16] for the communicative, structural and medical requirements of medical care for refugees (cf. [17], [18], [19], [20], [21]). This gap in medical education is currently being addressed by local teaching initiatives (cf. [22], [23], [24], [25], [26]). Recurring features of these courses are intercultural topics, multi-professional and -disciplinary approaches and different types of practical orientation. Course materials are rarely made publicly available [27]; general training needs are stated, but rarely specified in relation to the specific students who are taught. Oftentimes singular aspects are addressed, such as theoretical principles [28]; or the standardised measurement of effects [24], or there is only a brief overview of the course design (e.g. in the case of [23], [29]), which limits the possibility to replicate it. The Section Health Equity Studies & Migration of the Department of General Medicine and Health Services Research at the Heidelberg University Hospital, developed a multidisciplinary elective on “Health and Medical Care for Refugees”. Within this article we want to

1. present the basic features of the course concept and implementation in a way that can serve as an example for the design of similar courses at other universities; and
2. show survey and evaluation results that contributed to the assessment of the training needs and the competence acquisition of students and served to further develop the course. These objectives refer to our goal
3. to demonstrate the relevance of such a course for a modern, diversity-sensitive medical education.

2. Learning objectives and course concept

Our programme combined theoretical, practical and research elements. Students were given the opportunity to acquire specific professional skills for refugee care and to gain insights into care and research practice (see learning objectives, table 1 and course program as well as lecturers’ expertise, table 2). Diversity sensitivity requires the cultivation of an interdisciplinary view “beyond the horizon” of medical issues [30] p. 14; cf. [31] and NKLM, e.g. ID 11.4.3.1 14.c.5.2.1/4/5 [http://www.nkml.de]. It requires an open, curious and reflective attitude towards oneself and one’s counterpart, taking into account individual (cf. [32], p. 206, [33], [34]), collective, lifeworld and socio-cultural contexts. Reflection on social attribution and differentiation practices as well as their interdependencies has to be fostered (cf. [35],

[36], [37]). Students should also be able to identify discriminatory practices (cf. [32], [203], [38], p. 544). Diversity competence understood in this way must be supplemented by structural competence [39], that is a critical glance at society and the complex structures and power relations in which the field of medical care for refugees is embedded.

The initial curriculum was designed according to the practical requirements of everyday medical practice in the outpatient clinic, as reported by student and medical colleagues. Scientific literature, for example [38], [40], [41], [42], [43], [44], [45], [46], [47] and similar initiatives [22], [25], [26], [48] provided further inspiration. In order to develop and improve the curriculum and to adapt it to the knowledge and interests of the students, we conducted a one-page survey regarding the existing knowledge in the first two cohorts (see figure 1 below). Starting from the second cohort, we also collected student expectations. From the third cohort onwards, this was transformed into a collection of concrete questions that the students wanted to have answered by the end of the semester (for examples of specific student questions, see attachment 1).

3. Main features of the course

3.1. Learner centred and multidisciplinary program

To provide a comprehensive overview of relevant topics, we involved experts and practitioners from various disciplines (see table 2). Students attended a total of 24 hours of class time. Each three-hour session included two thematic units, each composed of 60-70 minutes presentation time and 15-35 minutes for questions, discussion and evaluation.

We offered 24 course places per semester. The students’ questions of the respective cohort (see attachment 1) were arranged thematically and sent out to each lecturer in advance of their lecture, with the request to answer the questions assigned to their expertise. These questions were also posted in the seminar room on the day of the course. The course coordinator – who is the first author – was present at all sessions and ensured that the questions were addressed. She also managed the administrative and content coordination. Moderation by the course coordinator ensured a diversity-sensitive and discrimination-critical perspective and helped establish connections between individual topics, fostering interconnections of perspectives from multi-towards inter-disciplinarity. To this end we also invited both lecturers of a session to be present during the entire session and engage in a joint discussion with students and their colleague.

Two sessions during the semester were designed by the students themselves. They were invited to share their experiences during the field placement in the outpatient clinic of the reception centre and to reflect on the social

Table 1: Cross-cutting learning objectives

Students who are completing the clinical elective:
<ul style="list-style-type: none"> • Can describe the most important legal regulations of the German asylum system in relation to social determinants of health (work, housing, education) (a) • Can cite the content of the Asylum Seekers Benefit Act regarding the entitlement of asylum seekers' to medical care and know how to assert these entitlements in practice (a) • Know the specific features of vaccinations, antenatal care, and health care for particularly vulnerable groups (a) • Can name specifics and examples of the (extended) spectrum of possible diagnoses of refugee patients in the fields of general medicine, paediatrics, gynaecology/obstetrics, infectiology and psychosocial medicine (a) • Can state an example of "good practice" in the provision of medical care for asylum seekers in the fields of general medicine, paediatrics, gynaecology/obstetrics, infectiology and psychosocial medicine, and identify the necessary medical competencies (a) (b) • Know three essential elements of a human rights-based approach to health care (a) • Are familiar with perspectives and basic techniques of ethnographic field work and put them into practice within their final report (a) (c) • Gain experiences in medical care of asylum seekers in practice and reflect on their observations intersubjectively as well as in writing. In doing so, they firstly show that they are able to distinguish perceptions from interpretations and write down descriptions separately from their own thoughts and affects. Secondly, they show willingness and ability to reflect upon own patterns of interpretation and judgement and make them transparent. Thirdly, they can identify relevant topics for a more in-depth analysis (b) (c) • Can identify critical structural, psycho-social, or medico-ethical issues related to the provision of care for asylum seekers, prepare a discussion question and material, and moderate and record results of a group discussion (a) (b) (c) • Throughout oral reflections in the seminar, they show that they are aware of the manifold interrelationships of the medical field of activity with other areas of society and that they know how to distinguish their own field of activity from the interpretive power of other areas (a) (b) • Reflect on possibilities and limits of individual medical influence on equity of health care and begin to see themselves as advocates of equitable health opportunities (a) (b) • Can demonstrate in writing and verbally that they have acquired the skills for a realistic assessment of the attribution processes, diversity aspects and the care needs of the patient collective (e.g. not primarily tropical medicine, but predominantly psycho-social and general medical care needs) (a) (b) • Train helpful techniques for and gain practical experience of doctor-patient communication with a translator and know alternative ways of overcoming language barriers in the doctor-patient interaction (c) • Gain experience in patient care for asylum seekers and practice medical assistance in the context of refugee care (c)

Competence dimensions: a) cognitive, b) affective, c) psycho-motoric

context, structures and processes in which refugee care is embedded [49]. The students were asked to prepare a question or topic of their choosing and share a case report or bring a scientific or journalistic text, which was to be discussed in a breakout group. Topics from students included, for example, the consequences of the "interpretability" of the asylum seekers benefit act (which regulates the access to care for asylum seekers in Germany) or the potential political motivation for refugee accommodation often being located in remote settings or the outskirts of towns or cities, with students critically discussing the effects on integration and health (for further examples of discussion topics, see attachment 2)

3.2. Practical experience: Community engagement and ethnography

All participants spent two days in the local outpatient clinic for refugees – compulsory in general medicine and optional in paediatrics, gynaecology/obstetrics, or psychosocial medicine. Involvement in this real world context makes the political, normative and social aspects of medicine tangible [46], [47]. By providing the opportunity to gain experiences in caring for a structurally disadvantaged population (in the health system and society) [50], p. 1939 we intended to raise awareness of special needs and vulnerabilities and to make students aware

of their social responsibility (or accountability), especially with regard to health equity [51], p. 8.

In order to facilitate the process of experience-based and exploratory learning [52], [53] the field experiences were reflected upon within seminar discussion sessions as well as through a 8-15 page written report. One task of the report was an ethnographic observation exercise including fieldnotes [54], [55], while another was the reflection of a medical and a structural, socio-cultural or psychosocial aspect of the care situation. Furthermore, students were asked to give a "best practice" example of refugee care as well as a practice worthy of being criticised. They should describe professional competences shown in the former and behavioural alternatives for the latter medical encounter. Finally, they were invited to identify their own knowledge and training deficits as well as future strategies for personal and professional development (for guidelines to the field report, see attachment 3). Additional to a grade, the learners received detailed, individual written feedback on their report.

Table 2: Topics and expertise of lecturers

Subject/Topic	Experts/Disciplines
Migration, flight migration and health (data, trends, international law and human rights basics)	Epidemiologist, physician, health services researcher (Professor, head of Section Health Equity Studies & Migration)
Health care for refugees: Basics (needs, prevalences, responsibilities, processes, legal foundations, challenges)	Physician , Health services researcher (Section Health Equity Studies & Migration)
Asylum procedure in Germany (definitions, responsibilities, procedure, role of health professionals, claims and reality)	Lawyer and social worker with experience in refugee counselling
Health problems of refugees and medical care practice (experience and case reports, professional role, reflection on social, structural, political, societal, professional and ethical problem fields)	Initiator/coordinator of a refugee outpatient clinic (Professor, physician, tropical medicine)
General practice in the care of refugees (role, significance, characteristics of target group and outpatient setting)	General practitioner at the refugee outpatient clinic (internal medicine)
Pregnancy and obstetrics for asylum seekers (approach to care, particularities, challenges, solutions, basic knowledge about FGM)	Two midwives of the refugee outpatient clinic
Children's and youth medicine for asylum seekers (experience and case reports, legal framework, administrative procedures, barriers)	Paediatrician with experience in the refugee outpatient clinic
Psychological issues and post traumatic-stress disorder in the context of flight and displacement (pre-, peri-, post-migration stressors, psychotraumatology, prevalence, first aid measures, care reality)	Two psychotherapists with experience in the refugee outpatient clinic
Project presentation: Introduction of a primary prevention programme for mental health promotion of the refugee population in a district of Baden-Württemberg	Psychiatrist , counsellor of a public health department regarding refugee care
Infectious diseases and differential diagnosis of refugees (leading symptoms, diagnostics, geographical prevalence, useful screening measures, differentiation from common non-infectious diseases)	Tropical medicine specialist with experience in refugee care (professor)
The role of the public health department in the care of asylum seekers (role in the reception system, screening, vaccinations, protection against infection, regional particularities)	Head of a public health department in Baden-Württemberg
Anthropological basics: Cultural sciences oriented field report (current concepts of culture, individual and structural factors influencing doctor-patient interaction, ethnological research and method of participant observation, task description of final report)	Anthropologist and health services researcher (Section Health Equity Studies & Migration)
Cultural sensitivity in medicine (problems of intercultural competence, auxiliary materials in the absence of language mediation, basics of medical anthropology, culture of biomedicine, exploration of "deviant" concepts of illness, explanatory models approach)	As above
Communication with language barrier - working with interpreters (forms of language mediation, special features of and exercises in communication in the triologue, medical responsibility, medical relevance of professional language mediation)	Interpreter , Consultant for Interpreting in Health Care, German Federal Association of Interpreters and Translators, federal representative

4. Ongoing development of the course: Evaluation concept and methodology

Student expectations, questions (see chapter 2 and attachment 1) and feedback continuously informed the course development. In addition to individual evaluations of each session and lecturer (which we do not report on here) a final evaluation was carried out at the end of each semester, starting in winter semester 2016/17. The course was assessed by means of an anonymous, written evaluation sheet (see attachment 4). We asked students to provide a grade for the course as well as a self-assessment of their knowledge and competence gain through the course components on five-point Likert scales ("does not apply" to "applies"). On four-point scales, students reported on whether the course had been worthwhile for

them ("not applicable at all" to "fully applicable") and how satisfied they were with the placement in the respective medical disciplines of the outpatient clinic ("very dissatisfied" to "very satisfied"). The compiled data of four cohorts (winter semester 2016/17 to summer semester 2018) was analysed descriptively using a spreadsheet program.

Students could also provide feedback on the field placement and the written and oral reflection modules in additional free-text boxes. Starting in summer semester 2017 we also asked in an open-ended manner about the learning outcome and take home messages that were personally considered most important. The qualitative feedback was digitalised and underwent a category-based, inductive content analysis. We identified frequently mentioned topic areas for each evaluation question [56], p. 78, [57] and developed further categories to which the remaining data material was assigned. Topics mentioned

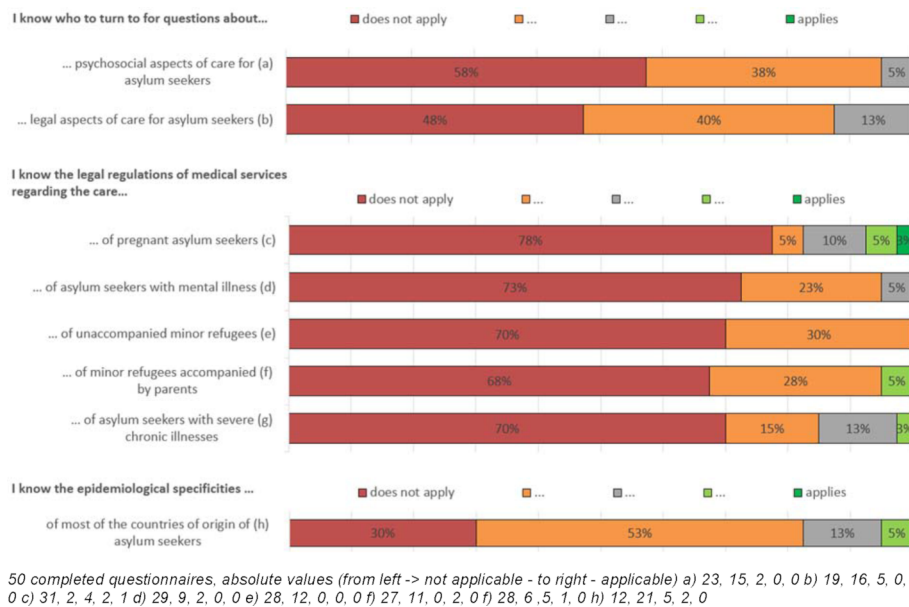


Figure 1: Knowledge level relevant to refugee health care (cohort 1+2)

only once were compiled separately and are omitted here (cf. [58]).

5. Results

The course was implemented as a clinical elective at the Medical Faculty of Heidelberg University. It was later established as a permanent component of the “Global Health Track” of the Faculty. A total of 132 students completed the course during a period of six semesters over three years, from summer semester 2016 to winter semester 2018/19. After the course places were allocated to students, an average of 6.4 students had to be put on a waiting list and were given priority admission in the following semester.

5.1. Survey of existing knowledge and student questions

Our survey of the educational level ($n=50$ participants of the first two cohorts: winter semester 2016/17, summer semester 2017) showed that basic refugee health care related knowledge was missing. For example, more than two thirds of the students were unfamiliar with its legal regulations (Self-assessment of knowledge level relevant to refugee health care, see figure 1).

Some students (21%) stated experience in working with refugees, for example involvement in setting up the outpatient clinic or completing a clinical traineeship there. The majority lacked experiences with refugees and had numerous questions about their care (see attachment 1), which our multidisciplinary team was able to answer or address.

5.2. Evaluation

5.2.1. Assessment of competence acquisition and learning outcomes

50 out of 91 students took part in the detailed written course evaluation (winter semester 2016/17 to summer semester 2018). The aggregated data (of the 5-point-scales) shows that students agreed that their knowledge about the health care of refugees was extended by participating in the seminar ($M=4.7$; $SD=0.9$). The field placement was on average evaluated as positive for knowledge gain ($M=4.7$; $SD=0.9$). There was a wider distribution of opinions regarding the practical skills gain through the course ($M=2.95$ and $med=3$, i.e. “partially”, $SD=1.1$) and field placement ($M=3.9$; $med=4$ at “rather applies”; $SD=1.2$) (see figure 2).

The qualitative results demonstrated that student learning progress was largely in line with our teaching objectives. Over all semesters analysed, the most frequently reported knowledge gain (in ascending order) related to legal aspects of the asylum procedure, acquired multi-perspectivity through multidisciplinary, and important insights through practical experience in the outpatient clinic. Here students reported, for example, that they could empathise with refugees or understand and critically reflect on situations better with reference to the course content and discussions (for a compilation of student statements about their most important take-home-messages, see attachment 5). Some statements indicated that student expectations and questions were modified throughout the course: exoticisation and culturalisation could be replaced by a realistic assessment of everyday tasks in refugee medicine. Others reported to have become more aware of how personal, professional, national and global contexts affect medical practice. This was nicely summed up by one student who stated that, as a doctor, one has

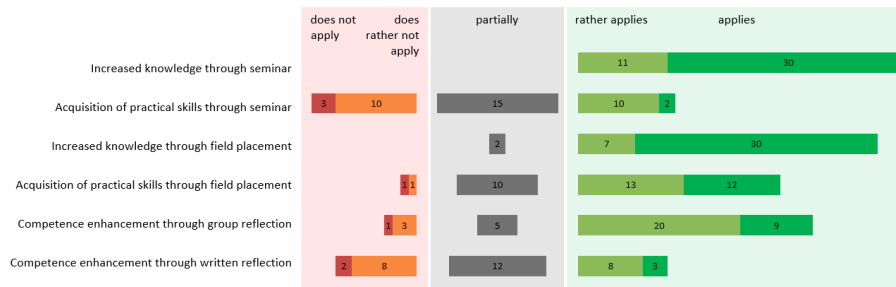


Figure 2: Self-assessment of improved knowledge and competencies through the seminar components

not only medical but also social and political responsibility.

5.2.2. Evaluation of the field placement

Each student completed an internship in two disciplines of the refugee outpatient clinic. The majority of students stated that they were “rather satisfied” or “very satisfied” with this field placement (89% of cases), with variations between disciplines (see table 3).

Analysis of larger clusters of (critical) free-text feedback identified challenges in the following three areas:

1. organisational obstacles (e.g. waiting times at security checkpoints),
2. the little predefined role on site (observer vs. "errand boy" or self-responsible medical assistant) and
3. the desire to extend the period of practical training.

Praise was given for the “nice atmosphere on site” (4x), where “despite the high work-load”, health professionals assigned “a high amount of time” to the student. Some course participants also used the feedback opportunity to assess the quality of care and problematised the way some providers dealt with patients (4x). The lack of communication between the numerous providers on site and the fragmented local documentation procedure were also discussed critically.

5.3. Evaluation of the reflexive seminar elements (discussion groups and report)

The majority of students agreed that competencies had been acquired through the structured, oral reflection of their experiences in the refugee outpatient clinic during the course (rather applies: 53%, applies: 24%) ($M=3.9$ out of 5; $SD=1.1$). Whether the written reflection also contributed to the acquisition of competencies many could not say with certainty ($M=3.1$, $SD=1.2$). With regard to the ethnographic exercise, methodological uncertainties and obstacles in the field were repeatedly expressed. The number of positive and negative comments on the exercise was balanced. Some found that the exercise trained perception and reflection and enabled “completely new insights”, while others referred to it as not very profitable and too much effort.

5.4. Overall assessment

Students were asked to grade the course according to the grading system used at German schools (from 1-6, 1 meaning “very good”, 6 meaning “insufficient”). The average grade given to the course by the students was 1.74 ($SD=0.6$). For the statement that the course participation was worthwhile 33 of 50 students “fully” agreed and 17 “rather” agreed ($M=3.7$; $SD=0.7$).

5.5. Limitations

All students who attended the last seminar session of each semester took part in the evaluation. The response rate was 55%, which can be largely explained because the number of participants was typically reduced in this last session due to ongoing exams in other courses. Our evaluation primarily served to improve the course; in order to increase the scientific significance of the results, further adjustments would be necessary. For example, student competence acquisition can also be observed during thematic discussions in break-out groups and within the final written report. After appropriate operationalisation both could be profitably included in the evaluation (cf. e.g. in [22]). At the end of the semester student questions (see attachment 1) were collectively compared with the content of the curriculum. We have access to written self-assessments in the evaluation and the final reports, which capture acquired (see, for example, attachment 5) or lacking skills and knowledge (according to point 3 of the field report, attachment 3) in different competence dimensions. In the future, this qualitative data collected before and after the course could be matched at the level of individual students. We could also develop a long term pre-post evaluation (cf. [59]) with standardised evaluation instruments. This would increase the comparability over time and with other studies. To this end, we could aim at a pseudonymisation of the evaluation-survey, since our anonymisation – without any socio-demographic data collection – reduces analytical possibilities beyond mere description.

Possible limitations in the implementation of a teaching project like this one lie in financial, time and personnel resources as well as the access to local networks. Only in close cooperation with local health care institutions for refugees as well as responsible (government) authorities, can a field placement be made possible. Another prerequisite for the design and implementation of the course

Table 3: Evaluation of field placement – by medical disciplines

Work placement	N	min	max	med	M	SD	very dissatisfied		rather dissatisfied		rather satisfied		very satisfied	
							1	2%	1	2%	20	43%	25	53%
... in general medicine	47	1	4	4	3.47	0.82	1	2%	1	2%	20	43%	25	53%
...in paediatrics	28	1	4	3	3.21	1.05	1	4%	5	18%	9	32%	13	46%
...in psychosocial medicine	16	1	4	4	3.31	1.27	2	13%	0	0%	5	31%	9	56%
...with the midwives	9	2	4	4	3.78	1.35	0	0%	1	11%	0	0%	8	89%
...in gynaecology	1	4	4	4	4	2.83	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%

is a committed coordination team with the relevant expertise in the subject area. The assessment of the relevance of the topic by funding organisations and faculties is another secondary factor upon which implementation is dependent. Personnel must invest a significant amount of time in concept development, implementation, organisation, student support and continuous evaluation and funds must be available for invited experts. After the course has been successfully run for six semesters and was implemented in the teaching structures of the Heidelberg Medical Faculty, its funding was no longer secured, at the end of the reported period. It would therefore be advisable that similar courses or at least content should leave the optional frame (cf. [30], p. 12) and be integrated into the structures of the regular medical curriculum to ensure that future doctors are prepared for the challenges of modern, diverse societies.

6. Discussion

There are large gaps in medical education to provide effective, high quality health care to refugees. This was not only shown by our preliminary survey, but also by a -larger study with 523 medical students in Germany [16], p. 168ff. In order to prepare students for the challenges of caring for this heterogeneous population, we implemented a multidisciplinary elective in refugee health care at the medical faculty in Heidelberg. The learning successes reported by our students illustrate the educational impact of the innovative course and its relevance for modern medical education. We presented our concept, the curriculum – including practical and reflexive modules – as well as selected student feedback, to provide relevant material for similar initiatives in other educational institutions and settings. The evaluation results demonstrate that our course was able to adequately address student questions and expectations and that the learning outcome were predominantly in line with the objectives or related to the presented content. The practical field experience in the local refugee outpatient clinic was of great importance for student learning.

In order to become competent professionals in this field, prospective doctors need basic medical and communicative knowledge to cope with the everyday tasks of refugee care. In addition, they should learn to approach

each patient in an open and curious manner, in order to find out about and understand the meaning and impact of socio-cultural belonging structures for the individual patient and for their understanding of the disease and its treatment [32], [60] without discriminating in professional practice according to ascribed characteristics (cf. [61]) regarding, for example, religion, ethnicity, nationality or social position (cf. Declaration of Geneva [62]).

The health care personnel should be aware of legal frameworks, care structures and processes, and learn about involved actors as well as motives and interests of the various stakeholders. The medical role of being a responsible health advocate (“Gesundheitsfürsprecher”, “Verantwortungsträger”) is particularly important to reduce disparities and improve the quality of care for refugees (cf. NKLM [http://www.nklm.de] pp. 17, 52, 54f). To become such advocates, and put the patients well-being first [63], doctors have to be able to realise when interpretative patterns, from other sectors of the society – in the case of asylum seekers of the political, legal and administrative system – penetrate the health system and with it the common logics of medical action. According to §2 (1) of the code of medical ethics, no principles may be recognised and no regulations or instructions may be complied to, which are incompatible with one's tasks [64]. One pedagogical objective should therefore be to foster the development of a professional identity that can confidently distinguish its own field of decision, activity and interest from the rationale and logic of other fields, such as the logic of immigration policy. In our course, analytical processes in this direction were initiated through exchange with actors of the field and an intensive discursive exchange. Inspired by practical experiences in the refugee outpatient clinic, the seminar allowed participants in an open, non-competitive learning environment to reflect on themselves and “the” “others” [65], [66], [67] on constructions of difference, [68], [69] discrimination, [70], [71] inequality and power relations as well as on the complex structures and processes in which refugee care is embedded (cf. [72], [73]).

Through our course, students have acquired a multi-perspective, context- and diversity-sensitive approach, relevant to their later professional everyday life, which goes beyond a mere focus on ethnic-cultural differences [74] (cf. [75], [76], [77]). To this end, we developed multiple perspectives on a complex field of topics and activities

and promoted the ability to change perspectives in order to be able to develop an inner picture that is as holistic and situationally appropriate as possible. We were therefore pleased that aspects of this multi-perspectivity through multidisciplinary were often mentioned within the take-home messages of students.

7. Conclusion

To prepare medical students for the medical, administrative, ethical, communicative, socio-cultural, strategic, and political challenges of health care for refugees, specific multidisciplinary teaching initiatives are needed. By means of a teaching programme, which combines theoretical, practical and reflective elements, medical students in Heidelberg were sensitised to the concerns of refugees and prepared for their care and the corresponding care contexts. In the process reflexion of the interaction of global, national and local dimension of health and care for refugees as well as the manifold interrelationships of the medical with other systems of society was initiated in order to prepare the students for their important role as advocates of health equality. The increase in knowledge through the combination of lectures, observation and reflection was rated highly. Especially through the field placement practical skills could also be acquired. The course concept can therefore serve as a basis and stimulus for the implementation of similar courses at other universities.

Funding

The clinical elective “Health and Medical Care for Refugees” was realized through a project cooperation between the Department of General Medicine and Health Services Research and the Heidelberg Institute of Global Health at the University Hospital of Heidelberg. The elective was financed by the Ministry of Science and Art in Baden-Württemberg (2016-2019) as part of the teaching and research project “Migration & Health”.

Acknowledgements

We would like to thank the lecturers of the seminar for their commitment and willingness to share their knowledge and experience and to address student questions in their presentations, as well as their readiness to develop their classes further according to continuous evaluation:

Dr. Janine Benson-Martin (Public Health Department, Pforzheim/Enzkreis, Heidelberg University Hospital, Institute of Global Health), Dr. Brigitte Joggerst and Angelika Edwards (Public Health Department, Pforzheim/Enzkreis), Dr. Holger Clemen, Dr. Ronny Lehmann, PD Dr. Johannes Pfeil (Heidelberg University Hospital, Centre for Children’s and Youth Medicine, Refugee Outpatient Clinic PHV),

David Pfisterer (Heidelberg University Hospital, Department of General Medicine and Health Services Research, Refugee Outpatient Clinic PHV), PD Dr. med. Marija Stojkovic (Heidelberg University Hospital, Centre for Infectiology), Birgit Fuchs, Michiko Rodenberg (midwives, Refugee Outpatient Clinic PHV), Anna Hermann (Consultant for Interpreting in Health Care, German Federal Association of Interpreters and Translators, BDÜ), Prof. Dr. Verena Keck (Goethe University Frankfurt, Institute for Ethnology, Medical Anthropology Team), Dr. Julia Thiesbonenkamp-Maag (University Hospital Mannheim, Medical Anthropology Team), Natalie Manok, Prof. Dr. Christoph Nikendei, Dr. med. David Kindermann (Heidelberg University Hospital, General Internal Medicine and Psychosomatics, Refugee Outpatient Clinic PHV), Jörg Schmidt-Rohr (Association for Integration and Qualification e.V. Heidelberg), Prof. Dr. med. August Stich (Missionary Medical Clinic Hospital Würzburg, Department of Tropical Medicine, Refugee Outpatient Clinic Würzburg)

Special thanks go to our colleagues in the refugee outpatient clinic (PHV) for their willingness to let students participate in their daily routine and share their experiences. We would especially like to thank:

Dr. med. Steffen Kratochwill (Heidelberg University Hospital, Department of General Medicine and Health Services Research, Refugee Outpatient Clinic PHV), Sabrina Raber (Manager of Central Medical Office, Refugee Outpatient Clinic PHV)

For good cooperation in the project and support in the start-up financing, stabilisation and implementation of the course into the Global Health Track of the Medical Faculty:

Dr. Claudia Beiersmann, Prof. Dr. med. Albrecht Jahn (Heidelberg University Hospital Heidelberg, Institute of Global Health)

For review of the manuscript and helpful feedback:

Dr. Charlotte Ullrich (Heidelberg University Hospital, Department of General Medicine and Health Services Research)

For their great commitment and reliability in supporting the organisation of the seminar as well as their open door for the students:

Lea Stock, Tabea Mächtel, Mariella Stiller, Eilin Rast (Heidelberg University Hospital, Department of General Medicine and Health Services Research)

For review of the English translation:

Victoria Saint (Department of Population Medicine and Health Services Research, Bielefeld School of Public Health, Faculty of Health Sciences, University of Bielefeld)

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Attachments

Available from

<https://www.egms.de/en/journals/zma/2021-38/zma001435.shtml>

1. Attachment_1.pdf (95 KB)
Examples of specific student questions at the beginning of the course (moderation card enquiry, 120 individual cards)
2. Attachment_2.pdf (108 KB)
Examples of break-out groupwork (Debriefing sessions of field placement)
3. Attachment_3.pdf (119 KB)
Guidelines for the field report: Clinical elective "Health and medical care for asylum seekers" (Winter semester 2018/19)
4. Attachment_4.pdf (154 KB)
Final evaluation "Health and Medical Care for Asylum Seekers"
5. Attachment_5.pdf (129 KB)
Self-reported learning outcomes

References

1. Statistisches Bundesamt. Pressemitteilung Nr. 457 vom 23.11.2018. Zahl der registrierten Schutzsuchenden im Jahr 2017 um 5 % gegenüber Vorjahr gestiegen. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt; 2018. Zugänglich unter/available from https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2018/11/PD18_457_12521.html
2. Buchwald H. Flüchtlinge im Patrick Henry Village - Chronologie. Heidelberg: Rhein-Neckar-Zeitung; 2015. Zugänglich unter/available from: https://www.rnz.de/nachrichten/heidelberg_artikel,-Heidelberg-Fluechtlinge-im-Patrick-Henry-Village-Zwischen-Bangen-und-Warten_-arid,130372.html
3. Nikendei C, Huhn D, Adler G, Rose PB von, Eckstein TM, Fuchs B, Gewalt SC, Greiner B, Günther T, Herzog W, Junghanss T, Krczal T, Lorenzen D, Lutz T, Manigault MA, Reinhart N, Rodenberg M, Schelletter I, Szecsenyi J, Stehen R, Straßner C, Thomsen M, Wahedi K, Bozorgmehr K. Entwicklung und Implementierung einer Medizinischen Ambulanz in einer Erstaufnahmeeinrichtung für Asylsuchende des Landes Baden-Württemberg. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes.* 2017;126:31-42. DOI: 10.1016/j.zefq.2017.07.011
4. Licht C, Lutz T, Szecsenyi J, Bozorgmehr K. Differences in the prevalence of hospitalizations and utilization of emergency outpatient services for ambulatory care sensitive conditions between asylum-seeking children and children of the general population: A cross-sectional medical records study (2015). *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):731. DOI: 10.1186/s12913-017-2672-7
5. Licht C, Gewalt SC, Noest S, Szecsenyi J, Bozorgmehr K. Potentially avoidable and ambulatory care sensitive hospitalisations among forced migrants: A protocol for a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 2016;6:e012216. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-012216
6. Brandenberger J, Tylleskär T, Sontag K, Peterhans B, Ritz N. A systematic literature review of reported challenges in health care delivery to migrants and refugees in high-income countries - the 3C model. *BMC Public Health.* 2019;19:755-711. DOI: 10.1186/s12889-019-7049-x
7. Razum O, Meesmann U, Bredehorst M, Brzoska P, Dercks T, Glodny S, Menkhaus B, Salman R, Saß AC, Ulrich R. Schwerpunktbericht: Migration und Gesundheit. Berlin: Robert Koch-Institut; 2008. Zugänglich unter/available from: <https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/migration.html>
8. Knipper M, Bilgin Y. Migration und Gesundheit. Berlin: Konrad Adenauer Stiftung; 2009. Zugänglich unter/available from: <https://www.kas.de/de/einzeltitel/-/content/migration-und-gesundheit>
9. Zimmerman C, Kiss L, Hossain M. Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making. *PLoS Med.* 2011;8(5):e1001034. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001034
10. Abubakar I, Aldridge RW, Devakumar D, Orcutt M, Burns R, Barreto ML, Dhavan P, Fouad FM, Groce N, Guo Y, Hargreaves S, Knipper M, Miranda JJ, Madise N, Bumar B, Mosca D, McGovern T, Rubenstein L, Sammonds P, Sawyer SM, Sheikh K, Tollman S, Spiegel P, Zimmerman C; UCL-Lancet Commission on Migration and Health. The UCL-Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. *Lancet.* 2018;392(10164):2606-2654. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)32114-7
11. Bozorgmehr K, Razum O. Refugees in Germany- untenable restrictions to health care. *Lancet.* 2016;388(10058):2351-2352. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)32131-6
12. Bozorgmehr K, Wenner J, Razum O. Restricted access to health care for asylum-seekers: Applying a human rights lens to the argument of resource constraints. *Eur J Public Health.* 2017;27(4):592-593. DOI: 10.1093/eurpub/ckx086
13. Razum O, Wenner J, Bozorgmehr K. Wenn Zufall über den Zugang zur Gesundheitsversorgung bestimmt: Geflüchtete in Deutschland. [When Chance Decides About Access to Health Care: The Case of Refugees in Germany]. *Gesundheitswesen.* 2016;78(11):711-714. DOI: 10.1055/s-0042-116231
14. Robert Bosch Stiftung, SVR-Forschungsbereich. Was wir über Flüchtlinge (nicht) wissen. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung; 2016. Zugänglich unter/available from: https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf_import/RBS_SVR_Expertise_Lebenssituation_Fluechtlinge.pdf
15. Geiger IK. Managing Diversity in Public Health. In: Laaser LU, Hajo Zeeb HZ, Oliver Razum OR, editors. *Globalisierung - Gerechtigkeit - Gesundheit: Einführung in International Public Health.* Bern: Verlag Hans Huber; 2006. p.163-175.
16. Tillmann J, Krämer A, Fischer F. Medizinische Ausbildung zur Versorgung von Schutzsuchenden - Quantitative Bestandsaufnahme und Bedarfserhebung unter Medizinstudierenden in Deutschland. *Z Flüchtlingsforsch.* 2018;2:163-174. DOI: 10.5771/2509-9485-2018-1-163
17. Schilling T, Rauscher S, Menzel C, Reichenauer S, Müller-Schilling M, Schmid S, Selgrad M. Migrants and Refugees in Europe: Challenges, Experiences and Contributions. *Visc Med.* 2017;33(4):295-300. DOI: 10.1159/000478763
18. Robertshaw L, Dhesi S, Jones LL. Challenges and facilitators for health professionals providing primary healthcare for refugees and asylum seekers in high-income countries: A systematic review and thematic synthesis of qualitative research. *BMJ Open.* 2017;7(8):e015981. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-015981
19. Mishori R, Aleinikoff S, Davis D. Primary Care for Refugees: Challenges and Opportunities. *Am Fam Physician.* 2017;96(2):112-120.
20. Weissman JS, Betancourt J, Campbell EG, Park ER, Kim M, Clarridge B, Blumenthal D, Lee KC, Maina AW. Resident physicians' preparedness to provide cross-cultural care. *JAMA.* 2005;294(7):1058-1067. DOI: 10.1001/jama.294.9.1058
21. Moreno A, Piwowarczyk L, Grodin MA. *msJAMA: Human Rights Violations and Refugee Health.* *JAMA.* 2001;285(9):1215. DOI: 10.1001/jama.285.9.1215-JMS0307-5-1

22. Knipper M, Akinci S. Wahlfach "Migrantenmedizin" - Interdisziplinäre Aspekte der medizinischen Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund: Das erste reguläre Lehrangebot zum Thema "Medizin und ethnische-kulturelle Vielfalt" in Deutschland. *GMS Z Med Ausbild.* 2005;22(4):Doc215. Zugänglich unter/available from: <https://www.egms.de/static/de/journals/zma/2005-22/zma000215.shtml>
23. Anderson K, Sykes M, Fisher P. Medical students and refugee doctors: Learning together. *Med Educ.* 2007;41(11):1105-1106. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2007.02886.x
24. Dussan KB, Galbraith EM, Grzybowski M, Vautaw BM, Murray L, Eagle KA. Effects of a refugee elective on medical student perceptions. *BMC Med Educ.* 2009;9:15. DOI: 10.1186/1472-6920-9-15
25. Hill L, Gray R, Stroud J, Chiripanyanga S. Inter-professional Learning to Prepare Medical and Social Work Students for Practice with Refugees and Asylum Seekers. *Soc Work Educ.* 2009;28(3):298-308. DOI: 10.1080/02615470802659514
26. Pottier K, Hostland S. Health advocacy for refugees: Medical student primer for competence in cultural matters and global health. *Can Fam Physician.* 2007;53(11):1923-1926.
27. Nicklas D, Wong C, Moloo J, Kaul P. The Refugee Health II Elective. *MedEdPORTAL.* 2014. DOI: 10.15766/mep_2374-8265.9940
28. Knipper M, Akinci S, Soydan N. Culture and healthcare in medical education: Migrants' health and beyond. *GMS Z Med Ausbild.* 2010;27(3):Doc41. DOI: 10.3205/zma000678
29. Riemenschneider H, Voigt K, Schübel J, Bergmann A. Elective course "Refugee Care" in medical studies - interactive and interprofessional. *Eur J Public Health.* 2018;28(suppl_4):cky214.288. DOI: 10.1093/eurpub/cky214.288
30. Mews C, Schuster S, Vajda C, Lindtner-Rudolph H, Schmidt LE, Bönsner S, Güzelsoy L, Kressing F, Hallal H, Peters T, Gestmann M, Hempel L, Grützmann T, Sievers E, Knipper M. Cultural Competence and Global Health: Perspectives for Medical Education - Position paper of the GMA Committee on Cultural Competence and Global Health. *GMS J Med Educ.* 2018;35(3):Doc28. DOI: 10.3205/zma001174
31. Kutalek R. Diversity competence in medicine: equity, culture and practice. *Wien Klin Wochenschr.* 2012;124(Suppl 3):3-9. DOI: 10.1007/s00508-012-0247-5
32. Hormel U, Scherr A. Bildung für die Einwanderungsgesellschaft: Perspektiven der Auseinandersetzung mit struktureller, institutioneller und interaktioneller Diskriminierung. 1st ed. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2004.
33. Kleinman A, Benson P. Anthropology in the clinic: The problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Med.* 2006;3(10):1673-1676. DOI: 10.1371/journal.pmed.0030294
34. Hollinsworth D. Forget Cultural Competence, ask for an Autobiography. *Soc Work Educ.* 2013;32:1048-1060. DOI: 10.1080/02615479.2012.730513
35. Hankivsky O. Intersectionality 101. Burnaby (Kanada): Simon Fraser University, Institute for Intersectionality Research & Policy; 2014.
36. Hankivsky O, Christoffersen A. Intersectionality and the determinants of health: A Canadian perspective. *Crit Public Health.* 2008;18(3):271-283. DOI: 10.1080/09581590802294296
37. Kapilashrami A, Hankivsky O. Intersectionality and why it matters to global health. *Lancet.* 2018;391(10140):2589-2591. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31431-4
38. Muntinga ME, Krajenbrink VQE, Peerdeman SM, Croiset G, Verdonk P. Toward diversity-responsive medical education: taking an intersectionality-based approach to a curriculum evaluation. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2016;21(3):541-559. DOI: 10.1007/s10459-015-9650-9
39. Metz J, Hansen H. Structural competency: Theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Soc Sci Med.* 2014;103:126-133. DOI: 10.1016/j.socscimed.2013.06.032
40. Carballo M, Divino JJ, Zeric D. Migration and health in the European Union. *Trop Med Int Health.* 1998;3(12):936-944. DOI: 10.1046/j.1365-3156.1998.00337.x
41. Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet.* 2013;381(9873):1235-1245. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)62086-8
42. Borgschulthe HS, Wiesmüller GA, Bunte A, Neuhann F. Health care provision for refugees in Germany - one-year evaluation of an outpatient clinic in an urban emergency accommodation. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):488. DOI: 10.1186/s12913-018-3174-y
43. Asgary R, Smith CL. Ethical and professional considerations providing medical evaluation and care to refugee asylum seekers. *Am J Bioeth.* 2013;13(7):3-12. DOI: 10.1080/15265161.2013.794876
44. Asgary R, Smith CL, Sckell B, Paccione G. Teaching immigrant and refugee health to residents: Domestic global health. *Teach Learn Med.* 2013;25(3):258-265. DOI: 10.1080/10401334.2013.801773
45. Bozorgmehr K, Mohsenpour A, Saure D, Stock C, Loerbroks A, Joos S, Schneider C. Systematische Übersicht und "Mapping" empirischer Studien des Gesundheitszustands und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990-2014) [Systematic review and evidence mapping of empirical studies on health status and medical care among refugees and asylum seekers in Germany (1990-2014)]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* 2016 May;59(5):599-620. German. DOI: 10.1007/s00103-016-2336-5
46. Bozorgmehr K, Saint VA, Tinnemann P. The 'global health' education framework: A conceptual guide for monitoring, evaluation and practice. *Global Health.* 2011;7:8. DOI: 10.1186/1744-8603-7-8
47. Bozorgmehr K, Schubert K, Müller AD, Last K. Lehre am Puls der Zeit - Global Health in der Medizinischen Ausbildung: Positionen, Lernziele und methodische Empfehlungen. *GMS Z Med Ausbild.* 2009;26(2):Doc20. DOI: 10.3205/zma000612
48. Eustace RW, Boesch MC. A Teaching Strategy to Facilitate Nursing Students' Translation of Global Health Learning from Classroom to the Community. *J Community Health Nurs.* 2018;35(2):57-64. DOI: 10.1080/07370016.2018.1446633
49. Merritt R, Rougas S. Multidisciplinary approach to structural competency teaching. *Med Educ.* 2018;52(11):1191-1192. DOI: 1111/medu.13692
50. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet.* 2010;376(9756):1923-1958. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5
51. Boelen, Charles, Heck, Jeffery E, World Health Organization. Division of Development of Human Resources for Health. Defining and measuring the social accountability of medical schools / Charles Boelen and Jeffery E. Heck. Geneva: World Health Organization; 1995. Zugänglich unter/available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/59441>

52. Kolb DA. *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Education LTD; 2014.
53. Huber L. Warum Forschendes Lernen nötig und möglich ist. In: Huber L, editor. *Forschendes Lernen im Studium: Aktuelle Konzepte und Erfahrungen*. Bielefeld: UVW Univ.-Verl. Webler; 2009. p.9-35.
54. Breidenstein G, Hirschauer S, Kalthoff H, Nieswand B. *Ethnografie: Die Praxis der Feldforschung*. 2nd ed. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH; 2015.
55. Hsieh JG, Hsu M, Wang YW. An anthropological approach to teach and evaluate cultural competence in medical students - the application of mini-ethnography in medical history taking. *Med Educ Online*. 2016;21:32561. DOI: 10.3402/meo.v21.32561
56. Kuckartz U, Ebert T, Rädiker S, Stefer C. Vertiefende Analyse: Kategorienbasierte Auswertung der qualitativen Daten. In: Kuckartz U, Ebert T, Rädiker S, Stefer C, editors. *Evaluation online: Internetgestützte Befragung in der Praxis*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2009. p.76-87. DOI: 10.1007/978-3-531-91317-9_8
57. Kuckartz U. *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 4th ed. Weinheim: Beltz Juventa; 2018.
58. Thomas DR. A General Inductive Approach for Analyzing Qualitative Evaluation Data. *Am J Eval*. 2006;27(2):237-246. DOI: 10.1177/1098214005283748
59. Kauffeld S. Webexkurs Kap. 7: Was muss bei der Evaluation berücksichtigt werden. In: Kauffeld S, editor. *Arbeits-, Organisations- und Personalpsychologie für Bachelor*. 3rd ed. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2019. DOI: 10.1007/978-3-662-56013-6
60. Rohloff H, Knipscheer JW, Kleber RJ. Use of the cultural formulation with refugees. *Transcult Psychiatry*. 2009;46(3):487-505. DOI: 10.1177/1363461509344306
61. Mecheril P. "Kompetenzlosigkeitskompetenz". Pädagogisches Handeln unter Einwanderungsbedingungen. In: Auernheimer G, editor. *Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2010. p.15-34. DOI: 10.1007/978-3-531-92312-3_2
62. Weltärztebund. Deklaration von Genf 1948/2017. Genf: Weltärztebund; 1948/2017. Zugänglich unter/available from: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/International/Deklaration_von_Genf_DE_2017.pdf
63. ABIM Foundation, ACP Foundation, European Federation of Internal Medicine. *Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter*. Philadelphia, PA: ABIM Foundation; 2002. Zugänglich unter/available from: <http://abimfoundation.org/wp-content/uploads/2015/12/Medical-Professionalism-in-the-New-Millennium-A-Physician-Charter.pdf>
64. Bundesärztekammer. (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte. Berlin: Bundesärztekammer; 2018. Zugänglich unter/available from: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO-AE.pdf
65. Griswold K, Zayas LE, Kernan JB, Wagner CM. Cultural Awareness through Medical Student and Refugee Patient Encounters. *J Immigr Minor Health*. 2007;9(1):55-60. DOI: 10.1007/s10903-006-9016-8
66. Robins LS, Fantone JC, Hermann J, Alexander GL, Zweifler AJ. Improving cultural awareness and sensitivity training in medical school. *Acad Med*. 1998;73(10 Suppl):S31-4. DOI: 10.1097/00001888-199810000-00037
67. Loudon RF, Anderson PM, Gill PS, Greenfield SM. Educating medical students for work in culturally diverse societies. *JAMA*. 1999;282(9):875-880. DOI: 10.1001/jama.282.9.875
68. Mecheril P. Natio-kulturelle Mitgliedschaft - ein Begriff und die Methode seiner Generierung. *Tertium Comp*. 2002;8:104-115.
69. Moosmüller A, editor. *Konzepte kultureller Differenz*. Münster u.a.: Waxmann; 2009.
70. Meyer K. *Theorien der Intersektionalität: Zur Einführung*. Hamburg: Junius; 2017.
71. Binder-Fritz C, Rieder A. Zur Verflechtung von Geschlecht, sozioökonomischem Status und Ethnizität im Kontext von Gesundheit und Migration. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2014;57(9):1031-1037. DOI: 10.1007/s00103-014-2009-1
72. Matlin SA, Depoux A, Schütte S, Flahault A, Saso L. Migrants' and refugees' health: Towards an agenda of solutions. *Public Health Rev*. 2018;39:27. DOI: 10.1186/s40985-018-0104-9
73. Bozorgmehr K, Roberts B, Razum O, editors. *Health Policy and Systems Responses to Forced Migration*. 1st ed. Heidelberg: Springer; 2020. DOI: 10.1007/978-3-030-33812-1_1
74. Ellerbe-Dück C, Dzajic-Weber A. Die Diversity-Dimension Ethnische Herkunft und Hautfarbe: Einsichten und Überlegungen aus der Sensibilisierungsarbeit. In: Genkova P, Ringeisen T, editors. *Handbuch Diversity Kompetenz: Band 2: Gegenstandsbereiche*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2016. p.125-138. DOI: 10.1007/978-3-658-08853-8_8
75. Rathje S. Interkulturelle Kompetenz - Zustand und Zukunft eines umstrittenen Konzepts. 2006. *Z Interkult Fremdsprachenunterricht*. 2006;11(3):1-21.
76. Bolten J. Unschärfe und Mehrdeutigkeit: "Interkulturelle Kompetenz" vor dem Hintergrund eines offenen Kulturbegriffs. In: Dreyer W, Hößler U, editors. *Prespektiven interkultureller Kkompoetenz*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2011. p.55-70. DOI: 10.13109/9783666403323.55
77. Tervalon M, Murray-García J. Cultural Humility Versus Cultural Competence: A Critical Distinction in Defining Physician Training Outcomes in Multicultural Education. *J Health Care Poor Underserved*. 1998;9(2):117-125. DOI: 10.1353/hpu.2010.0233

Corresponding author:

Prof. Dr. Kayvan Bozorgmehr, M. Sc.
Heidelberg University Hospital, Section Health Equity Studies & Migration, Department of General Medicine and Health Services Research, Im Neuenheimer Feld 130.3, D-69120 Heidelberg, Germany
kayvan.bozorgmehr@med.uni-heidelberg.de

Please cite as

Ziegler S, Wahedi K, Stiller M, Jahn R, Straßner C, Schwill S, Bozorgmehr K. *Health and medical care for refugees: design and evaluation of a multidisciplinary clinical elective for medical students*. *GMS J Med Educ*. 2021;38(2):Doc39. DOI: 10.3205/zma001435, URN: urn:nbn:de:0183-zma0014350

This article is freely available from

<https://www.egms.de/en/journals/zma/2021-38/zma001435.shtml>

Received: 2019-10-13

Revised: 2020-09-30

Accepted: 2020-11-20

Published: 2021-02-15

Copyright

©2021 Ziegler et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 License. See license information at <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Gesundheit und medizinische Versorgung Geflüchteter: Konzeption und Evaluation eines multidisziplinären klinischen Wahlfachs für Medizinstudierende

Zusammenfassung

Zielsetzung: Die medizinische Versorgung Geflüchteter stellt besondere Anforderungen an Gesundheitsfachkräfte. Medizinstudierende in Deutschland werden bisher kaum systematisch auf diese vorbereitet. Im Beitrag wird über die Entwicklung, Konzeption, Umsetzung, Evaluation und Bedeutung eines multidisziplinären Wahlfachs für Medizinstudierende im klinischen Studienabschnitt berichtet.

Methodik: Die Entwicklung der Kursinhalte erfolgte auf Grundlage von Bedarfsanalysen bei Medizinstudierenden und in Kooperation mit in der Flüchtlingsversorgung tätigen ärztlichen Kollegen. Die Lehrveranstaltung bestand aus einem Seminar mit medizinischen, juristischen, administrativen und sozio-kulturellen Lerninhalten sowie einer systematisch reflektierten Hospitation in der medizinischen Ambulanz des lokalen Ankunftszentrums für Asylsuchende. Das Evaluationskonzept enthielt qualitative und quantitative Elemente.

Ergebnisse: Ab dem Sommersemester 2016 bis einschließlich Wintersemester 2018 absolvierten 132 Studierende das Wahlfach. Es wurde fortlaufend evaluiert und weiterentwickelt. Mehrheitlich werden vor allem Lernfortschritte in folgenden Bereichen berichtet: Rechtliche Grundlagen des Asylverfahrens und der Versorgung; Mehrperspektivität durch Multidisziplinarität sowie Erkenntnisse durch die Praxiserfahrung im fachprofessionellen, berufsethischen, zwischenmenschlichen und politischen Bereich.

Zusammenfassung: Mittels eines strukturierten, multidisziplinären Lehrangebotes, welches Theorie-, Praxis- und Reflexionselemente verknüpft, kann Studierenden ein Einblick in die vielen Facetten der medizinischen Versorgung Geflüchteter ermöglicht werden, um sie auf die komplexen Herausforderungen dieses Handlungsfeldes vorzubereiten. Die Studierendenfragen, Kursinhalte und Auswertungsergebnisse können Anregung für die Implementierung ähnlicher Lehrveranstaltungen geben.

Schlüsselwörter: Flüchtlinge, Medizinstudenten, kulturelle Vielfalt, Personen in vulnerablen Situationen, Gesundheit von Minderheiten, Lehre, medizinische Ausbildung, Programmentwicklung, Programmevaluation

1. Einleitung

Die Diversität der Patientenpopulationen in Deutschland erhöhte sich in den letzten Jahren durch vermehrte Fluchtmigration zusätzlich. Zwischen 2014 und Ende 2016 war die Zahl derer Geflüchteten um 113%, auf 1,6 Millionen gestiegen [1]. In Heidelberg wurde Ende 2014 eine ehemalige Wohnsiedlung der US-Armee, das Patrick-Henry-Village (PHV), als Notunterkunft eingerichtet. Zwischenzeitlich waren dort bis zu 8000 Geflüchtete untergebracht [2], [3]. Die lokalen Kliniken verzeichneten einen

vermehrten Zulauf, der Versorgungsbedarf war jedoch häufig primärmedizinisch [4], [5]. Um die Kliniken zu entlasten, dem Bedarf zu begegnen und die medizinische Versorgung der Geflüchteten zu verbessern, wurde auf dem Gelände des PHV eine medizinische Ambulanz eingerichtet, welche Versorgung in fünf medizinischen Fachdisziplinen anbietet. Auch Medizinstudierende engagierten sich in diesem komplexen Versorgungssetting [3], welches rechtliche, medizinische, organisatorische, sozio-kulturelle und ethische Besonderheiten mit sich brachte. Für die Bewältigung der damit verbundenen Herausforderungen (vgl. [6]) wünschten sich die Studierenden strukturierte Lern- und Reflexionsmöglichkeiten.

Sandra Ziegler¹
Katharina Wahedi¹
Mariella Stiller¹
Rosa Jahn¹
Cornelia Straßner¹
Simon Schwill¹
Kayvan Bozorgmehr^{1,2}

1 Universitätsklinikum
Heidelberg, Sektion Health
Equity Studies & Migration,
Abteilung Allgemeinmedizin
und Versorgungsforschung,
Heidelberg, Deutschland

2 Universität Bielefeld, Fakultät
für
Gesundheitswissenschaften,
AG Bevölkerungsmedizin und
Versorgungsforschung,
Bielefeld, Deutschland

In der ambulanten und stationären Versorgung Geflüchteter ist das Personal, über Medizinisches hinaus, regelmäßig nicht nur mit Sprachbarrieren konfrontiert, sondern auch mit Körper-, Gesundheits-, Krankheits- und Behandlungsvorstellungen, die von den eigenen möglicherweise abweichen ([7], S. 109f, [8], S. 71-79). Die Patienten bringen unterschiedlichste individuelle Erfahrungen in der Pre-, Peri- und Postmigrationsphase mit, welche erkrankungs-, verlaufs- oder therapie relevant sein können [9], [10] und ihr Zugang zu medizinischen Leistungen kann in Abhängigkeit von Aufenthaltsstatus und -zeitraum eingeschränkt sein (vgl. [11], [12], [13]). Überdies sind ihre Lebensbedingungen (z.B. in der Gemeinschaftsunterbringung) sowie prekäre sozio-ökonomische Lage zu bedenken [14], S. 28-33. Kompetentes medizinisches Personal kann demnach die „sozial und kulturell konstruierten“ Unterschiede ([15], S. 168) reflektieren, hat ein Bewusstsein für den Kontext dieser Patienten entwickelt und bewältigt die praktischen Anforderungen des Versorgungsalltages erfolgreich.

Doch die später ärztlich Tätigen sind durch ihr Studium [16] häufig nur unzureichend auf die kommunikativen, strukturellen und medizinischen Anforderungen der Flüchtlingsmedizin vorbereitet (vgl. [17], [18], [19], [20], [21]). Diese Lücke in der medizinischen Ausbildung wird aktuell versucht mittels einzelner lokaler Initiativen zu schließen (vgl. [22], [23], [24], [25], [26]). Wiederkehrende Merkmale dieser Angebote sind die Behandlung interkultureller Themen, multiprofessionelle und -disziplinäre Ansätze sowie unterschiedliche Arten von Praxisbezug. Nur vereinzelt sind die Kursmaterialien zugänglich [27]. Der Ausbildungsbedarf wird konstatiert, jedoch nur selten in Bezug auf die jeweils unterrichteten Studierenden konkretisiert. Es werden mitunter Einzelaspekte, wie theoretische Grundlagen [28] oder die standardisierte Messung der Effekte [24], aufgegriffen oder es wird lediglich ein knapper Kursüberblick gegeben, was die Nachahmung der Angebote erschwert (z.B. bei [23], [29]).

In der Sektion Health Equity Studies & Migration der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg wurde ein multidisziplinäres Wahlfach zur „Gesundheit und medizinischen Versorgung Geflüchteter“ entwickelt. Der vorliegende Beitrag verfolgt drei Ziele:

1. die Grundzüge der Kurskonzeption und Umsetzung auf eine Weise darzustellen, die Beispiel geben kann für den Entwurf ähnlicher Veranstaltungen an anderen Universitäten,
2. Erhebungs- und Evaluationsergebnisse zu zeigen, welche zur Einschätzung des konkreten Ausbildungsbedarfes sowie des Kompetenzerwerbes teilnehmender Studierenden beitragen und der Weiterentwicklung der Lehrveranstaltung dienen,
3. die Relevanz einer solchen Veranstaltung für eine moderne, diversitätssensible medizinische Ausbildung darlegen.

2. Lernziele und inhaltliche Kurskonzeption

Das Kursprogramm verband theoretische, praktische und forschungspraktische Elemente. Den Studierenden sollte der Erwerb spezifischer Fachkompetenzen für die Flüchtlingsversorgung sowie ein Einblick in die Versorgungs- und Forschungspraxis ermöglicht werden (für kursübergreifende Lernziele, siehe Tabelle 1, für Seminarprogramm und Expertise der Dozierenden, siehe Tabelle 2). Der interdisziplinäre Blick „über den Tellerrand“ medizinischer Belange ([30], S. 14) erscheint uns dabei nicht zuletzt für einen sensiblen Umgang mit Diversität unabdingbar (vgl. [31] sowie NKLM, z.B. ID 11.4.3.1 14.c.5.2.1/4/5 [<http://www.nklm.de>]). Ein solcher erfordert die Kultivierung eines fragenden Blickes auf sich selbst und auf das Gegenüber in individuellen (vgl. [32], S. 206, [33], [34]), kollektiven, lebensweltlichen und sozio-kulturellen Bezügen. Dabei gilt es vielfältige soziale Zuschreibungs- und Unterscheidungspraktiken und deren Wechselwirkung (vgl. [35], [36], [37]) zu reflektieren sowie Praktiken der Ungleichbehandlung zu identifizieren (vgl. [32], S. 203, [38], S. 544). Eine so verstandene Diversity-Kompetenz muss ergänzt werden durch strukturelle Kompetenz [39]: dem kritischen Blick auf die Gesellschaft und die komplexen Strukturen und Machtverhältnisse, in die das Handlungsfeld der medizinischen Versorgung Geflüchteter eingebettet ist.

Das initiale Curriculum wurde entlang der von studentischen und ärztlichen Kollegen berichteten – praktische Erfordernisse des Versorgungsalltages in der Ambulanz entworfen. Weitere Inspiration boten wissenschaftliche Arbeiten [38], [40], [41], [42], [43], [44], [45], [46], [47] und vergleichbare Initiativen [22], [25], [26], [48]. Um die Inhalte des Wahlfachs weiterzuentwickeln und an Kenntnisstand und Interessen der Studierenden anzupassen, wurde in den ersten beiden Kohorten der Stand des Vorwissens mittels eines einseitigen Fragebogens erhoben (s. u. Abbildung 1). In der zweiten Kohorte wurde zusätzlich eine schriftliche Erwartungsabfrage durchgeführt. Diese wurde, ab der dritten Kohorte, durch eine Sammlung konkreter Fragen ersetzt, die die Studierenden gerne bis zum Kursende beantwortet bekommen wollten (für Beispiele spezifischer Fragen der Studierenden, siehe Anhang 1).

3. Grundzüge des Lehrangebots

3.1. Seminarprogramm: Lernerzentrierung und Multidisziplinarität

Für einen umfassenden Überblick über relevante Einzelthemen beteiligten wir Fachexperten und Praxisakteure unterschiedlicher Disziplinen (siehe Tabelle 2). Die Präsenzzeit im Kurs umfasste 24 Stunden. Jede dreistündige Sitzung enthielt zwei thematische Einheiten: 60-70 min

Tabelle 1: Kursübergreifende Lernziele

Studierende, die das klinische Wahlfach absolvieren:	
•	Können die wichtigsten gesetzlichen Regelungen des deutschen Asylsystems in Zusammenhang mit sozialen Determinanten der Gesundheit (Arbeit, Wohnen, Bildung) nennen (a)
•	Können die Regelungen des Asylbewerberleistungsgesetzes bzgl. der Leistungsansprüche von Asylsuchenden auf medizinische Versorgung wiedergeben und wissen, wie diese Ansprüche in der Praxis geltend zu machen sind (a)
•	Kennen die Besonderheiten bei Impfungen, Schwangerenversorgung, sowie der gesundheitlichen Versorgung besonders schutzbedürftiger Gruppen (a)
•	Können Besonderheiten und Beispiele für das (erweiterte) Spektrum möglicher Diagnosen im Bereich der Allgemeinmedizin, Pädiatrie, Gynäkologie/Geburtshilfe, Infektiologie und psychosozialen Medizin bei Asylsuchenden nennen (a)
•	Können jeweils ein Beispiel für „Gute Praxis“ bei der Versorgung von Asylsuchenden im Bereich der Allgemeinmedizin, Pädiatrie, Gynäkologie/Geburtshilfe, Infektiologie und psychosozialen Medizin beschreiben und die notwendigen ärztlichen Kompetenzen benennen (a) (b)
•	Kennen drei wesentliche Elemente eines menschenrechtsbasierten Ansatzes der Gesundheitsversorgung (a)
•	Kennen Perspektiven und Grundtechniken ethnologischer Feldforschung und setzen diese im Rahmen des Abschlussberichtes in die Praxis um (a) (c)
•	Machen Erfahrungen während der medizinischen Betreuung von Asylsuchenden in der Praxis und reflektieren die Beobachtungen intersubjektiv sowie schriftlich. Dabei zeigen sie erstens, dass sie Wahrnehmungen differenziert beschreiben und diese Deskription von Interpretationen getrennt niederschreiben können. Zweitens zeigen Sie, dass sie bereit und in der Lage sind eigene Deutungsmuster zu reflektieren und offenzulegen. Drittens können Sie relevante Themen für eine tiefergehende Analyse identifizieren (b) (c)
•	Können kritische strukturelle, psycho-soziale oder medizinethische Fragen in Bezug auf die Versorgung Asylsuchender identifizieren, eine Diskussionsfrage sowie Materialien zur Bearbeitung einer Frage vorbereiten und eine diesbezügliche Gruppendiskussion moderieren sowie protokollieren (a) (b) (c)
•	Im Zuge der mündlichen Reflexionen im Seminar zeigen sie, dass sie sich die vielfältigen Verflechtungen des ärztlichen Tätigkeitsfeldes mit anderen Gesellschaftsbereichen bewusst machen können und das eigene Tätigkeitsfeld gegenüber der Deutungsmacht anderer Bereiche abzugrenzen wissen (a) (b)
•	Reflektieren über Möglichkeiten und Grenzen der individuellen ärztlichen Einflussnahme auf Versorgungsgerechtigkeit und beginnen sich als Advokaten gesundheitlicher Chancengleichheit zu verstehen (a) (b)
•	Können schriftlich und mündlich zeigen, eine realistische Einschätzung der Zuschreibungsprozesse, Diversitätsaspekte und des Versorgungsbedarfes des Patientenkollektives Geflüchteter erworben zu haben (z.B. nicht primär Tropenmedizin, sondern Überwiegen des Bedarfs an psycho-sozialer und allgemeinmedizinischer Versorgung) (a) (b)
•	Kennen und trainieren hilfreiche Techniken für eine professionelle Arzt-Patienten-Kommunikation mit Dolmetscher und machen diesbezüglich praktische Erfahrungen. Zudem kennen sie alternative Möglichkeiten der Überwindung von Sprachbarrieren in der Arzt-Patienten-Interaktion (c)
•	Machen Erfahrungen in der Patientenversorgung Asylsuchender und üben medizinische Assistenz-tätigkeiten im Kontext der Flüchtlingsversorgung ein (c)

Kompetenzbereiche: a) kognitiv, b) affektiv, c) psychomotorisch

Vortragszeit und 15-35 min für Rückfragen und Diskussion sowie Evaluation.

Pro Semester konnten wir 24 Seminarplätze anbieten. Die jeweiligen Fragen der Studierenden (siehe Anhang 1) wurden vor Kursbeginn thematisch geordnet und allen Lehrkräften zugesandt. Diese waren aufgefordert, die der eigenen Expertise zugeordneten Studierendenfragen in der jeweiligen Lehrinheit zu beantworten. Am Kurstag wurden die Fragen im Seminarraum ausgehängt. Eine über alle Sitzungen anwesende Kursverantwortliche – die Erstautorin – stellte deren Bearbeitung sicher. Sie übernahm zudem die administrative und inhaltliche Koordination, stand in der Moderation für eine diversity-sensitive und diskriminierungskritische Perspektive ein und half inhaltliche Verbindungen zwischen den Einzelthemen zu knüpfen sowie eine Perspektivenverschränkung von der Multi- zur Interdisziplinarität anzubahnen. Zu

diesem Zweck waren zudem beide vortragende Dozierende einer Einheit aufgefordert, während der kompletten Sitzung anwesend zu sein und sich aktiv an der Seminar-diskussion zu beteiligen.

Im Kursverlauf gestalteten die Studierenden zwei Sitzungen selbst. Wer bereits im lokalen Registrier- und An-kunfts-zentrums für Asylsuchende hospitiert hatte, wurde zu einer Reflexion des gesellschaftlichen Kontextes sowie der Strukturen und Prozesse eingeladen, in die das Handlungsfeld der Versorgung Asylsuchender eingebettet ist [49]. Dafür bereiteten die Studierenden eine selbst gewählte Fragestellung oder Thematik zur Diskussion in einer Kleingruppe vor, die anhand eines Fallberichtes, wissenschaftlicher oder journalistischer Texte diskutiert wurde. Analysiert wurde gemeinsam zum Beispiel die Frage nach der „Auslegbarkeit“ des AsylbLG bezüglich der Gesundheitsleistungen oder die Sinnhaftigkeit der

Tabelle 2: Seminarthemen und Expertise der Dozenten

Thema	Experte/Fachgebiet
Migration, Fluchtmigration und Gesundheit (Daten, Trends, völker- und menschenrechtliche Grundlagen)	Epidemiologe, Arzt, Versorgungsforscher (Leitung der Sektion Health Equity Studies & Migration)
Grundlagen zur gesundheitlichen Versorgung von Geflüchteten (Bedarf, Prävalenzen, Zuständigkeiten, Prozesse, gesetzliche Grundlagen, Herausforderungen)	Ärztin, Versorgungsforscherin (Sektion Health Equity Studies & Migration)
Asylverfahren in Deutschland (Definitionen, Zuständigkeiten, Verfahrensablauf, Arztrolle, Anspruch und Wirklichkeit)	Jurist und Sozialarbeiter mit Erfahrung in der Beratung von Flüchtlingen
Gesundheitsprobleme Geflüchteter und Praxis der medizinischen Versorgung (Erfahrungs- und Fallberichte, Arztrolle, Reflexion sozialer, struktureller, politischer, gesellschaftlicher, berufsethischer, medizinischer Problemfelder)	Initiator/Koordinator einer Flüchtlingsambulanz, Tropenmediziner
Allgemeinmedizin in der Betreuung von Geflüchteten (Rolle, Bedeutung, Besonderheiten von Zielgruppe und Ambulanzsetting)	Allgemeinmedizinerin der Flüchtlingsambulanz
Schwangerschaft und Geburtshilfe bei Asylsuchenden (Versorgungsansatz, Besonderheiten, Herausforderungen, Lösungsansätze, Vertiefung: FGM)	Zwei Hebammen der Flüchtlingsambulanz
Kinder- und Jugendmedizin bei Asylsuchenden (Erfahrungs- und Fallberichte, gesetzlicher Rahmen, administratives Prozedere, Barrieren)	Pädiater mit Erfahrung in der Flüchtlingsambulanz
Traumafolgestörungen im Kontext von Flucht und Vertreibung (Prä-, Peri-, Postmigrationsstressoren, Psychotraumatologie, Prävalenzen, Erstmaßnahmen, Versorgungsrealität)	Zwei Psychotherapeuten mit Erfahrung in der Flüchtlingsambulanz
Projektvorstellung: Einführung eines primärpräventiven Programmes zur psychische Gesundheitsförderung der Flüchtlingspopulation in einem Baden-Württemberger Kreis	Psychiaterin , Beraterin des ÖGD in der Flüchtlingsversorgung
Infektionskrankheiten und Differentialdiagnostik bei Geflüchteten (Leitsymptome, Diagnostik, geographische Prävalenzen, sinnvolle Screeningsmaßnahmen, Abgrenzung zu verbreiteten nicht-infektiösen Erkrankungen)	Tropenmedizinerin mit Erfahrung in der Flüchtlingsversorgung
Die Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes bei der Versorgung von Asylsuchenden (Verortung im Aufnahmesystem, Screening, Impfungen, Infektionsschutz, regionale Besonderheiten)	Amtsleiterin eines Gesundheitsamtes in Baden-Württemberg
Kulturwissenschaftlich orientierter Hospitationsbericht – Grundlagen (Neuere Kulturbegriffe, individuelle und strukturelle Einflussfaktoren auf die Arzt-Patienten-Interaktion, ethnologisches Forschen und Methode der Teilnehmenden Beobachtung, Aufgabenbeschreibung Abschlussbericht)	Anthropologin und Versorgungsforscherin (Sektion Health Equity Studies & Migration)
Kultursensibilität in der Medizin (Problematik interkultureller Kompetenz, Hilfsmaterialien bei fehlender Sprachmittlung, medizinethnologische Grundlagen, Kultur der Biomedizin, Erhebung „abweichender“ Krankheitsvorstellungen, Explanatory-Models-Approach)	Dies.
Kommunikation mit Sprachbarriere – Arbeiten mit Dolmetschern und Hilfsmitteln (Sprachmittlungsformen, Besonderheiten von und Übungen zur Kommunikation zu Dritt, Ärztliche Verantwortung, medizinische Bedeutung professioneller Sprachmittlung,)	Dolmetscherin, Dolmetsch-Trainerin, Bundesreferentin des Bundes deutscher Übersetzer und Dolmetscher



50 ausgefüllte Fragebögen, absolute Werte (jeweils von links -> trifft nicht zu - nach rechts - trifft zu) a) 23, 15, 2, 0, 0 b) 19, 16, 5, 0, 0 c) 31, 2, 4, 2, 1 d) 29, 9, 2, 0, 0 e) 28, 12, 0, 0, 0 f) 27, 11, 0, 2, 0 g) 28, 6, 5, 1, 0 h) 12, 21, 5, 2, 0

Abbildung 1: Vorerhebung: Ausbildungsstand: Versorgungsrelevantes Wissen (Kohorte 1+2)

Unterbringung in häufig abgelegenen Gemeinschaftseinrichtungen aus Integrations- und Gesundheitsgesichtspunkten u.v.m. (Beispiele für weitere bearbeitete Diskussionsthemen, siehe Anhang 2).

3.2. Praxiserfahrung: Community Engagement und Ethnographie

Indem alle Teilnehmenden zwei Tage in der lokalen Flüchtlingsambulanz hospitierten – obligatorisch in der Allgemeinmedizin sowie wahlweise in Pädiatrie, Gynäkologie/Geburtshilfe oder psychosozialer Medizin – wurden sie in einen realen Kontext eingebunden, der die politischen, normativen und sozialen Seiten der Medizin erfahrbar machte [46], [47]. Die Auseinandersetzung mit einer in Gesundheitssystem und Gesellschaft strukturell benachteiligten Gruppe [50], S. 1939 soll zu einer Sensibilisierung bezüglich spezieller Bedarfe und Vulnerabilitäten beitragen sowie den Studierenden ihre soziale Verantwortung (bzw. Rechenschaftspflicht) v.a. bezüglich Health Equity verdeutlichen [51], S. 8.

Um dabei den Prozess des erfahrungsbasierten und forschenden Lernens [52], [53] gezielt anzustoßen und zu begleiten, wurden die in der Ambulanz gemachten Erfahrungen im Seminardiskurs und einem etwa 8-15 seitigen Hospitationsbericht reflektiert. Die Aufgabe umfasste die Durchführung einer ethnographischen Beobachtungsübung inkl. Protokoll [54], [55] sowie die Reflexion eines medizinischen und eines strukturellen, soziokulturellen oder psychosozialen Aspektes der Versorgungssituation. Es sollte ein Beispiel kritikwürdiger und guter Praxis in der Flüchtlingsmedizin beschrieben und diesbezüglich Alternativen bzw. ärztliche Kompetenzen benannt werden. Abschließend galt es eigene Wissens- und Ausbildungsdefizite sowie diesbezügliche zukünftige Lernstrategien zu benennen. Zu ihrem Bericht erhielten die Lernenden – neben der Note – ein ausführliches, individuelles schriftliches Feedback (Vorgaben zur Berichtserstellung, siehe Anhang 3).

4. Weiterentwicklung des Lehrangebotes: Evaluationskonzept und -methodik

Erwartungen, Fragen (siehe Kapitel 2 und Anhang 1) und Feedback Studierender wurden kontinuierlich in die Kursentwicklung einbezogen. Neben Einzelevaluationen jedes Beitrags – zur Vorbereitung der Dozierenden auf das nächste Semester (welche hier ausgespart bleiben) – wurde ab dem Wintersemester 2016/17 jeweils zu Semesterende eine Abschlussevaluationen durchgeführt. Mittels eines anonymen, schriftlichen Evaluationsbogens (siehe Anhang 4) erbaten wir eine Schulnote für den Kurs. Außerdem gaben die Studierenden auf fünfstufigen Likert-Skalen („trifft zu“ bis „trifft nicht zu“) eine Einschätzung ihres persönlichen Wissens- und Kompetenzzuwachses durch die Kursbestandteile ab. Auf vier-stufigen Skalen

meldeten sie einerseits zurück, ob sich der Kurs für sie gelohnt habe („trifft voll und ganz zu“ bis „trifft überhaupt nicht zu“) sowie wie zufrieden sie mit den beiden während der Hospitation besuchten Fachbereichen waren („sehr unzufrieden“ bis „sehr zufrieden“). Alle Skalenwerte aus vier Kohorten (WS 2016/17 bis SoSe 2018) wurden mittels eines Tabellenkalkulationsprogramms deskriptiv ausgewertet.

In Freitextfeldern war u.a. Feedback zur Hospitation sowie zur schriftlichen und mündlichen Reflexion möglich. Zudem wurde (ab Sommersemester 2017) offen nach dem persönlichen Lernerfolg bzw. der wichtigsten Take-Home-Message gefragt. Alle Rückmeldungen wurden digital zusammengestellt und kategorienbasiert analysiert. Dabei wurden je Fragestellung zunächst häufig genannte Themenfelder am Material identifiziert [56], S. 78, [57] und anschließend weitere Kategorien entwickelt, denen das restliche Datenmaterial zugeordnet wurde. Einzelnennungen wurden gesondert zusammengestellt, sie werden hier ausgespart (vgl. [58]).

5. Ergebnisse

Der Kurs wurde als klinisches Wahlpflichtfach an der Medizinischen Fakultät Heidelberg implementiert und konnte im weiteren Verlauf als fester Bestandteil des „Global-Health-Tracks“ der Fakultät etabliert werden. Nach der Seminarplatzvergabe befanden sich durchschnittlich 6,4 Studierende auf der Warteliste, welche im Folgesemester bevorzugt Einlass erhielten. Vom Sommersemester 2016 bis Wintersemester 2018/19 absolvierten 132 Personen den Kurs.

5.1 Erhebung des Vorwissens und Beantwortung studentischer Fragen

Bei der Abfrage des Vorwissens der 50 Teilnehmenden der ersten beiden Kohorten (WS 2016/17, SoSe2017) zeigte sich, dass grundlegendes, versorgungsrelevantes Wissen fehlte. Über zwei Drittel der Studierenden waren beispielsweise diesbezügliche rechtliche Regelungen nicht vertraut.

Ein Teil der Studierenden (21%) gab an, bereits Erfahrung in der Arbeit mit Geflüchteten gemacht zu haben, etwa in Form des Engagements beim Aufbau der lokalen Ambulanz oder mittels einer Famulatur dort. Die Mehrzahl hatte noch keine Berührungspunkte mit Geflüchteten und dementsprechend zahlreiche Fragen zu deren Versorgung (vgl. Anhang 1), deren Beantwortung oder Bearbeitung durch unser multidisziplinäres Team sichergestellt werden konnte.

5.2. Evaluation

5.2.1. Kompetenzerwerbseinschätzung und Lernerfolge

Daten aus ausführlichen schriftlichen Abschlussevaluationen liegen aus vier Semestern vor, es beteiligten sich

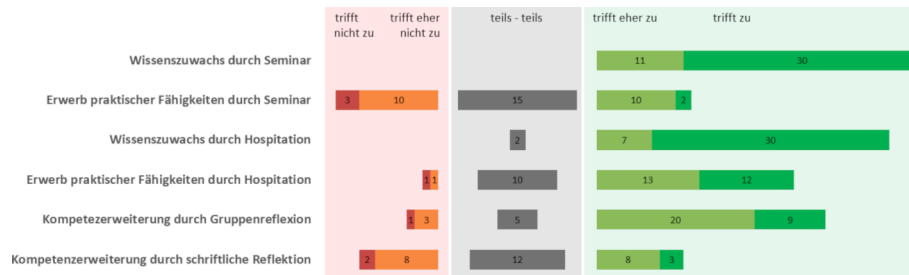


Abbildung 2: Selbsteinschätzung des Wissens- und Kompetenzzuwachses durch die Seminarbestandteile (50 Fragebögen, Zahlen entsprechen absoluten Werten je Antwortoption)

50 von 91 Studierenden daran. Laut der aggregierten Evaluationsdaten (WS 2016/17 bis SoSe 2018) der 5-stufigen Skalen sind sich die Studierenden einig, dass sie ihr Wissen bezüglich der Gesundheitsversorgung Geflüchteter durch die Seminarteilnahme erweitern konnten ($M=4.7$; $SD=0.9$). Auch die zweitägige Hospitation in der medizinischen Ambulanz des PHV wurde im Durchschnitt als positiv für den eigenen Wissenszuwachs gewertet ($M=4.7$; $SD=0.9$). Größere Streubreiten ergaben sich bezüglich der Fragen nach dem Erwerb praktischer Fähigkeiten im Rahmen des Seminarprogrammes ($M=2.95$ und $med=3$, d.h. bei „teils-teils“, $SD=1.1$) und der Hospitation ($M=3.9$; $med=4$ bei „trifft eher zu“; $SD=1.2$) (siehe Abbildung 2).

Die qualitativen Ergebnisse zeigten, dass die studentischen Lernfortschritte überwiegend den Lernzielen entsprachen (für eine Zusammenstellung studentischer Aussagen zum bedeutendsten eigenen Lernerfolg, siehe Anhang 5). Über alle Semester hinweg wurden (in aufsteigender Reihenfolge) am häufigsten Kenntniszugewinne im Bereich der rechtlichen Grundlagen des Asylverfahrens, der erworbenen Mehrperspektivität durch Multidisziplinarität sowie Erkenntnisse durch die Praxiserfahrung in der lokalen Flüchtlingsambulanz benannt. Studierende berichteten hier beispielsweise sich der Perspektive Geflüchteter angenähert oder einen Theorie-Praxisbezug hergestellt zu haben. Einige Aussagen zeugten davon, dass studentische Erwartungen und Fragen im Kursverlauf modifiziert wurden: weg von Exotisierung und Kulturalisierung hin zu einer realistischen Einschätzung der alltäglichen Aufgaben in der Flüchtlingsmedizin. Einzelne berichten, sie wären sich – angesichts des Nachdenkens über die Versorgung Geflüchteter – bewusstgeworden, wie sich persönliche, berufsständische, nationale und globale Zusammenhänge auf die ärztliche Tätigkeit auswirken. Man habe als Arzt eben nicht nur medizinische, sondern auch politisch-gesellschaftliche Verantwortung.

5.2.2. Bewertung der Hospitation

Jede/r Studierende absolvierte eine Hospitation in zwei Fachbereichen der Flüchtlingsambulanz. Fachbereichsübergreifend gab die Mehrzahl der Studierenden an, mit dieser Hospitation „eher“ oder „sehr zufrieden“ gewesen zu sein (89% der Fälle), mit Variationen zwischen den Fachbereichen (siehe Tabelle 3).

Im Kommentarfeld zur Hospitation ließen sich größere Cluster an Rückmeldungen in folgenden drei Bereichen identifizieren: Organisatorische Hürden (z.B. Wartezeit bei Sicherheitskontrollen), die wenig vordefinierte Rolle vor Ort (Beobachter vs. „Laufbursche“ oder eigenverantwortlicher Helfer) und der Wunsch nach einer Ausweitung der Praxiszeit. Gelobt wurde die „nette Atmosphäre vor Ort“ (4x), wo man sich mitunter „trotz hoher Patientenzahl, viel Zeit genommen“ habe für den Studenten. Problematisiert wurde teilweise die Qualität der Behandlung und der Umgang mancher Versorger mit den Patienten (4x), die mangelnde Kommunikation der zahlreichen Versorger untereinander sowie das lokale Dokumentationsverfahren.

5.3. Bewertung der reflexiven Seminarelemente (Gruppenarbeit und Bericht)

Die Mehrheit der Studierenden gab an, dass durch die strukturierte, mündliche Reflexion der Erfahrungen in der Flüchtlingsambulanz ein Kompetenzerwerb stattfand (trifft eher zu: 53%, trifft zu: 24%) ($M=3.9$ von 5; $SD=1.1$). Ob die schriftliche Reflexion ebenfalls zum Kompetenzerwerb beitrug, mochten viele nicht mit Bestimmtheit sagen ($M=3.1$, $SD=1.2$). Zur ethnographischen Übung wurden wiederholt methodische Unsicherheiten und Hürden bei der Umsetzung geäußert. Die Anzahl positiver und negativer Äußerungen dazu blieb darüber hinaus ausgeglichen. Der kulturwissenschaftlich orientierte Bericht schule die Wahrnehmung und Reflexion und ermögliche „völlig neue Einblicke“. Andere beschrieben die Berichterstellung als zu aufwendig oder wenig gewinnbringend.

5.4. Gesamtbewertung

In der Gesamtbewertung (per Schulnote) ergab sich im Mittel die Note 1,74 ($SD=0.6$). Der Aussage, dass sich die Kursteilnahme gelohnt habe, stimmten 33 von 50 Studierenden „voll und ganz“ und weitere 17 „eher“ zu ($M=3.7$; $SD=0.7$).

5.5. Limitationen

Alle Studierenden, die die jeweils letzte Seminarsitzung besuchten nahmen an der Evaluation teil. Die Response-Rate von 55% erklärt sich anhand dieses Evaluationszeitpunktes in der letzten Sitzung, wo – aufgrund von Prüfun-

Tabelle 3: Bewertung der Hospitation – nach Fachbereichen

Hospitationsfachrichtung	N	min	max	med	M	SD	sehr unzufrieden		eher unzufrieden		eher zufrieden		sehr zufrieden	
... in der Allgemeinmedizin	47	1	4	4	3.47	0.82	1	2%	1	2%	20	43%	25	53%
...in der Pädiatrie	28	1	4	3	3.21	1.05	1	4%	5	18%	9	32%	13	46%
...in der Psychosozialen Medizin	16	1	4	4	3.31	1.27	2	13%	0	0%	5	31%	9	56%
...bei den Hebammen	9	2	4	4	3.78	1.35	0	0%	1	11%	0	0%	8	89%
...in der Gynäkologie	1	4	4	4	4	2.83	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%

gen – jeweils verminderte Teilnehmerzahlen zu verzeichnen waren. Die Evaluation diente vornehmlich der Weiterentwicklung der Lehrveranstaltung, um die Aussagekraft und wissenschaftliche Verwertbarkeit der Ergebnisse zu erhöhen wären weitere Anpassungen notwendig. Beispielsweise wird der studentische Kompetenzerwerb auch im Rahmen der thematischen Gruppenarbeit im Seminar und im Abschlussbericht ersichtlich. Beides könnte – nach angemessener Operationalisierung – gewinnbringend in die Evaluation einbezogen werden (vgl. z.B. bei [22]). Zu Seminarabschluss wurde mit den Studierenden mündlich ein Abgleich ihrer zu Kursbeginn niedergeschriebenen Fragen (siehe Anhang 1) mit den Kursinhalten vorgenommen. Schriftlich liegt eine Selbsteinschätzung vor, die in verschiedenen Kompetenzbereichen fehlende (vgl. Pkt. 3 der Berichtsvorgaben, Anhang 3) sowie erworbene Erkenntnisse und Fähigkeiten (vgl. z.B. Anhang 5) erfasst. Hier könnten zukünftig sowohl die vor und nach dem Kurs erhobenen qualitativen Daten studierendenspezifisch miteinander in Beziehung gesetzt sowie langfristig eine Prä-Post-Evaluation (vgl. [59]) mit standardisierten Evaluationsinstrumenten implementiert werden, um die Vergleichbarkeit über die Zeit und mit anderen Studien zu erhöhen. Dafür wird eine Pseudonymisierung der Erhebung angestrebt, da die vollständige Anonymisierung – ohne Erfassung soziodemographischer Daten – die Möglichkeiten einer über Deskription hinausreichenden Analyse vermindert.

Limitationen bei der Umsetzung eines solchen Lehrprojektes liegen im Bereich der Mittel-, Zeit- und Personalressourcen sowie der lokalen Vernetzung. Denn nur in enger Zusammenarbeit mit lokalen Einrichtungen der Flüchtlingsmedizin sowie den zuständigen Behörden, kann eine Hospitation ermöglicht werden. Voraussetzung für Entwurf und Durchführung der Veranstaltung ist zudem ein engagiertes Koordinierungsteam, welches entsprechende Fachkompetenzen im Themenfeld mitbringt. Die Implementierung einer solchen Lehrveranstaltung ist sekundär abhängig von den Relevanzbewertungen von Förderorganisationen und Fakultäten. Konzeptentwicklung, Durchführung, Organisation, Studierendenbetreuung und stetige Evaluation binden Personal und auch für die geladenen Fachexperten müssen Mittel zur Verfügung stehen. Nach sechs Semestern erfolgreicher Durchführung und Implementierung der Veranstaltung in die Lehrstrukturen der medizinischen Fakultät Heidelberg ist die Finanzierung

unseres Kurses, zum Ende des beschriebenen Zeitraumes hin, nicht gesichert. Es wäre daher zu befürworten, dass entsprechende Angebote oder zumindest Kursinhalte den Rahmen fakultativer Wahlveranstaltungen (vgl. [30], S. 12) verlassen und in die Strukturen des regulären Medizincurriculums implementiert werden, damit ihr Fortbestand dauerhaft gesichert werden kann.

6. Diskussion

Die Ausbildungslücken bezüglich einer effektiven, qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung Geflüchteter sind groß. Zu diesem Ergebnis kam nicht nur unsere Vorerhebung, sondern auch eine größer angelegte Studie mit 523 Medizinstudierenden in Deutschland [16], S. 168ff. Um Studierende auf die Herausforderungen der Versorgung dieser heterogenen Population vorzubereiten, implementierten wir ein multidisziplinäres Wahlfach zur medizinischen Versorgung Geflüchteter an der Medizinischen Fakultät in Heidelberg. Die pädagogische Wirkung der Lehrinnovation und ihre Bedeutung für eine moderne medizinische Ausbildung werden durch die dargestellten Lernerfolge der Studierenden veranschaulicht. Unser Konzept, die Seminarinhalte inklusive Praxis- und Reflexionselementen sowie ausgewählte Rückmeldungen Studierender wurden dargelegt, um als Vorlage für ähnliche Lehrprojekte in anderen Ausbildungseinrichtungen dienen zu können. Die Evaluationsergebnisse zeigen, dass unser Kurs studentische Fragen und Erwartungen angemessen bedienen konnte und die Lernerfolge überwiegend den Lernzielen entsprachen bzw. sich auf dargebotene Inhalte bezogen. Die Praxiserfahrung in der lokalen Flüchtlingsambulanz war dabei von großer Bedeutung für studentische Lernprozesse.

Um souveräne Professionelle in diesem Tätigkeitsfeld zu werden brauchen angehende Ärztinnen und Ärzte zunächst medizinisches und kommunikatives Grundlagenwissen zur Bewältigung des Versorgungsalltages mit geflüchteten Patienten. Zudem sollten Sie lernen, sich jedem Patienten fragend zuzuwenden, um die jeweilige individuelle Bewandnis sozio-kultureller Zugehörigkeitsstrukturen für das Krankheitsverständnis und die Therapie in Erfahrung zu bringen [33], [60] ohne in der eigenen Berufsausübung einen Unterschied aufgrund – selbst vorab zugeschriebener – Merkmale (vgl. [61]) bezüglich

z.B. Religion, ethnischer Herkunft, Nationalität oder sozialer Stellung zu machen (vgl. Genfer Gelöbnis [62]). Das Gesundheitspersonal sollte Informationen über rechtliche Rahmenbedingungen, Versorgungsstrukturen und -prozesse erhalten und im Zuge dessen erfahren, welche Akteure an der Versorgung beteiligt sind sowie welche Motive und Interessen die unterschiedlichen Stakeholder mitbringen. Ein Hineinwachsen in die ärztlichen Rollen des Gesundheitsfürsprechers und Verantwortungsträgers ist insbesondere zur „Reduktion von Missverhältnissen“ und der „Verbesserung der Versorgung“ Geflüchteter von Bedeutung (vgl. NKLKLM [http://www.nklm.de], S. 17, 52, 54f). Um Advokaten gesundheitlicher Chancengleichheit zu werden und dem Patientenwohl Vorrang zu geben [63], müssen Ärztinnen und Ärzte zunächst identifizieren können, wo Deutungsmuster aus anderen Teilsystemen der Gesellschaft – im Falle Asylsuchender v.a. der Politik mittels Gesetzgebung und Bürokratie – in die Handlungslogik der Medizin eindringen können. Denn laut § 2 Abs. 1 der Musterberufsordnung, dürfen keine Grundsätze anerkannt und keine Vorschriften oder Anweisungen beachtet werden, die mit den eigenen Aufgaben nicht vereinbar sind [64]. Ein pädagogisches Ziel sollte daher sein, die Entwicklung einer Berufsidentität zu fördern, die das eigene Entscheidungs-, Tätigkeits-, und Interessenfeld souverän zu unterscheiden und abzugrenzen weiß von den Begründungs- und Handlungslogiken anderer Felder, wie z.B. der Logik der Immigrationspolitik. In unserem Kurs wurden entsprechende Analyseprozesse anhand von Gesprächen mit Praxisakteuren und im intensiven diskursiven Austausch angestoßen. Ebenfalls inspiriert von Praxiserfahrungen in der Flüchtlingsambulanz konnte im Seminar in einer offenen, nicht-kompetitiven Lernumgebung die Reflexion über sich und die „Anderen“ [65], [66], [67], über Differenzkonstruktionen [68], [69], Diskriminierung [70], [71], Ungleichheits- und Machtverhältnisse sowie über die komplexen Strukturen und Prozesse angestoßen werden, in die die Flüchtlingsversorgung eingebunden ist (vgl. [72], [73]). Auf diese Weise haben sich die Studierenden eine für ihren späteren professionellen Alltag relevante mehrperspektivische, kontext- und diversity-sensible Betrachtungsweise angeeignet, die über den bloßen Blick auf ethnisch-kulturelle Differenz [74] hinausführt (vgl. [75], [76], [77]). Wir forcierten dafür die Erschließung multipler Perspektiven auf ein komplexes Themen- und Handlungsfeld und förderten die Fähigkeit zum Perspektivwechsel, um sich ein möglichst holistisches und situationsgerechtes inneres Bild erarbeiten zu können. Dass Aspekte dieser Mehrperspektivität mittels Multidisziplinarität im Rahmen der Take-Home-Messages häufig Erwähnung fanden, fiel uns daher positiv auf.

7. Schlussfolgerung

Um Medizinstudierende auf die medizinischen, administrativen, ethischen, kommunikativen, sozio-kulturellen, strategischen und politischen Herausforderungen der

Gesundheitsversorgung Geflüchteter vorzubereiten, bedarf es spezifischer, multidisziplinärer Lehrinitiativen. Mittels eines solchen Lehrangebotes, welches theoretische, praktische und reflexive Elemente verbindet, wurden Medizinstudierende in Heidelberg für die Belange Geflüchteter sensibilisiert und auf deren Versorgung sowie die entsprechenden Versorgungskontexte vorbereitet. Dabei wurde eine Auseinandersetzung mit den Wechselwirkungen globaler, nationaler und lokaler Dimensionen der Gesundheit und Versorgung Geflüchteter sowie mit den vielfältigen Verflechtungen des ärztlichen Tätigkeitsfeldes mit anderen Gesellschaftsbereichen angestoßen, um die Studierenden auf ihre wichtige Rolle als Advokaten gesundheitlicher Chancengleichheit vorzubereiten. Der Wissenszuwachs - welcher aus einer Kombination von Seminar, Hospitation und Reflexion resultierte - wurde dabei als hoch gewertet. Das Konzept kann daher als Grundlage und Anregung für die Implementierung ähnlicher Kurse an anderen Universitäten dienen.

Förderung

Das klinische Wahlfach „Gesundheit und medizinische Versorgung Geflüchteter“ wurde über ein Kooperationsprojekt der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums des Heidelberger Instituts für Global Health umgesetzt. Das Wahlfach wurde im Rahmen des Lehr- und Forschungsprojektes „Migration & Gesundheit“ vom Ministerium für Wissenschaft und Kunst in Baden-Württemberg (2016-2019) finanziert.

Danksagung

Wir danken den Dozierenden des Seminars für Ihr Engagement und die Bereitschaft ihr Wissen und ihre Erfahrungen zu teilen, Studierendenfragen in die eigene Vorbereitung einfließen zu lassen und ihre Beiträge anhand stetiger Evaluation weiterzuentwickeln:

Dr. med. Janine Benson-Martin (Öffentlicher Gesundheitsdienst Pforzheim/Enzkreis, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberger Institut für Global Health), Dr. Brigitte Joggerst sowie Angelika Edwards (Öffentlicher Gesundheitsdienst Pforzheim/Enzkreis), Dr. med. Holger Clemen, Dr. med. Ronny Lehmann, PD Dr. Johannes Pfeil (Universitätsklinikum Heidelberg, Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, PHV Flüchtlingsambulanz), David Pfisterer (Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, PHV Flüchtlingsambulanz), PD Dr. med. Marija Stojkovic (Universitätsklinikum Heidelberg, Zentrum für Infektiologie), Birgit Fuchs, Michiko Rodenberg (Hebammen, PHV Flüchtlingsambulanz), Anna Hermann (Bundesreferentin für Dolmetschen im Gesundheitswesen, Bundesverband der Dolmetscher und Übersetzer), Prof. Dr. Verena Keck (Goethe-Universität Frankfurt, Institut für Ethnologie, Medizinethnologisches Team), Dr. Julia Thiesbonenkamp-Maag (Studiendekanat

Universitätsklinikum Mannheim, Medizinethnologisches Team), Natalie Manok, Prof. Dr. Christoph Nikendei, Dr. med. David Kindermann (Universitätsklinikum Heidelberg, Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, PHV Flüchtlingsambulanz), Jörg Schmidt-Rohr (Verein zur Integration und Qualifizierung e.V. Heidelberg), Prof. Dr. med. August Stich (Missionsärztliche Klinik Würzburg, Tropenmedizinische Abteilung, Flüchtlingsambulanz Würzburg) **Besonderer Dank gilt dem Gesundheitspersonal in der PHV Flüchtlingsambulanz, für die Bereitschaft Studierende an seinem Alltag teilhaben zu lassen und seine Erfahrungen zu teilen. Besonders danken wir hier**

Dr. med. Steffen Kratochwill (Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, PHV Flüchtlingsambulanz), Sabrina Raber (Leitstelle PHV Flüchtlingsambulanz)

Für die gute Zusammenarbeit im Kooperationsprojekt und die Unterstützung bei der Anschubfinanzierung und Verstärkung des Lehrangebotes

Dr. Claudia Beiersmann, Prof. Dr. med. Albrecht Jahn (Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberger Institut für Global Health)

Für die Durchsicht des Manuskripts und hilfreiches Feedback

Dr. Charlotte Ullrich (Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung)

Für ihr großes Engagement und ihre Zuverlässigkeit bei der Unterstützung der Organisation des Seminars sowie ihr offenes Ohr für die Studierenden:

Lea Stock, Tabea Mächtel, Mariella Stiller, Eilin Rast (Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung).

Interessenkonflikt

Die Autor*innen erklären, dass sie keinen Interessenkonflikt im Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

Anhänge

Verfügbar unter

<https://www.egms.de/de/journals/zma/2021-38/zma001435.shtml>

1. Anhang_1.pdf (98 KB)
Beispiele für Fragen der Studierenden vor Kursbeginn (Kartenabfrage, 120 Einzelkarten)
2. Anhang_2.pdf (108 KB)
Beispielthemen aus Gruppenarbeiten (Nachbesprechungseinheit Hospitation)
3. Anhang_3.pdf (123 KB)
Hospitationsberichtsvorgaben: Klinisches Wahlfach „Gesundheit und medizinische Versorgung von Asylsuchenden“ Wintersemester 2018/19
4. Anhang_4.pdf (156 KB)
Abschlussevaluationsbogen Seminar „Gesundheit und medizinische Versorgung von Asylsuchenden“

5. Anhang_5.pdf (114 KB)
Selbstberichteter Lernerfolg/Take-Home-Messages der Studierenden

Literatur

1. Statistisches Bundesamt. Pressemitteilung Nr. 457 vom 23.11.2018. Zahl der registrierten Schutzsuchenden im Jahr 2017 um 5 % gegenüber Vorjahr gestiegen. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt; 2018. Zugänglich unter/available from https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2018/11/PD18_457_12521.html
2. Buchwald H. Flüchtlinge im Patrick Henry Village - Chronologie. Heidelberg: Rhein-Neckar-Zeitung; 2015. Zugänglich unter/available from: https://www.rnz.de/nachrichten/heidelberg_artikel,-Heidelberg-Fluechtlinge-im-Patrick-Henry-Village-Zwischen-Bangen-und-Warten-_arid,130372.html
3. Nikendei C, Huhn D, Adler G, Rose PB von, Eckstein TM, Fuchs B, Gewalt SC, Greiner B, Günther T, Herzog W, Junghanss T, Krzcal T, Lorenzen D, Lutz T, Manigault MA, Reinhart N, Rodenberg M, Schelleter I, Szecsenyi J, Stehen R, Straßner C, Thomsen M, Wahedi K, Bozorgmehr K. Entwicklung und Implementierung einer Medizinischen Ambulanz in einer Erstaufnahmeeinrichtung für Asylsuchende des Landes Baden-Württemberg. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2017;126:31-42. DOI: 10.1016/j.zefq.2017.07.011
4. Lichtl C, Lutz T, Szecsenyi J, Bozorgmehr K. Differences in the prevalence of hospitalizations and utilization of emergency outpatient services for ambulatory care sensitive conditions between asylum-seeking children and children of the general population: A cross-sectional medical records study (2015). BMC Health Serv Res. 2017;17(1):731. DOI: 10.1186/s12913-017-2672-7
5. Lichtl C, Gewalt SC, Noest S, Szecsenyi J, Bozorgmehr K. Potentially avoidable and ambulatory care sensitive hospitalisations among forced migrants: A protocol for a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2016;6:e012216. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-012216
6. Brandenberger J, Tylleskär T, Sontag K, Peterhans B, Ritz N. A systematic literature review of reported challenges in health care delivery to migrants and refugees in high-income countries - the 3C model. BMC Public Health. 2019;19:755-711. DOI: 10.1186/s12889-019-7049-x
7. Razum O, Meesmann U, Bredehorst M, Brzoska P, Dercks T, Glodny S, Menkhaus B, Salman R, Saß AC, Ulrich R. Schwerpunktbericht: Migration und Gesundheit. Berlin: Robert Koch-Institut; 2008. Zugänglich unter/available from: <https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/migration.html>
8. Knipper M, Bilgin Y. Migration und Gesundheit. Berlin: Konrad Adenauer Stiftung; 2009. Zugänglich unter/available from: <https://www.kas.de/de/einzeltitel/-/content/migration-und-gesundheit>
9. Zimmerman C, Kiss L, Hossain M. Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making. PLoS Med. 2011;8(5):e1001034. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001034
10. Abubakar I, Aldridge RW, Devakumar D, Orcutt M, Burns R, Barreto ML, Dhavan P, Fouad FM, Groce N, Guo Y, Hargreaves S, Knipper M, Miranda JJ, Madise N, Bumar B, Mosca D, McGovern T, Rubenstein L, Sammonds P, Sawyer SM, Sheikh K, Tollman S, Spiegel P, Zimmerman C; UCL-Lancet Commission on Migration and Health. The UCL-Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. Lancet. 2018;392(10164):2606-2654. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)32114-7

11. Bozorgmehr K, Razum O. Refugees in Germany-untenable restrictions to health care. *Lancet*. 2016;388(10058):2351-2352. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)32131-6
12. Bozorgmehr K, Wenner J, Razum O. Restricted access to health care for asylum-seekers: Applying a human rights lens to the argument of resource constraints. *Eur J Public Health*. 2017;27(4):592-593. DOI: 10.1093/eurpub/ckx086
13. Razum O, Wenner J, Bozorgmehr K. Wenn Zufall über den Zugang zur Gesundheitsversorgung bestimmt: Geflüchtete in Deutschland. [When Chance Decides About Access to Health Care: The Case of Refugees in Germany]. *Gesundheitswesen*. 2016;78(11):711-714. DOI: 10.1055/s-0042-116231
14. Robert Bosch Stiftung, SVR-Forschungsbereich. Was wir über Flüchtlinge (nicht) wissen. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung; 2016. Zugänglich unter/available from: https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf_import/RBS_SVR_Expertise_Lebenssituation_Fluechtlinge.pdf
15. Geiger IK. Managing Diversity in Public Health. In: Laaser LU, Hajo Zeeb HZ, Oliver Razum OR, editors. *Globalisierung - Gerechtigkeit - Gesundheit: Einführung in International Public Health*. Bern: Verlag Hans Huber; 2006. p.163-175.
16. Tillmann J, Krämer A, Fischer F. Medizinische Ausbildung zur Versorgung von Schutzsuchenden - Quantitative Bestandsaufnahme und Bedarfserhebung unter Medizinstudierenden in Deutschland. *Z Flüchtlingsforsch*. 2018;2:163-174. DOI: 10.5771/2509-9485-2018-1-163
17. Schilling T, Rauscher S, Menzel C, Reichenauer S, Müller-Schilling M, Schmid S, Selgrad M. Migrants and Refugees in Europe: Challenges, Experiences and Contributions. *Visc Med*. 2017;33(4):295-300. DOI: 10.1159/000478763
18. Robertshaw L, Dhessi S, Jones LL. Challenges and facilitators for health professionals providing primary healthcare for refugees and asylum seekers in high-income countries: A systematic review and thematic synthesis of qualitative research. *BMJ Open*. 2017;7(8):e015981. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-015981
19. Mishori R, Aleinikoff S, Davis D. Primary Care for Refugees: Challenges and Opportunities. *Am Fam Physician*. 2017;96(2):112-120.
20. Weissman JS, Betancourt J, Campbell EG, Park ER, Kim M, Clarridge B, Blumenthal D, Lee KC, Maina AW. Resident physicians' preparedness to provide cross-cultural care. *JAMA*. 2005;294(7):1058-1067. DOI: 10.1001/jama.294.9.1058
21. Moreno A, Piwowarczyk L, Grodin MA. msJAMA: Human Rights Violations and Refugee Health. *JAMA*. 2001;285(9):1215. DOI: 10.1001/jama.285.9.1215-JMS0307-5-1
22. Knipper M, Akinci S. Wahlfach "Migrantenmedizin" - Interdisziplinäre Aspekte der medizinischen Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund: Das erste reguläre Lehrangebot zum Thema "Medizin und ethnische-kulturelle Vielfalt" in Deutschland. *GMS Z Med Ausbild*. 2005;22(4):Doc215. Zugänglich unter/available from: <https://www.egms.de/static/de/journals/zma/2005-22/zma000215.shtml>
23. Anderson K, Sykes M, Fisher P. Medical students and refugee doctors: Learning together. *Med Educ*. 2007;41(11):1105-1106. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2007.02886.x
24. Dussan KB, Galbraith EM, Grzybowski M, Vautaw BM, Murray L, Eagle KA. Effects of a refugee elective on medical student perceptions. *BMC Med Educ*. 2009;9:15. DOI: 10.1186/1472-6920-9-15
25. Hill L, Gray R, Stroud J, Chiripanyanga S. Inter-professional Learning to Prepare Medical and Social Work Students for Practice with Refugees and Asylum Seekers. *Soc Work Educ*. 2009;28(3):298-308. DOI: 10.1080/02615470802659514
26. Pottie K, Hostland S. Health advocacy for refugees: Medical student primer for competence in cultural matters and global health. *Can Fam Physician*. 2007;53(11):1923-1926.
27. Nicklas D, Wong C, Moloo J, Kaul P. The Refugee Health II Elective. *MedEdPORTAL*. 2014. DOI: 10.15766/mep_2374-8265.9940
28. Knipper M, Akinci S, Soydan N. Culture and healthcare in medical education: Migrants' health and beyond. *GMS Z Med Ausbild*. 2010;27(3):Doc41. DOI: 10.3205/zma000678
29. Riemenschneider H, Voigt K, Schübel J, Bergmann A. Elective course "Refugee Care" in medical studies - interactive and interprofessional. *Eur J Public Health*. 2018;28(suppl_4):cky214.288. DOI: 10.1093/eurpub/cky214.288
30. Mews C, Schuster S, Vajda C, Lindtner-Rudolph H, Schmidt LE, Bösner S, Güzelsoy L, Kressing F, Hallal H, Peters T, Gestmann M, Hempel L, Grützmann T, Sievers E, Knipper M. Cultural Competence and Global Health: Perspectives for Medical Education - Position paper of the GMA Committee on Cultural Competence and Global Health. *GMS J Med Educ*. 2018;35(3):Doc28. DOI: 10.3205/zma001174
31. Kutalek R. Diversity competence in medicine: equity, culture and practice. *Wien Klin Wochenschr*. 2012;124(Suppl 3):3-9. DOI: 10.1007/s00508-012-0247-5
32. Hormel U, Scherr A. Bildung für die Einwanderungsgesellschaft: Perspektiven der Auseinandersetzung mit struktureller, institutioneller und interaktioneller Diskriminierung. 1st ed. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2004.
33. Kleinman A, Benson P. Anthropology in the clinic: The problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Med*. 2006;3(10):1673-1676. DOI: 10.1371/journal.pmed.0030294
34. Hollinsworth D. Forget Cultural Competence, ask for an Autobiography. *Soc Work Educ*. 2013;32:1048-1060. DOI: 10.1080/02615479.2012.730513
35. Hankivsky O. Intersectionality 101. Burnaby (Kanada): Simon Fraser University, Institute for Intersectionality Research & Policy; 2014.
36. Hankivsky O, Christoffersen A. Intersectionality and the determinants of health: A Canadian perspective. *Crit Public Health*. 2008;18(3):271-283. DOI: 10.1080/09581590802294296
37. Kapilashrami A, Hankivsky O. Intersectionality and why it matters to global health. *Lancet*. 2018;391(10140):2589-2591. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31431-4
38. Muntinga ME, Krajenbrink VQE, Peerdeman SM, Croiset G, Verdonk P. Toward diversity-responsive medical education: taking an intersectionality-based approach to a curriculum evaluation. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2016;21(3):541-559. DOI: 10.1007/s10459-015-9650-9
39. Metz J, Hansen H. Structural competency: Theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Soc Sci Med*. 2014;103:126-133. DOI: 10.1016/j.socscimed.2013.06.032
40. Carballo M, Divino JJ, Zeric D. Migration and health in the European Union. *Trop Med Int Health*. 1998;3(12):936-944. DOI: 10.1046/j.1365-3156.1998.00337.x
41. Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet*. 2013;381(9873):1235-1245. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)62086-8
42. Borgschulthe HS, Wiesmüller GA, Bunte A, Neuhann F. Health care provision for refugees in Germany - one-year evaluation of an outpatient clinic in an urban emergency accommodation. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):488. DOI: 10.1186/s12913-018-3174-y

43. Asgary R, Smith CL. Ethical and professional considerations providing medical evaluation and care to refugee asylum seekers. *Am J Bioeth.* 2013;13(7):3-12. DOI: 10.1080/15265161.2013.794876
44. Asgary R, Smith CL, Sckell B, Paccione G. Teaching immigrant and refugee health to residents: Domestic global health. *Teach Learn Med.* 2013;25(3):258-265. DOI: 10.1080/10401334.2013.801773
45. Bozorgmehr K, Mohsenpour A, Saure D, Stock C, Loerbroks A, Joos S, Schneider C. Systematische Übersicht und "Mapping" empirischer Studien des Gesundheitszustands und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990-2014) [Systematic review and evidence mapping of empirical studies on health status and medical care among refugees and asylum seekers in Germany (1990-2014)]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* 2016 May;59(5):599-620. German. DOI: 10.1007/s00103-016-2336-5
46. Bozorgmehr K, Saint VA, Tinnemann P. The 'global health' education framework: A conceptual guide for monitoring, evaluation and practice. *Global Health.* 2011;7:8. DOI: 10.1186/1744-8603-7-8
47. Bozorgmehr K, Schubert K, Müller AD, Last K. Lehre am Puls der Zeit - Global Health in der Medizinischen Ausbildung: Positionen, Lernziele und methodische Empfehlungen. *GMS Z Med Ausbild.* 2009;26(2):Doc20. DOI: 10.3205/zma000612
48. Eustace RW, Boesch MC. A Teaching Strategy to Facilitate Nursing Students' Translation of Global Health Learning from Classroom to the Community. *J Community Health Nurs.* 2018;35(2):57-64. DOI: 10.1080/07370016.2018.1446633
49. Merritt R, Rougas S. Multidisciplinary approach to structural competency teaching. *Med Educ.* 2018;52(11):1191-1192. DOI: 1111/medu.13692
50. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet.* 2010;376(9756):1923-1958. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5
51. Boelen, Charles, Heck, Jeffery E, World Health Organization. Division of Development of Human Resources for Health. Defining and measuring the social accountability of medical schools / Charles Boelen and Jeffery E. Heck. Geneva: World Health Organization; 1995. Zugänglich unter/available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/59441>
52. Kolb DA. *Experiential learning: Experience as the source of learning and development.* Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Education LTD; 2014.
53. Huber L. Warum Forschendes Lernen nötig und möglich ist. In: Huber L, editor. *Forschendes Lernen im Studium: Aktuelle Konzepte und Erfahrungen.* Bielefeld: UVW Univ.-Verl. Webler; 2009. p.9-35.
54. Breidenstein G, Hirschauer S, Kalthoff H, Nieswand B. *Ethnografie: Die Praxis der Feldforschung.* 2nd ed. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH; 2015.
55. Hsieh JG, Hsu M, Wang YW. An anthropological approach to teach and evaluate cultural competence in medical students - the application of mini-ethnography in medical history taking. *Med Educ Online.* 2016;21:32561. DOI: 10.3402/meo.v21.32561
56. Kuckartz U, Ebert T, Rädiker S, Stefer C. Vertiefende Analyse: Kategorienbasierte Auswertung der qualitativen Daten. In: Kuckartz U, Ebert T, Rädiker S, Stefer C, editors. *Evaluation online: Internetgestützte Befragung in der Praxis.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2009. p.76-87. DOI: 10.1007/978-3-531-91317-9_8
57. Kuckartz U. *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung.* 4th ed. Weinheim: Beltz Juventa; 2018.
58. Thomas DR. A General Inductive Approach for Analyzing Qualitative Evaluation Data. *Am J Eval.* 2006;27(2):237-246. DOI: 10.1177/1098214005283748
59. Kauffeld S. Webexkurs Kap. 7: Was muss bei der Evaluation berücksichtigt werden. In: Kauffeld S, editor. *Arbeits-, Organisations- und Personalpsychologie für Bachelor.* 3rd ed. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2019. DOI: 10.1007/978-3-662-56013-6
60. Rohlf H, Knipscheer JW, Kleber RJ. Use of the cultural formulation with refugees. *Transcult Psychiatry.* 2009;46(3):487-505. DOI: 10.1177/1363461509344306
61. Mecheril P. "Kompetenzlosigkeitskompetenz". *Pädagogisches Handeln unter Einwanderungsbedingungen.* In: Auernheimer G, editor. *Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2010. p.15-34. DOI: 10.1007/978-3-531-92312-3_2
62. Weltärztebund. *Deklaration von Genf 1948/2017.* Genf: Weltärztebund; 1948/2017. Zugänglich unter/available from: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/International/Deklaration_von_Genf_DE_2017.pdf
63. ABIM Foundation, ACP Foundation, European Federation of Internal Medicine. *Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter.* Philadelphia, PA: ABIM Foundation; 2002. Zugänglich unter/available from: <http://abimfoundation.org/wp-content/uploads/2015/12/Medical-Professionalism-in-the-New-Millennium-A-Physician-Charter.pdf>
64. Bundesärztekammer. (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte. Berlin: Bundesärztekammer; 2018. Zugänglich unter/available from: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO-AE.pdf
65. Griswold K, Zayas LE, Kernan JB, Wagner CM. Cultural Awareness through Medical Student and Refugee Patient Encounters. *J Immigr Minor Health.* 2007;9(1):55-60. DOI: 10.1007/s10903-006-9016-8
66. Robins LS, Fantone JC, Hermann J, Alexander GL, Zweifler AJ. Improving cultural awareness and sensitivity training in medical school. *Acad Med.* 1998;73(10 Suppl):S31-4. DOI: 10.1097/00001888-199810000-00037
67. Loudon RF, Anderson PM, Gill PS, Greenfield SM. Educating medical students for work in culturally diverse societies. *JAMA.* 1999;282(9):875-880. DOI: 10.1001/jama.282.9.875
68. Mecheril P. *Natio-kulturelle Mitgliedschaft - ein Begriff und die Methode seiner Generierung.* *Tertium Comp.* 2002;8:104-115.
69. Moosmüller A, editor. *Konzepte kultureller Differenz.* Münster u.a.: Waxmann; 2009.
70. Meyer K. *Theorien der Intersektionalität: Zur Einführung.* Hamburg: Junius; 2017.
71. Binder-Fritz C, Rieder A. Zur Verflechtung von Geschlecht, sozioökonomischem Status und Ethnizität im Kontext von Gesundheit und Migration. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* 2014;57(9):1031-1037. DOI: 10.1007/s00103-014-2009-1
72. Matlin SA, Depoux A, Schütte S, Flahault A, Saso L. Migrants' and refugees' health: Towards an agenda of solutions. *Public Health Rev.* 2018;39:27. DOI: 10.1186/s40985-018-0104-9
73. Bozorgmehr K, Roberts B, Razum O, editors. *Health Policy and Systems Responses to Forced Migration.* 1st ed. Heidelberg: Springer; 2020. DOI: 10.1007/978-3-030-33812-1_1

74. Ellerbe-Dück C, Dzajic-Weber A. Die Diversity-Dimension Ethnische Herkunft und Hautfarbe: Einsichten und Überlegungen aus der Sensibilisierungsarbeit. In: Genkova P, Ringelstein T, editors. Handbuch Diversity Kompetenz: Band 2: Gegenstandsbereiche. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2016. p.125-138. DOI: 10.1007/978-3-658-08853-8_8
75. Rathje S. Interkulturelle Kompetenz - Zustand und Zukunft eines umstrittenen Konzepts. 2006. Z Interkult Fremdsprachenunterricht. 2006;11(3):1-21.
76. Bolten J. Unschärfe und Mehrdeutigkeit: "Interkulturelle Kompetenz" vor dem Hintergrund eines offenen Kulturbegriffs. In: Dreyer W, Hößler U, editors. Perspektiven interkultureller Kompetenz. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2011. p.55-70. DOI: 10.13109/9783666403323.55
77. Tervalon M, Murray-García J. Cultural Humility Versus Cultural Competence: A Critical Distinction in Defining Physician Training Outcomes in Multicultural Education. J Health Care Poor Underserved. 1998;9(2):117-125. DOI: 10.1353/hpu.2010.0233

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Kayvan Bozorgmehr, M. Sc.
Universitätsklinikum Heidelberg, Sektion Health Equity Studies & Migration, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Im Neuenheimer Feld 130.3, 69120 Heidelberg, Deutschland
kayvan.bozorgmehr@med.uni-heidelberg.de

Bitte zitieren als

Ziegler S, Wahedi K, Stiller M, Jahn R, Straßner C, Schwill S, Bozorgmehr K. Health and medical care for refugees: design and evaluation of a multidisciplinary clinical elective for medical students. *GMS J Med Educ.* 2021;38(2):Doc39.
DOI: 10.3205/zma001435, URN: urn:nbn:de:0183-zma0014350

Artikel online frei zugänglich unter

<https://www.egms.de/en/journals/zma/2021-38/zma001435.shtml>

Eingereicht: 13.10.2019

Überarbeitet: 30.09.2020

Angenommen: 20.11.2020

Veröffentlicht: 15.02.2021

Copyright

©2021 Ziegler et al. Dieser Artikel ist ein Open-Access-Artikel und steht unter den Lizenzbedingungen der Creative Commons Attribution 4.0 License (Namensnennung). Lizenz-Angaben siehe <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.